

## **Nahtstellenmanagement in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten**

Identifizierung konkreter Problembereiche an den Schnittstellen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Fokus auf Netzwerke



# Impressum

## **Herausgeber & Druck:**

Competence Center Integrierte Versorgung  
Wiener Gebietskrankenkasse  
Wienerbergstraße 15-19  
1100 Wien

Dezember 2016

## **Redaktion & Gestaltung:**

Competence Center Integrierte Versorgung  
Abteilung Versorgungsmanagement (WGKK)

Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Wiener Gebietskrankenkasse gestattet.  
Satz- und Druckfehler vorbehalten

Offenlegung gemäß §25 Mediengesetz siehe [www.wgkk.at](http://www.wgkk.at) → Impressum

## **Autorenteam/Mitwirkende:**

Christine Trischak, BA  
Stefanie Bachler, MA  
Mag.<sup>a</sup> Romana Ruda  
Christina Hochwallner, MA

## **Unser besonderer Dank gilt allen Personen, die als Interviewpartnerinnen/-partner wesentlich zur Entstehung dieses Berichtes beigetragen haben:**

Prim. Dr. Karl Ableidinger (Landeskrankenhaus Mauer)  
Dr.<sup>in</sup> Barbara Emhofer-Licka (Steyr)  
Mag.<sup>a</sup> DDr.<sup>in</sup> Ruth-Maria Friewald (Amstetten)  
Prim. Dr. Ralf Gößler (Krankenhaus Hietzing/Neurologisches Zentrum Rosenhügel)  
Prim. Univ.-Prof. Dr. Paulus Hochgatterer (Landeskrankenhaus Tulln)  
Dr.<sup>in</sup> Charlotte Hartl, MAS (Purkersdorf)  
Dr. Martin Klinglmair (Linz)  
Dr.<sup>in</sup> Karin Koschitz (Wien)  
Dr.<sup>in</sup> Bettina Verena Matschnig (Wels)  
Dr.<sup>in</sup> Ruth Pöchhacker (Wien)  
Univ. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Luise Poustka (Allgemeines Krankenhaus/Universitätsklinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie)  
Prim.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Isolde Schmelzer (ZEF/Zentrum für Entwicklungsförderung)  
Dr.<sup>in</sup> Ulrike Schulz (Wien)  
Dr. Wilhelm Tenner (Wien)  
Prim. Dr. Klaus Vavrik (VKKJ/Verantwortung für Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche, Zentrum für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie)  
Dr.<sup>in</sup> Birgit Weigl-Vlastos (Wien)  
Dr.<sup>in</sup> Ruth Weissensteiner (Wien)



## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>8</b>
1.1. Relevanz des Themas	8
1.2. Relevanz aus der Perspektive der Sozialversicherungsträger	9
1.3. Zielsetzung und Fragestellungen	10
1.4. Beschreibung der Methodik und Vorgehensweise	11
<b>2. BEGRIFFLICHE EINORDNUNG</b>	<b>13</b>
2.1. Psychische Auffälligkeiten	13
2.2. Vom Schnittstellen- zum Nahtstellenmanagement	13
2.3. Überlegungen zu Netzwerken und Netzwerkarbeit	15
2.3.1. Netzwerke	15
2.3.2. Vernetzung	16
2.3.3. Netzwerkarbeit	16
2.3.4. Aufbau und Pflege von Netzwerken	16
<b>3. BESCHREIBUNG DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE</b>	<b>19</b>
3.1. Epidemiologische Betrachtung	19
3.2. Abriss zu Entwicklung und Verständnis der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie	21
3.3. Einblick in bestehende medizinische Versorgungsstrukturen	22
3.4. Ein Berufsbild im Wandel	24
<b>4. AKTUELLE INITIATIVEN IM KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN NAHTSTELLENMANAGEMENT</b>	<b>25</b>
4.1. Vernetzungsprojekt Kindernetzwerk Industrieviertel (IV)	25
4.2. Die „Krise als Chance“ im Bundesland Salzburg	29
4.3. Weitere relevante Projekte	30
<b>5. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE (= IST-SITUATION)</b>	<b>31</b>
5.1. Extramuraler Bereich	31
5.1.1. Wien	31
5.1.2. Niederösterreich	33
5.1.3. Oberösterreich	34

<b>5.2. Intramuraler Bereich</b>	<b>35</b>
<b>5.2.1. Wien</b>	<b>35</b>
<b>5.2.2. Niederösterreich</b>	<b>36</b>
<b>5.3. Ergebniszusammenfassung</b>	<b>37</b>
<b>6. RESÜMEE</b>	<b>40</b>
<b>6.1. Identifizierte Problembereiche</b>	<b>40</b>
<b>6.2. Handlungsempfehlungen</b>	<b>46</b>
<b>6.3. Ausblick</b>	<b>48</b>
<b>7. VERZEICHNISSE</b>	<b>49</b>
<b>7.1. Kodierschema</b>	<b>49</b>
<b>7.2. Literaturverzeichnis</b>	<b>50</b>
<b>7.3. Abbildungsverzeichnis</b>	<b>56</b>
<b>7.4. Tabellenverzeichnis</b>	<b>56</b>
<b>7.5. Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>56</b>
<b>ANHANG</b>	<b>58</b>

## MANAGEMENT SUMMARY

Psychische Auffälligkeiten nehmen bei Kindern und Jugendlichen zu; rund ein Fünftel der bis 18-Jährigen ist davon betroffen. Das seit 2007 anerkannte Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie verstärkt in den letzten Jahren mit u.a. 26 Kassenordinationen im extramuralen Bereich die Versorgungsangebote der Ambulatorien. Das Sonderfach erlebte in den vergangenen Jahren eine Aufwertung und erfreut sich zunehmender Anerkennung. Mittlerweile sind die Wichtigkeit, Wertigkeit und Wirksamkeit dieser Fachdisziplin unumstritten. Dennoch gibt es in diesem Bereich, u.a. auch durch die erst kurze Entwicklungsgeschichte dieses noch jungen Faches bedingt, einige Problembereiche an den Schnittstellen, denen sich das CCIV im Jahr 2016 auf Basis einer qualitativen Expertinnen- und Expertenbefragung näherte. Die Befragungsergebnisse von 17 Fachärztinnen/-ärzten im extramuralen und intramuralen Bereich aus Wien, NÖ und OÖ brachten dabei zum Ausdruck, dass im Nahtstellenmanagement ein Verbesserungspotential besteht, das eine verstärkte Kooperation bzw. Zusammenarbeit über die traditionellen Strukturen hinaus benötigt. Die optimierte Kooperation könnte u.a. bestehende Wartezeiten, unklare Zuständigkeiten und vermeidbare Irrwege hintanhaltend. Im Sinne von „Health in all Policies“ ist somit ein sektorenübergreifender Handlungsbedarf gegeben, der mit einer standardisierten Form der Netzwerkarbeit gelingen kann.

Es wird empfohlen, in einer strukturierten und regelmäßig verankerten Vernetzungsarbeit auf Organisations- und Fallebene unter Berücksichtigung von Good-Practice-Beispielen im Rahmen eines gemeinsamen Dialogs Maßnahmen für ein koordiniertes Vorgehen in der Versorgung zu definieren, zu priorisieren und auszuarbeiten. In dieser Hinsicht ist Netzwerkarbeit als Motor in einem Nahtstellenmanagement und als Basis für erfolgreiche Kooperation zu sehen. Die interdisziplinär ausgerichtete Fachrichtung bedarf einer gemeinsamen Anstrengung aller Helfersysteme, die im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre Dienstleistungen anbieten. Mit der Einbindung des Bildungs- und Sozialbereiches in die Versorgung kann gemeinsame Verantwortung erzielt werden.

Im Sinne der integrierten Versorgung gilt es, den gegebenen Rahmenbedingungen bestmöglich zu begegnen sowie die vorhandenen Ressourcen zu bündeln, um dem Wachstum in diesem Bereich eine optimale Ausgangslage und Entwicklungsmöglichkeit zugrunde zu legen. Auf diese Weise können das spürbare außergewöhnliche Engagement der Fachärztinnen/-ärzte und die bestehenden persönlichen Kontakte auf Netzwerkebene integriert und für eine strukturelle Verbesserung in der Zusammenarbeit genutzt werden. Alles in allem soll die standardisierte Netzwerkarbeit eine Entlastung der angespannten Versorgungssituation herbeiführen, sodass bestehende Kapazitäten im Interesse aller Beteiligten effizienter genutzt werden können.

# 1. EINLEITUNG

Investitionen in die Kindergesundheit zeigen eine nachhaltige und dauerhafte positive Wirkung auf den Gesundheitszustand im Erwachsenenalter, was besonders in Bezug auf die psychische Gesundheit von Bedeutung ist.<sup>1</sup> Die Kinder- und Jugendgesundheit entwickelte sich daher in den letzten Jahren zu einem strategisch wichtigen Thema, dem bundesweit zahlreiche Initiativen gewidmet wurden und nach wie vor sind, wie zum Beispiel die Kindergesundheitsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen oder im Zuge der Gesundheitsreform in den zehn nationalen Rahmen-Gesundheitszielen, insbesondere das Ziel 6 „Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen“, das explizit auf die Kinder- und Jugendgesundheit fokussiert ist. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verabschiedete in diesem Zusammenhang den Maßnahmenplan 2020, der mit einem 13-teiligen Programm die Themenbereiche Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung, Schnittstellen zu Nahtstellen, Versorgungsoptimierung und Verbesserung der Wissensbasis über das Leistungsgeschehen forciert.

## 1.1. Relevanz des Themas

Generell ist ein Anstieg der psychischen Erkrankungen<sup>2</sup> und eine Verschiebung von somatischen Krankheitsbildern hin zu psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten. Zum einen ist dies durch zunehmende wissenschaftliche Erkenntnisse bedingt, die zu einem differenzierten Diagnosespektrum geführt haben, wodurch früher unerkant gebliebene Krankheitsbilder heute diagnostiziert werden. Zum anderen ist heute eine Tendenz hin zu einem früheren Beginn psychischer Belastungen, die oftmals bereits im Kindesalter vorhanden sind, zu erkennen. Dies ist u.a. durch die allgemeine Leistungsorientierung unserer Gesellschaft bedingt, die vom Einzelnen bereits in frühen Lebensjahren hohe Anforderungen verlangt. Bspw. nehmen 83 % der Schülerinnen/Schüler das Schulleben als belastend wahr. Auch der technologische Fortschritt mit dem damit verbundenen breiten und größtenteils ungehinderten Zugang zu diversen Medien, wie z.B. zum Internet, bedingt oftmals eine vermehrte psychische Belastung.<sup>3</sup> Deutschen Studien zufolge ist davon auszugehen, dass rund 20 % der Kinder und Jugendlichen von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind und die Hälfte davon eine Behandlung benötigt<sup>4</sup>, wobei in zwei Drittel der Fälle sogar ein dringender Behandlungsbedarf besteht.<sup>5</sup>

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) ist ein Fach mit vielen Schnittstellen – sowohl innerhalb des Gesundheitssektors zu anderen medizinischen Fachrichtungen und zu anderen Berufsgruppen als auch zu anderen Sektoren (z.B. Bildungs- und Sozialbereich). Hinzu kommt, dass der stetige Fortschritt in nahezu allen Lebensbereichen nicht nur eine permanente Anpassung an sich verändernde Rahmenbedingungen bedingt, sondern auch eine Zunahme der Komplexität durch Spezialisierung nach sich zieht<sup>6</sup>, was z.B. auch auf das Gesundheitswesen oder Sozialwesen zutrifft. Die u.a. durch den in Österreich beste-

---

<sup>1</sup> Slbg. LRH (2013). S. 2

<sup>2</sup> BMG (2013). S. 1; HVB (o.D.). S. 4

<sup>3</sup> BMG (2016). S. 229; BMG/LBIHPR (2013). S. 1; Conrad (2014). S. 11-15 → 3; Wirth & Zepp (2015). S. 671

<sup>4</sup> Stadt Wien/MA 15 (2012). S. 21

<sup>5</sup> ÖÄZ (2014). Abgerufen am 24. Oktober 2016

<sup>6</sup> Miller (2013). S. 287; Schubert (2008). S. 8

henden Föderalismus bedingte heterogene Versorgungslandschaft wird zusätzlich durch unterschiedliche Versicherungsträger und Leistungsanbieter fragmentiert.<sup>7</sup> Zweifelsohne bietet die fachliche Spezialisierung eine spezifische Herangehensweise an diverse Fragestellungen und ermöglicht zielgerichtete Problemlösungen, jedoch bleibt der Sachverhalt des jeweiligen Bedarfes auf die Perspektive des eigenen Fachbereiches beschränkt, wodurch oftmals die ganzheitliche Betrachtung als Prozess ausbleibt. D.h. in der Praxis existiert eine Vielzahl an möglichen isoliert handelnden Akteurinnen/Akteuren mit nicht erkannten gemeinsamen Schnittstellen. Dadurch nimmt sowohl für die Akteurinnen/Akteure als auch für Außenstehende die Komplexität und Handlungsunsicherheit zu.<sup>8</sup> Als Querschnittsmaterie, die sie darstellt, erfordert die gesamte Kinder- und Jugendgesundheit eine akkordierte, multiprofessionelle Herangehensweise und speziell die komplexe Kinder- und Jugendpsychiatrie benötigt einen ganzheitlichen Ansatz, der den Gesundheits-, Sozial- und Bildungssektor umfasst sowie speziell auf das System Familie ausgerichtet ist und dieses miteinschließt.<sup>9</sup>

## **1.2. Relevanz aus der Perspektive der Sozialversicherungsträger**

Wie bereits im Bericht des Competence Center für Integrierte Versorgung (CCIV) aus dem Jahr 2015 zur integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen – Anforderungen an ein Idealmodell festgehalten wurde, liegt ein besonderes Augenmerk auf einer optimierten Ausgestaltung der Schnittstellen im niedergelassenen Bereich bzw. an den Übergängen zu den spezialisierten Ambulatorien/Zentren und (teil-)stationären Einrichtungen sowie zu Bildungseinrichtungen und Einrichtungen der Jugendwohlfahrt. Angesichts des großen Spektrums möglicher Akteurinnen/Akteure in der Versorgung haben in Vorgesprächen einzelne Krankenversicherungsträger auf einen Vertiefungsbedarf zum Thema Nahtstellenmanagement hingewiesen. Aus Sicht der Träger ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten von zentraler Bedeutung. Daher liegt der Fokus der vorliegenden Arbeit auf möglichen Schnittstellen mit bzw. zwischen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiatern (in Wien, Niederösterreich und Oberösterreich), die über einen Kassenvertrag verfügen.

Als konkretes Handlungsfeld wurden in der Praxis oftmals Um- und Irrwege mit Doppelgleisigkeiten bei Untersuchungen und Befunden sowie wiederholten Behandlungsansätzen genannt, woraus nicht nur ein Mehr an Kosten, sondern für die betroffenen Kinder und Jugendliche auch eine beträchtliche Belastung resultiert. Zudem geht wertvolle Zeit im Diagnoseprozess verloren, wodurch frühzeitig notwendige Therapien (wie z.B. Ergotherapie oder Logopädie) verzögert werden.

Entsprechend der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) wurde in den letzten Jahren der Ausbau der Kapazitäten zur Grundversorgung durch niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte forciert, um Versorgungslücken im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu schließen. Durch die zunehmende Zahl der Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie im niedergelassenen Bereich erschien es dem CCIV daher wesentlich, mögliche Schnittstellen näher zu beleuchten.

---

<sup>7</sup> Slbg. LRH (2013). S. 2

<sup>8</sup> Schubert (2008). S. 18

<sup>9</sup> Vavrik & Fried (2016). S. 15; Stadt Wien/MA 15 (2012). S. 21

Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie nehmen eine Schlüsselrolle in einer umfassenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ein. Sie tragen die Gesamtverantwortung für Diagnostik, Therapieplanung und -koordination bis hin zur Therapiekontrolle von Kindern und Jugendlichen, die an einer psychischen Erkrankung leiden oder in belastenden Situationen psychiatrische Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten mit Krankheitswert entwickeln. Durch dieses umfassende Tätigkeitsspektrum soll sichergestellt werden, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen zielgerichtet und nachhaltig die notwendige Hilfe erhalten. Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater (KiJuP) arbeiten dabei eng mit Kolleginnen und Kollegen anderer Fachrichtungen, die mögliche Komorbiditäten von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Störungsbildern behandeln, zusammen. Sie stehen im Austausch mit Therapeutinnen und Therapeuten und binden besonders die Eltern, die Familie und das gesamte psychosoziale Umfeld in das Behandlungskonzept mit ein.

### **1.3. Zielsetzung und Fragestellungen**

Ausgangspunkt der Betrachtung ist vorwiegend die diagnostische Phase.

Es stellt sich daher die Frage, welche Herausforderungen sich an den Schnittstellen rund um Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie ergeben und wie daraus Nahtstellen mit strukturierten Übergängen entstehen, die es ermöglichen, dass betroffene Kinder und Jugendliche ohne zeitliche Verluste eine auf ihre spezielle Situation abgestimmte, unter allen Beteiligten akkordierte und qualitativ hochwertige Versorgung erhalten.

Unter den beschriebenen Gesichtspunkten sollen folgende Fragen aufgearbeitet werden:

- Welche konkreten Problembereiche können an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendpsychiatrie identifiziert werden?
- Welche Empfehlungen können für die Praxis formuliert werden, um ein optimiertes Nahtstellenmanagement zu etablieren?

Die „gegenseitige Anerkennung von Befunden“ ist ein Thema, das sich bereits im Bericht des CCIV aus dem Jahr 2015 findet und als eine zentrale Forderung von den im Vorjahr befragten Expertinnen/Experten formuliert wurde, um eine optimale integrierte Versorgung im Sinne der jungen Patientinnen/Patienten gewährleisten zu können. Ebenso wurde vonseiten mehrerer Träger der Wunsch geäußert, durch gezielte Maßnahmen die gegenseitige Anerkennung von Befunden zu forcieren. Daher wurde im Rahmen der Tätigkeiten im Jahr 2016 dieses Thema angesprochen und genauer hinterfragt.

Als Ziel wurde demzufolge definiert:

„Identifikation konkreter Problembereiche an der Schnittstelle zu Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiatern und Ausarbeitung von Maßnahmenempfehlungen für die Praxis zur Optimierung von Prozessen im Bereich von Nahtstellen“

Da im Zusammenhang mit dem Thema Nahtstellenmanagement generell ein Informationsbedarf besteht, kann die vom CCIV durchgeführte Analyse mit der entsprechenden Ableitung allgemein gültiger Empfehlungen als Unterstützung für alle Träger gesehen werden.

#### 1.4. Beschreibung der Methodik und Vorgehensweise

Der erste Teil des Berichtes greift themenbezogene Inhalte aus der Literatur auf, um die durchgeführte Analyse besser nachvollziehen zu können und etwaige Schlussfolgerungen zu untermauern. Zunächst werden Begrifflichkeiten wie Schnitt- und Nahtstellenmanagement und psychische Auffälligkeiten beschrieben sowie weitere Überlegungen zu Netzwerken bzw. Netzwerkarbeiten angestellt und die epidemiologische Lage beleuchtet. In weiterer Folge wird auf den aktuellen Status der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingegangen, insbesondere auf die Entwicklung dieser Fachrichtung in den letzten Jahren, auf bestehende medizinische Versorgungsstrukturen und auf die Herausforderungen dieser speziellen Fachrichtung. Weiters werden Beispiele erfolgreicher Initiativen im Nahtstellenmanagement mit kinder- und jugendpsychiatrischem Kontext angeführt.

Zur Identifizierung möglicher problembehafteter Schnittstellen und Prozesse rund um Vertragsärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden persönliche qualitative Leitfadeninterviews mit Expertinnen/Experten geführt, um deren Erfahrungen und persönliche Meinung zu erhalten. Um möglichst alle Aspekte abzudecken, wurde als Basis der Expertinnen-/Experteninterviews im Vorfeld ein Interviewleitfaden mit zehn Orientierungsfragen erstellt. Der eingesetzte Leitfaden (siehe Anhang) konnte je nach Gesprächsverlauf spontan um weitere Detailfragen ergänzt werden.

Der Interviewleitfaden bietet den Vorteil, dass die ermittelten Informationen eine gewisse Struktur aufweisen, was eine bessere Vergleichbarkeit ermöglicht<sup>10</sup> und hinsichtlich der Auswertung das systematische Filtern von Gemeinsamkeiten erleichtert.<sup>11</sup>

Als Expertinnen/Experten wurden zunächst niedergelassene Kassenärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie per Mail kontaktiert. Bei Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung wurden die Orientierungsfragen vorab (vor dem persönlich durchgeführten Interview) übermittelt.

Da die Ergebnisse dieser ersten Befragung sehr deutlich das Optimierungspotential der gesamten Versorgungslandschaft zum Ausdruck brachten, wurde im Rahmen dieses Projektes zusätzlich eine weitere Befragung mit Vertreterinnen/Vertretern ausgewählter extramuraler Ambulatorien und stationärer Einrichtungen (mit kinder- und jugendpsychiatrischem Leistungsangebot) durchgeführt, um im Sinne einer integrierten Versorgung ein umfassendes Bild zu erhalten und gleichzeitig die Bereitschaft zur Kooperation auszuloten. Die Expertinnen/Experten wurden in gleicher Weise wie bei der ersten Befragungsrunde rekrutiert.

---

<sup>10</sup> Mayer (2006). S. 36

<sup>11</sup> ebd. S. 48

**Tabelle 1: Übersicht der Interviewpartner (eigene Darstellung)**

Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie			
Versorgungs- stufe	Extramuraler Bereich mit Kassenverträgen		Intramuraler Bereich
	1. HJ 2016	2. HJ 2016	2. HJ 2016
	Niedergelassene Fachärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie	Ambulatorien mit kinderpsychiatrischem Leistungsangebot	Stat. Versorgung im KH
<b>Wien</b>	6 KiJuP	2 KiJuP	2 KiJuP
<b>NÖ</b>	2 KiJuP	-	2 KiJuP
<b>OÖ</b>	3 KiJuP	-	-
<b>Summe</b>	<b>11 KiJuP</b>	<b>2 KiJuP</b>	
<b>Gesamt 17 KiJuP</b>	<b>13 KiJuP</b>		<b>4 KiJuP</b>

Wie eingangs erwähnt (Kapitel 1.2.), wurde der Beobachtungsradius auf die Bundesländer Wien, Niederösterreich und Oberösterreich eingegrenzt. In Wien und Oberösterreich haben alle zum Befragungszeitpunkt praktizierenden niedergelassenen Kassenvertragsärztinnen/-ärzte an der Befragung teilgenommen. In Niederösterreich nahmen zwei von fünf Ärztinnen/Ärzten dieser Fachrichtung mit Kassenvertrag die Einladung zur Befragung an. Die elf Leitfadeninterviews wurden im April und Mai 2016 (1. Befragung 1. Halbjahr [HJ] 2016) geführt.

An der zusätzlichen, zweiten Befragungsrunde im September und Oktober 2016 (2. HJ 2016) nahmen insgesamt vier Einrichtungen aus Wien und zwei aus Niederösterreich teil.

Somit gelang es, die Expertise von insgesamt 17 Fachexpertinnen/-experten der Kinder- und Jugendpsychiatrie einzuholen, von denen 13 extramural und vier im intramuralen Bereich tätig sind.

Mit Einverständnis der Interviewpartnerinnen/-partner wurden die Interviews elektronisch aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Interviews fanden in den jeweiligen Räumlichkeiten der Interviewpartnerinnen/-partner statt. Die Interviewdauer lag zwischen 45 Minuten und 1,45 Stunden. In der Folge wurden die Transkriptionen analysiert und wesentliche Aussagen nach Kategorien inhaltlich strukturiert und zusammengefasst. Bei der Darstellung der Auswertungsergebnisse wurde auf die namentliche Nennung der Interviewpartnerinnen/-partner verzichtet. D.h. die Wortmeldungen wurden in anonymisierter Form zusammengefasst. Aufgrund der regional unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und den daraus folgenden unterschiedlichen Schnitt- bzw. Nahtstellen wurden die Ergebnisse zudem getrennt nach Bundesländern dargestellt.

## 2. BEGRIFFLICHE EINORDNUNG

Dieser Abschnitt behandelt das Verständnis relevanter Begriffe im Zusammenhang mit der gegenständlichen Thematik, wobei die gesamte Betrachtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem gesonderten Kapitel (Kapitel 3.) erfolgt.

### 2.1. Psychische Auffälligkeiten

Höwler definiert eine psychische Störung wie folgt: „Von einer psychischen Auffälligkeit oder Störung wird gesprochen, wenn ein Individuum ein Erleben und/oder Verhalten zeigt, welches von den in einer Gesellschaft für gültig gehaltenen Normen abweicht.“<sup>12</sup>

Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter werden mithilfe eines internationalen multiaxialen Klassifikationsschemas für Krankheiten (ICD-10) eingeteilt, welches sechs Achsen umfasst, auf denen psychische Auffälligkeiten verortet werden. Erst mit dem Einsatz von spezifischen diagnostischen Verfahren kann eine exakte Diagnose gestellt werden.<sup>13</sup>

Bei der Beurteilung von psychischen Auffälligkeiten ist das komplexe Wesen der Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen. Um sie zu verstehen, sind Kenntnisse über Verhalten und Erleben erforderlich. Eine Differenzierung von (noch) entwicklungsangemessenem Fühlen, Denken und Verhalten und der Veränderung dieser Aspekte im Rahmen einer psychischen Störung muss auf objektiven Kriterien beruhen, unter Berücksichtigung kultureller Vorgaben und Rahmenbedingungen, die sich allein in Europa über die Jahrzehnte deutlich verändert haben.<sup>14</sup>

Der Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist als ein sehr sensibler anzusehen. Denn die Grenzen zwischen einer Lebenskrise, in der sich z.B. ein Jugendlicher während der Pubertät befinden kann, und einer psychischen Auffälligkeit verlaufen fließend.<sup>15</sup>

### 2.2. Vom Schnittstellen- zum Nahtstellenmanagement

Wann immer zur Bewältigung medizinischer, therapeutischer oder pflegerischer Herausforderungen verschiedene Versorgungsbereiche mit ihrem unterschiedlichen Aufgabenspektrum in Anspruch genommen werden müssen, ergeben sich Schnitt- oder Nahtstellen.<sup>16</sup> Dieses Kapitel geht der Bedeutung der in der Praxis häufig verwendeten Formulierung „von der Schnittstelle zur Nahtstelle“ nach und beleuchtet den Vorteil des Nahtstellenmanagements.

Im Rahmen der Versorgungssteuerung wird die Schnittstelle als Übergangs- bzw. Verbindungsstelle zwischen in einem Prozess verbundenen Einheiten, Abteilungen oder Bereichen bezeichnet, welche unterschiedliche Aufgaben, Kompetenzen oder Verantwortun-

---

<sup>12</sup> Höwler (2016). S. 10

<sup>13</sup> BMG (2016). S. 41

<sup>14</sup> Freitag (2012). S. 19-20

<sup>15</sup> Höwler (2016). S. 20-21

<sup>16</sup> Groen & Sirén (2014). S. 5-7

gen erfüllen oder innehaben.<sup>17</sup> Schnittstellen sind also jene Stellen, wo ein Prozess in den nächsten übergeht und die somit Grenzen zwischen Versorgungsstrukturen darstellen. Schnittstellen sind als kritisch einzustufen, da es dabei häufig zu Informations-, Zeit- und Reibungsverlusten kommt, was zusätzliche Kosten bedingt.<sup>18</sup> Sind Schnittstellen in der Prozesskette nachzuweisen, erfordern diese immer einen hohen Koordinationsaufwand und bewirken Einbußen in der effektiven und effizienten Leistungserbringung, wodurch gegebenenfalls ein weiterer Versorgungsbedarf provoziert wird, da Patientinnen/Patienten wiederholt Leistungskapazitäten in Anspruch nehmen (Drehtüreffekt). Somit kann gesagt werden, dass wesentliche Defizite im Schnittstellenmanagement durch Mängel in der organisatorischen Struktur entstehen.<sup>19</sup>

Was das Nahtstellenmanagement bzw. eine Nahtstelle anlangt, so definiert dazu der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) dieses Thema wie folgt: „Unter dem Begriff Nahtstellenmanagement (NSM) wird die Organisation jener Versorgungsübergänge im Gesundheitswesen insbesondere auch an den Nahtstellen zum Sozialbereich verstanden, die im Zuge des Behandlungsverlaufs von Patientinnen/Patienten passiert werden. [...] Die Verbesserung des Managements der Nahtstellen bzw. der Prozesse an den Nahtstellen im Gesundheitswesen soll einen patientenorientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlauf sicherstellen.“<sup>20</sup> Dem Nahtstellen- sowie Prozessmanagement obliegt insbesondere eine organisatorische Aufgabe. Es bedient sich dabei unterschiedlicher Instrumente, die in Abhängigkeit von gegebenen Rahmenbedingungen und regionalen Versorgungsstrukturen verschieden eingesetzt und gestaltet werden.<sup>21</sup>

Ein mangelndes Nahtstellenmanagement und das daraus resultierende Nicht-ineinandergreifen präventiver, medizinischer, therapeutischer und rehabilitativer Versorgungsleistungen kann zu einer Qualitätsminderung führen, die auf Kosten der zeitnahen Behandlung von Kindern und Jugendlichen geht. Dadurch kann es zu einer Bruchstelle in der Versorgungskette kommen und somit auch zum Rückschritt mit irreparablen Folgen im Erwachsenenalter. Somit hat eine Dysfunktion der Nahtstellen „intramuraler-extramuraler Bereich“ eine Auswirkung auf individueller, aber auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene.<sup>22</sup>

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im Verständnis des CCIV die beiden Begriffe Schnittstellen und Nahtstellen grundsätzlich eine ähnliche Bedeutung – nämlich als Versorgungsübergänge – haben. Der Unterschied der beiden liegt in der organisatorischen Komponente. Eine Nahtstelle versteht sich entsprechend der ausgeführten Definition als Teil eines größeren Ganzen und impliziert somit das reibungslose Funktionieren eines Gesamtsystems, wenngleich es auch hier infolge mangelnder Organisation zu Reibungsverlusten des Gesamtsystems kommen kann. Im Gegensatz dazu definiert sich die Schnittstelle als Verbindungsstelle zwischen zwei Teilsystemen, der automatisch Einbußen zugeschrieben werden. Die beiden Begriffe meinen aus unterschiedlichen Perspekti-

---

<sup>17</sup> Greiling & Dudek (2009). S. 68

<sup>18</sup> Fischermanns (2009). S. 14

<sup>19</sup> Müller & Engelmeyer (2013). S. 297-298

<sup>20</sup> GÖG/BMG (2012). S. 121

<sup>21</sup> OÖGKK/Land OÖ (2012). S. 4-6

<sup>22</sup> GÖG/BMG (2012). S. 121-122

ven das Gleiche, nähern sich aber dem organisatorischen Erfordernis mit unterschiedlicher Haltung. Das Verständnis der Nahtstelle inkludiert eine Organisation der Versorgungsübergänge, wohingegen die Schnittstelle die Organisation als Add-on versteht.

Um ein funktionierendes Nahtstellenmanagement z.B. im intra- und extramuralen Sektor zu etablieren, ist es notwendig, Schnittstellen bzw. sogenannte Schwachstellen zu identifizieren und analysieren, um diese nachfolgend optimieren zu können.<sup>23</sup>

### **2.3. Überlegungen zu Netzwerken und Netzwerkarbeit**

In einem Zeitalter der Fragmentierung und Spezialisierung in Kombination mit einer komplexen Aufgabenbewältigung, wie dies meist bei kinder- und jugendpsychiatrischen Anforderungen der Fall ist, erweisen sich Netzwerke und Netzwerkarbeit als geeignete Methode und Steuerungsinstrument, die Zusammenarbeit bzw. Problemlösung effizienter zu gestalten sowie die finanziellen Ressourcen wirtschaftlicher zu nutzen. Diese Arbeitsweise steigert gleichzeitig die Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen. Netzwerke dürfen jedoch nicht als Lösung fehlender Ressourcen verstanden werden. Vielmehr ist zu beachten, dass für die Implementierung eines funktionierenden Netzwerkes Zeit und Ressourcen erforderlich sind.<sup>24</sup>

#### **2.3.1. Netzwerke**

Nach Hans Blumenberg ist der Begriff Netzwerk eine „absolute Metapher“, die u.a. als Orientierung verstanden werden kann. In diesem Sinne müssen innerhalb eines Netzwerkes alle träger-, einrichtungs-, sektoren-, hierarchieebenen- und professionsübergreifenden Steuerungsleistungen und Einzelverfahren aufeinander abgestimmt werden.<sup>25</sup> Netzwerke repräsentieren somit Cluster von Organisationen, die Kollektive aus gleichberechtigten, autonomen organisatorischen Einheiten darstellen.<sup>26</sup> Netzwerke erreichen nie einen Endzustand und bleiben stets dynamisch. D.h. ein funktionierendes Netzwerk benötigt das Engagement der Akteurinnen/Akteure, vertrauensbasierte Beziehungen gezielt aufzubauen und zu pflegen,<sup>27</sup> wobei „die persönliche Kommunikation eine zentrale Rolle“ spielt.<sup>28</sup> Dies basiert auf dem Wissen der Akteurs-Netzwerk-Theorie, die Netzwerke als Prozesse, Kommunikationen und Leistungen versteht, wodurch sich die Qualität der Netzwerke in der wechselseitigen Kommunikation offenbart.<sup>29</sup>

---

<sup>23</sup> Hölzlein (2012). S. 11-14

<sup>24</sup> Quilling, Nicolini, Graf & Starke (2013). S. 10

<sup>25</sup> Mennemann (2016a). S. 6

<sup>26</sup> Wiesinger & Bayer (2010). S. 5

<sup>27</sup> Schubert (2008). S. 35

<sup>28</sup> ebd. S. 58, zit. n. Howaldt & Ellerkmann 2007

<sup>29</sup> Mennemann & Wegleitner (2012). S. 412

### 2.3.2. Vernetzung

Vernetzung kann als Oberbegriff von Koordination und Kooperation beschrieben werden, wobei Koordination die Struktur der Zusammenarbeit (also Ordnung bzw. Zuordnen) und Kooperation die Handlungs- bzw. Prozessebene (d.h. das vereinbarte Handeln in der Zusammenarbeit) meint. Der Effekt der Steigerung repräsentiert in diesem Zusammenhang eine personenunabhängige, standardisierte und auch vertragliche Regelung, die für alle Beteiligten einen Mehrwert bringt. In Bezug auf die Netzwerkarbeit, d.h. die Netzwerkimplementierung, sind insgesamt drei Ebenen zu berücksichtigen: Strukturen, Prozesse (Handlungsformen) und Kultur.<sup>30</sup>

### 2.3.3. Netzwerkarbeit

Die Netzwerkarbeit kann als disziplin- und professionsübergreifendes Handlungskonzept betrachtet werden.<sup>31</sup> Durch die enge Zusammenarbeit schafft die Netzwerkarbeit, die Kompetenzen und Ressourcen unterschiedlicher Beteiligter in einer Systempartnerschaft mit gegenseitigem Nutzen zusammenzuschließen, um Ziele erfolgreicher zu realisieren<sup>32</sup> und ganzheitliche Antworten auf komplexe Fragestellungen zu geben. Eine akkordierte Zusammenarbeit steigert das Know-how der involvierten Beteiligten, fördert die Nutzung von Synergien und vermeidet, dass Parallelstrukturen aufgebaut werden.<sup>33</sup>

Netzwerke stellen also eine Organisationsform dar, die durch Bündelung von Kompetenzen Synergieeffekte erschließt, um dadurch wettbewerbsfähig zu bleiben und die Forderung einer integrierten Versorgung zu erfüllen. Obgleich der Organisationsbedarf reduziert wird, erhöht sich der Kommunikationsbedarf. Erfolgreiche Netzwerke benötigen u.a. eine eigene Netzwerkidentität, gemeinsame Ziele, formale Aufbau- und Ablaufstrukturen, die unterschiedliche Hierarchieebenen der Akteurinnen/ Akteure involvieren und ihre Interessen berücksichtigen, sowie klar verteilte Rollen und damit verbundene Zuständigkeiten und Aufgaben.<sup>34</sup>

### 2.3.4. Aufbau und Pflege von Netzwerken

Zur Implementierung einer Vernetzung skizziert Hugo Mennemann, Mitautor der Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Case- und Caremanagement, die Eckpunkte in nachfolgender Darstellung (Abbildung 1).



**Abbildung 1: Von der sektoralen Versorgung zu einer interprofessionellen, interorganisationalen Versorgungsform<sup>35</sup>**

Mennemann fasst die in der Literatur abgegebenen Empfehlungen zu Aufbau und Pflege von Netzwerken beispielhaft in nachfolgender Abbildung zusammen:

<sup>30</sup> Mennemann (2016a). S. 7

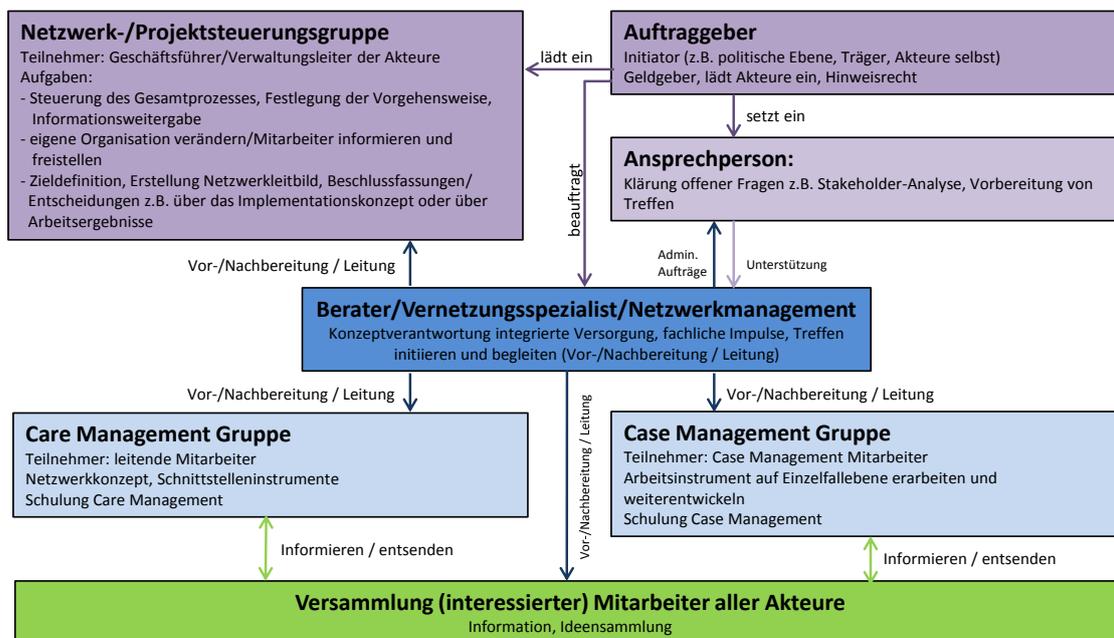
<sup>31</sup> ebd. S. 5

<sup>32</sup> Quilling et al. (2013). S. 10

<sup>33</sup> Wiesinger et al. (2010). S. 5

<sup>34</sup> Friedmann, Sommer, Frießem, Zülch & Ganz (2011). S. 22

<sup>35</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Mennemann (2016). Persönliche Information vom 17. Dezember 2016



**Abbildung 2: Beispiel einer Implementierungsstruktur für den Netzwerkaufbau<sup>36</sup>**

Der Impuls für Netzwerke entsteht „top-down“, wenn die Notwendigkeit seitens der Politik erkannt und beauftragt wird oder „bottom-up“, wenn im Zuge einer konkreten Bedarfssituation die Akteurinnen/Akteure selbst ein Netzwerk initiieren.<sup>37</sup> Seitens der Initiatorin/des Initiators kann eine Ansprechperson zur Übernahme unterschiedlicher Tätigkeiten eingesetzt werden, wie z.B. zur Durchführung einer Stakeholder-Analyse in der Initiierungs- bzw. Gründungsphase, um mögliche Netzwerkpartnerinnen/-partner zu identifizieren und eventuelle Synergien zu erkennen.<sup>38</sup> Die Einladung zur Mitarbeit geht von der Auftraggeberin/vom Auftraggeber bzw. von der Initiatorin/dem Initiator aus.

Da Netzwerke selten definierte Ebenen aufweisen, sollte die fehlende Steuerungseinheit durch eine Prozessmoderation aufgefangen werden. D.h. auf der Strukturebene benötigten Netzwerke insgesamt nachfolgende Gremien:

- Steuerungsgruppe
- Netzwerkmanagement
- Arbeitsgruppen und Beiräte<sup>39</sup> → Care- und Case Management Gruppe

Die aufgelisteten Gremien bzw. Arbeitsebenen finden sich ebenso in Abbildung 2 wieder.

Die Steuerungsgruppe und das Netzwerkmanagement bilden die strategische Ebene, von der alle Aktivitäten ausgehen. Die Steuerungsgruppe wird von entscheidungsbefugten Vertreterinnen/Vertretern aller Akteurinnen/Akteure (Leitungsebene der Träger) gebildet

<sup>36</sup> Mennemann (2016a). S. 22; Mennemann (2016b). S. 8  
Mit Rücksicht auf die Lesbarkeit wurde in dieser Abbildung auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet. Die bei Personenbezeichnungen verwendete männliche Form berücksichtigt beide Geschlechter.

<sup>37</sup> Quilling et al. (2013). S. 20

<sup>38</sup> ebd. S. 18

<sup>39</sup> ebd. S. 17 und 21

und repräsentiert die verantwortliche Instanz der Netzwerkarbeit.<sup>40</sup> Die Vertreterinnen/Vertreter dieser Ebene sorgen gleichzeitig dafür, dass die eigene Organisation Netzwerkfit gemacht wird, und stellen dafür die erforderlichen Ressourcen bereit.<sup>41</sup> Die Steuerungsgruppe setzt den Rahmen des Netzwerkes fest, formuliert gemeinsame Ziele, erstellt ein Netzwerkleitbild und beschließt die Vorgehensweise (Projektplan) und die Ergebnisse.<sup>42</sup>

Das Netzwerkmanagement wird von einer Vernetzungsspezialistin/einem Vernetzungsspezialisten durchgeführt, die/der in beratender Funktion ihre/seine Fachkompetenz einbringt und alle Prozesse moderierend forciert, inklusive der Treffen der einzelnen Arbeitsebenen. Im Rahmen dieser Rolle ist sie/er für den gesamten Informationsfluss verantwortlich. Je nach Größe des Netzwerkes kann das Netzwerkmanagement sich auch aus einem Team mit maximal sechs Personen zusammensetzen. Das Netzwerkmanagement kann von der Initiatorin/dem Initiator oder der Steuerungsgruppe installiert werden.<sup>43</sup>

Auf der operativen Ebene – zur Ausarbeitung eines Netzwerkkonzeptes – kommen Arbeitsgruppen und gegebenenfalls Beiräte zum Einsatz, die in der dargestellten Implementierungsstruktur (siehe Abbildung 2) durch die Care- und Case-Management-Gruppe repräsentiert werden. Der Care-Management-Gruppe gehören leitende Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der jeweiligen Stakeholder an, die fachliche Vereinbarungen hinsichtlich der grundlegenden Netzwerkstruktur und zu -prozessen (Netzwerkorganisation) treffen können (z.B. Schnittstelleninstrumente). Im Unterschied dazu zeichnet die Case-Management-Gruppe verantwortlich für die Ausarbeitung von einzelfallbezogenen Arbeitsinstrumenten. Diese Vorgehensweise ermöglicht, dass ein gemeinsames Versorgungsverständnis entstehen kann. Die Arbeitsgruppe sollte sich aus fachspezifischen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern zusammensetzen. Im Bedarfsfall können gemeinsame Schulungen erforderlich sein.<sup>44</sup>

Um im Zuge eines Veränderungsprozesses einerseits dem maximalen Kommunikations- und Informationsbedarf gerecht zu werden und andererseits Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Akteurinnen/Akteure zur Mitarbeit zu motivieren, sollten die Belegschaften der einzelnen Versorgungseinrichtungen im Rahmen von Veranstaltungen in regelmäßigen Abständen über die geplanten Vorhaben und die jeweiligen Arbeitsfortschritte informiert werden.<sup>45</sup>

Die nachfolgende schematische Darstellung der zeitlichen Abfolge (Abbildung 3) soll eine Orientierungshilfe für den Implementierungsprozess bieten:

---

<sup>40</sup> Mennemann (2016a). S. 14; Quilling et al. (2013). S. 21-22

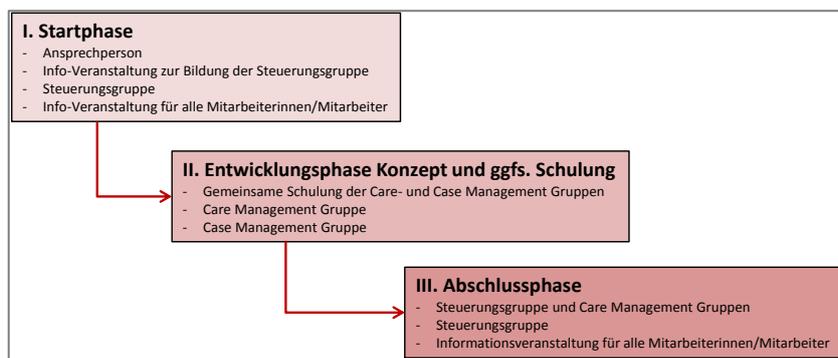
<sup>41</sup> Mennemann et al. (2012). S. 408-409

<sup>42</sup> Mennemann (2016b). S. 8; Mennemann et al. (2012). S. 410-411

<sup>43</sup> Quilling et al. (2013). S. 22

<sup>44</sup> Mennemann et al. (2012). S. 411

<sup>45</sup> Mennemann (2016b). S. 8



**Abbildung 3: Beispiel Ablaufplan Implementierungsprozess<sup>46</sup>**

Das in der Abbildung 3 dargestellte Ablaufschema bringt pro Phase die Treffen der einzelnen Gremien zum Ausdruck. Nachfolgende Phasen beginnen, sobald die vorangegangene abgeschlossen ist. Die Dauer und Anzahl der einzelnen Termine ist in Zusammenhang mit der Netzwerkgröße zu organisieren. Für die Arbeitsgespräche der Steuerungsgruppe und der Ansprechperson können halbtägige Termine veranschlagt werden. Für Informationsveranstaltungen und Arbeitsgruppensitzungen der operativen Ebene (Care- und Case-Management-Gruppe) können Ganztagestermine in Betracht gezogen werden. Für Schulungstermine sollten zwei Tage kalkuliert werden.

### 3. BESCHREIBUNG DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

Um Schnittstellen als solche zu erkennen und folglich eine Nahtstelle definieren und im Idealfall auch realisieren zu können, bedarf es einer breiteren Betrachtung der Thematik Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Fokus der weiteren Ausführung stehen zunächst epidemiologische Informationen, das Berufsbild und die Entstehungsgeschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Entwicklung der einzelnen Versorgungsstufen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im extramuralen Bereich verlief im Laufe der Zeit unterschiedlich. Um die Herausforderungen dieser Fachrichtung nachvollziehen zu können, werden des Weiteren in diesem Kapitel angesichts des gestiegenen Bedarfes und der begrenzten Ressourcen die Versorgungsstrukturen mit Fokus auf die Untersuchungsregion beschrieben. Die Strukturdarstellung soll damit einen Einblick in diese im Wachstum begriffene Disziplin vermitteln.

#### 3.1. Epidemiologische Betrachtung

Die Versorgungsplanung benötigt detaillierte Informationen zur Bedarfslage, wofür demografische Informationen und Angaben zur Prävalenz erforderlich sind. Der Anteil der 0- bis 19-Jährigen an der österreichischen Gesamtbevölkerung beträgt rund 20 %, was absolut betrachtet rund 1.700.000 Kindern und Jugendlichen entspricht. Laut Bevölkerungsprognose der Statistik Austria wird die Gruppe der unter 20-Jährigen bis 2030 im Schnitt um rund 8 % anwachsen, wobei die Zunahme dieser Altersgruppe in Wien mit 18 % vo-

<sup>46</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an Mennemann (2016b). S. 10

raussichtlich deutlich höher sein wird<sup>47</sup> und über der prognostizierten Entwicklung vieler europäischer Metropolen liegt.<sup>48</sup>

Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge treten psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen gleich häufig wie bei Erwachsenen auf.<sup>49</sup> Bei der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeichnet sich eine Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten sowie von somatischen zu psychischen Störungen ab<sup>50</sup>, die rasch ansteigen, z.B. durch Enttabuisierung<sup>51</sup>, durch Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten, durch moderne Lebensbedingungen wie Beschleunigung, Reizüberflutung oder chronische Zeitnot.<sup>52</sup>

Zum Thema psychische Auffälligkeiten im Kinder- und Jugendalter gibt es weltweit zahlreiche epidemiologische Untersuchungen, deren Ergebnisse allerdings aufgrund unterschiedlicher Methoden erheblich voneinander abweichen. In einigen Studien bewegt sich die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten zwischen 10 und 20 %.<sup>53</sup> In Österreich stehen nur vereinzelt umfassende, systematisch erhobene Prävalenzdaten zur Verfügung, wie z.B. durch die Studie Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT) oder die Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Daher orientieren sich Angaben zur Prävalenz häufig an deutschen Studien, wie z.B. dem relativ aktuellen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) oder der BELLA-Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Anhand dieser Studien kann die Prävalenz zumindest vage eingeschätzt werden. Die BELLA-Studie ortet eine Prävalenz bei 21,9 %, was bedeutet, dass bei jedem fünften Kind oder Jugendlichen Hinweise auf eine psychische Störung festgestellt wurden.<sup>54</sup> Umgerechnet auf die österreichische Zielpopulation bedeutet dies, dass schätzungsweise rund 350.000 Kinder und Jugendliche von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind, wovon etwa die Hälfte, also 175.000, behandlungsbedürftig ist. Laut dem österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsbericht nimmt jedoch ein Großteil der psychiatrisch Betroffenen Versorgungsleistungen nicht in Anspruch.<sup>55</sup> Erste moderate epidemiologische Anhaltspunkte für Österreich liefert die oben erwähnte MHAT-Studie, die eine Prävalenzrate in Höhe von 18,9 % ermittelte, wobei die Non-Responder-Analyse auf eine Unterschätzung hinweist.<sup>56</sup>

Mit der Anzahl der Risikofaktoren steigt die Prävalenz. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext gewinnt der Trend zur Entwicklung neuer Familienstrukturen in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung. Ungünstige Familienkonstellationen, wie z.B. Patchworkfamilien, Alleinerziehende oder Partnerschaftskonflikte der Eltern, wirken sich, ebenso wie ein

---

<sup>47</sup> Statistik Austria (2016a+b). Abgerufen am 29. November 2016

<sup>48</sup> Stadt Wien/MA 15 (2012). S. 74

<sup>49</sup> HVB (o.D.). S. 4-5

<sup>50</sup> Schepker (2012). S. 36

<sup>51</sup> Höwler (2016). S. 86-87

<sup>52</sup> BMG/LBIHPR (2013). S. 1

<sup>53</sup> Petermann (2005). S. 50-53

<sup>54</sup> Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart (2007). S. 871-878

<sup>55</sup> BMG (2016). S. 176

<sup>56</sup> Philipp, Zeiler, Waldherr, Nitsch, Dür, Karwautz & Wagner (2014). S. 199

sozioökonomisch niedriger Status, nachteilig auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen aus.<sup>57</sup>

Abrundend sei erwähnt, dass im stationären Setting die drei häufigsten Hauptdiagnosen auf Verhaltens- und emotionale Störungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sowie auf affektive Störungen entfallen.<sup>58</sup> Für den extramuralen Bereich wären diesbezüglich konkrete Informationen wünschenswert.

### **3.2. Abriss zu Entwicklung und Verständnis der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Die 1975 als Additivfach zu den drei Sonderfächern Psychiatrie, Neurologie und Kinder- und Jugendheilkunde etablierte Zusatzausbildung „Kinder- und Jugendneuropsychiatrie“ (KJNP) wurde 2007 durch das Sonderfach „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin“ (KJPP) abgelöst. Dadurch haben sich die Rahmenbedingungen in diesem Versorgungsbereich grundlegend geändert.<sup>59</sup> Die Fachausbildung und somit der Tätigkeitsbereich umfasst folgenden Umfang: „Prävention, Diagnostik, Behandlung, einschließlich psychotherapeutischer Medizin und Rehabilitation, von im Kindes- und Jugendalter auftretenden psychischen Krankheiten, Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, einschließlich der psychiatrischen Behandlung von entwicklungsbedingten psychischen Erkrankungen sowie die fachspezifische Begutachtung.“<sup>60</sup>

Die Etablierung des Sonderfaches bildete eine wesentliche Voraussetzung für adäquate Versorgungsstrukturen im extramuralen Bereich. Fehlende Kapazitäten im intramuralen Bereich führen jedoch zu einem Mangel an Ausbildungsstellen. Durch die Regelung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Mangelfach wurden mehr Ausbildungsstellen ermöglicht.<sup>61</sup> Dazu hat die Politik 2015 mit einer neuen Ausbildungsordnung eine weitere Weiche gestellt, um die Anerkennung als Ausbildungsstätte in diesem Fachbereich zu erleichtern.<sup>62</sup>

Die von Spiel und Spiel stammende Definition der ursprünglichen österreichischen Gesetzgebung, „Die Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters ist jene medizinische Disziplin, die sich mit sämtlichen neurologischen, psychiatrischen sowie entwicklungs- und konstitutionsbiologischen Phänomenen, Defekten und Varianten, aber auch mit den medizinisch-psychologischen, entwicklungspsychopathologischen und die abnorme Sozialisation des Menschen betreffenden Persönlichkeitsentwicklungsstörungen befasst“,<sup>63</sup> untermauerte bereits damals, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie per se als interdisziplinäre Fachrichtung ausgelegt ist, die nicht nur die Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters umfasst, sondern das Kind bzw. die Jugendliche/den Jugendlichen mit dessen Gesamtproblematik im Mittelpunkt sieht.

---

<sup>57</sup> Ravens-Sieberer et al. (2007). S. 871

<sup>58</sup> BMG (2016). S. 182

<sup>59</sup> Slbg. LRH (2013). S. 17

<sup>60</sup> BMGF (2016). S. 16

<sup>61</sup> ÖÄZ (2014). Abgerufen am 14. November 2016

<sup>62</sup> Groß (2016). Abgerufen am 07. November 2016

<sup>63</sup> Schneider (2014). S. 5, zit. n. Spiel & Spiel (1987). S. 9

In den fachspezifischen Prüfungsrichtlinien für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie der Österreichischen Ärztekammer sind genaue Leitbegriffe ihrer Arbeitsweise beschrieben, die sich an einem ganzheitlichen Systemansatz in den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen orientieren und die Anforderung eines grundlegenden Nahtstellenmanagements mit integrierter Netzwerkarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erkennen lässt:

- Ganzheitliche Betrachtung des Kindes, seiner Familie und seines Umfeldes
- Entwicklungs-, Familien- und Beziehungsorientierung
- Gleichgewichtige Beachtung von patho- und salutogenetischen Aspekten
- Multi- und interdisziplinäre Teamarbeit<sup>64</sup>

Dadurch wird einmal mehr klar, dass eine optimale und reibungslose kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung ein Versorgungsnetzwerk mit dem zentralen Element der Zusammenarbeit braucht.<sup>65</sup> Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Versorgungsstrukturen und -prozesse steht die Gewährleistung einer optimalen Versorgungskontinuität vor einer zentralen Herausforderung: Eine separierte sektorale Versorgungsstruktur, wie sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorzufinden ist, schafft Schnittstellenprobleme und in weiterer Folge auch Kooperations- und Informationsdefizite, denen es zu begegnen gilt.<sup>66</sup>

Einen Einblick über die derzeitigen Versorgungsstrukturen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie soll das nachfolgende Kapitel in Bezug auf die untersuchten Bundesländer Wien, Niederösterreich und Oberösterreich vermitteln.

### **3.3. Einblick in bestehende medizinische Versorgungsstrukturen**

Beim Vergleich einzelner Bundesländer wird offensichtlich, dass das Versorgungsangebot im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich österreichweit unterschiedliche Strukturen aufweist bzw. durch unterschiedliche Einrichtungen organisiert und die Versorgungsdichte ebenso unterschiedlich ausgeprägt ist. Ferner existiert keine einheitliche Regelung, wer für welche Fragestellungen als erste Anlaufstelle zuständig ist. D.h. im Bedarfsfall gelangen Betroffene über verschiedene Einrichtungen und Professionen ins Versorgungssystem, meist über Hausärztinnen/-ärzte, Kinderärztinnen/-ärzte, über Kindergärten und Schulen, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendhilfe, Erziehungsberatungsstellen oder auch über Spitalsambulanzen.<sup>67</sup>

Neben den Ambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Krankenanstalten stehen im extramuralen Bereich Versorgungsangebote mit niederschwelligem Zugang in niedergelassenen Praxen und in Ambulatorien zur Verfügung. Die Ambulatorien verstehen sich als multiprofessionelle extramurale Einrichtungen mit fachärztlicher kinder- und jugendpsychiatrischer Kompetenz, die vor Ort verschiedene Therapieformen zur Weiterbehandlung anbieten und verglichen mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater von äquivalenter Bedeutung sind. In der nachfolgenden Tabelle 2 sind jene Ambulatorien angeführt, die kinder- und jugendpsychiatrisch tätig sind.

---

<sup>64</sup> ÖÄK (2016). S. 2

<sup>65</sup> Schneider (2014). S. 24

<sup>66</sup> BMG (2010). S. 164-168

<sup>67</sup> GÖG (2013). S. 16-28

**Tabelle 2: Versorgungseinheiten mit kinder- und jugendpsychiatrischem Leistungsspektrum in Wien, NÖ und OÖ<sup>68</sup>**

	Niederösterreich	Oberösterreich	Wien
Intramuraler Bereich	LK Baden-Mödling: Standort Hinterbrühl inklusive Tagesklinik	Kepler Universitätsklinikum Linz inklusive Notfallambulanz und -station, Tagesklinik	AKH-Universitätsklinikum inklusive Tagesklinik, Notfall- und Spezialambulanzen (z.B. Autismus, Essstörungen)
	LK Amstetten-Mauer		KH Hietzing/Neurologisches Zentrum Rosenhügel inklusive Notfall- und Spezialambulanzen
	Universitätsklinikum Tulln inklusive Ambulanz, Tagesklinik und Konsiliar- und Liaisondienst		
Extramuraler Bereich	7 Fachärztinnen/-ärzte mit Kassenvertrag (Amstetten, Krems, Mistelbach, Mödling, Purkersdorf, St. Pölten, Wr. Neustadt)	3 Fachärztinnen/-ärzte mit Kassenvertrag (Linz, Stey, Wels)	6 Fachärztinnen/-ärzte mit Kassenvertrag (2., 6., 9., 10., und eine Gruppenpraxis 15. Bezirk)
	keine kinder- und jugendpsychiatrische Ambulatorien	Kinder- und Jugendkompetenzzentrum Innviertel mit Standorten in Andorf, Mauerkirchen und Pramet	Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik des Psychosozialen Dienstes (PSD) (3. Bezirk)
			SOS-Kinderdorf Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie (21. Bezirk)
			"Die Boje" Ambulatorium (17. Bezirk)
			Institut für Erziehungshilfe - Clinic Child Guidance 5 Standorte (5., 10., 11., 19. und 21. Bezirk)
			ZEF (Zentrum für Entwicklungsförderung) mit 3 Standorten (10., 20. und 22. Bezirk)
		VKKJ (Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche) Ambulatorium 10., Fernkorngasse	

Die Auflistung weist darauf hin, dass sich das Versorgungsangebot generell auf den städtischen Bereich konzentriert. Demzufolge besteht nach den Zielvorgaben des (ÖSG) in ländlichen Gebieten Verbesserungspotential, wo derzeit keine wohnortnahe und somit bedarfsgerechte Versorgung gegeben ist.<sup>69</sup> Der ÖSG führt weiters bei den Qualitätskriterien im Zusammenhang mit einem bettenführenden Sonderfach bezüglich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen an, dass die Versorgungsplanung auf einer interdisziplinären Sicht basieren muss, die sowohl intramurale wie extramurale Versorgungseinheiten als auch den heilpädagogischen und Sozialbereich einschließt.<sup>70</sup>

Unter der Voraussetzung einer extramuralen Vollversorgung gibt der ÖSG für die intramurale Versorgung eine Bettenmessziffer von 0,08 bis 0,13 vor, d.h. zwischen 0,08 und 0,13 Betten pro 1.000 Einwohnerinnen/Einwohnern<sup>71</sup>, die bundesweit derzeit bei durchschnittlichen 0,05 liegt. Das bedeutet, dass in diesem Segment die Hälfte der erforderlichen Behandlungsplätze bestehen.<sup>72</sup> Österreichweit bestanden 2012 rund 350 Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.<sup>73</sup>

Hinsichtlich der multiprofessionellen Ambulatorien sieht der ÖSG für 250.000 Einwohnerinnen/Einwohner eine ambulante Einheit vor.<sup>74</sup> Die Wiener Ambulatorien blicken auf eine längere Tradition als Zentren für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie zur Entwicklungsförderung zurück. Im Zentrum für Entwicklungsförderung (ZEF) wurde z.B. in den letzten beiden Jahren das Versorgungsspektrum um die Qualifikation der Kinder- und Ju-

<sup>68</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an ÖGKJP (2014-2015). Abgerufen am 20. Februar 2016

<sup>69</sup> GÖG/BMG (2012). S. 14-15

<sup>70</sup> Slbg. LHR (2013). S. 18

<sup>71</sup> GÖG/BMG (2012). S. 17

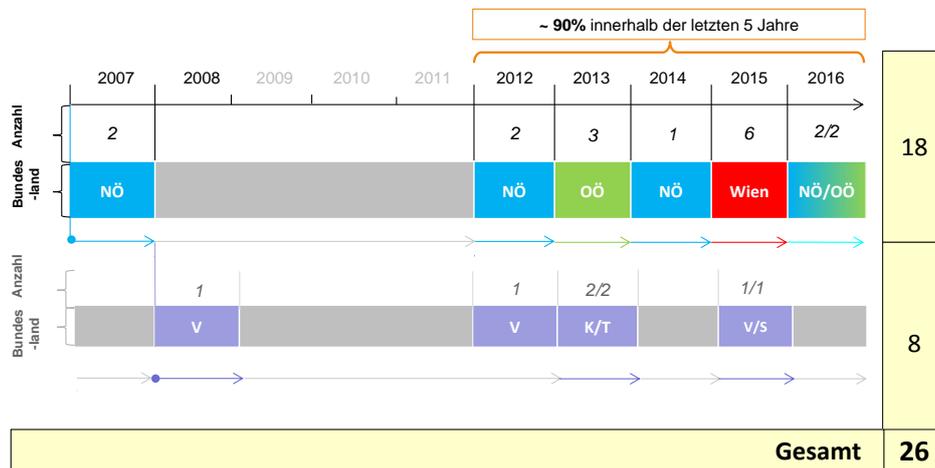
<sup>72</sup> Hartl (2016). S. 2

<sup>73</sup> BMG (2016). S. 182

<sup>74</sup> GÖG/BMG (2012). S. 56

gendspsychiatrie erweitert. Niederösterreich verfügt über keine Ambulatorien im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext.

International wird angegeben, dass 80.000 Einwohnerinnen/Einwohner pro Fachärztin/-arzt im niedergelassenen Bereich versorgt werden können. Bezogen auf die österreichische Bevölkerung ist demzufolge von 106 Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiatern auszugehen.<sup>75</sup> Aktuell praktizieren 26 niedergelassene Vertragsfachärztinnen/-ärzte (siehe Abbildung 4).



**Abbildung 4: Entwicklungsverlauf der niedergelassenen Kassenärztinnen/-ärzte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie<sup>76</sup>**

Die Versorgung mit niedergelassenen kassenfinanzierten Vertragsfachärztinnen/-ärzten hat in den letzten fünf Jahren regelrecht einen Aufschwung erfahren. Rund 90 % aller Vertragsärztstellen wurden in diesem Zeitraum geschaffen, die meisten davon in Ost-Österreich. Niederösterreich verfügt mittlerweile über sieben fachärztliche Kassenstellen, die Bundeshauptstadt über sechs und Oberösterreich über fünf. Demnach entfallen zwei Drittel aller Kassenplätze auf das Untersuchungsgebiet. Aus der Darstellung geht ebenso hervor, dass im Burgenland und in der Steiermark noch keine Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater mit Kassenvertrag tätig sind.

### 3.4. Ein Berufsbild im Wandel

Das Berufsbild der Ärztin/des Arztes hat sich in den vergangenen Jahren gewandelt, wobei einer Ärztin/einem Arzt oft mehr als „nur“ die medizinische Kompetenz abverlangt wird. Sie/er entwickelt sich auch zur Führungskraft und Managerin/Manager. Das komplexe Anforderungsprofil an ein gut funktionierendes Netzwerk benötigt nicht allein die Intervention auf der Fallebene, sondern auch auf der Strukturebene. Dieser Anspruch übersteigt jedoch den Rahmen, der das Berufsbild einer Ärztin/eines Arztes beschreibt und ausmacht.<sup>77</sup>

<sup>75</sup> Hartl (2016). S. 1

<sup>76</sup> Eigene Darstellung in Anlehnung an HVB (2016).

<sup>77</sup> Küster (2007). S. 28

Demnach verschwimmen zusehends die Grenzen zwischen den rein medizinischen Tätigkeiten und jenen Tätigkeiten, die im Hinblick auf die sich veränderten Versorgungsstrukturen und im Sinne der integrierten Versorgung eine bestimmte Form der Organisation erfordern. Die Ärztin/der Arzt tritt an dieser Stelle in der Praxis auch als Case Manager/Case Manager auf und übernimmt als Vermittlerin/Vermittler die Koordination der Versorgung auf der Fallebene. In dieser Funktion sollte sie/er sicherstellen, dass die vereinbarten Zielsetzungen und die Leistungen entsprechend umgesetzt werden. Dies bedeutet, dass sie/er Leistungsangebote über den eigenen Kompetenzbereich und die Rahmenbedingungen hinweg steuert und koordiniert, um eine bestmögliche Versorgung anbieten zu können. In diesem Zusammenhang sollte sie/er auch ein stabiles unterstützendes Netzwerk schaffen, das neben allen erforderlichen Leistungsanbietern nicht nur den Bedarf der Kinder und Jugendlichen abdeckt, sondern auch das gesamte Familiensystem miteinbezieht.<sup>78</sup>

Somit entwickelte sich die medizinische Beratung und Behandlung von einem dienstleistungsorientierten Fokus hin zu einem personenzentrierten Komplexitätsmanagement, was ein Umdenken bedingt.<sup>79</sup>

#### **4. AKTUELLE INITIATIVEN IM KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN NAHTSTELLENMANAGEMENT**

Wie nachfolgend beschriebene Beispiele zeigen, bestehen im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext in Österreich Vernetzungsbemühungen mit Vorbildwirkung. Die beiden ausgewählten Beispiele bringen auch in Bezug auf das Nahtstellenmanagement die Komplexität der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Ausdruck, was zeigt, dass die Entwicklung geeigneter Nahtstellen als langfristiger, intensiver und interaktiver Prozess zu verstehen ist.

##### **4.1. Vernetzungsprojekt Kindernetzwerk Industrieviertel (IV)**

Die nachfolgenden Ausführungen beschreiben das Kindernetzwerk Industrieviertel nicht nur als Projekt mit Modellcharakter für eine systematisch strukturierte Netzwerkbildung auf multiprofessioneller, interinstitutioneller Ebene,<sup>80</sup> sondern gehen auch auf die Entstehungsgeschichte ein, um mit der Darstellung des Entwicklungsprozesses Anregung, Orientierung und Mut zur Nachahmung zu geben. Das deutsche „Jungmann-Projekt“ diente dem Kindernetzwerk Industrieviertel aufgrund ähnlicher Gegebenheiten, wie z.B. vergleichbarer Problemsituation und struktureller Herausforderungen, als Vorbild.<sup>81</sup> Die Entwicklung des Kindernetzwerks Industrieviertel umfasst sowohl die Selbstorganisation des Netzwerkes als auch die fallbezogene Klientinnen-/Klientenarbeit<sup>82</sup> und entstand als Bottom-up-Initiative der Akteurinnen/ Akteure aus den Bereichen Gesundheit, Kinder- und Jugendhilfe sowie Bildung.

---

<sup>78</sup> Ewers & Schaeffer (2005). S. 7-10

<sup>79</sup> Stern (2016). S. 90-92

<sup>80</sup> Fliedl, Damm, Katzenschläger, Tatzer & Winter (2012). S. 1

<sup>81</sup> Fliedl et al. (2012). S. 31

<sup>82</sup> Tatzer, Damm, Winter & Fliedl (2013). S. 146

Im Zeitraum 2006/2007 formierten sich in der Region Mödling/Hinterbrühl neue Institutionen in der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, wodurch sich Versorgungsabläufe und Zuständigkeiten der einzelnen Einrichtungen änderten und die Versorgungspalette intransparent wurde. Um die alltägliche Zusammenarbeit in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bei komplexen psychosozialen Schwierigkeiten zu verbessern, schlossen sich Vertreterinnen/Vertreter der regionalen Krisenversorgungseinrichtungen im Rahmen der ersten Fachtagung des IV zu einer multiprofessionellen und interinstitutionellen Arbeitsgruppe zusammen und erarbeiteten anschließend in einem einjährigen Prozess das Krisenmanual. Diese Zusammenarbeit führte zu einem einheitlichen Verständnis über psychosoziale, psychiatrische und psychosomatische Krisen und klärte die jeweiligen Zuständigkeiten im Krisenmanagement.<sup>83</sup> Damit wurde die erste Basis für eine gemeinsame fallbezogene Verantwortung in der Versorgung von Betroffenen durch die Helferinnen/ Helfer selbst geschaffen.

Die Fachveranstaltungen sind mittlerweile als jährliche große Vernetzungstagung etabliert. Ausgehend von der Vorstellung des bestehenden und funktionierenden Bezirksnetzwerkes Wiener Neustadt beim 2. Vernetzungstreffen entwickelten sich allmählich weitere fünf regionale **Bezirksnetzwerke** in Selbstorganisation (Abbildung 5).

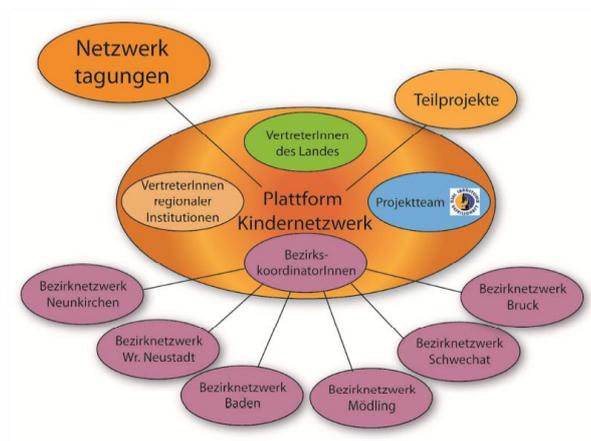


Abbildung 5: Organigramm des Kindernetzwerks Industrieviertel<sup>84</sup>

Die unterschiedliche Entwicklung der regionalen Bezirksnetzwerke in der Region Industrieviertel lässt erkennen, dass der Aufbau eines Netzwerkes Systematik in der internen Netzwerkorganisation erfordert (z.B. Koordinatorinnen/Koordinatoren bestimmen, Häufigkeiten und Inhalte der Bezirksnetzwerktreffen festlegen, Administration, wie z.B. Einladungen erstellen, Adresslisten warten, Protokolle führen, Fähigkeiten und Fertigkeiten austauschen und gemeinsam lernen) und eine professionelle Begleitung benötigt.<sup>85</sup> Anzumerken ist dennoch, dass sich die Bezirksnetzwerke aufgrund regionaler Bedingungen, wie z.B. bestehender Versorgungsstrukturen, persönlichem Engagement, der Frequenz der Treffen (zwischen Sechs-Wochen-Rhythmus und viermal jährlich) voneinander unterscheiden und damit ihre Eigenständigkeit ausdrücken. Für das Management im Netzwerk

<sup>83</sup> Tatzer et al. (2013). S. 143

<sup>84</sup> IV (o.D.). Abgerufen am 22. November 2016

<sup>85</sup> Tatzer et al. (2013). S. 143-144

sind jeweils zwei Koordinatorinnen/Koordinatoren zuständig,<sup>86</sup> die von ihrer Herkunftsorganisation „top-down“ mit dieser Funktion beauftragt wurden und die eine gewisse Kontinuität sicherstellen sollen.<sup>87</sup> Die Bezirksnetzwerke und die Netzwerktreffen bieten den regionalen Versorgungsdienstleistern abseits der Fallbearbeitung die Möglichkeit des direkten Informationsaustausches.<sup>88</sup>

Als Resultat des 3. Vernetzungstreffens (2009) wurde neben den regional agierenden Netzwerken die überregionale **Plattform** Industrieviertel (siehe Abbildung 5) etabliert.<sup>89</sup> Aufgabe der Plattform ist die Entwicklung der Netzwerktätigkeit<sup>90</sup>, der zentrale Austausch zwischen den Netzwerken bzw. deren Institutionen und der Plattform, die Projektinitiierung und -umsetzung und im Bedarfsfall die Unterstützung der Bezirksebene. In der Plattform arbeiten pro Bezirksnetzwerk jeweils zwei Koordinatorinnen/Koordinatoren, Delegierte von ambulanten und stationären Betreuungs- und Versorgungsinstitutionen, Vertreterinnen/Vertreter aus dem pädagogischen Bereich und von der Landesebene (z.B. Jugendwohlfahrt, Landesheime und Krankenanstalten) zusammen.<sup>91</sup> Die Zusammenarbeit innerhalb der Plattform wurde mit einer Rahmenvereinbarung geregelt, die z.B. die Häufigkeit der Treffen, die Zusammensetzung der Mitglieder, die in etwa 35 Personen umfassen, und die Funktion des Projektteams festschreibt.<sup>92</sup> Entscheidend ist, dass die Plattformmitglieder mit einem entsprechenden Verhandlungs-Pouvoir ausgestattet sein müssen.<sup>93</sup>

Der Etablierung der Plattform folgte in einem regen Austausch eine umfassende Zieldefinition, die neben dem Leitziel auch Mittlerziele (Handlungsfelder) und Handlungsziele (Teilprojekte) inkludiert (siehe Abbildung 6). Für die Entwicklung des Leitziels war es notwendig, den Handlungsbereich jeder Institution klar abzugrenzen.<sup>94</sup>

---

<sup>86</sup> Damm, Fliedl, Katzenschläger, Tatzer & Winter (2012). S. 9-10

<sup>87</sup> ebd. S. 17

<sup>88</sup> IV (o.D.). Abgerufen am 22. November 2016

<sup>89</sup> Tatzer, Winter, Damm & Fliedl (2014). S. 17

<sup>90</sup> Damm et al.(2012). S. 17

<sup>91</sup> IV (o.D.). Abgerufen am 22. November 2016

<sup>92</sup> Tatzer et al. (2013). S. 144-145

<sup>93</sup> Damm et al. (2012). S. 17

<sup>94</sup> Tatzer et al. (2013). S. 144-145

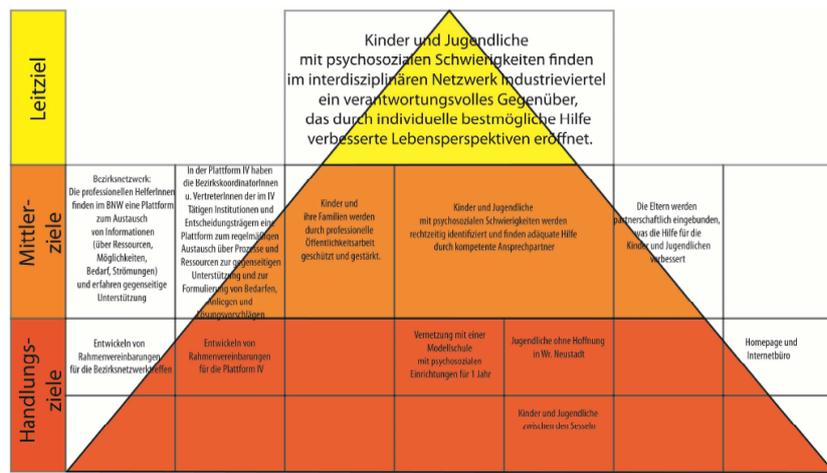


Abbildung 6: Zielpyramide des Kindernetzwerks Industrieviertel<sup>95</sup>

Für die genannten Teilprojekte wurden Arbeitsgruppen gebildet (analog zur Erarbeitung des Krisenmanuals), die sich einerseits mit der Selbstorganisation des Netzwerks befassen und andererseits Standards für klientinnen-/klientenbezogene Themen entwickelten (z.B. Kooperationsleitfäden, Guidelines für Helferkonferenzen).<sup>96</sup>

Darüber hinaus fungierte ein **Projektteam** als zentrale Steuerungsinstanz, die als Teil der Plattform im Auftrag des Landes die Netzwerkentwicklung und die Projektabwicklung inklusive Evaluierung verantwortet.<sup>97</sup>

Der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds unterstützte das IV beim strukturierten Aufbau von Kooperationsstrukturen mit einer Projektfinanzierung.<sup>98</sup> Wissenschaftlich begleitet wurde das 2016 beendete Projekt durch die Karl Landsteiner Gesellschaft.

Aus den bisherigen Erfahrungen der seit 2006 bestehenden Initiative haben sich für die Vernetzungstätigkeit der Einsatz und die richtige Handhabung sogenannter Netzwerk-Tools als wichtig erwiesen. Die Netzwerkarbeit benötigt auf allen Ebenen inklusive ihrer Vernetzungstreffen eine organisatorische Struktur, wobei Lernbereitschaft und eine richtige administrative Steuerung zum Gelingen des Netzwerkes beitragen. Netzwerkarbeit umfasst die verschiedensten Bereiche, wie Projektmanagement, Erlernen von Moderationstechniken, professionelles Einladungsmanagement, Zielformulierung, Funktionen und Rollen, die vier wesentliche Aspekte im Netzwerkprozess (Qualifizierung, Öffentlichkeitsarbeit, wissenschaftliche Begleitung und Evaluation), Kommunikationsregeln in Gruppen bis hin zu Themen betreffend konstruktive Kritik oder förderliche und hinderliche Handlungen.<sup>99</sup>

Die beschriebene Struktur soll erkennen lassen, wie vielschichtig erfolgreiche Netzwerkarbeit anzulegen ist. Im vorgestellten Projekt bestehen mehrere Netzwerkebenen – Bezirksnetzwerke, Plattform, Arbeitsgruppen und Projektteam. Auch wenn Netzwerkarbeit

<sup>95</sup> Damm et al. (2012). S. 15

<sup>96</sup> Tatzer et al. (2013). S. 145-146

<sup>97</sup> Damm et al. (2012). S. 18; Fliedl et al. (2012). S. 8

<sup>98</sup> Tatzer et al. (2013). S. 144

<sup>99</sup> Damm et al. (2012). S. 22-34

eine aufwendige Thematik darstellt, zeigt das vorgestellte Projekt dennoch, dass die Verbesserung der Zusammenarbeit einen klaren Mehrwert in Bezug auf Erleichterung und Qualitätsverbesserung in der Bewältigung der alltäglichen Arbeitsanforderung ergibt.<sup>100</sup>

## 4.2. Die „Krise als Chance“ im Bundesland Salzburg

In einem fast 3-jährigen Entwicklungsprozess erarbeitete das Referat der Kinder- und Jugendhilfe (inklusive der Bezirksverwaltungsbehörden und Jugendämter) mit der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und privaten Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe das Handbuch für die Krisenarbeit mit Kindern und Jugendlichen im Bundesland Salzburg. Als Handlungsleitfaden regelt das Handbuch Abläufe der Zusammenarbeit durch standardisiertes Vorgehen. Durch eine bessere Abstimmung soll es mit vereinbarten Kräften gelingen, die begrenzten Ressourcen und Möglichkeiten wirksamer als bisher einzusetzen. Nach dem Vorbild der niederösterreichischen Erfahrungen wurden nach Klärung der anfangs unterschiedlichen Vorstellungen und Erwartungen die Gesprächsergebnisse in einem Handbuch zusammengefasst.<sup>101</sup> Dieses erläutert die verschiedenen Krisenarten, stellt Checklisten zur Verfügung und informiert auch über organisatorische und gesetzliche Grundlagen.

Ihren Ausgangspunkt nahm die Salzburger Kooperation 2012 mit einem ganztägigen Start-Workshop, der dem gegenseitigen Kennenlernen der aktuellen Situation mit all ihren Herausforderungen und der Ressourcen der jeweiligen Kooperationspartnerinnen/-partner diente und einen Überblick über gut funktionierende Bereiche und Verbesserungspotentiale schaffte. Die weiteren gemeinsamen Anstrengungen waren auf Interventionsmöglichkeiten ausgerichtet, die den Kooperationspartnerinnen/-partnern ermöglichen, die Vernetzungstätigkeit als Benefit in der Arbeitsroutine zu erleben.<sup>102</sup>

Zur Themensammlung (z.B. Vereinbarungen, Checklisten, gemeinsame Fortbildungen) und Vorbereitung von Entscheidungen wurde eine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen/Vertretern aller Systeme gegründet. Die Maßnahmen selbst wurden in den jeweiligen Systemen bzw. in den einzelnen Arbeitsbereichen dieser ausgearbeitet. Auf Leitungsebene wurden regelmäßige Jour fixes zwischen der Klinikleitung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Referatsleitung der Kinder- und Jugendhilfe Salzburg für z.B. den fachlichen Austausch installiert. Durch eine klare Strukturierung des Beschwerdemanagements können zukünftige Probleme rascher erfasst und zeitnah erledigt werden.<sup>103</sup>

Die Resultate dieser Kooperationsbemühungen wurden im Handlungsleitfaden „Krise als Chance“ niedergeschrieben, der ein „Endprodukt eines äußerst kooperativen und kreativen Prozesses [ist], der unterschiedliche Systeme an einen Tisch, in die jeweiligen Häuser, an die PCs und schlussendlich auch ‚näher‘ an die KlientInnen und PatientInnen gebracht hat, zu deren Wohle die Früchte dieses erfolgreichen und zufriedenstellenden Prozesses vor allem beitragen sollen“. Den offiziellen Abschluss dieser Entwicklungsphase bildete der Abschluss-Workshop, im Rahmen dessen der Handlungsleitfaden vorgestellt wurde, der einen weiter zu entwickelnden Grundstock repräsentiert. Die Beteiligten kamen

---

<sup>100</sup> Tatzler et al. (2013). S. 147

<sup>101</sup> UK KJP (2015). S. 5-6

<sup>102</sup> ebd. S. 13

<sup>103</sup> ebd. S. 13-14

überein, diese Form der partnerschaftlichen, produktiven Zusammenarbeit fortführen zu wollen.<sup>104</sup>

Das zuvor dargestellte Projekt zeigt gleichfalls die Relevanz und Notwendigkeit auf, dass sich verschiedene Systembereiche und einzelne Helfersysteme rund um die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten vernetzen und zusammenarbeiten müssen, um unter den gegebenen Rahmenbedingungen die bestmögliche Unterstützung leisten zu können.

### 4.3. Weitere relevante Projekte

Im Kontext zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten stellen Vernetzungsarbeit und damit verbundene Projekte lückenhafte, aber keine fehlenden Initiativen dar. In Hinblick auf weitere Beispiele eines (gelungenen) Nahtstellenmanagements soll sowohl aus nationaler als auch aus internationaler Perspektive nachfolgende Auflistung beispielhaft einen Eindruck vermitteln.

**Tabelle 3: Vernetzungsinitiativen im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext (eigene Darstellung)**

Name des Projekts	Kooperationszugang – Zielsetzung
„Das Jungmann-Projekt“ (D)	Entwicklung effektiver Organisationsformen zur interdisziplinären Hilfeplanung, Entwicklung und Begleitung von Angeboten zwischen Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule <sup>105</sup>
„Komplexer Hilfebedarf“ (D – Landesmodellprojekt an der Universität Leipzig)	Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule <sup>106</sup>
Jugendhilfe-Report (D – Schwerpunkt im Heft 4/2007 Kooperation)	Netzwerke – neue Möglichkeiten oder Labyrinth der Hilfen? <sup>107</sup>
Kooperation zwischen KJPP und Kinder- und Jugendhilfe bzw. anderen Versorgungsbereichen (D – Universitätsklinikum Ulm)	Gibt es einen Überblick über Voraussetzungen für gelingende Vernetzung unter Bezugnahme der eigenen Vernetzungsforschung? <sup>108</sup>
EU-Projekt „RESME“ (D – Hochschule für angewandte Wissenschaft Hamburg)	An der Schnittstelle von stationärer Jugendhilfe und psychiatrisch-psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung in Europa – eine Evaluation eines Curriculums zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit <sup>109</sup>

<sup>104</sup> UK KJP (2015). S. 6 und 14

<sup>105</sup> Jungmann (2000). Abgerufen am 14. Dezember 2016

<sup>106</sup> Graba, Hein, Neudert & Rahtjen (2009). Abgerufen am 05. Dezember 2016

<sup>107</sup> Jugendhilfe Report (2007). Abgerufen am 05. Dezember 2016

<sup>108</sup> Plener (2016). Abstract

<sup>109</sup> Jörns-Presentati & Groen (2014). S. 81-84

Name des Projekts	Kooperationszugang – Zielsetzung
„Kinder- und Jugendpsychiatrie goes outside“ (AUT – Klinikum Klagenfurt)	Extramurales Netzwerken und nachgehende psychiatrische Betreuungsarbeit – Focus frühzeitige Erfassung und Behandlung → regelmäßige Sprechstunden in Einrichtungen wie Jugendnotschlafstelle und/oder regelmäßige Teilnahme an Vernetzungsgesprächen von Time-out-Gruppen in Schulen <sup>110</sup>
„Der Verordnungskatalog“ – Wirkungsvolle Therapiepfade (AUT – Pilotprojekt in NÖ und Salzburg - im Auftrag des Hauptverband der Sozialversicherungsträger)	Ein systematisch strukturiertes Verzeichnis, der Verordnungskatalog, hat zum Ziel, eine Vereinheitlichung und Vereinfachung des Verordnungswesens für funktionelle Therapien bei Kindern und Jugendlichen herbeizuführen, da es oftmals zu langen Wartezeiten bei Therapeuten und spezialisierten Einrichtungen kommt. <sup>111</sup>

## 5. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE (= IST-SITUATION)

Dieses Kapitel widmet sich den qualitativen Forschungsergebnissen, die die Sicht der Expertinnen/Experten zur Ist-Situation widerspiegeln. Die Ergebnisdarstellung zum Thema Nahtstellenmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gliedert sich in zwei Bereiche – extramural und intramural (inklusive Ambulatorien). Für die detaillierte Analyse werden die Ergebnisse nach Bundesländern (Wien, Niederösterreich und Oberösterreich) gesondert betrachtet.

Durch den Einsatz eines Kodierschemas (Kapitel 7.1.) wurden die Aussagen der befragten Expertinnen/Experten in anonymisierter Form analysiert.

### 5.1. Extramuraler Bereich



#### 5.1.1. Wien

Die befragten Expertinnen/Experten im Raum Wien gaben unmissverständlich an, dass die **persönlichen Kontakte** ein entscheidender (Erfolgs-)Faktor für die gute Zusammenarbeit sind. Dort, wo diese Kontakte bestehen, kann effizientes Arbeiten im Sinne der Kinder und Jugendlichen stattfinden, was eindeutig die Kooperation erleichtert.<sup>IP6, IP7, IP8, IP9, IP10, IP11 112</sup> Aufgrund der jahrzehntelangen Tätigkeit im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie kennen sich die Gesundheitsdienstleister, was die Vernetzungstätigkeit zusätzlich begünstigt. Würden diese Beziehungen, die über Jahre im Rahmen der Berufsausübung und -erfahrung aufgebaut wurden, nicht existieren, so fände bis dato keine Art der Vernetzungstätigkeit in der Praxis statt.<sup>IP6, IP7</sup>

<sup>110</sup> Wladika (2016). Abstract

<sup>111</sup> Marcian, R. (2016). S. 62-64

<sup>112</sup> Kodierung siehe Kapitel 7.1.

Der **Mangel an Kapazitäten** in allen Bereichen erschwert zusätzlich die Kooperation mit anderen Institutionen. Diese unzureichende Zusammenarbeit ist nach Ansicht der Expertinnen/Experten darauf zurückzuführen, dass in der stationären Versorgung die Nachfrage größer als das Angebot ist. Ähnlich ist die Lage in den Ambulatorien, einer für den niedergelassenen Bereich essentiellen Schnittstelle, an der eine tiefe Unzufriedenheit aller Expertinnen/Experten vernommen werden konnte. Die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater mit den Ambulatorien ist von großer Bedeutung, da immer mehr komplexe Fragestellungen auftreten, die therapeutisch idealerweise in Ambulatorien zu versorgen wären.<sup>IP7, IP8, IP9, IP10, IP11</sup> Demgegenüber wird eine gute Zusammenarbeit mit Psychologinnen/Psychologen und anderen Kolleginnen/Kollegen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wahrgenommen.<sup>IP7, IP10, IP11</sup>

Ein Problem wird in der Schaffung von Diagnosestellen (KijUP) gesehen und dem damit einhergehenden **(Mehr-)Bedarf an Therapieplätzen**, welcher nach Meinung der Expertinnen/Experten nicht gedeckt ist. Dadurch entstehen unzumutbare **Wartezeiten** für Kinder und Jugendliche, die auf eine zeitnahe Behandlung angewiesen sind. Vorwiegend betrifft dies funktionelle Therapien wie Ergo-, Logo- und Physiotherapie sowie Psychotherapie, wo teilweise große Zeitfenster entstehen, die eine Überbrückung erfordern.<sup>IP6, IP7, IP8, IP9, IP10, IP11</sup>

Verbesserende Maßnahmen an der Schnittstelle Diagnostik–Therapie werden u.a. in einem **Therapieplatzmanagement** in Form einer zentralen Organisations-/ Koordinationsstelle zur Vermittlung von Therapieplätzen gesehen.<sup>IP7, IP8, IP9, IP10, IP11</sup> Als hilfreich wird eine aktualisierte Liste von Therapeutinnen/Therapeuten erachtet, in der u.a. die Arbeitsschwerpunkte angeführt werden sollten. In der momentanen Versorgungssituation agieren die Expertinnen/Experten selbst oft als Drehscheibe mit einer organisatorischen Funktion (z.B. Telefonlisten aktualisieren, Telefonate im Rahmen von Mehrfachbuchungen von Terminen oder zur Frustrationsvermeidung mit Eltern, die keinen entsprechenden Therapieplatz finden etc.). Der organisatorische Mehraufwand bindet Zeit, was die eigentliche Versorgungskapazität einschränkt, wodurch das ursprüngliche Ziel der Versorgungsausweitung und -gewährleistung noch schwieriger erreicht wird.<sup>IP7, IP8, IP9, IP10</sup>

Als wichtig wird die **Elternarbeit** im Rahmen der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten empfunden, die in Zukunft verstärkt werden sollte. Hierzu würde die Etablierung von Beratungsstellen sinnvoll sein bzw. erscheint es von Vorteil, wenn die Elternberatung als Teil der Behandlung erachtet wird und somit auch abgegolten werden kann.<sup>IP6, IP10, IP11</sup> Außerdem werden Lücken in der Kooperation mit Schulen und Kindergärten wahrgenommen.<sup>IP11</sup>

**Vernetzungstreffen** finden bereits statt,<sup>IP6, IP8, IP9, IP11</sup> jedoch in einer sehr intransparenten Art und Weise. Ein Mehrwert für die Praxis kann daraus nicht geschöpft werden, dazu würde es aus Sicht der Wiener Expertinnen/Experten Optimierungsmaßnahmen erfordern. Da die Ressourcen derartig eingeschränkt sind, muss für die Expertinnen und Experten jeder weitere Arbeitsaufwand unmittelbar zu einer Arbeitserleichterung führen. Dies wird als Voraussetzung dafür gesehen, sich selbst für die Harmonisierung der Schnittstellen zu engagieren.<sup>IP7, IP10, IP11</sup>

Die Expertinnen/Experten nahmen die Gelegenheit des Interviews wahr und gaben **Empfehlungen zur Verbesserung** ihrer Arbeitssituation ab. Diese reichten von der Erarbeitung

eines Krisenmanuals am Beispiel des Netzwerkes Industrieviertel über die Definition einer klaren Verantwortungszuteilung bis hin zu einer klaren Ordnung durch Betrauung einer Person mit der Führungsrolle für die Vernetzungsarbeit. Die befragten Interviewpartnerinnen/-partner bekundeten die Absicht, die derzeitige Versorgungssituation verbessern zu wollen.<sup>IP6, IP7, IP8, IP9, IP10, IP11</sup>



### 5.1.2. Niederösterreich

Maßgebend im Kooperationsverhalten sind die **persönlichen Kontakte**, die eine Schnittstelle zu einer Nahtstelle machen.<sup>IP1, IP2</sup> Der Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit niedergelassenen Kassenärztinnen/-ärzten in den letzten Jahren stellt die Fachrichtung vor große Herausforderungen, da sie erst zusammenfinden müssen.<sup>IP1, IP2</sup>

In allen Bereichen ist ein **Mangel an Kapazitäten** festzustellen, der die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater bei der Gewährleistung einer zeitnahen Versorgung hemmt.<sup>IP1</sup> Als erschwerend nehmen die Interviewpartnerinnen/-partner die Versorgungskapazität in den Ambulatorien wahr, die für funktionale Therapien nur in unzureichendem Ausmaß vorzufinden sind. Diese Strukturen führen häufig zur Überlastung der niedergelassenen Vertragsfachärztinnen/-ärzte, die in der Rolle einer Case Managerin/eines Case Managers **zusätzlich Koordinationstätigkeiten** übernehmen, damit die Kinder und Jugendlichen ehestmöglich eine adäquate weitere Versorgung erhalten.<sup>IP1</sup>

Im Raum Niederösterreich unterliegen die niedergelassenen Vertragsfachärztinnen/-ärzte einem **regionalen Versorgungsauftrag**. Das bedeutet, dass Abläufe, die in einer bestimmten Region sehr gut funktionieren, in einer anderen Region belastender wahrgenommen werden können. Als Beispiel dafür kann die Zusammenarbeit mit der stationären Versorgung herangezogen werden.<sup>IP2</sup> Als gut empfunden wird von den Interviewpartnerinnen/-partnern generell die Kooperation mit der Jugendwohlfahrt, den Jugendämtern und den relevanten Therapeutinnen/Therapeuten.<sup>IP1, IP2</sup>

In den Praxen werden zur Betreuung der Klientinnen/Klienten fallbezogene **Helferkonferenzen** eingesetzt.<sup>IP1, IP2</sup> Dies gewährleistet innerhalb des betreffenden Helferinnen-/Helfernetzes Transparenz und v.a. können die jeweiligen Zuständigkeiten z.B. zwischen Schule, Elternsystem, Therapeutinnen/Therapeuten klar definiert und aufeinander abgestimmt werden. Hierbei steht die Vernetzungsarbeit in einem direkten Verhältnis zur Behandlung eines Kindes bzw. einer/eines Jugendlichen und ist Teil der Regelarbeit.<sup>IP1</sup>

**Vorschläge für Handlungsempfehlungen** aus Sicht der Expertinnen/Experten beziehen sich auf die Aufklärungsarbeit für Eltern, z.B. im Rahmen von Vorträgen,<sup>IP1</sup> sowie auf die Erarbeitung von Kooperationsleitfäden, die die Zusammenarbeit regeln und Zuständigkeiten klären sollen. Auch hier war in den Interviews eine prinzipielle Bereitschaft zum Engagement zur Verbesserung der Versorgung erkennbar.<sup>IP2</sup>



### 5.1.3. Oberösterreich

Die Basis für eine funktionierende Zusammenarbeit der niedergelassenen Kassenfachärztinnen/-ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie beruht auch hier ausnahmslos auf den **persönlichen Kontakten**. So findet Vernetzungsarbeit überall dort statt, wo individuelle Beziehungen aufgrund jahrelanger Berufspraxis aufgebaut werden konnten.<sup>IP3, IP4, IP5</sup> D.h. gute Vernetzung ist individuell und personenabhängig ist,<sup>IP3</sup> also abhängig von der eigenen Person, von den Kooperationspartnerinnen/-partnern, den Institutionen sowie von den diversen Professionen. In Hinblick auf eine flächendeckende Versorgung fehlen aus Expertinnen-/Expertensicht bis dato Kooperationspartnerinnen/-partner weitgehend.<sup>IP3, IP4, IP5</sup> Der **Personalwechsel** in Institutionen stellt eine Herausforderung dar, da mit dem Wechsel nicht nur die Ansprechpartnerinnen/-partner, sondern auch die Vernetzung verloren gehen.<sup>IP5, IP3, IP5</sup>

Nach Ansicht der Expertinnen/Experten bestehen **eingeschränkte Kapazitäten** sowohl im intramuralen als auch im extramuralen Bereich (v.a. bei kassenfinanzierten Therapieplätzen), vorwiegend betreffend funktionale Therapien wie Logo-, Ergo- und Physiotherapie. Daher kommt es oftmals zu langen **Wartezeiten**.<sup>IP3, IP4, IP5</sup> So wurde z.B. für das Autismuszentrum Linz die Wartezeit mit ca. einem Jahr angegeben.<sup>IP3</sup> Dies führt dazu, dass die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater in der Überbrückungszeit Leistungen anderer spezialisierter Bereiche übernehmen und dass Eltern gleichzeitig **Termine mit mehreren Einrichtungen** vereinbaren, die nach erfolgter Konsultation nicht abgesagt werden und die betreffenden Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater sowie Therapeutinnen/Therapeuten blockieren.<sup>IP4, IP5</sup> Zudem zeichnet sich ein Bedarf an tagesklinischen Angeboten ab; „[...] aber man muss auch dazu sagen, dass alles im Aufbau ist und es Jahr für Jahr jetzt auch mehr gibt“.<sup>IP3</sup>

Als gute **Vernetzungspartnerinnen/-partner** wurden Einrichtungen der jeweiligen Umgebung genannt, wie Kinder- und Jugendhilfe, Frauenhäuser, Kinderschutzzentren etc., mit denen auch persönliche Treffen stattfinden.<sup>IP3, IP5</sup> Die Kooperation zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Therapiezentren/Kinder- und Jugendkompetenzzentren (KiJuKs) ist verbesserungswürdig.<sup>IP3, IP4, IP5</sup> Da die KiJuKs noch nicht so lange bestehen, ist auch die Vernetzungstätigkeit erst **im Aufbau begriffen**.<sup>IP4</sup> Vielen Kooperationspartnerinnen/-partnern ist deren Arbeitsweise bzw. deren **Arbeitskonzepte** zu wenig bekannt, wodurch eine intransparente Zusammenarbeit entsteht. Anzustreben wäre eine gegenseitige Entlastung und somit die Vermeidung von Doppelgleisigkeit.<sup>IP5</sup>

Bei stationären Aufnahmen besteht prinzipiell eine gute Zusammenarbeit. Festgestellt wurde, dass die **Akzeptanz** in den stationären Einrichtungen gegenüber der psychiatrischen Versorgung im extramuralen Bereich, die primär die Diagnostik durch die neuen niedergelassenen Vertragsärztinnen/-ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie betrifft, gestärkt werden sollte.<sup>IP3</sup>

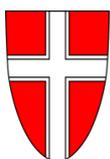
Die befragten Expertinnen/Experten wiesen darauf hin, dass **Unklarheit über die Zuständigkeiten** besteht. Bspw. ändert sich das Profil einer Schulpsychologin/eines Schulpsychologen stetig. Aus diesem Grund können die Verantwortungsbereiche nicht immer klar abgegrenzt werden.<sup>IP3</sup> Außerdem wechseln die Ansprechpersonen in den Schulen und Kindergärten häufig, was einen hemmenden Faktor bei einer angestrebten Vernetzungsarbeit darstellt.<sup>IP3, IP5</sup>

Die **Leistungsabrechnung** für die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater in Oberösterreich wird in Bezug auf die Elternarbeit, Psychoedukation und Anleitung positiv wahrgenommen, was gleichzeitig eine patientinnen-/patientenfreundliche und qualitativ hochwertige Betreuung ermöglicht.<sup>IP5</sup> Gleichzeitig merkten die Befragten an, dass es wünschenswert wäre, wenn zukünftig Zuweisungen für **sonder- und heilpädagogische Leistungen** abgerechnet werden könnten. Die Expertinnen/Experten ziehen den Schluss, dass bei vielen Kindern und Jugendlichen und deren Familien die Heilpädagogik die bessere Behandlungsmethode wäre.<sup>IP3, IP4, IP5</sup> Außerdem mangelt es an **Elternschulungen und -beratungen** zu speziellen Thematiken.<sup>IP3, IP5</sup>

Die Einführung von regelmäßigen **Vernetzungstreffen** halten die Expertinnen/Experten für einen sehr wesentlichen Aspekt, um die Zusammenarbeit in Zukunft voranzutreiben. Jedoch muss Raum und Zeit zur Verfügung gestellt werden, um die Vernetzung auch in der Praxis leben und umsetzen zu können.<sup>IP3, IP4, IP5</sup>

## 5.2. Intramuraler Bereich

Die folgende Ergebnisdarstellung des intramuralen Bereiches schließt die Ambulatorien mit ein, da die Erhebung der Expertinnen-/Expertenmeinung in der zweiten Befragungsrunde erfolgte, in der die Interviews mit den Krankenanstalten geführt wurden.



### 5.2.1. Wien

Was die therapeutischen Behandlungen, aber auch die Diagnostik anlangt, lässt sich der Status quo den Meinungen der Expertinnen/Experten zufolge so beschreiben, dass sich die **Engpässe** im intramuralen Bereich immer mehr zuspitzen und die Versorgung in den stationären Einrichtungen sowie den Ambulatorien nach mehr Kapazität verlangt.<sup>IP14, IP15, IP16, IP17</sup> Die damit verbundene **Wartezeitproblematik** repräsentiert in Wien einen unzureichenden Versorgungsumfang. Als Möglichkeit zur Entschärfung der Situation wird die Etablierung einer zentralen Koordinierungsstelle im Sinne einer effizienten Therapieplatzvergabe genannt.<sup>IP15</sup>

**Vernetzungstreffen** mit Vertreterinnen/Vertretern verschiedenster Institutionen (Psychosoziale Dienste/PSD, niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte etc.) finden in der Versorgungsregion Wien in unregelmäßigen Abständen statt und sind nicht einheitlich geregelt.<sup>IP15, IP16, IP17</sup> Die gegenwärtige Vernetzungstätigkeit ist von Intransparenz und Unregelmäßigkeit gekennzeichnet und hat die Stufe des aktiven Handelns mit Fokus auf die Entwicklung von Nahtstellen bis jetzt noch nicht erreicht.<sup>IP15, IP16, IP17</sup>

Die Vernetzung bzw. Zusammenarbeit mit den Kolleginnen/Kollegen sowie den relevanten Berufsgruppen beruht im Wesentlichen auf **persönlichen Kontakten und Beziehungen**, die sich über Jahre hinweg aufgebaut und entwickelt haben – nach dem Motto „Den ich kenne, den rufe ich an“.<sup>IP14, IP16, IP17</sup>

Aus intramuraler Sicht besteht außerdem ein klares Betätigungsfeld in den Lebenswelten **Schule und Kindergarten**. Der Primärprävention wird dabei eine klare Rolle zugespielt, die bis dato wenig bis gar nicht in der Praxis vorzufinden ist, aber von unabkömmlicher Bedeutung ist.<sup>IP15, IP16, IP17</sup> Die Expertinnen/Experten meinen, kinder- und jugendpsychiatrische Interventionen in Form von Fortbildungen bzw. Vorträgen würden gewinnbringende Erfolge erzielen, indem Verbindungslehrerinnen/-lehrer oder eine sozialpsychologische

Beratung pro Schule vor Ort frühzeitig intervenieren könnten. Deshalb sollte die Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften dieser beiden Bereiche forciert werden. Da Eltern und Familiensysteme wichtige Faktoren in der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen darstellen, empfehlen die Befragten, die **Eltern- bzw. Systemarbeit** dabei zu berücksichtigen.<sup>IP14, IP16, IP17</sup>

Großes Verbesserungspotential sehen die Expertinnen/Experten auch in der **Klärung der Zuständigkeiten** und der exakten Definition des Versorgungsauftrages für Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater. Die Unklarheit in der Aufgabenverteilung wird teilweise für die Versorgungsirrwege verantwortlich gemacht.<sup>IP15, IP16, IP17</sup>

Sehr positiv und wohlwollend wird die Einführung von fixen **Vernetzungstreffen** gesehen. Ebenso wird die Notwendigkeit der Netzwerkarbeit wahrgenommen. **Helferkonferenzen** werden als „vielversprechend“ bezeichnet.<sup>IP14, IP16, IP17</sup>



### 5.2.2. Niederösterreich

Nach Meinung der Expertinnen/Experten hängt in Niederösterreich die Kooperation bzw. Vernetzung sehr stark von den bestehenden Versorgungsstrukturen der jeweiligen Region und der Vorstellung bzw. Erwartungshaltung, wie Prozesse laufen bzw. zu laufen haben, ab.<sup>IP12, IP13</sup>

Der **persönliche Kontakt** wird als wesentlicher Erfolgsfaktor betrachtet. Ebenso braucht es Interesse, die Kontakte zu pflegen und auszubauen, sprich die Kommunikation bzw. die Bereitschaft zur Kommunikation und Kooperation.<sup>IP12, IP13</sup>

Eine Schnittstelle umfasst das **Zuweisungs- bzw. Einweisungsmanagement**. Diesbezüglich vermissen die Expertinnen/Experten bei Zuweisungen begleitende verbale Kommunikation und Information sowie Aufklärungsarbeit im niedergelassenen Bereich bei Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner bzw. auch bei Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde<sup>IP13</sup> sowie bei den Eltern.<sup>IP12</sup>

Die Expertinnen/Experten meinen, dass die Lebenswelten **Schule und Kindergarten** der geeignete Ort für primäre Versorgungsleistungen sind, da diese den ersten sozialen Begegnungsraum der Kinder und Jugendlichen darstellen und als natürliche Lebensräume für die frühzeitige Erkennung von Fehlentwicklung bestens geeignet wären. Daran, dass frühe Schäden häufig zu späteren Folgen führen können,<sup>IP12, IP13</sup> wird der dringende Bedarf eines Nahtstellenmanagements geknüpft. Konkrete Vorstellungen und Ideen, wie sich die ersten Schritte dahingehend gestalten und entwickeln sollen, bestehen nicht.<sup>IP13</sup>

Außerdem wird eine **erweiterte Erziehungsberatung** als sinnvoll betrachtet, da eine eingehende Diagnostik durch eine Psychologin/einen Psychologen bzw. eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten in manchen Fällen noch nicht erforderlich ist. Zielführend könnten niederschwellige Elterninformationsgruppen bzw. Elterncoachings sein. Ebenso wird die Einführung von **kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliardiensten bzw. -angeboten** in Schulen bzw. Kindergärten positiv bewertet, die als Bindeglied Vernetzungsarbeit leisten und gleichzeitig einen Beitrag zur Primärversorgung leisten. Maßnahmen in der Primärversorgung werden ebenso als zielführend eingestuft.<sup>IP12, IP13</sup>

Aufgrund der meist eingeschränkten Zeitressourcen sind bis dato **Vernetzungstreffen** noch wenig bis gar nicht zustande gekommen.<sup>IP12, IP13</sup> Die Bereitschaft und das Verständnis für die Notwendigkeit von organisierten und regelmäßigen Vernetzungstreffen mit allen relevanten Leistungserbringerinnen/-erbringern ist gegeben. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass die Etablierung eines Vernetzungssystems wünschenswert ist.<sup>IP12, IP13</sup>

Laut den Expertinnen/Experten besteht ein Bedarf, ambulante Versorgungsleistung in Form von **Ambulatorien und multiprofessionellen Zentren** auszubauen.<sup>IP12, IP13</sup> Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte übernehmen in der Diagnostik eine unabdingbare Rolle, jedoch können sie das für die Behandlung oft notwendige multiprofessionelle Leistungsspektrum der Ambulatorien nicht ersetzen.<sup>IP13</sup> Der interdisziplinäre Therapieansatz dieses Fachgebietes ist de facto das wichtigste Prinzip in der Versorgung der Betroffenen.<sup>IP12</sup>

Von einer Expertin/einem Experten wird hinsichtlich der **Versorgungspyramide** ein Defizit genannt. Die/der Befragte beobachtet in der Praxis, dass häufig Personen aus dem Umfeld betroffener Kinder oder Jugendlicher (z.B. Freunde, Familie, sogar Arbeitskolleginnen/-kollegen) direkt auf der Station des Krankenhauses anrufen, anstelle sich zuerst an eine extramurale Versorgungseinheit zu wenden. D.h. es werden Versorgungsstufen übersprungen. Eine Abhilfe könnte einerseits mit einer Beratungs- oder „**Clearing-Stelle**“ in der Verantwortung der Hausärztin/des Hausarztes geschaffen werden. Andererseits bedarf es sowohl einer entsprechenden **Aufklärungsarbeit** der Bevölkerung als auch eines **Informationsaustausches** mit anderen Leistungserbringerinnen/-erbringern, wie z.B. mit den Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, den Hausärztinnen/-ärzten der Region, um die vorhandenen Zeitressourcen adäquat einsetzen zu können.<sup>IP12</sup>

### 5.3. Ergebniszusammenfassung

In der nachfolgenden Tabellenübersicht finden sich die dargestellten Detailergebnisse nach Themenschwerpunkten (Clusterreihe 1) überschaubar zusammengefasst. In der Clusterreihe 2 werden die problembehafteten Schnittstellen aus Sicht der Expertinnen/Experten überblicksmäßig erörtert sowie in der Clusterreihe 3 deren Verbesserungsvorschläge bzw. deren abgeleitete Maßnahmen angeführt. Zu diesen Lösungsansätzen sei erwähnt, dass die Expertinnen/Experten aus Sicht ihrer Rolle als Kinder- und Jugendpsychiaterin/-psychiater sehr klare Vorstellungen über zielführende Lösungen für deren Wirkungsregionen haben.

Mit dem Überblick werden jene Übergänge und Themen aufgelistet, die einer erfolgreichen und zufriedenstellenden multiprofessionellen und systemübergreifenden Interaktion entgegenstehen und einer Verbesserung hinsichtlich eines Nahtstellenmanagements bedürfen.

Tabelle 4: Tabellarische Ergebniszusammenfassung der Interviews (eigene Darstellung)

Clusterreihe 1	Clusterreihe 2	Clusterreihe 3
<b>Thematische Schwerpunkte</b>	<b>Problemerkörterung – Schnittstelle</b> Aus Sicht der Expertinnen/Experten	<b>Maßnahmenableitung</b> Aus Sicht der Expertinnen/Experten
Mangel an Kapazitäten  ↕	Unterschiedlich ausgeprägtes Defizit in den Versorgungskapazitäten im intramuralen sowie extramuralen Bereich (niedergelassene Kassenfachärztinnen/-ärzte und multiprofessionelle Ambulatorien) innerhalb der Bundesländer Wien, NÖ und OÖ.	Aufbau eines <b>multiprofessionellen Versorgungsangebots</b> mit Sozial-, Heil- und Sonderpädagogik, Therapeutinnen/Therapeuten, Psychologinnen/Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater, Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde etc.
Wartezeitproblematik  ↕	Vorrangig in den Versorgungsstrukturen, die die funktionellen Therapien betreffen (Ergo-, Physio- und Logotherapie). So müssen z.B. Telefon- und Adressenlisten selbst erstellt werden. Es wird hier von einem enormen organisatorischen Mehraufwand gesprochen; würde dieser ausbleiben, könnte die Zeit mit effektiver Arbeit am Kind/Jugendlichen genutzt werden.	<b>Zentrale Vernetzungs- bzw. Koordinierungsstelle</b> mit der organisatorischen Kompetenz zur Therapieplatzvergabe sowie einer integrierten Filterfunktion zur Zentralisierung aller Ressourcen.
Komplexität und Intransparenz in der derzeitigen Versorgungssituation und Kooperation  ↕	Zusammenarbeit beruht primär auf persönlichen Kontakten und Beziehungen. Es fehlt an einer klaren Struktur, die nicht auf einer einzelkämpferischen Basis beruht.	<b>Regelmäßige Vernetzungstreffen</b> und die damit verbundene, multiprofessionelle Zusammenarbeit, die Teil der Regelarbeit werden soll.
Ungeklärte Zuständigkeiten sowie Versorgungsverantwortungen  ↕	Unkoordinierte Zusammenarbeit, die auf Intransparenz und Unwissenheit über strukturelle Gegebenheiten bzw. Möglichkeiten des jeweiligen anderen Systems, wie die eines Ambulatoriums, einer Bettenstation oder Niederlassung zurückzuführen sind.	<b>Regionale Versorgungsaufträge mit einer klaren Definition von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten</b> aller Akteurinnen/Akteure, die rund um die Versorgung eines Kindes bzw. Jugendlichen mit psychischer Auffälligkeit stehen.
Mangelnde Aufklärungsarbeit  ↕	Lückenhaftes Wissen über bestehende Institutionen und Einrichtungen sowie deren Angebote und Leistungen erschwert die Koordination einer optimalen Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und sorgt für große Unübersichtlichkeit. Angehörige irren im Feld umher und durchlaufen Wege, die über vier bis fünf Stationen führen, bis eine adäquate Behandlung auf eine zuvor gestellte Diagnose erfolgt.	Erarbeitung von <b>internen UND externen Wegweisern</b> über alle Versorgungsangebote und Initiativen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten hinweg.
Einweisungs- bzw. Zuweisungs- und Rücküberweisungsvorgehen  ↕	Es besteht ein Mangel an einheitlicher Befundung, der zur Doppeldiagnostik verleitet. Es verstreicht viel Zeit damit, dass Befunde erst gesammelt und sortiert werden müssen, um sich einen Überblick verschaffen zu können.	<b>Übergabemanagement</b> mit einer klaren Struktur in klarer Form. Erstellung eines Leitfadens zur Gewährleistung des Informationsflusses und der Kommunikationspflicht unter dem Aspekt der persönlichen Übergabe und der Beachtung des Datenschutzes.

Clusterreihe 1	Clusterreihe 2	Clusterreihe 3
<b>Thematischer Schwerpunkt</b>	<b>Problemerkörterung – Schnittstelle</b> Aus Sicht der Expertinnen/Experten	<b>Maßnahmenableitung</b> Aus Sicht der Expertinnen/Experten
Systemarbeit  ↕	Lücken im Zusammenführen aller im System bestehenden Institutionen, Professionen und Vertreterinnen/ Vertreter der Lebenswelten, wie den nächsten Bezugspersonen, Erziehungsberechtigten, Schule oder Kindergarten etc. eines Kinder bzw. einer/eines Jugendlichen.	Effizienter und effektiver Einsatz der <b>Helferkonferenzen</b> im Sinne einer integrierten und zielgerichteten Versorgung, die die interdisziplinäre Team- und Systemarbeit im Einzelfall fördert. Die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater fungieren als Case-Managerin/Case-Manager hinsichtlich der Fallführung.
Elternarbeit  ↕	Die Arbeit mit den Eltern im Rahmen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist in der Behandlung der Kinder und Jugendlichen unzureichend verankert und bedarf einer intensiven Aufwertung.	Die Ideen beziehen sich auf <b>erweiterte Erziehungsberatungsstellen und Elterncoachings</b> sowie die Mitbehandlung bzw. -betreuung der Eltern auf Indikation des Kindes.
Primärversorgung und Kooperation mit dem Bildungswesen	Kinder und Jugendliche verbringen 70 % ihres Tages in pädagogischen Einrichtungen wie Kindergarten und Schule. Daher ist es von wesentlicher Relevanz, sie dort entsprechend „abzuholen“ bzw. zu „erreichen“ und eine integrierte Versorgung, im Sinne der Primärprävention sowie der Zusammenarbeit bei vorliegender psychiatrischer Behandlung im Einzelfall sicherzustellen.	Chancen werden in der Etablierung von <b>Schulgesundheitskompetenzzentren</b> im Rahmen von gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie in der Erweiterung des Angebots der <b>Konsiliardienste</b> , in der Einführung von <b>Verbindungslehrerinnen/-lehrern</b> und in der zukünftig engeren und verbesserten <b>Zusammenarbeit mit Schulpsychologinnen/-psychologen sowie Schulärztinnen/-ärzten</b> gesehen.

Anhand der Darstellung ist festzustellen, dass die thematischen Schwerpunkte ineinandergreifen bzw. sich gegenseitig beeinflussen und keine klare Abgrenzung der Problembe-  
reiche bzw. Schnittstellenerörterung erfolgen kann.

Ergänzend zur tabellarischen Ergebniszusammenfassung gilt es, auf die **positiven Aspekte** separat hinzuweisen, da sie für ein anzustrebendes Nahtstellenmanagement gute Voraussetzungen bilden:

- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie stellt ein im Wachstum befindliches Fach in Österreich dar, was partiell rechtfertigt, warum Defizite in traditionellen Versorgungsstrukturen bestehen und sehr breit wahrgenommen werden. Im Zuge der Darstellung der Schnittstellen wurde darauf verwiesen, dass in den letzten Jahren eine Vielzahl an Fortschritten und Erfolgen erzielt wurde und die Kinder- und Jugendpsychiatrie einen Auf- und Ausbau erfahren hat. An der weiteren Verbesserung dieses Versorgungsbereiches wird kontinuierlich gearbeitet.
- Das persönliche Engagement der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater sollte für eine institutionalisierte Vernetzung genutzt werden. Die persönlichen Kontakte und Beziehungen und das damit verbundene Interesse, die Kontakte zu pflegen und auszubauen, sind erfolgsversprechende Faktoren.
- Vernetzungstreffen finden bereits statt. Sie werden jedoch weitgehend als „unterentwickelt“ bzw. unzureichend bezeichnet und lassen in der derzeit gehandhabten Form keinen unmittelbaren Mehrwert für die Kinder- und Jugendpsychiatrie er-

kennen. Die Notwendigkeit, Vernetzungsaktivitäten voranzutreiben, ist unumstritten. Es besteht ein Bewusstsein für den möglichen Nutzen, der daraus gewonnen werden kann und der in Hinblick auf eine integrierte Versorgung und Entlastung der knappen Ressourcen vielversprechend ist. Zur Institutionalisierung der Netzwerkarbeit bedarf es allerdings einer organisierenden Hand.

Das persönliche Engagement der Akteurinnen/Akteure ist von großem ideellem Wert, insbesondere wenn es um den Aufbau eines Nahtstellenmanagements im Sinne der integrierten Versorgung geht. An dieser Stelle ist anzumerken, dass es in der Entwicklungsphase einer Netzwerkarbeit des Enthusiasmus, der Hingabe und des Interesses aller Akteurinnen/Akteure bedarf, v.a. um komplexe Aufgabenstellungen zu bewältigen, wie dies meist in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung der Fall ist. Nähere Ausführungen dazu finden sich im folgenden Kapitel in der Ergebnisinterpretation und dem Resümee.

## 6. RESÜMEE

Ziel der Arbeit war es, die Schnittstellen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der gegenwärtigen Versorgungssituation zu analysieren, Problembereiche zu identifizieren und daraus Handlungsempfehlungen für die Praxis abzuleiten. Kapitel 6.1. beschreibt umfassend die identifizierten Problembereiche.

Kapitel 0. fasst die abgeleiteten Handlungsempfehlungen zusammen und behandelt diese im Detail.

### 6.1. Identifizierte Problembereiche

Ausgehend von den Ergebnissen der Expertinnen-/Experteninterviews zeigen sich durchgehend **begrenzte Versorgungskapazitäten**, die im therapeutischen Bereich besonders stark wahrgenommen werden, und die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater vor die große Herausforderung stellen, trotz dieser eine zeitnahe und bestmögliche Versorgung gewährleisten zu können. Es zeigt sich einmal mehr, dass es in der extramuralen Versorgung sowohl der niedergelassenen Praxen als auch der multiprofessionellen Ambulatorien bedarf.

#### **Exkurs Schaffung weiterer Versorgungseinrichtungen**

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass 2016 durch die Eröffnung des Kindermedizinischen Zentrums Augarten (Wien) ein weiterer Meilenstein hinsichtlich einer Steigerung der Versorgungskapazitäten erreicht wurde. Für 2017 ist die Eröffnung weiterer kindermedizinischer Zentren geplant, wodurch die Kapazitäten im Bereich der funktionellen Therapien weiter ausgebaut<sup>113</sup> und die kinder- und jugendpsychiatrische wohnortnahe Grundversorgung für die versicherten Kinder und Jugendlichen weiter verbessert werden sollen. Auch andere Bundesländer haben ihr Versorgungsangebot erweitert, so wurde z.B. in Eisenstadt und in Oberwart (Burgenland) bereits

---

<sup>113</sup> Holley-Spieß (2016). Abgerufen am 14. Dezember 2016

je ein Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie etabliert.<sup>114</sup> In der Steiermark ist für 2017 die Errichtung von jeweils einem Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Graz und Weiz geplant, die in die bestehenden psychosozialen Beratungsstellen integriert werden sollen. Für 2018 sind weitere Standorte in Leibnitz, Judenburg und Kapfenberg im Gespräch.<sup>115</sup> Im Bezirk Kitzbühel (Tirol) startete Ende 2016 das Pilotprojekt forKIDS mit einem Diagnostik- und Therapiezentrum, in dem die Erstellung und Koordination des gesamten Therapieplanes von klinischen Psychologinnen/Psychologen übernommen wird.<sup>116</sup>

Dennoch weisen die derzeitigen Gegebenheiten einen **großen Nachholbedarf** auf, da die Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie auch in der Literatur ausgeführt, hinsichtlich des Versorgungsangebotes ein **Mangelfach** darstellt. Die kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen in den Krankenhäusern sehen sich zusehends mit einer unzureichenden Bettenanzahl konfrontiert. Die Nachfrage in den Versorgungsstrukturen ist größer als das bestehende Angebot und oftmals kommt es zu einem Engpass im intramuralen Bereich. Dies ist u.a. auch auf die erst junge Entstehungsgeschichte und Etablierung des Sonderfaches zurückzuführen.

Beim Vergleich der einzelnen Bundesländer wird augenscheinlich, dass das **Versorgungsangebot** im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich österreichweit **unterschiedliche Strukturen aufweist und die Versorgungsdichte** ebenso unterschiedlich ausgeprägt ist. Im extramuralen Bereich wurden rund 90 % der derzeit bestehenden niedergelassenen Vertragspraxen erst in den vergangenen fünf Jahren geschaffen. Zwei Drittel dieser Kasensplätze entfallen zudem örtlich auf das Untersuchungsgebiet dieser Analyse (Wien, NÖ und OÖ).

**Weitere Verbesserungspotentiale** in der gegenwärtigen Versorgungssituation betreffen

- die Lücken an den Übergängen von Institution zu Institution,
- die System- und Elternarbeit,
- den Einweisungs- bzw. Zuweisungsmodus,
- die Festlegung der zuständigen Institutionen und deren Leistungen sowie
- die Kooperation mit dem Bildungssektor.

U.a. kommt es aufgrund der Vielzahl an involvierten Akteurinnen/ Akteuren bzw. Betreuungspartnerinnen/-partnern in der Versorgungslandschaft und durch die **ungeklärten Zuständigkeiten und Rollen mit ungewisser Versorgungsverantwortung** in den Regionen zu einer Intransparenz im Versorgungssystem. Diese Umstände bedingen eine **unzulängliche Kooperations- und Kommunikationsbasis**, was mit einem organisatorischen Mehraufwand verbunden ist. Dies wird im Berufsalltag als sehr belastend empfunden und mündet auch in die **Wartezeitproblematik** und in eine sich lange gestaltende Suche nach einem geeigneten Therapieplatz. Müsste dieser zusätzliche Aufwand nicht geleistet werden, könnte die Zeit mit effektiver Arbeit am Kind bzw. Jugendlichen genutzt werden.

---

<sup>114</sup> Psychosozialer Dienst Burgenland (2016). Abgerufen am 14. Dezember 2016

<sup>115</sup> Steiermark ORF.at (2016). Abgerufen am 14. Dezember 2016

<sup>116</sup> forKIDS Therapiezentrum (2016).

Festgestellt wurde, dass die Grenzen zwischen den rein medizinischen Tätigkeiten und jenen Tätigkeiten, die im Hinblick auf die bereits veränderten Versorgungsstrukturen und im Sinne der integrierten Versorgung eine bestimmte Form der Organisation erfordern, zusehends verschwimmen. Die **Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater** fungieren teils **als Case Managerin/Case Manager** und fühlen sich dazu angehalten, die Fallführung zu übernehmen, um die bestmögliche Versorgung auch über ihr eigentliches Tätigkeitsfeld hinaus sicherzustellen und zu steuern. Bestes Beispiel dafür sind **Helferkonferenzen**, die auf der Fallebene in Hinblick auf die erstrebenswerte Systemarbeit immer mehr Zuspruch finden und als ziel- und lösungsorientierter Ansatz in der interdisziplinären Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten gelten.

Den gewonnenen Erkenntnissen zufolge versucht die derzeitige Versorgungsstruktur, den speziellen Anforderungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie traditionell zu begegnen, was u.a. dazu führt, dass die **Primärprävention im Bildungssektor** unzureichend verankert ist und die **Elternarbeit** im Zusammenhang mit der Indikation des Kindes bislang in der Behandlung noch nicht ausreichend im Versorgungsplan berücksichtigt ist.

Entsprechend den Interviewergebnissen treten die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater im niedergelassenen Bereich weitgehend als „Einzelkämpfer“ auf und sehen sich einem komplexen Geflecht an psychosozialen Angeboten gegenüber, in dem sie sich zurechtfinden müssen, um nach bestem Wissen und Gewissen die Kinder- und Jugendlichen zu versorgen. Hier agieren hochmotivierte Ärztinnen/Ärzte, die oftmals an die **Grenzen ihrer Belastbarkeit** stoßen und keine Zeitressourcen mehr zur Verfügung haben.

Aus den Aussagen der Interviewpartnerinnen/-partner geht klar hervor, dass alle Expertinnen/Experten ein Nahtstellenmanagement befürworten und notwendig erachten, um das Vorankommen der integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zu forcieren. Die Notwendigkeit **einer Neuausrichtung der Versorgungsstruktur bzw. -situation im Rahmen der Koordination und Kooperation** wird von den Kindern- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiatern übereinstimmend erkannt und wird nach eingehender Betrachtung der Gesamthematik und der damit verbundenen Identifikation der Problembereiche vonseiten des CCIV bestätigt.

Die oben angeführten Problembereiche bzw. Schnittstellen, die im Rahmen der qualitativen Interviews identifiziert wurden und in der Ergebniszusammenfassung im Kapitel 5. bzw. 5.3. beschrieben sind, divergieren zwar hinsichtlich ihrer Häufigkeit und ihrer Intensität, jedoch kann eine Schlussfolgerung gezogen werden, die aus Sicht des CCIV zu einer allgemeinen Entlastung der gegenwärtig angespannten Versorgungssituation beitragen kann: Mit der Einführung einer **standardisierten Vernetzungstätigkeit** kann vielen der identifizierten Problembereiche zielgerichtet entgegensteuert werden.

Zusammenfassend spricht sich das CCIV daher für die Etablierung von

- 👉 strukturierter bzw. koordinierter,
- 👉 multiprofessioneller und
- 👉 intersektoraler Vernetzungsarbeit

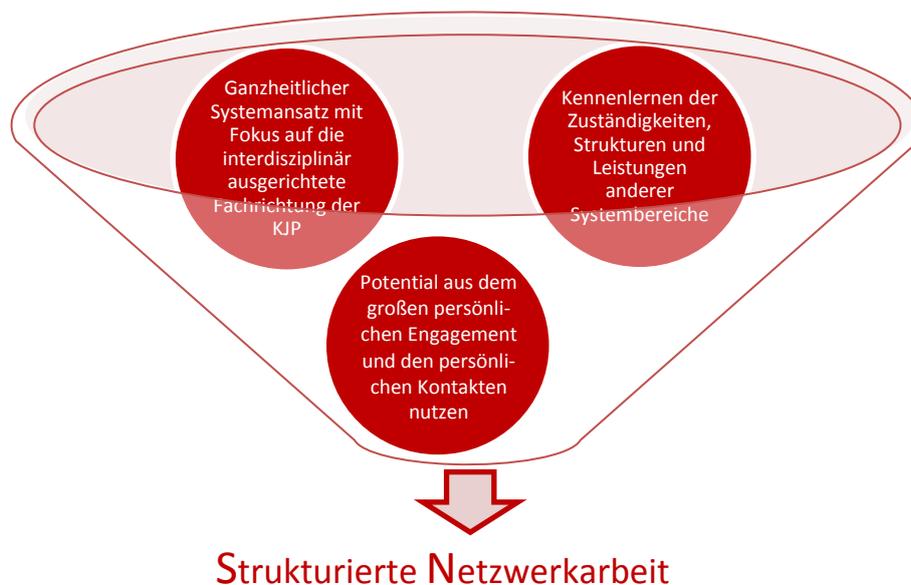
im Rahmen eines Nahtstellenmanagement-Prozesses aus, die einen institutionsübergreifenden Austausch vorsieht.

Es gilt, den mangelnden Kapazitäten und der genannten Schnittstellenproblematik durch entsprechende Koordination und Kooperation unter den gegebenen Rahmenbedingungen bestmöglich zu begegnen sowie die vorhandenen Ressourcen zu bündeln, um dem Wachstum in diesem Versorgungsbereich eine optimale Entwicklungsbedingung und Ausgangslage zu bieten. An dieser Stelle steht die Gewährleistung einer optimalen Versorgungskontinuität vor einer zentralen Herausforderung. Dazu braucht es ein strukturiertes Versorgungsnetzwerk mit dem zentralen Element der Zusammenarbeit. Der **Netzwerkarbeit** wird dabei eine entscheidende Rolle zugeschrieben. Sie dient als geeignete Methode, die Zusammenarbeit effizienter und effektiver zu gestalten.

Die Entwicklung eines Netzwerkes erfordert außerdem Zeit und persönliches Engagement. Sie repräsentiert einen dynamischen Prozess, der die Pflege und ständige (Weiter-)Entwicklung aller Teilprozesse zum Ziel hat. Der Aufbau bzw. die Entwicklung solch eines Netzwerkes stellt eine komplexe Materie dar, was allen Akteurinnen/Akteuren ins Bewusstsein gerufen werden muss. Ein sicheres Netz an Nahtstellen muss beharrlich und langfristig gesponnen werden, um den Versorgungsbedarf für Kinder und Jugendliche optimal abzudecken. Netzwerke dürfen jedoch nicht als Lösung fehlender Ressourcen verstanden werden, sondern sie dienen vielmehr der Bündelung von Ressourcen und der effizienten und effektiven Arbeit am Kind/Jugendlichen.

Im Wesentlichen geht es darum, Netzwerke zwischen den beteiligten Akteurinnen/ Akteuren innerhalb einer Wertschöpfungskette zu schaffen und diese als Gesamtes zu optimieren, um für alle im Netzwerk Stehenden einen Mehrwert zu schaffen. Wichtig ist, dass dem Netzwerkvorhaben mit Offenheit und Akzeptanz begegnet wird. Eine weiterführende Koordinierung arbeitsteiliger Prozesse und Kommunikation zieht einen Aufbau von Netzwerken mit sich, der auf Basis von unabhängigen Standards gebildet werden sollte.

Im Sinne der Nachvollziehbarkeit werden nun nochmals explizit einzelne Gründe aufgegriffen, die auf Basis der gesammelten Erkenntnisse aus der Literatur und der Praxis formuliert werden können und einen Überblick ermöglichen sollen. Abbildung 7 stellt grafisch jene Faktoren dar, die auf strukturierter Netzwerkarbeit basieren und durch diese erreicht werden können und im Sinne eines Nahtstellenmanagements zur Verbesserung der Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten beitragen.



**Abbildung 7: Faktoren strukturierter Netzwerkarbeit im Nahtstellenmanagement  
(eigene Darstellung)**

### Ganzheitlicher Systemansatz mit Fokus auf die interdisziplinär ausgerichtete Fachrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie

In den fachspezifischen Prüfungsrichtlinien für das Sonderfach sind genaue Leitbegriffe der Arbeitsweise beschrieben, die sich an einem ganzheitlichen Systemansatz der Kinder und Jugendlichen und deren Lebenswelten orientieren und die Anforderungen eines grundlegenden Nahtstellenmanagements mit integrierter Netzwerkarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erkennen lassen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist mit allen Bereichen, die psychosoziale, heilpädagogische sowie therapeutische Leistungen in der Betreuung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen anbieten, in Kontakt. In die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Auffälligkeit ist daher ein sehr breites Spektrum an Professionen, Einrichtungen und Initiativen involviert. Die Behandlung von schwierigen Kindern bzw. Jugendlichen und ihren Familien ist in jedem Einzelfall ein Vernetzungsprojekt für sich. Bei den komplexen psychischen Schwierigkeiten sind einzelne Interventionen oder Medikationen trotz ihrer Wirksamkeit allein nicht ziel- bzw. gewinnbringend für den Genesungsprozess. Somit bedarf es einer gemeinsamen, interdisziplinären und institutionsübergreifenden Anstrengung aller Helfersysteme in einem Netzwerk.

### Das Potential aus dem großen persönlichen Engagement und den persönlichen Kontakten nutzen

Die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater treten aus großem persönlichem Engagement aktiv im Bottom-up-Prozess auf und geben als Expertinnen/Experten den direkten Appell, dass die vorzufindenden Strukturen einer Adaption bedürfen. Oftmals gelingt jedoch der Aufbau bzw. die Einleitung eines Veränderungsprozesses nicht in der Art und Weise, wie sich die Erwartungshaltung anfangs gestaltet. Dennoch ist daran festzuhalten, weil ein gemeinsames Auftreten bestehender Kooperationspartnerinnen/-partner in einem Netzwerk vielversprechender ist. Das Potential, das dem Enthusiasmus, der Hingabe und dem Interesse aller Akteurinnen/Akteure zu entnehmen ist, bedarf v.a. bei einer

komplexen Aufgabenbewältigung, wie dies meist in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung der Fall ist, einer Gestaltung auf Netzwerkebene. Aufgrund der persönlichen Kontakte und Beziehungen mit Kolleginnen/Kollegen findet die Zusammenarbeit bzw. die Kooperation derzeit ausnahmslos auf individueller Basis statt. Fallen diese Kontakte, z.B. durch berufliche Veränderungen, weg, geht auch die individuelle Vernetzung verloren. Wesentliche Voraussetzung für die Zusammenarbeit ist es, die persönlichen Kontakte in eine standardisierte Kooperation im Rahmen eines Netzwerks einzubringen und darauf aufzubauen, nach dem Motto „Bewährtes erhalten, aber neu formen“. Die bewusste Entscheidung zur nachhaltigen gemeinsamen Kommunikation steht im Vordergrund der Vernetzung.

#### Kennenlernen der Zuständigkeiten, Strukturen und Leistungen anderer Systembereiche

Die – aus welchen Gründen auch immer bestehende – Unwissenheit über strukturelle Gegebenheiten bzw. Möglichkeiten anderer Systembereiche stellt in der Praxis immer wieder einen Stolperstein dar. Oftmals kommen übereilte Vorurteile oder Schuldzuweisungen gegenüber anderen Systembereichen zustande, da an den Versorgungsübergängen keine ausreichende Zusammenarbeit besteht. Das Kennenlernen der Strukturen und Prozesse und der damit verbundenen Herausforderungen wie bspw. fehlende Ressourcen der anderen Systembereiche sowie die aktive Kommunikation über die eigene Organisation können einen wesentlichen Erfolgsfaktor darstellen. Erwartungshaltungen werden dadurch differenzierter und es kommt zu einer veränderten, aber auch aufgeklärteren Sichtweise, die zu einem Verständnis gegenüber den anderen Systembereichen beiträgt. Das gegenseitige Verständnis ist eine wertvolle Basis für den Aufbau eines Nahtstellenmanagements. Die Kenntnis über bestehende Einrichtungen sowie deren Angebote und Leistungen ist erforderlich, um eine Entlastung herbeizuführen und Doppelgleisigkeit bzw. -befundung zu vermeiden.

Die genannten Faktoren, die im Sinne einer integrierten Versorgung zur Verbesserung der Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten beitragen, lassen sich durch eine entsprechende gute Kooperation, die sich mit einer standardisierten Netzwerkarbeit etablieren lässt, erreichen.

Die im Kapitel 4. vorgestellten Initiativen im kinder- und jugendpsychiatrischen Nahtstellenmanagement sind Good-Practice-Beispiele und zeigen Wege zur Schaffung solch einer standardisierten Form von Vernetzungsarbeit auf.

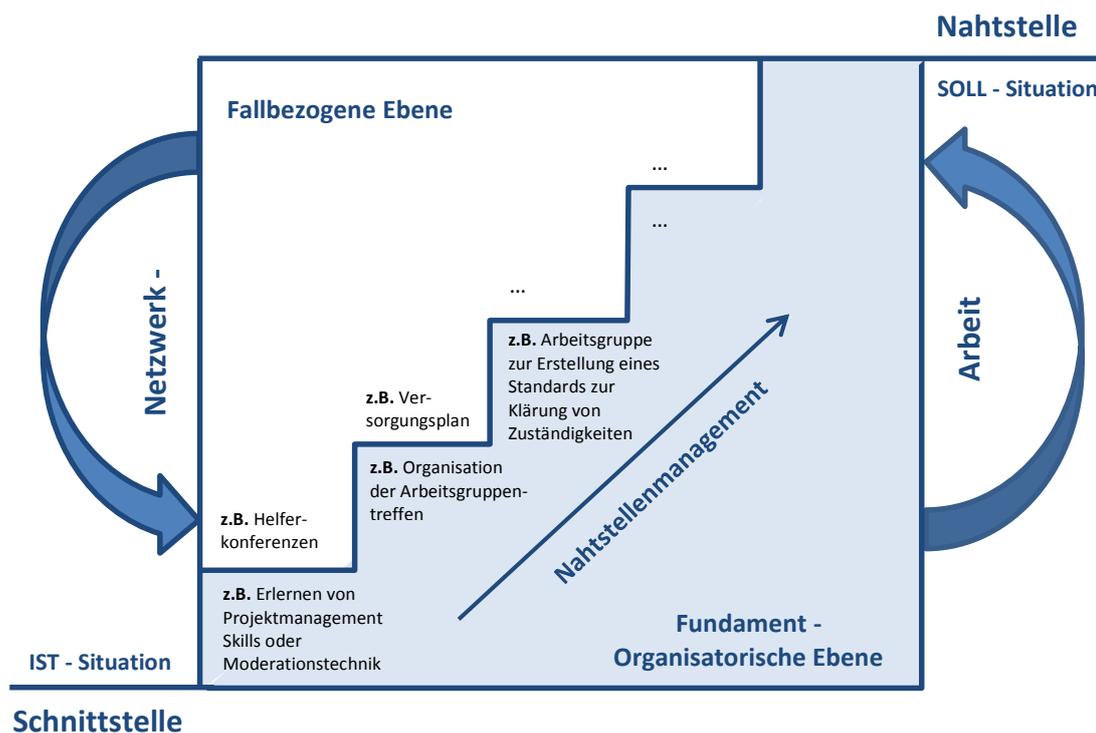
Wie eine solche Vernetzungsarbeit aus Sicht des CCIV im Detail aufgebaut werden kann und welche Handlungsempfehlungen sich daraus ergeben, erläutert das folgende Kapitel.

## 6.2. Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements in der Kinder- und Jugendpsychiatrie identifizieren mögliche zu optimierende Maßnahmen, die sich auf gewonnene Erkenntnisse im Kontext Nahtstellenmanagement stützen. Die abgegebene Empfehlung ist so gestaltet, dass regional unterschiedliche strukturelle Rahmenbedingungen bedarfsspezifisch berücksichtigt werden können.

Nach Ansicht des CCIV sollte auf gegebenen Ressourcen und Rahmenbedingungen aufgebaut werden und das Engagement aller Akteurinnen/Akteure genutzt werden, um Schnittstellen in Nahtstellen zu transformieren und somit eine standardisierte Form der Zusammenarbeit realisieren zu können.

Die Ausführungen zeigen, dass in diesem Zusammenhang **Handlungsbedarf auf allen Ebenen** besteht und Kooperationen institutionalisiert werden sollten. Die Vielzahl der inhaltlichen Komponenten sollte durch eine strukturierte Herangehensweise zusammengefasst, in der Umsetzung exakt definiert und **in einer Art Stufenmodell priorisiert** werden. Wie die folgende Abbildung zeigt, versteht sich die Netzwerkarbeit als Motor im Nahtstellenmanagement und stellt somit einen wesentlichen Erfolgsfaktor für gelungene Vernetzung dar.



**Abbildung 8: Stufenmodell zur Einleitung eines Nahtstellenmanagements in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (eigene Darstellung)**

Das Stufenmodell veranschaulicht die zwei Seiten der Netzwerkarbeit: Die organisatorische Ebene, die grundsätzliche Komponenten, d.h. Strukturen und Prozesse der Zusammenarbeit generell regelt, und die fallbezogene Ebene, die sich z.B. mit der Entwicklung von Instrumenten zur unmittelbaren Versorgung der Kinder und Jugendlichen beschäftigt. Die Priorisierung und Festlegung der zu bewältigenden Themen und Herausforderungen obliegt den jeweils einzurichtenden regionalen Netzwerken, die die Themen schrittweise

in Form der Selbstorganisation abarbeiten. Das Endprodukt stellen bspw. Leitfäden, Checklisten u.v.m dar, die im Idealfall nachhaltigen und praxistauglichen Charakter aufweisen und eine spürbare Erleichterung in der Zusammenarbeit herbeiführen.

#### Die Organisationsebene sollte folgende Aufgaben übernehmen:

- Schaffung einer klaren, geordneten Struktur sowie einer standardisierten Vernetzungsarbeit (Bestimmung und Besetzung von Gremien, Datenschutzregelung, Frequenz und Ort von Vernetzungstreffen etc.)
- Formulierung der Regelung von Funktionen, Rollen und Abläufen im Nahtstellenmanagementprozess
- Integration bestehender Erfahrungen im Netzwerkmanagement mit Raum für regionale Gegebenheiten
- Einbindung aller Versorgungssysteme (Bildung und Soziales)
- Kompetenzaufbau hinsichtlich Systemwissen, z.B. Kennenlernen der Rahmenbedingungen aller involvierten Akteurinnen/Akteure
- Erlernen von spezifischen organisatorischen und projektmanagementbezogenen Fertigkeiten zur professionellen Netzwerkbildung, wie z.B. Einladungsmanagement, Moderationstechniken
- Regelung einer Vergütung der Tätigkeiten für die im Netzwerk agierenden Berufsgruppen

#### Die Fallebene sollte folgende Aufgaben übernehmen:

- Definition von klientelbezogenen Tools zur Entwicklung und Formulierung von standardisierten Unterlagen, wie z.B. Checklisten, Versorgungsplan, Vorgangsweise bei fallbezogenen Zielsetzungen, Kooperationsleitfäden zur Regelung des Einweisungs- bzw. Zuweisungsmodus, Standards zur Therapieplatzvergabe etc.
- Forcierung der Helferkonferenzen
- Einbindung der Elternarbeit in die Versorgungsplanung

Zur Implementierung einer Netzwerkstruktur eignet sich die im Kapitel 2.3.4. dargestellte Vorgangsweise (Abbildung 2: Beispiel einer Implementierungsstruktur für den Netzaufbau).

Zusammenfassend sollte mit dem Fokus auf das Stufenmodell der **systematischen Kommunikation** besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, da diese die Basis jeglicher erfolgreicher Zusammenarbeit darstellt, Verständnis schafft, für Transparenz sorgt und partizipativen Nutzen gewährleistet. Um sukzessive klare und einheitliche Strukturen der Kooperation zu schaffen, benötigt eine strukturierte Umsetzung eine organisierende Hand, die für einen **festgelegten und kontinuierlichen Dialog auf regionaler Versorgungsebene** sorgt. Die **Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes bzw. Selbstverständnisses könnte** von einer Angebotsorientierung hin zu einer Betroffenenorientierung führen.

Der Einsatz einer Vernetzungsspezialistin/eines Vernetzungsspezialisten als Prozessbegleiterin/-begleiter ist zu überlegen. Ein **Nahtstellenmanagement bzw. Netzwerkarbeit zu etablieren** ist ein langwieriger, **komplexer und dynamischer Prozess**, der nicht nebenbei erfolgt, sondern Ressourcen, Kompetenzen und fachliche Steuerung benötigt.

### 6.3. **Ausblick**

Einen ersten Schritt möchte das CCIV auf Organisationsebene des vorgestellten Stufenmodells setzen und ein Get-together mit allen Interviewpartnerinnen/-partnern im Rahmen einer **Abschlusspräsentation** veranstalten. Eine derartige Veranstaltung könnte einen Kommunikationsrahmen schaffen und wünschenswerterweise neben der Präsentation des vorliegenden Abschlussberichts auch Anstoß dafür sein, die ersten Weichen für eine praktische Umsetzung der vorgeschlagenen Handlungsansätze zu stellen.

## 7. VERZEICHNISSE

### 7.1. Kodierschema

Tabelle 5: Kodierschema zur Ergebnisdarstellung der Experteninterviews (eigene Darstellung)

<b>Code</b>	<b>Label</b>		
<i>Interview-partnerin/ -partner</i>	<i>Sektor</i>	<i>Bereich</i>	<i>Bundes-land</i>
<b>IP1</b>	extramural	Niedergelassene FA	NÖ
<b>IP2</b>	extramural	Niedergelassene FA	NÖ
<b>IP3</b>	extramural	Niedergelassene FA	OÖ
<b>IP4</b>	extramural	Niedergelassene FA	OÖ
<b>IP5</b>	extramural	Niedergelassene FA	OÖ
<b>IP6</b>	extramural	Niedergelassene FA	W
<b>IP7</b>	extramural	Niedergelassene FA	W
<b>IP8</b>	extramural	Niedergelassene FA	W
<b>IP9</b>	extramural	Niedergelassene FA	W
<b>IP10</b>	extramural	Niedergelassene FA	W
<b>IP11</b>	extramural	Niedergelassene FA	W
<b>IP12</b>	intramural	Krankenhaus	NÖ
<b>IP13</b>	intramural	Krankenhaus	NÖ
<b>IP14</b>	intramural	Krankenhaus	W
<b>IP15</b>	intramural	Krankenhaus	W
<b>IP16</b>	intra-/extramural	Ambulatorium	W
<b>IP17</b>	intra-/extramural	Ambulatorium	W

## 7.2. Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). (2013). *Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit. Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit (2. Auflage)*. Abgerufen am 05. Oktober 2016 von [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/6/6/CH1452/CMS1384788188872/nationale\\_strategie\\_f\\_psyges.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/6/6/CH1452/CMS1384788188872/nationale_strategie_f_psyges.pdf)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). (2016). *Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Ergebnisbericht*. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2010). *Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung*. Abgerufen am 17. Oktober 2016 von <http://soziale-gesundheitspolitik.at/wp-content/uploads/2015/02/Schnittstellenmanagement-zwischen-ambulanter-und-station%C3%A4rer-Versorgung.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)/Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHR) (Hrsg.). (2013). *Die psychische Gesundheit von österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse 2010 und Trends. HBSC Factsheet Nr. 07*. Abgerufen am 07. November 2016 von [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/factsheet\\_nr.7\\_2013\\_psychische\\_gesundheit.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/factsheet_nr.7_2013_psychische_gesundheit.pdf)
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). (2016). *Gesundheitsberufe in Österreich*. Abgerufen am 29. November 2016 von [https://www.google.at/?gws\\_rd=ssl#q=gesundheitsberufe+in+%C3%B6sterreich+2016](https://www.google.at/?gws_rd=ssl#q=gesundheitsberufe+in+%C3%B6sterreich+2016)
- Conrad, G. (2014). Aktuelle Trends und Themen betrieblicher Gesundheitsförderung. *Journal Gesundheitsförderung (1)*, S. 10-15.
- Damm, L., Fliedl, R., Katzenschläger, P., Tatzer, E., & Winter, B. (2012). *Handbuch zur Netzwerk-Entwicklung. TEIL B des Endberichts MODUL 1*. Abgerufen am 22. November 2016 von [http://www.karl-landsteiner.at/pdf/institute/Fliedl\\_HandbuchNetzwerkentwicklung.pdf](http://www.karl-landsteiner.at/pdf/institute/Fliedl_HandbuchNetzwerkentwicklung.pdf)
- Ewers, M., & Schaeffer, D. (2005). *Case Management in Theorie und Praxis*. (Band 2. ergänzende Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fischermanns, G. (2009). *Praxishandbuch Prozessoptimierung*. Gießen.
- Fliedl, R., Damm, L., Katzenschläger, P., Tatzer, E., & Winter, B. (2012). *Vernetzungsprojekt Industrieviertel. TEIL A des Endberichts MODUL 1*. Abgerufen am 14. November 2016 von [http://www.karl-landsteiner.at/pdf/institute/Fliedl\\_NOEGUS\\_Endbericht\\_ModulA.pdf](http://www.karl-landsteiner.at/pdf/institute/Fliedl_NOEGUS_Endbericht_ModulA.pdf)
- forKIDS therapiezentrum. (2016). *Kurzkonzept - forKIDS Therapiezentrum Kitzbühel*. Kitzbühel.
- Freitag, C. (2012). Das Proprium der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In S. Raueiser, & M. Noterdeme (Hrsg.), *Netzwerke und Übergänge. Kinder- und Jugendpsychiatrie vor aktuellen Herausforderungen* (S. 19-20). Irsee: Grizeto Verlag.

- Friedmann, C., Sommer, S., Frießem, M., Zülch, J., & Ganz, A. (2011). *Netzwerkbildung und -management im Gesundheitswesen*. Abgerufen am 14. November 2016
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). (2013). *Außerstationäre psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen*. Abgerufen am 07. November 2016 von [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/0/4/CH1071/CMS1404810183713/ausserstationaere\\_psychosoziale\\_versorgung\\_von\\_kindern\\_und\\_jugendliche\\_n\\_null\\_pdf.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/0/4/CH1071/CMS1404810183713/ausserstationaere_psychosoziale_versorgung_von_kindern_und_jugendliche_n_null_pdf.pdf)
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)/Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). (2012). *Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012*. Abgerufen am 07. November 2016 von [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg\\_2012\\_text\\_ohne\\_matrizen\\_-\\_neue\\_links.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2012_text_ohne_matrizen_-_neue_links.pdf)
- Graba, U., Hein, D., Neudert, K., & Rahtjen, S. (2009). *"Komplexer Hilfebedarf". Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule*. Abgerufen am 05. Dezember 2016 von [http://digital.zlb.de/viewer/content?action=application&sourcepath=15374537/abschlussbkompl\\_hilfebedarf.pdf&format=pdf](http://digital.zlb.de/viewer/content?action=application&sourcepath=15374537/abschlussbkompl_hilfebedarf.pdf&format=pdf)
- Greiling, M., & Dudek, M. (2009). *Schnittstellenmanagement in der integrierten Versorgung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Groen, G., & Sirén, H. (2014). *RESME*. Abgerufen am 23. November 2016 von [http://www.resme.eu/site/wp-content/uploads/52\\_Newsletters\\_German\\_2013-2015.pdf](http://www.resme.eu/site/wp-content/uploads/52_Newsletters_German_2013-2015.pdf)
- Groß, A. (2016). *Kinderpsychiatrie: Wo mangelt es?* Abgerufen am 07. November 2016 von MedOnline: <https://medonline.at/2016/kinderpsychiatrie-wo-mangelt-es/>
- Hartl, C. (2016). *KJP Versorgungssituation 01/2016*. Unveröffentlichte Unterlage.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung (HVB) (Hrsg.). (o.D.). *Strategie Psychische Gesundheit. Österreichische Sozialversicherungen*. Abgerufen am 07. November 2016 von <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564642&version=1391184577>
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung (HVB). (2016). *Vertragspartner*. Unveröffentlichte Unterlage.
- Holley-Spieß, E. (2016). *Start des ersten Kinder-Ambulatoriums in Wien*. Abgerufen am 14. Dezember 2016 von <http://www.wgkk.at/portal27/wgkkportal/content?contentid=10007.772038&viewmode=content>
- Hölzlein, M. (2012). Schnittstellen zu Nahtstellen machen. In S. Raueiser, & M. Noterdeme (Hrsg.), *Netzwerke und Übergänge. Kinder- und Jugendpsychiatrie vor aktuellen Herausforderungen* (S. 11-14). Irsee: Grizeto Verlag.
- Höwler, E. (2016). *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

- Jörns-Presentati, A., & Groen, G. (2008). *RESME*. Abgerufen am 05. Dezember 2016 von [http://www.resme.eu/site/wp-content/uploads/27\\_Professional-article\\_V\\_2014\\_DE.pdf](http://www.resme.eu/site/wp-content/uploads/27_Professional-article_V_2014_DE.pdf)
- Jugendhilfe Report. (2007). *Netzwerke – neue Möglichkeiten oder Labyrinth der Hilfen*. Abgerufen am 05. Dezember 2016 von [http://aba-fachverband.org/fileadmin/user\\_upload\\_2008/zeitschriften/Jugendhilfe-Report\\_2007\\_03.pdf](http://aba-fachverband.org/fileadmin/user_upload_2008/zeitschriften/Jugendhilfe-Report_2007_03.pdf)
- Jungmann, J. (2000). *Qualifizierte Kooperation - Bericht über ein Bundesmodellprojekt*. Abgerufen am 14. Dezember 2016 von <http://www.kinderpsychiatrie-systemisch.de/kooperation.htm>
- Kindernetzwerk Industrieviertel (IV). (o.D.). *Die Entwicklung des Kindernetzwerks Industrieviertel*. Abgerufen am 22. November 2016 von <http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj9pPdqcFRAhVpLMAKHVb4BmQQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.kindernetzwerk.at%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FEntwicklung%2520des%2520Kindernetzwerks%2520Industrieviertel.pdf&usg=AFQjCNFpWp1e>
- Küster, H. (2007). *Der Klinik-Arzt als Manager*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Marcian, R. (2016). Der Verordnungskatalog - Wirkungsvolle Therapiepfade. *Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung - Soziale Sicherheit*, S. 62-64.
- Mayer, H. (2006). *Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung*. (3. Auflage). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Mennemann, H. (2016a). *Einführung in die Netzwerkarbeit*. Vorlesungsskript FH Burgenland.
- Mennemann, H. (2016b). *Ein Netzwerk aufbauen - Beispiel: DG in Belgien*. Vorlesungsskript FH Burgenland.
- Mennemann, H., & Wegleitner, K. (2012). Netzwerke in Palliative Care entwickeln - auf was es ankommt. Vertrauen aufbauen, Sinn stiften. In K. Wegleitner, K. Heimerl, & A. Heller (Hrsg.), *Zu Hause sterben - der Tod hält sich nicht an Dienstpläne* (S. 398-418). Ludwigsburg: der hospiz verlag.
- Miller, T. (2013). Das Pendeln zwischen Systemen und Netzwerken: eine Herausforderung für die Akteure. In J. Fischer, & T. Kosellek (Hrsg.), *Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen* (S. 281-294). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Müller, H.-J., & Engelmeyer, A. (2013). Anforderungen an ein Schnittstellenmanagement in der GKV. In H. Rebscher, S. Kaufmann, & (Hrsg.), *Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen* (S. 209-298). Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK)/Land OÖ, Abteilung Gesundheit. (2012). *Nahtstellenmanagement in OÖ. Handbuch NSM*. Abgerufen am 07.

November 2016 von <https://www.oegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.635384&version=1479387532>

- Österreichische Ärztekammer (ÖÄK). (2016). *Fachspezifische Prüfungsrichtlinien für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Abgerufen am 05. Dezember 2016 von <https://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/facharztpdfs1/richtlinien/Kijupsychiatrie.pdf>
- Österreichische Ärztezeitung (ÖÄZ). (2014). *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. (5). Abgerufen am 24. Oktober 2016 von <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2014/oeaez-5-10032014.html>
- Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGJKP). (2014/2015). *Versorgung*. Abgerufen am 20. Februar 2016 von <http://www.oegkjp.at/versorgung/>
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 14 (1), S. 48-57.
- Philipp, J., Zeiler, M., Waldherr, K., Nitsch, M., Dür, W., Karwautz, A., et al. (2014). The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)-Study: preliminary results from a pilot study. *Neuropsychiatrie*, (28), S. 198-207.
- Plener, P. (2016). *Kooperation zwischen KJPP und Kinder- und Jugendhilfe bzw. anderen Versorgungsbereichen*. Abstract. Ulm.
- Psychosozialer Dienst Burgenland*. (2016). Abgerufen am 14. Dezember 2016 von <http://www.psychosozialerdienst.at/>
- Quilling, E., Nicolini, H., Graf, C., & Starke, D. (2013). *Praxiswissen Netzwerkarbeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), S. 871-878.
- Salzburger Landesrechnungshof (Slbg. LRH). (2013). *Bericht Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen einschließlich der Nachbetreuung im nicht-stationären Bereich*. Abgerufen am 24. Oktober 2016 von [https://www.salzburg.gv.at/politik\\_/Documents/lrhbericht\\_kijups.pdf](https://www.salzburg.gv.at/politik_/Documents/lrhbericht_kijups.pdf)
- Schepker, R. (2012). Kinder- und jugendpsychiatrische Bedarfsentwicklung und Versorgungsstrukturen. In S. Raueiser, & M. Noterdaeme, *Netzwerke und Übergänge. Kinder- und Jugendpsychiatrie vor aktuellen Herausforderungen* (S. 35-55). Irsee: Grizeto Verlag.
- Schneider, E. (2014). *Problemgeschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich*. Diplomarbeit. Medizinische Universität Wien.

- Schubert, H. (2008). Netzwerkkooperation – Organisation und Koordination von professionellen Vernetzungen. In H. Schubert, *Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Praxisbeispiele* (S. 7-105). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Stadt Wien/Magistratsabteilung (MA) 15 - Gesundheitsdienst (Hrsg.). (2012). *Wiener Kindergesundheitsbericht*. Abgerufen am 24. Oktober 2016 von <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/gesundheitsdienst/pdf/kindergesundheitsbericht.pdf>
- Statistik Austria. (2016a). *Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2015-2100 laut Hauptszenario*. Abgerufen am 29. November 2016 von [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027308.html)
- Statistik Austria. (2016b). *Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur Wien 2015-2100 laut Hauptszenario*. Abgerufen am 29. November 2016 von [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027317.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027317.html)
- steiermark ORF.at. (2016). Abgerufen am 14. Dezember 2016 von <http://steiermark.orf.at/news/stories/2808116/>
- Stern, S. (2016). Arzt und Manager. *Das Gesundheitswirtschaftsmagazin*. 9 (6), S. 90-92.
- Tatzer, E., Damm, L., Winter, B., & Fliedl, R. (2013). Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf - Das Kindernetzwerk Industrieviertel in Niederösterreich. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung* (2), S. 138-151.
- Tatzer, E., Winter, B., Damm, L., & Fliedl, R. (2014). "Netzwerke bilden - Kooperation erhalten". Abgerufen am 14. November 2016 von [http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjy0bvircfRAhWIKcAKHdOnCaMQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fheilpaedagogik-noe.ac.at%2Fbeitraege%2F201411\\_Netzwerke%2520bilden.pptx&usg=AFQjCNG-QFo3Q5iQ\\_1snQI7xIAHRSgn9WA&bvm=bv.144224172,d.b](http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjy0bvircfRAhWIKcAKHdOnCaMQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fheilpaedagogik-noe.ac.at%2Fbeitraege%2F201411_Netzwerke%2520bilden.pptx&usg=AFQjCNG-QFo3Q5iQ_1snQI7xIAHRSgn9WA&bvm=bv.144224172,d.b)
- Universitätsklinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie (UK KJP). (2015). *"Krise als Chance". Handlungsleitfaden für die Krisenarbeit mit Kindern und Jugendlichen im Bundesland Salzburg*. Salzburg.
- Vavrik, K., & Fried, A. (2016). Zur aktuellen Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich. In Österr. Liga f. Kinder- u. Jugendges.(Hrsg.), *Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2016* (S. 9-21). Wien.
- Wiesinger, M., & Bayr, C. (2010). *Was macht Netzwerke in der Gesundheitsförderung erfolgreich?* Abgerufen am 14. November 2016 von [http://www.gfb.or.at/uploads/media/NGA\\_Erfolgsfaktoren.pdf](http://www.gfb.or.at/uploads/media/NGA_Erfolgsfaktoren.pdf)

Wirth, S., & Zepp, F. (19. Juni 2015). Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 163 (7), S. 671-671.

Wladika, W. (2016). *Kinder- und Jugendpsychiatrie goes outside. Abstract*. Klagenfurt.

### 7.3. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Von der sektoralen Versorgung zu einer interprofessionellen, interorganisationalen Versorgungsform	16
Abbildung 2: Beispiel einer Implementierungsstruktur für den Netzwerkaufbau	17
Abbildung 3: Beispiel Ablaufplan Implementierungsprozess	19
Abbildung 4: Entwicklungsverlauf der niedergelassenen Kassenärztinnen/-ärzte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	24
Abbildung 5: Organigramm des Kindernetzwerks Industrieviertel	26
Abbildung 6: Zielpyramide des Kindernetzwerks Industrieviertel	28
Abbildung 7: Faktoren strukturierter Netzwerkarbeit im Nahtstellenmanagement (eigene Darstellung)	44
Abbildung 8: Stufenmodell zur Einleitung eines Nahtstellenmanagements in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (eigene Darstellung)	46

### 7.4. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Interviewpartner (eigene Darstellung)	12
Tabelle 2: Versorgungseinheiten mit kinder- und jugendpsychiatrischem Leistungsspektrum in Wien, NÖ und OÖ	23
Tabelle 3: Vernetzungsinitiativen im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext (eigene Darstellung)	30
Tabelle 4: Tabellarische Ergebniszusammenfassung der Interviews (eigene Darstellung)	38
Tabelle 5: Kodierschema zur Ergebnisdarstellung der Experteninterviews (eigene Darstellung)	49

### 7.5. Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
FA	Fachärztin/-arzt
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HJ	Halbjahr
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IV	Kindernetzwerk Industrieviertel
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
KiJuKs	Kinder- und Jugendkompetenzzentren
KJNP	Kinder- und Jugendneuropsychiatrie

KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
KiJuP	Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater
KH	Krankenhaus
LK	Landeskrankenhaus
LBIHPR	Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research
MA	Magistratsabteilung
MHAT	Mental Health in Austrian Teenagers
NSM	Nahtstellenmanagement
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖÄZ	Österreichische Ärztezeitung
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PSD	Psychosozialer Dienst
Slbg. LRH	Salzburger Rechnungshof
UK KJP	Universitätsklinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
VKKJ	Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZEF	Zentrum für Entwicklungsförderung

## ANHANG

### Expertinnen-/Expertenbefragung zur Optimierung von Schnittstellen in der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen

#### Interviewleitfaden

1. Von Ihren persönlichen Erfahrungen aus der Praxis: **Zwischen welchen Bereichen funktioniert das Zusammenwirken** in Form von Austausch, geregelten Übergaben etc. **gut**? D.h. wo sind aus Schnittstellen Nahtstellen geworden?
2. Warum funktioniert das Zusammenwirken in diesen Bereichen gut? Was sind Ihrer Ansicht nach die **Erfolgsfaktoren**?
3. An welchen **Übergängen** sind die Prozesse **weniger gut** geregelt? Was sind Ihrer Ansicht nach die Gründe dafür?
4. Bei welchen Schnittstellen sehen Sie derzeit **den dringendsten Handlungsbedarf**, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zu optimieren? Wie könnte eine **Verbesserung** der Situation erreicht werden?
5. In welchem **Verantwortungsbereich** würden diese optimierenden Handlungsvorschläge fallen?
6. Wären diese **Maßnahmen umsetzbar**? Welcher Zeitraum wäre dafür notwendig?
7. Wo liegen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie die konkreten **Herausforderungen** im Bereich Nahtstellenmanagement?
8. Welche **Rahmenbedingungen** erschweren bzw. fördern ein funktionierendes Nahtstellenmanagement?
9. Wie viele Kinder „**landen bei Ihnen richtig**“ bzw. welche Kinder müssen weitervermittelt werden bzw. benötigen eine andere Form der Versorgung?
10. Stellt die **gegenseitige Anerkennung von Befunden** ein Problem dar? Wenn ja, woran liegt es und welche Optimierungsmaßnahmen schlagen Sie vor, um Mehrfachuntersuchungen und Doppelbefragungen zu vermeiden?

- 11.** Welche **(kurzfristigen) Möglichkeiten** sehen Sie, die unter den derzeitigen Rahmenbedingungen zur **Entlastung** der Schnitt-/Nahtstelle bzw. der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater kurzfristig beitragen könnten?
- 12.** Wie denken Sie über **regelmäßige Vernetzungstreffen**, um den jeweiligen aktuellen Herausforderungen in der Zusammenarbeit zu begegnen (bzw. diese durch einen erarbeiteten Kooperationsleitfaden zu organisieren)?

