

Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Arbeitsfortschrittsbericht

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Arbeitsfortschrittsbericht

Autorin:

Daniela Kern

Projektassistenz:

Menekse Yilmaz

Wien, im Jänner 2015

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

P3/2/427991

Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien,
Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Auftrag

Zentrale Aufgabenstellungen waren die Identifizierung der wichtigsten Herausforderungen für die integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen und die Entwicklung von ersten Lösungsansätzen zur Bewältigung dieser Herausforderungen. Der vorliegende Bericht enthält erste Empfehlungen zur Verbesserung der integrierten psychosozialen Versorgung in den einzelnen Versorgungsstufen des Gesundheits- und Sozialsystems.

Zur Bearbeitung des Projekt-Auftrags wurde eine Arbeitsgruppe mit Vertretern/Vertreterinnen der Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendheilkunde (mit Schwerpunkt Psychosomatik bei Kindern und Jugendlichen) gebildet und insgesamt drei Arbeitstreffen organisiert und abgehalten.

Der im Oktober 2014 abgehaltene Workshop „Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ setzte den im Jahr 2012 begonnenen bereichsübergreifenden Austausch zwischen Gesundheits- und Sozialbereich, Jugendwohlfahrt und Sozialversicherungsträgern fort.

Ergebnisse

Grundlage der Arbeiten mit der Expertengruppe war das aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag ableitbare Verständnis von integrierter Versorgung. Demnach umfasst das Gesundheitssystem folgende Versorgungsstufen: Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung und stationäre Versorgung.

In zwei Arbeitsgruppensitzungen wurden gemeinsam mit der Expertengruppe die jeweiligen Herausforderungen und Lösungsansätze für die integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen je Versorgungsstufe erarbeitet. Säuglinge bilden eine spezielle Zielgruppe mit besonderem Bedarf und Anforderungen an die Versorgung, die in diesem Bericht unter dem Begriff „Kinder“ inkludiert sind.

Zentrale Verbesserungspotenziale liegen in

- » der Verankerung von spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psycho-somatischen Kompetenzen in der Ausbildung aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen,
- » der Etablierung von institutionalisierten Vernetzungsstrukturen,
- » der Bereitstellung von Wissen und Information über die vorhandenen Strukturen und Angebote,
- » der Förderung von niederschweligen Beratungsangeboten und primären Anlaufstellen zur Abklärung sowie
- » in der partizipativen Entwicklung der notwendigen Behandlungspfade.

Auf Basis der entwickelten Empfehlungen für Lösungsansätze sollen in weiterer Folge konkrete Maßnahmen und Umsetzungsvorschläge abgeleitet werden.

Inhalt

Kurzfassung	III
Abkürzungsverzeichnis	VI
1 Einleitung	1
1.1 Projektauftrag und Projektziele	1
1.2 Methodische Vorgangsweise	2
2 Verständnis von Integrierter Versorgung	3
3 Überblick über die bestehenden Versorgungsstrukturen	5
4 Erarbeitung erster Empfehlungen	8
4.1 Primärversorgung	8
4.2 Ambulante spezialisierte Versorgung	9
4.3 Stationäre Versorgung	10
4.4 Sozialbereich	12
5 Zusammenfassung und Ausblick	14
Literatur	15
Anhang	17

Abkürzungsverzeichnis

AM	Allgemeinmediziner/-innen
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMZ	Bettenmessziffer
CL	Konsiliar- und Liaisondienst
EW	Einwohner/innen
FÄ	Fachärzte/Fachärztinnen
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KH	Krankenhaus
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PSD	Psychosozialer Dienst
PSO	Psychosomatik
PSO-KJ	Psychosomatik für Säuglinge, Kinder und Jugendliche
PSZ	Psychosoziales Zentrum
PSY	Psychiatrie/psychiatrisch
PT	Psychotherapie
TK	Tagesklinik
ZSG	Zielsteuerung-Gesundheit

1 Einleitung

1.1 Projektauftrag und Projektziele

Seit nunmehr vier Jahren verfolgt die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur (BGA) die kontinuierliche Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen:

Im Jahr 2011 stand die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische (KJP) Versorgung im Zentrum, die Arbeiten im Jahr 2012 konzentrierten sich auf die Darstellung von Bedarfszahlen und Versorgungskonzepten zur integrierten KJP-Versorgung sowie zu bereichsübergreifenden Kooperationen in Österreich und im EU-Raum. Im Jahr 2013 lag der Fokus auf dem ambulanten Sektor.

Darüber hinaus beschäftigte sich die GÖG mit folgenden weiteren Teilthemen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen: „Entwicklungsverzögerungen“ und „Frühe Hilfen“.

Ziel der Projektarbeiten 2014 war es, für die integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen erste konzeptuelle Arbeiten durchzuführen, die speziell auf multiprofessionelle und interdisziplinäre Angebote in den einzelnen Versorgungsstufen fokussierten, basierend auf den im Artikel 6 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags vereinbarten Zielen und Maßnahmen zum Steuerungsbereich „Versorgungsstrukturen“. Zentrale Fragestellung war die Identifizierung der wichtigsten Herausforderungen für die integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen und die Entwicklung von ersten Lösungsansätzen zur Bewältigung dieser Herausforderungen.

Gegenstand des Projektberichts ist die Zielgruppe der 0 bis 18-Jährigen und umfasst daher Säuglinge, Kinder und Jugendliche gleichermaßen. Säuglinge bilden eine spezielle Zielgruppe mit besonderem Bedarf sowie Anforderungen an die Versorgung, die in diesem Bericht unter dem Begriff „Kinder“ inkludiert sind.

Zur Fortsetzung des im Jahr 2012 erstmals durchgeführten bereichsübergreifenden Austauschs wurde im Oktober 2014 ein weiterer Workshop „Integrierte psychosoziale Versorgung“ organisiert und abgehalten.

Der vorliegende Bericht enthält erste mit der Expertengruppe erarbeitete Empfehlungen zur Verbesserung der integrierten psychosozialen Versorgung auf Ebene der einzelnen Versorgungsstufen des Gesundheits- und Sozialsystems.

1.2 Methodische Vorgangsweise

Zur Bearbeitung des Projektauftrags wurde eine Arbeitsgruppe mit Vertretern/Vertreterinnen der Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendheilkunde (mit Schwerpunkt Psychosomatik für Kinder- und Jugendliche) gebildet und insgesamt drei Arbeitstreffen organisiert und abgehalten (vgl. Liste der Mitglieder der Expertengruppe im Anhang).

Im ersten Workshop wurden nach einem Informationsblock über relevante Prozesse und Entwicklungen auf Bundesebene (vor allem zur Zielsteuerung-Gesundheit) allgemeine Herausforderungen in Zusammenhang mit der integrierten psychosozialen Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen gesammelt und nach Themenblöcken geordnet.

In Hinblick auf den Projektauftrag und die begrenzten zeitlichen Ressourcen wurde vereinbart, den Fokus der weiteren Arbeiten auf das **Thema Vernetzung und Kooperation** (unter Einbeziehung des Sozial- und Bildungsbereichs) zu legen. Im zweiten und dritten Workshop wurden daher folgende Fragestellungen und Inhalte bearbeitet:

1. Zugang zu den / Probleme beim Erreichen der jeweils versorgungsrelevanten Gruppen auf Ebene der Primärversorgung, der ambulante spezialisierten Versorgung sowie der stationären Versorgung
2. Empfehlungen geeigneter Kooperationsmodelle am Eintritt/Übergang in eine bestimmte Versorgungsstufe

Eine weitere Aufgabenstellung im Zuge der gegenständlichen Projektarbeiten ist die Diskussion geeigneter Kooperationsmodelle im Sinne von „Best-practice-Modellen“ zur Verbesserung der Versorgung. Im Zuge der Diskussion mit der Expertengruppe wurden zahlreiche Kooperationsprojekte identifiziert, es handelt sich zumeist jedoch um sehr eingeschränkte Kooperationsbeziehungen (mit wenigen Teilnehmern oder eingeschränkten Zielgruppen). Eine weitere Bearbeitung und Auswahl zur Ableitung konkreter Empfehlungen in Hinblick auf die praktische Anwendung ist für das Jahr 2015 vorgesehen.

Der Schwerpunkt des im Oktober 2014 abgehaltenen bereichsübergreifenden **Workshops** wurde ebenfalls auf das Thema „*Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen*“ gelegt. Neben Experten/Expertinnen aus Österreich, die über aktuelle Projekte und Entwicklungen berichteten, waren auch drei Referenten/Referentinnen aus Deutschland eingeladen, die integrierte Planungs- und Versorgungsmodelle aus Deutschland präsentierten:

1. Vergleichende Rahmenbedingungen für Planungen zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Dr. Oliver Bilke-Hentsch)
2. Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie am Beispiel Hamburg (Dr. Kerstin Petersen)
3. Evaluierung des Leipziger Modells „Komplexer Hilfebedarf“ – Die Herausforderungen vom Modell zur Umsetzung (Prof. C. v. Wolffersdorff)

2 Verständnis von Integrierter Versorgung

Definition Integrierter Gesundheitsversorgung¹

Die optimale Behandlung vieler Krankheitsbilder **erfordert eine enge Zusammenarbeit verschiedener Beteiligter**, z. B.

- » niedergelassener Haus- und Fachärzte/-ärztinnen,
- » Krankenhäuser,
- » Rehabilitationseinrichtungen oder
- » Therapeuten/Therapeutinnen.

Diese Zusammenarbeit ist noch **keine Selbstverständlichkeit**. Selbst wenn die einzelnen Beteiligten jeweils ihr Bestes geben und per Überweisung oder Verordnung dem Patienten / der Patientin die Leistungen anderer zugänglich machen, **fehlen oft**

- » eine gesamte Sicht auf die Behandlung,
- » enge Absprachen sowie eine
- » systematische Verzahnung der Beteiligten

unter **gemeinsamen medizinischen Leitlinien** oder **Qualitätsmaßstäben** und auf Basis gemeinsamer Patientendaten.

Integrierte Gesundheitsversorgung nach Zielsteuerung-Gesundheit

Neben der oben genannten Definition war für die Arbeiten der Expertengruppe vor allem das aus dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag Gesundheit ableitbare Verständnis von integrierter Versorgung von zentraler Bedeutung (Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013). Das Gesundheitssystem umfasst jedenfalls folgende Versorgungsstufen:

1. **Primärversorgung:** allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.
2. **Ambulante spezialisierte Versorgung:** umfasst die ambulante Erbringung von Leistungen aus den Fachbereichen, wobei sich Fachbereiche an den ärztlichen Sonderfächern orientieren, aber auch andere Gesundheitsberufe mit einschließen.
3. **Stationäre Versorgung**

Darüber hinaus ist die **Laienversorgung** für Unterstützungsmaßnahmen von zentraler Bedeutung. Diese wird definiert als „jede Tätigkeit von Individuen, Familien oder Gemeinschaften, die der

¹ zitiert nach: <http://www.kkh-allianz.de>

Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder der Vorbeugung und Behandlung von Krankheit dient“ (M. Sprenger (2012).

Ergänzend ist auch der Bereich „**Öffentlicher Gesundheitsdienst**“ (ÖGD) Teil des Gesundheitswesens, durch den primär bevölkerungsmedizinischen Ansatz aber nicht explizit Bestandteil der individualmedizinisch ausgerichteten Versorgungsstufen. Für die integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist diesbezüglich insbesondere auf den Aufgabenbereich im Zusammenhang mit der stationären „Aufnahme ohne Verlangen“ (sog. Unterbringung) nach dem UbG besonders hervorzuheben.

Die Patientenwege zwischen den einzelnen Versorgungsstufen sind durchlässig. „Integrierte Patientenversorgung“ umfasst nach diesem Konzept daher sowohl Koordination und Zusammenarbeit innerhalb einer Versorgungsstufe als auch zwischen den einzelnen Versorgungsstufen. Das Konzept der Versorgungsstufen wurde in der Projektarbeit auch auf die bestehenden Einrichtungen und Angebote des Sozialbereichs übertragen (vgl. dazu auch Kapitel 3).

3 Überblick über die bestehenden Versorgungsstrukturen

Die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist – im Vergleich zu jener von Erwachsenen – von einer besonders hohen Komplexität in Hinblick auf die bestehenden Versorgungsstrukturen geprägt, weil in diesem Bereich nicht nur Leistungsanbieter des Gesundheits- und Sozialsystems an der Versorgung beteiligt sind, sondern auch Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe, des Bildungssystems (Schule, Kindergarten) und des Justizsystems (z. B. Kinder- und Jugendanwaltschaft).

Gemeinsam mit der Expertengruppe wurde ein Überblick über die Versorgungsstrukturen in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erarbeitet (vgl. Abbildung A 1 im Anhang).

Der nächste Arbeitsschritt war die Zuordnung der gesammelten Leistungsanbieter auf die einzelnen Versorgungsstufen laut ZSG, getrennt für den Gesundheitsbereich und den Sozialbereich. Diskussionen und Unsicherheiten bezüglich der Zuordnung ergaben sich vor allem bei der Entscheidung, **wer bzw. welche Strukturen** zum Kernteam oder erweiterten Team der Primärversorgung gezählt werden oder alternativ der ambulanten spezialisierten Versorgung zuzurechnen sind. Im Unterschied zum Kernteam der Primärversorgung bei der Behandlung von *Erwachsenen* (vgl. Konzept „Primärversorgung NEU“) ist es aus Sicht der Expertengruppe bei der *psychosozialen* Versorgung von *Kindern und Jugendlichen* erforderlich, ein „erweitertes Kernteam“ zu definieren, bestehend aus Hausärztin/-arzt, Kinderärztin/-arzt und ggf. Kinder- und Jugendpsychiater/in. Die Leistungsanbieter wurden daher zum Teil – je nach Aufgabenstellung im Patientenkontakt – beiden Versorgungsstufen zugeordnet.

Die Ergebnisse der Zuordnung der Leistungsanbieter sind in Abbildung A 2 (Anhang) und Abbildung A 3 (Anhang) dokumentiert.

Die Kernversorgung von Kindern und Jugendlichen mit manifesten psychischen *Erkrankungen* findet in den stationären Einrichtungen (Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychosomatik-Schwerpunkte bzw. -Departments) sowie deren angeschlossenen Ambulanzen, durch niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde (mit Zusatzausbildung in Psychosomatik) sowie in den vorhandenen ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Einheiten bzw. spezialisierten Beratungsstellen statt.

Der Betten-Iststand bezüglich der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen, der stationären kinder- und jugendpsychosomatischen Versorgung sowie der Versorgung im Rahmen der Kinder- und Jugendheilkunde ist aus Tabelle A 1 und Tabelle A 2 im Anhang ersichtlich. Gemessen an den im ÖSG 2012 definierten Planungsrichtwerten von mind. 0,08 Betten pro 1.000 EW für die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung sind derzeit österreichweit nur die Hälfte des definierten Bedarfs umgesetzt. In Bezug auf die stationäre PSO-KJ-Versorgung stehen nur derzeit 0,013 Betten pro 1.000 EW zur Verfügung, während 0,02 bis

0,03 Betten pro 1.000 EW als Planungsrichtwert vorgesehen sind. Nur in der Kinder- und Jugendheilkunde entspricht der österreichweite Bettenstand mit 0,16 Betten pro 1.000 EW auch dem Bedarf laut ÖSG.

Unter ambulanten KJP-Einheiten sind „Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste“ im Sinne von **multiprofessionellen extramuralen Einrichtungen** für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen bzw. Erkrankungen sowie mit **integrierter KJP-fachärztlicher Behandlung** zu verstehen. Intendiert ist damit ein flächendeckender Aufbau von extramuralen Einrichtungen in Ergänzung zu den bereits bestehenden Spitalsambulanzen. Nicht umfasst dabei sind Einrichtungen für spezielle Zielgruppen wie z. B. für Opfer von Missbrauch/Gewalt oder sonstige Kriseneinrichtungen. In die vorliegende Iststandsdarstellung in Tabelle 3.1 wurden die Krankenhausambulanzen nicht einbezogen.

Tabelle 3.1:
Extramurale Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste pro Bundesland – Ist-Stand 2014

Bundesland	Einrichtungen
Burgenland	Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Eisenstadt
	Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Oberwart
Kärnten	Miniambulatorium St. Veit
	Miniambulatorium Wolfsberg
	Hermann-Gmeiner-Sozialzentrum Ambulatorium
Niederösterreich	Integrationszentrum „Rettet das Kind“ – Seebach
	-
Oberösterreich	Kinder- und Jugendkompetenzzentrum Pramet
	Jugendkompetenzzentrum Andorf
	Kinder- und Jugendkompetenzzentrum Mauerkirchen
	Kinder- und Jugendkompetenzzentrum Linz
Salzburg	Geplant ab 2016: Ambulantes psychosoziales Versorgungszentrum für Kinder und Jugendliche
Steiermark	10 fachliche Schwerpunkte für Kinder und Jugendliche an den Standorten Psychosozialer Beratungsstellen
Tirol	-
Vorarlberg	Beratungsstelle Jugend Unterland (Dornbirn)
	Beratungsstelle Jugend Oberland (Nenzing)
Wien	Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik des PSD
	5 Institute für Erziehungshilfe / Child Guidance Clinics;
	Ambulatorium „die Boje“
	Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie des SOS- Kinderdorf

Quelle: Erhebung bei den Abteilungen Gesundheit bzw. Soziales; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Nach Einschätzung der Expertengruppe ist die Ist-Darstellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste in Tabelle 3.1 – erstellt auf Grundlage einer Erhebung von GÖG/ÖBIG bei den zuständigen Gesundheitsabteilungen in den Bundesländern im Jahr 2013 sowie ergänzt durch die Expertengruppe im Jahr 2014 – noch uneinheitlich. Es muss aus Sicht der Expertinnen und

Experten klar definiert werden, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit eine Einrichtung als spezialisierte „ambulante KJP-Einheit“ zählt. Konkrete Richtwerte bezüglich der erforderlichen Struktur- und Prozessqualität und der entsprechenden Personalausstattung wurden bis dato noch nicht erarbeitet.

Derzeit sind in sechs Bundesländern bereits ambulante KJP-Einheiten vorhanden, in Niederösterreich, Salzburg und Tirol gibt es bereits konkrete bzw. laufende Planungen. Laut ÖSG 2012 soll **eine** ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Einheit pro 250.000 EW vorgehalten werden. Dieser Richtwert wird derzeit nur in den Bundesländern Burgenland, Kärnten, Steiermark (nach Umsetzung der zehn Standorte), Vorarlberg und Wien erfüllt (wenn man die fünf Institute für Erziehungshilfe tatsächlich als „ambulante KJP-Einheit“ zählt, wobei die fachärztliche Präsenz an den einzelnen Standorten geklärt werden müsste).

Von den KJP-Diensten/-Ambulatorien abzugrenzen sind die entwicklungspsychologischen, -diagnostischen bzw. sozialpädiatrischen Ambulatorien, die ebenfalls in den meisten Bundesländern vorhanden sind. Diese sind jedoch nicht spezifisch auf Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen und Erkrankungen ausgerichtet und verfügen daher in der Regel auch über keine KJP-fachärztlichen Angebote. Diese Ambulatorien sind jedoch insofernversorgungswirksam, als hier zumeist auch die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von niederschwellig zugänglicher Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie besteht.

Eine flächendeckende Struktur von Beratungsstellen mit entsprechend niederschwelligem Zugang und einheitlichem Leistungsangebot zur ersten Abklärung und Beratung im Sinne einer definierten ersten Anlaufstelle fehlt zur Zeit noch in Österreich. Zwar sind in den Bundesländern zahlreiche Beratungsstellen in unterschiedlichen Versorgungssektoren vorhanden, die bereits einen Teil des erforderlichen Leistungsspektrums abdecken, aber das Leistungsangebot ist inhomogen und nicht standardisiert. In einem nächsten Schritt sollten daher fachliche Standards für diese ersten Anlaufstellen definiert werden, damit die bestehenden Beratungsstellen auf ein einheitliches Niveau angepasst werden können.

4 Erarbeitung erster Empfehlungen

In zwei Arbeitsgruppen wurden gemeinsam mit der Expertengruppe aufgrund deren Expertise und Erfahrungen aus der Praxis die jeweiligen Herausforderungen und ersten Lösungsansätze je Versorgungsstufe erarbeitet. Die Ergebnisse sind im folgenden Abschnitt zusammengefasst. Auf Basis der entwickelten Empfehlungen sollen in weiterer Folge konkrete Maßnahmen und Umsetzungsvorschläge abgeleitet werden.

4.1 Primärversorgung

Herausforderungen

- » wenig fachspezifisches Wissen bzw. unterschiedliches fachspezifisches Wissen/Konzepte vorhanden ⇒ korrekte Einschätzung und Weiterverweisung erschwert
- » wenig Wissen über andere Versorgungsstrukturen und -bereiche vorhanden
- » Überforderung vieler Allgemeinmediziner/innen bzw. Kinderärzte/-ärztinnen bei psychosozialen Problemlagen
- » Fehlende/inadäquate Kommunikation mit Angehörigen und Patienten/Patientinnen
- » Beschränkte Ressourcen für Vernetzungstätigkeiten und Angehörigenarbeit
- » Mangelnde Bereitschaft zur Kooperation mit anderen Versorgungsstrukturen („Abgeben“ der Behandlung/fehlende Zuweisung)
- » Fehlen von flächendeckenden, niederschweligen Beratungseinrichtungen mit vergleichbarem Leistungsangebot

Auf der Ebene der Primärversorgung ist einerseits zu wenig fachspezifisches Wissen vorhanden, zudem arbeiten die verschiedenen Berufsgruppen mit unterschiedlichen fachlichen Konzepten in Hinblick auf das Verständnis von psychosozialen Problemlagen.

Darüber hinaus ist auf dieser Versorgungsebene zu wenig Wissen über andere Versorgungsstrukturen und -bereiche vorhanden. Eine einheitliche und korrekte Diagnostik, aber auch die Weitervermittlung auf Basis einer entsprechenden Indikationsstellung sind dadurch oft erschwert. Über-, Unter- und Fehldiagnosen sind die Folge.

Allgemeinmediziner/innen sind bei psychosozialen Problemlagen von Kindern und Jugendlichen oft überfordert. Diese Überforderung führt zu einer fehlenden bzw. nicht adäquaten Kommunikation mit betroffenen Eltern und Patienten/Patientinnen, die aber gerade in dieser Phase des Eintritts in das Gesundheitssystem essentiell für das Herstellen von Akzeptanz und den adäquaten Umgang ist.

Aufgrund der Gestaltung der Kassenverträge sind die vergüteten Zeitressourcen für eine umfassende Aufklärung/Information beschränkt und oftmals nicht ausreichend. Zum Teil ist jedoch auch mangelndes Interesse an bzw. Bereitschaft zu Kooperation mit anderen Versorgungsstrukturen vorhanden. Daher kommt es häufig zum „Abgeben“ einer Behandlung statt zur Kooperation, aber auch zu fehlenden Weiterleitungen von Behandlungsfällen, wo diese indiziert wären.

Angebote von allgemeinen, niederschweligen Beratungseinrichtungen sind abhängig von der Art der **Finanzierung** (fallbezogen/leistungsbezogen/platzbezogen/pauschalierte Basisaufträge), daher bedingen oft finanzielle Anreize, welche Leistungen erbracht werden. Zudem ist die Finanzierung oft nicht gesichert. Allgemeine, niederschwellige Beratungseinrichtungen mit vergleichbarem Leistungsangebot fehlen weitgehend, sodass für betroffene Angehörige und Patienten/Patientinnen nicht klar ist, wer die richtige, fachlich qualifizierte erste Anlaufstelle ist.

Empfehlungen und Lösungsvorschläge

- » Verbesserung der Ausbildung von Allgemeinmediziner/-medizinerinnen und anderer Mitglieder des Primärversorgungsteams in Richtung ganzheitlicher Sichtweise von psychosozialen Problemlagen und spezifischer „PSY-Kompetenz“ (Entwicklung einer speziellen Aufmerksamkeit/„awareness“)
- » Verbesserte Vernetzung mit anderen Institutionen/Berufsgruppen innerhalb der Versorgungsstufen, aber auch zwischen Versorgungsstufen
- » Indikationsstellung zur stationären Behandlung durch „Spezialisten“ mit entsprechendem Fachwissen
- » Partizipative Entwicklung von Behandlungspfaden (gemeinsam mit betroffenen Kindern/Jugendlichen und deren Eltern)
- » Vergütung von Gesprächsleistungen und Vernetzungsleistungen für Fallkoordination (Arbeit mit anderen „Systemen“ wie Familie, Schule etc. ist mit hohem Zeitaufwand verbunden)

4.2 Ambulante spezialisierte Versorgung

Herausforderungen

- » Strukturelle Defizite, vor allem in den Bereichen der fachärztlichen Versorgung,
- » Niederschwellig zugängliche psychotherapeutische/ergotherapeutische Versorgung,
- » Angebote für spezielle Zielgruppen (forensische Jugendliche, Jugendliche mit Suchtproblematik,..).
- » Behandlungen/Therapien oft mit finanziellen Aufwendungen der Eltern verbunden
⇒ Zugangsbarrieren
- » Fehlende Fallkoordination und Fallführung im Team der Behandler/innen

Diese Versorgungsstufe ist durch ein eklatantes strukturelles Defizit gekennzeichnet, das vor allem niedergelassene KJP-Fachärzte/-ärztinnen, spezifische Angebote für Suchtproblematik und spezifische psychotherapeutische Angebote für Kinder und Jugendliche betrifft.

Spezialisierte ambulante Behandlungen sind zumeist mit finanziellen Aufwendungen für Eltern verbunden; trotz der erfolgten Aufstockungen von Psychotherapiekontingenten für Kinder und Jugendliche in den letzten Jahren sind die Kontingente für eine niederschwellig zugängliche Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Problemen nach wie vor nicht flächendeckend und nicht ausreichend.

Bei Behandlung bzw. Betreuung durch verschiedene Einrichtungen und Berufsgruppen ist oft nicht klar definiert, wer die Fallführung übernimmt, sodass in der Folge keine „Fallkoordination“ stattfindet.

Empfehlungen und Lösungsvorschläge

- » Vernetzungsmodelle für freiberuflich tätige therapeutische Berufsgruppen etablieren
- » Vergütung von Gesprächsleistungen und Vernetzungsleistungen für Fallkoordination für alle beteiligten Berufsgruppen schaffen
- » Klarheit für Case Management und spezifische Verantwortung/Aufgabe im Team der Behandler/innen schaffen
- » Längerfristige Unterstützungsangebote bei speziellen Problemen (z. B. Kindesmisshandlung) bereitstellen
- » Modelle der Qualitätssicherung für die ambulante spezialisierte Versorgung etablieren; Qualitätskriterien entwickeln
- » Spezifische Angebote für die Versorgung von forensischen Jugendlichen bereitstellen
- » Inhalte der PSO verstärkt ausbildungsmäßig zugänglich machen, beispielsweise durch „PSY/PSO-Zusatzdiplome“ der ÖÄK speziell für Kinder und Jugendliche; ein entsprechendes Curriculum ist bereits ausgearbeitet.

4.3 Stationäre Versorgung

Herausforderungen

- » Wie kann fachspezifische stationäre Versorgung in peripheren Regionen funktionieren? (lange Anfahrtswege, zentralisierte Angebote)
- » Lange Wartezeiten auf Ambulanz- und stationäre Angebote
- » Mangelnde Information über stationäre Angebote (Zugang/Indikation, Inhalte, Zuständigkeiten) ⇒ Überforderung bei Allgemeinmedizin und Eltern bezüglich „passender“ Versorgung
- » Fehlende „Clearingfunktion“ / fehlende „Gatekeeping-Funktion“

- » Adoleszentenversorgung (Übergang ins Erwachsenenalter)
- » Kapazitätsprobleme bei CL-Diensten innerhalb des Gesundheitsbereichs bzw. hin zu Einrichtungen im Sozialbereich
- » Patientengruppen mit speziellen Bedürfnissen (Kinder und Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens oder psychischen Störungen in Zusammenhang mit geistiger Behinderung, traumatisierte Flüchtlinge, suchterkrankte Jugendliche etc.)
- » Entlassung aus / Nachsorge nach der stationären Versorgung

Die Inanspruchnahme der vorhandenen fachspezifischen Angebote in den stationären Einrichtungen und angeschlossenen Krankenhausambulanzen ist – mit Ausnahme der Versorgung von Not- und Krisenfällen – meist mit langen Wartezeiten verbunden. Dies hängt damit zusammen, dass noch nicht alle erforderlichen stationären Kapazitäten für die KJP bzw. PSO-KJ auf- bzw. ausgebaut sind (vgl. dazu auch Kapitel 3). Es kann daher zumeist nur die Basisversorgung sichergestellt werden, aber zu wenig auf Spezialbedürfnisse bzw. spezielle Zielgruppen (z. B. Patienten/Patientinnen mit schweren Störungen des Sozialverhaltens, traumatisierte Flüchtlinge, autistische Kinder und Jugendliche, Personen mit psychischer Erkrankung *und* geistiger Behinderung, suchterkrankte Minderjährige) eingegangen werden.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, den von den Experten/Expertinnen aufgrund der Entwicklungen in der Neonatologie beobachtbaren bzw. erwarteten steigenden Bedarf an stationären psychosomatischen Angeboten für Säuglinge und Kleinkinder mit den vorhandenen stationären Ressourcen zu decken.

In Bezug auf die stationäre Versorgung stellt sich außerdem die Frage, wie die fachspezifische Versorgung auch für periphere Regionen mit teilweise langen Anfahrtswegen bei gleichzeitiger Konzentration der stationären Angebote auf die Ballungsräume sichergestellt werden kann. Dabei sollen bereits bestehende versorgungsrelevante Einrichtungen mit ihren Netzwerken gestärkt werden.

In den vorgelagerten Versorgungsstufen ist generell ein Mangel an Information über die stationären Angebote bzw. über den jeweiligen Zugang dazu zu konstatieren (Inhalte, Zuständigkeiten, organisatorische Aspekte). Die Zuweisungen erfolgen daher häufig unstrukturiert und nicht zielgerichtet, in Folge sind die stationären Einrichtungen mit einem hohen Triage-Aufwand konfrontiert, obwohl die Frage der Indikation und Triagierung bereits in den vorgelagerten Versorgungsstufen stattfinden sollte.

Beim Übergang ins Erwachsenenalter kommt es mit Erreichen der Volljährigkeit bei vielen Patienten/Patientinnen zu Brüchen der Versorgungs-, Betreuungs- bzw. Wohnsituation, weil die kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote bzw. Einrichtungen dann aus rechtlichen Gründen nicht mehr in Anspruch genommen werden können. Trotzdem sind für viele adoleszente Patienten/Patientinnen die Angebote der Erwachsenenpsychiatrie nicht ausreichend bzw. noch nicht adäquat.

Die Entlassung in die ambulante Nachsorge gestaltet sich oftmals aufgrund der fehlenden Angebote und/oder der bestehenden finanziellen Barrieren schwierig.

Psychosomatische und kinder- und jugendpsychiatrische CL-Dienste zu anderen Abteilungen, insbesondere zu den Abteilungen der Kinder- und Jugendheilkunde, aber auch zu den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sind ein wichtiges Instrument zur integrierten Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen. Aufgrund der bestehenden Kapazitätsprobleme ist es jedoch derzeit nicht möglich, eine Konsiliarversorgung für alle KI-Abteilungen vorzuhalten.

Empfehlungen und Lösungsvorschläge

- » „Clearingstellen“ zur Verbesserung der Indikationsstellung für die weitere Behandlung etablieren
- » Mehr Wissen in den vorgelagerten und nachgelagerten Versorgungsstufen über stationäre Angebote schaffen
- » Gesetzliche Möglichkeit zur Fortsetzung der Behandlung/Betreuung im Gesundheits-, Sozial- und Heimbereich über die Volljährigkeit hinaus im Bedarfsfall schaffen (analog zur Behandlung in der Kinder- und Jugendheilkunde)
- » Einschlägige und korrekte Zuordnung von therapeutischen Berufsgruppen zu den Abteilungen bzw. stationären PSO-Einheiten entsprechend ihrer Ausbildung/Fachkompetenz gewährleisten
- » Versorgungskonzepte für Gruppen mit speziellen Bedürfnissen erstellen und umsetzen (inkl. Konzepte für transkulturelle Behandlung)
- » Behandlungsleitlinien (analog der Arbeitsgruppe „Leitlinien zur Substitutionsbehandlung von Jugendlichen“ im BMG) erstellen
- » Richtwerte bezüglich der erforderlichen vollstationären und teilstationären Behandlungsplätze evaluieren (entsprechend der unterschiedlichen Altersgruppen)
- » Kinderreha-Plan für den Bereich „Mental Health“ umsetzen
- » Neue Technologien für die Nachsorge (z. B. Modellprojekte zu „Webbasierter Nachsorge“) nützen

4.4 Sozialbereich

Herausforderungen aus Sicht des Gesundheitsbereichs

- » Zu wenige Plätze in Mutter-Kind-Heimen, sozialtherapeutischen Wohneinrichtungen und Kriseneinrichtungen
- » Zu wenige Intensiv-Betreuungsmöglichkeiten für Familien und Jugendliche
- » Zu wenige nachgehende/aufsuchende Betreuungsmodelle mehrmals wöchentlich
- » Zu wenige Krisenpflegeplätze/Krisenpflegeeltern
- » Einrichtungen zu Frühen Hilfen nicht flächendeckend umgesetzt

» Nahtstelle Gesundheitsbereich – Kinder- und Jugendhilfe: wenig Informationsfluss, Kooperation außerhalb der Kerndienstzeiten, fehlende Kenntnis der jeweiligen Ansprechpersonen bei Krisen

Bei den ambulanten und stationären Einrichtungen in der Zuständigkeit des Sozialbereichs bzw. der Kinder- und Jugendhilfe bestehen einerseits Kapazitätsprobleme (z. B. bei Familien-Intensivbetreuung, Jugend-Intensivbetreuung; nachgehenden/aufsuchenden Betreuungsmodellen, Mutter-Kind-Heimen, sozialtherapeutischen Wohneinrichtungen, Krisenzentren und Krisenpflegeplätze).

Zudem gestalten sich die Nahtstellen zu den Einrichtungen des Gesundheitsbereichs oft schwierig. Aus Sicht der Experten/Expertinnen kommt es häufig zu einseitigen Informationsflüssen (Defizite bei der Rückmeldung an den Gesundheitsbereich, vor allem in Zusammenhang mit Gewalt am Kind / Kinderschutz) und zu schwierigen Kooperationssituationen außerhalb der Kerndienstzeiten, weil die zuständigen Ansprechpersonen von Wohngemeinschaften nicht bekannt und/oder nicht erreichbar sind.

Einrichtungen zu frühen Hilfen sind nicht flächendeckend umgesetzt und beinhalten häufig nur Angebote für somatische Problemstellungen, aber keine Hilfestellung bei psychosozialen Problemen.

Für den Sozialbereich wurden seitens der Expertengruppe keine Empfehlungen abgegeben, weil diese in einem eigenen Zuständigkeitsbereich liegen.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Folgende Empfehlungen und Lösungsansätze der Projektarbeiten im Jahr 2014 können als zentrale Ansatzpunkte für die weitere Bearbeitung und Entwicklung von konkreten Maßnahmen-vorschlägen abgeleitet werden:

- » Verbesserung der **Ausbildung**: Verankerung von „PSY/PSO-KJ-Kompetenzen“ und spezifischer Kommunikationskompetenz bei allen beteiligten Berufsgruppen
- » Etablierung von institutionalisierten **Vernetzungsstrukturen** (vgl. bestehende Modell- bzw. good-practice-Modelle)
- » Notwendige **Zeitressourcen** für Vernetzung und Kooperation vorsehen
- » Partizipative Entwicklung von **Behandlungspfaden** (gemeinsam mit Betroffenen/Angehörigen/Behandlungsteam)
- » Mehr Wissen und **Information** über die jeweils vor- und nachgelagerten Angebote/Strukturen schaffen (unter Nutzung von Informationstechnologien)
- » **Versorgungsangebote für Gruppen** mit speziellen Bedürfnissen schaffen und ausbauen
- » **Niederschwellige**/frühe Interventionen mit vergleichbarem Leistungsangebot fördern (z. B. Frühe Hilfen, flächendeckende Beratungsstellen als „First point of Service“, Kriseninterventionsstellen)
- » **Engere Verzahnung** und **finanzielle Vernetzung** der **Bereiche Gesundheit und Soziales** in einer patientenorientierten integrierten Versorgung (Absicherung geschlossener Versorgungsketten)

Literatur

- Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit
- Czypionka, Thomas; Röhrling, Gerald; Reiss, Miriam (2014): Zur Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich. In: Health System Watch Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit 2014/III:1-16
- Fliedl, Rainer (2012): Primärversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Unveröffentlichtes Dokument
- Fliedl, Rainer; Krammer, Stefanie (2012): Zur Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen. Ergebnisse epidemiologischer Studien zur Kinder- und Jugend-psychiatrie. Unveröffentlichtes Dokument
- Gesundheit Österreich GmbH (2012): ÖSG 2012: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012 inklusive Großgeräteplan. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Hagleitner, Joachim; Sagerschnig, Sophie (2011): Planung Psychiatrie 2011. Auf- und Ausbau der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Kerbl, Reinhold (2014): Psychosomatik bei Kindern und Jugendlichen. In: Neurologie & Psychiatrie 2014/5:12-15
- Kern, Daniela; Hagleitner, Joachim; Valady, Sonja (2013): Außerstationäre psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen. GÖG/ÖBIG, Wien
- Sagerschnig, Sophie; Anzenberger, Judith; Kern, Daniela; Valady, Sonja (2012): Psychosoziale Planungs- und Versorgungskonzepte für Kinder und Jugendliche im internationalen Vergleich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht, Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Zielsteuerung-Gesundheit (2014): "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich, Bundes-Zielsteuerungskommission, Wien

Anhang

Liste der Mitglieder der Expertengruppe

Abbildung A 1: Überblick über die Versorgungsstrukturen in der psychosozialen KIJU-Versorgung

Abbildung A 2:Versorgungsstufen im Gesundheitsbereich

Abbildung A 3:Versorgungsstufen im Sozialbereich

Tabelle A 1: Bettenanzahl und -messziffer – IST-Stand in der KJP und PSO-KJ

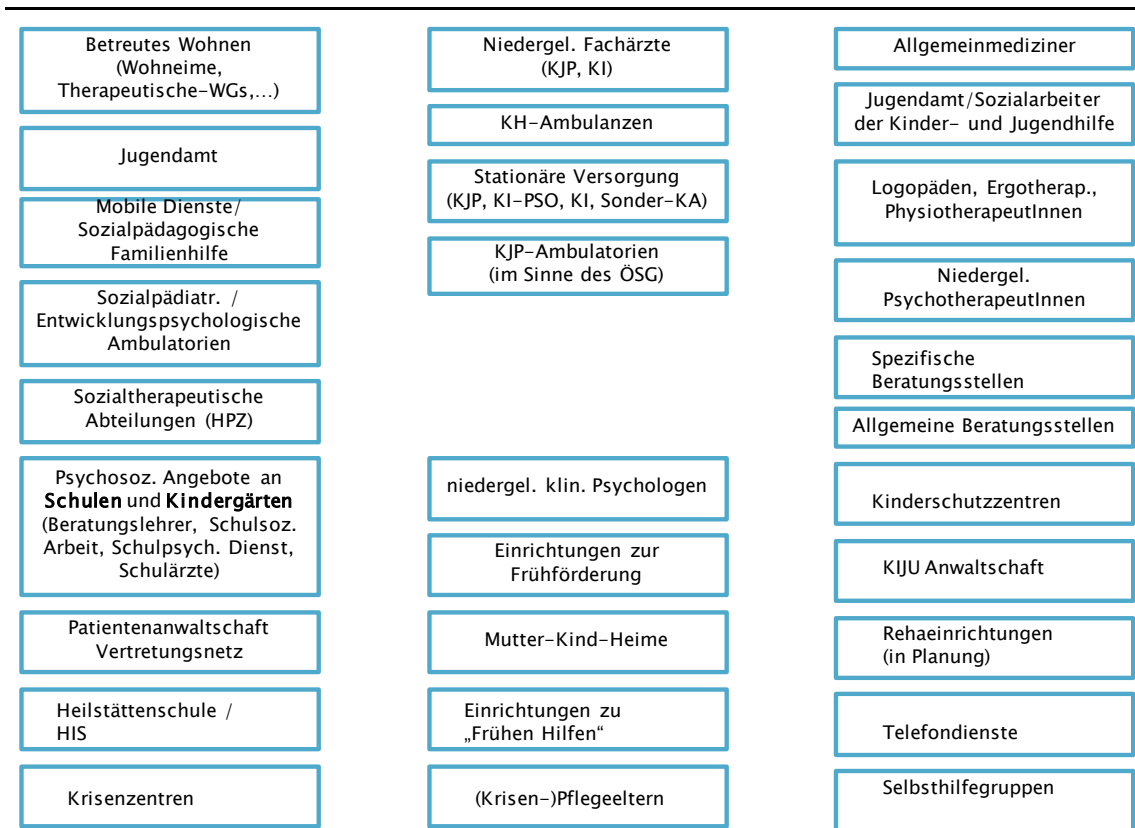
Tabelle A 2: Bettenanzahl und -messziffer – IST-Stand in der Kinder- und Jugendheilkunde

Liste der Mitglieder der Expertengruppe

- » Robert Birnbacher (LKH Villach)
- » Thomas Elstner (KJP Hietzing/Rosenhügel Wien)
- » Rainer Fliedl (KJPP Hinterbrühl)
- » Thomas Frischer (Wilhelminenspital Wien)
- » Paulus Hochgatterer (KJPP Tulln)
- » Adrian Kamper (PSO-KJ Wels – Grieskirchen)
- » Andreas Karwautz (AKH Wien)
- » Reinhold Kerbl (LKH Leoben)
- » Katharina Purtscher-Penz (KJPP LSF Graz)
- » Josefine Schwarz-Gerö (Wilhelminenspital Wien)
- » Wolfgang Sperl (KIKli Salzburg)
- » Leonhard Thun-Hohenstein (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, CDK Salzburg)

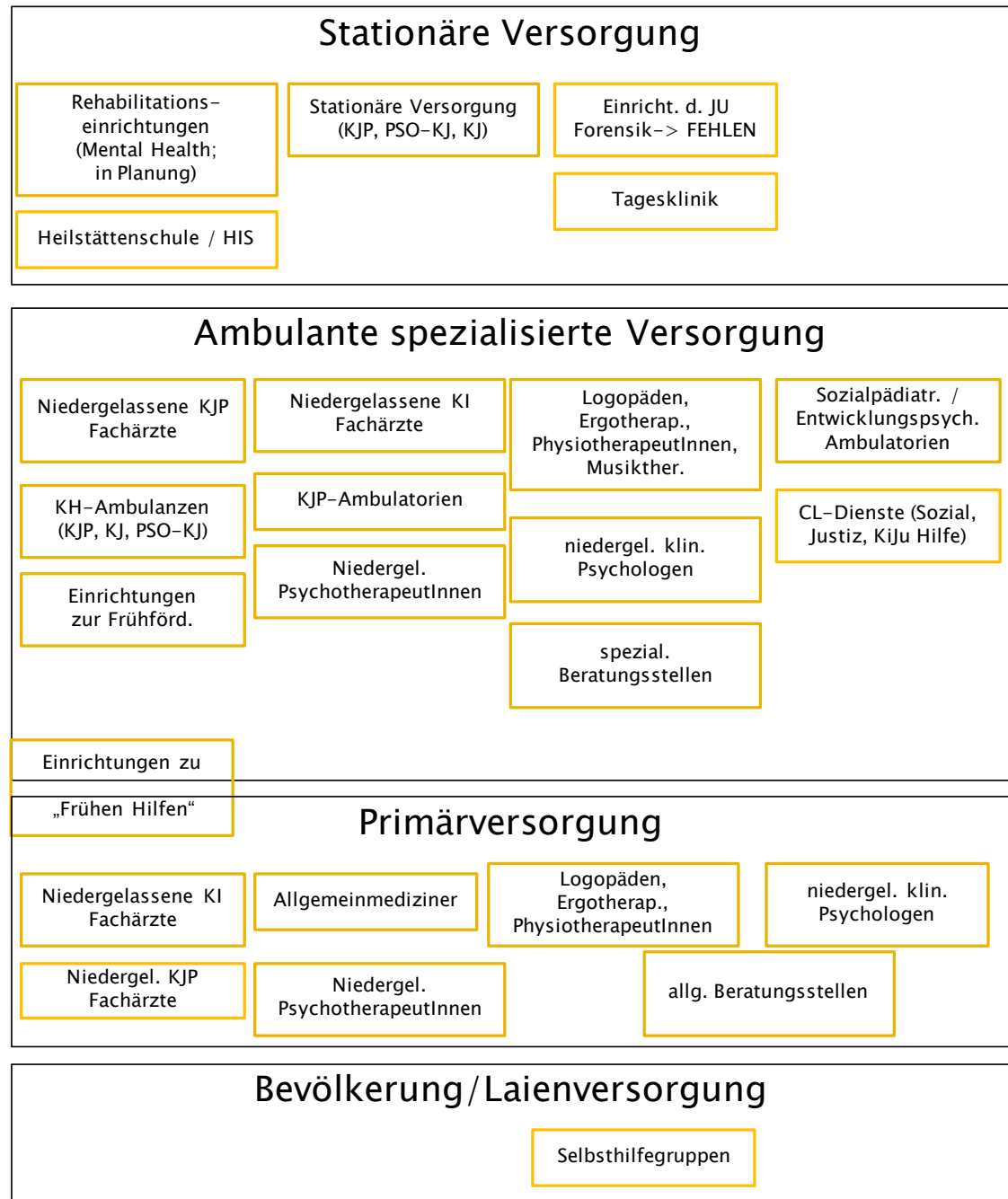
Abbildung A 1:

Überblick über die Versorgungsstrukturen in der psychosozialen KJ-Versorgung



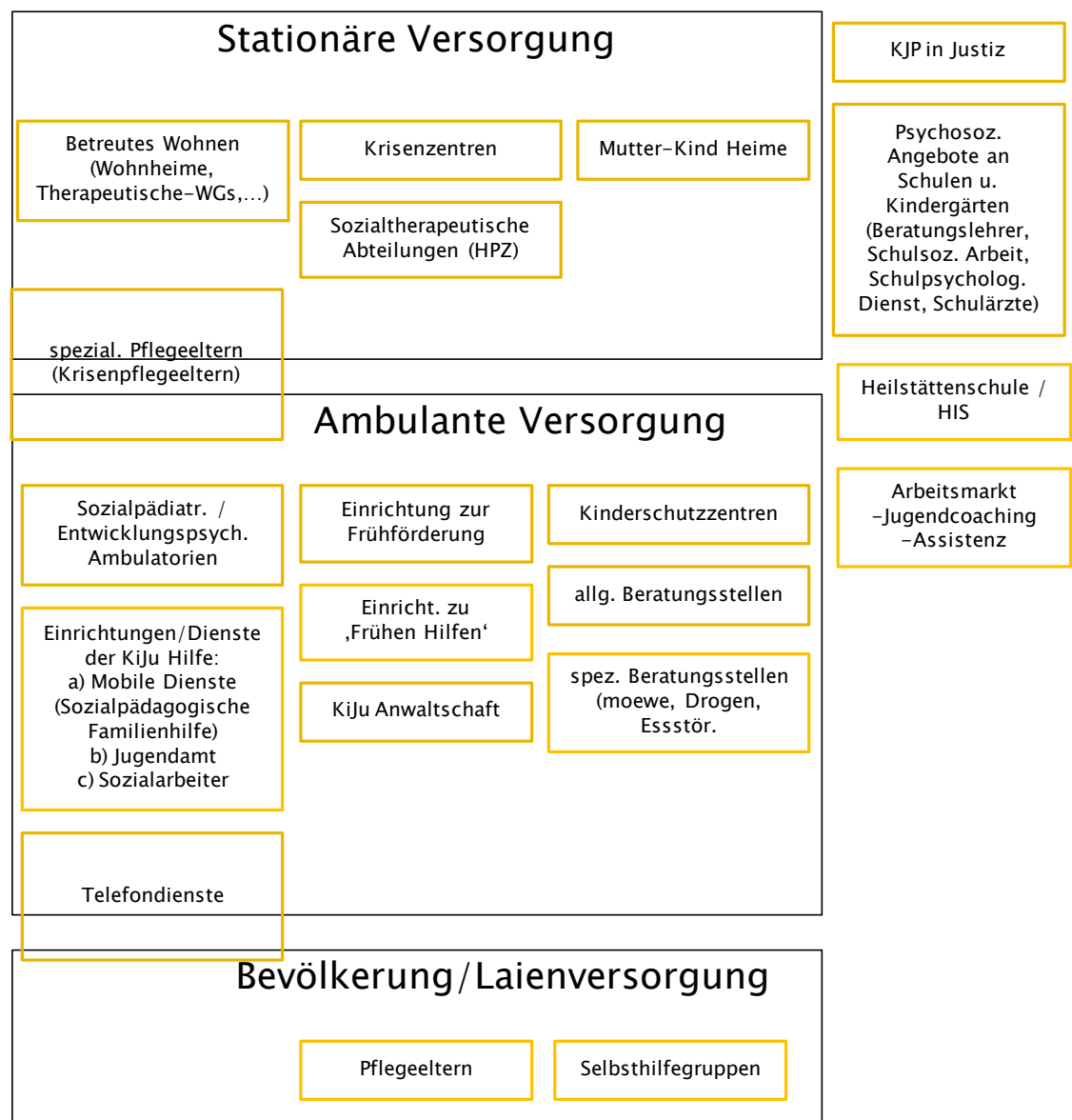
Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung A 2:
Versorgungsstufen im Gesundheitsbereich



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung A 3:
Versorgungsstufen im Sozialbereich



Quelle: GÖG/ÖBIG

Tabelle A 1:

Bettenanzahl und -messziffer – IST-Stand in der KJP und PSO-KJ

Krankenanstalt			
KA-Code	Bezeichnung	tB gesamt (davon TK- Plätze)	Tats. BMZ
Burgenland			
-	-	-	-
Kärnten			
205	LKH Klagenfurt	42 (9)	0,08
216	LKH Villach, Abteilung für KI, Psychosomatik (Schwerpunkt)	12	0,022
Niederösterreich			
333	LK Mostviertel Mauer-Amstetten	20	
379	LK DonauregionTulln	30 (10)	
380	LK Thermenregion Baden-Mödling	35 (7)	
Niederösterreich KJP gesamt		85 (17)	0,05
326	Krems LKL (Schwerpunkt)	6	0,004
Oberösterreich			
425	Wagner-Jauregg-KH Linz	41 (12)	
449	Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz	24 (2)	
Oberösterreich KJP gesamt		65 (14)	0,05
431	LKH Steyr, Abteilung für KI, PSO-Schwerpunkt	12	
433	LKH Vöcklabruck, Abteilung für KI, PSO-Schwerpunkt	6	
434	Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH, Standort Grieskirchen, Abteilung für KI, Kinder- und Jugendpsychosomatik (Department)	12	
Oberösterreich PSO-KJ gesamt		30	0,021
Salzburg			
528	Christian-Doppler-Klinik Salzburg	30 (10)	
534	Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus, Abteilung für KI, KJP Einheit	6	
Salzburg KJP gesamt		36	0,07
524	LKH Salzburg, Universitätsklinik für KI, Department für PSO	12	
534	Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus, Abteilung für KI, PSO-KI Einheiten	6	
Salzburg PSO-KJ gesamt		18	0,03
Steiermark			
621	LSF Graz (inkl. Beratungszentrum Graz West)	37 (6)	0,03
612	LKH Graz, Abteilung für allgemeine Pädiatrie, Station für Psychosomatik und Psychotherapie (Schwerpunkt)	12	
638	LKH Leoben, Abteilung für KI, Jugendlichen-Sprechstunde, Psychosomatik und Adoleszentenmedizin (Schwerpunkt)	12	
Steiermark PSO-KJ gesamt		24	0,02
Tirol			
706	LKH Innsbruck	20	0,03

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 1

Krankenanstalt			
KA-Code	Bezeichnung	tB gesamt	Tats. BMZ
Vorarlberg			
832	SKA Carina	10	
824	LKH Rankweil	10	
Vorarlberg KJP gesamt		20	0,05
832	SKA Carina (Schwerpunkt)	4	0,011
Wien			
901	AKH Wien (Universitätsklinik für Psychiatrie)	36 (8)	
916	KH Hietzing-Rosenhügel	28	
Wien KJP gesamt		64 (8)	0,04
901	AKH Univ.-Klinik für KI, tagesklinische Station für Psychosomatik (TSP)	15	
921	Wilhelminenspital	25	
Wien PSO-KJ gesamt		40	0,023
Österreich KJP gesamt		369 (64)	0,04
Österreich PSO-KJ gesamt		105	0,01

tB = tatsächliche Bettenanzahl; BMZ = Bettenmessziffer – Betten pro 1.000 EW
 exkl. Intensivüberwachungs- und Behandlungseinheiten für Kinder; Psychosomatik für Säuglinge, Kinder und Jugendliche
 inkl. der Spezialbereiche KKAR und KIONK

Quelle: BMG – KA-Kostenstellenstatistik 2013; Darstellung und Berechnung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A 2:

Bettenanzahl und -messziffer – IST-Stand in der Kinder- und Jugendheilkunde

Krankenanstalt			
KA-Code	Bezeichnung	Tatsächliche Betten	BMZ
Burgenland			
102	Eisenstadt BBR KH	24	
107	Oberwart LKH	24	
Burgenland gesamt		48	0,17
Kärnten			
205	Klagenfurt LKH	45	
216	Villach LKH	34	
Kärnten gesamt		79	0,14
Niederösterreich			
303	Amstetten LKL	26	
326	Krems LKL	19	
335	Mistelbach LKL	21	
356	Wiener Neustadt LKL	24	
379	Tulln LKL	21	
380	Baden-Mödling LKL	36	
382	St Pölten-LF LKL	55	
383	Zwettl-Gmünd-W/T LKL	20	
Niederösterreich gesamt		222	0,14
Oberösterreich			
404	Bad Ischl LKH	8	
405	Braunau KH St Josef	16	
415	Kirchdorf/Krems LKH	15	
418	Linz BSRV KH	35	
427	Ried/Innkr BSRV KH	16	
431	Steyr LKH	25	
433	Vöcklabruck LKH	21	
434	Wels-Grieskirchen KL	34	
441	Rohrbach LKH	9	
449	Linz LF- u -KIKL	79	
Oberösterreich gesamt		258	0,18
Salzburg			
524	Salzburg LKA	53	
534	Schwarzach/Pongau KH	45	
Salzburg gesamt		98	0,18
Steiermark			
612	Graz LKH	114	
638	Leoben LKH	41	
Steiermark gesamt		155	0,13

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A 2

Krankenanstalt			
KA-Code	Bezeichnung	Tatsächliche Betten	BMZ
Tirol			
706	Innsbruck LKH	73	
714	Lienz BKH	14	
717	Reutte BKH	15	
719	St Johann BKH	14	
722	Zams BSRV KH	17	
731	Kufstein BKH	20	
Tirol gesamt		153	0,21
Vorarlberg			
803	Bregenz LKH	25	
807	Dornbirn KH	30	
830	Feldkirch LKH	24	
Vorarlberg gesamt		79	0,21
Wien			
901	Wien AKH	21	
910	Wien SMZ SÜD KFJ/Preyer	46	
917	Rudolfstiftung KH	19	
921	Wilhelminenspital	53	
952	St Anna KISP	75	
956	Wien SMZ OST	42	
Wien gesamt		256	0,15
Österreich gesamt		1.348	0,16

BMZ = Bettenmessziffer – Betten pro 1.000 EW
 exkl. Intensivüberwachungs- und Behandlungseinheiten für Kinder; Psychosomatik für Säuglinge, Kinder und Jugendliche
 inkl. der Spezialbereiche KKAR und KIONK

Quelle: BMG – KA-Kostenstellenstatistik 2013; Darstellung und Berechnung: GÖG/ÖBIG