

**Endbericht (korrigierte Version):**

# **Ausgewählte Fragen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die österreichische Krankenversicherung**

Erstellt für: Hauptverband der Österr Sozialversicherungsträger  
Erstellt von: MMag Agnes Streissler-Führer

Projektnummer: 3/11  
Datum: 29. März 2013

<b>Executive Summary</b>	<b>4</b>
<b>1. Fragestellung und Methodik</b>	<b>6</b>
<b>2. Public Health von Kindern und Jugendlichen in Österreich</b>	<b>8</b>
Der Gesundheitszustand der österreichischen Kinder und Jugendlichen	8
<i>Tabelle 1: Gesundheitsrisikofaktoren bei Jugendlichen in Österreich</i>	
<i>Tabelle 2: Fettleibigkeit österreichischer Jugendlicher im Zeitvergleich</i>	
<i>Tabelle 3: Bewegung und TV-Konsum österreichischer Jugendlicher</i>	
<i>Tabelle 4: Schulische Gewalterfahrungen 15jähriger Buben</i>	
<i>Tabelle 5: Ranking des Gesundheitszustandes und Risikoverhaltens von Kinder und Jugendlichen laut IHS</i>	
Die Gesundheits-Ausgaben für Kinder und Jugendliche	11
<i>Tabelle 6: Öffentliche Gesundheitsausgaben nach Altersgruppen in ausgewählten EU-Ländern (in Prozent des BIP pro Kopf, 2007).</i>	
<b>3. Allgemein erkennbare Trends</b>	<b>13</b>
Von Akuterkrankungen zu Chronifizierungen	13
Entwicklungsstörungen nehmen zu	13
Mögliche Ursachen: Diagnostik und Definition ...	13
... Zunahme der Frühgeburtlichkeit ...	14
... und/oder Zunahme der sozioökonomischen Risiken für Entwicklungsstörungen	14
<b>4. Folgekosten zu spät bzw nicht behandelter Störungen und Erkrankungen</b>	<b>16</b>
<b>5. Der geschätzte Bedarf an medizinisch-therapeutischen Versorgungsleistungen</b>	<b>19</b>
Methodik	19
FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde – Eine Bedarfsschätzung	19
<i>Tabelle 7: Wie viele Kinder müssten in Österreich welchen Arzt besuchen um deutsches Versorgungsniveau und -struktur zu erreichen?</i>	
Therapeutische Beratung und Behandlung im funktionellen Bereich – Eine Bedarfsschätzung	21
<i>Tabelle 8: Wie viele Kinder müssten in logopädischer Behandlung sein um den gleichen Versorgungsanteil wie Deutschland zu haben?</i>	
<i>Tabelle 9: Wie viele Kinder müssten in ergotherapeutischer Behandlung sein um den gleichen Versorgungsanteil wie Deutschland zu haben?</i>	
<i>Tabelle 10: Wie viele Kinder müssten in physiotherapeutischer Behandlung sein um den gleichen Versorgungsanteil wie Deutschland zu haben?</i>	
Therapeutische Beratung und Behandlung im psycho-sozialen Bereich – Eine Bedarfsschätzung	24
<i>Tabelle 11: Schätzung der Anzahl der Kinder in Österreich, die eine mental health Therapie bräuchten und auch therapiebereit wären (analog zur deutschen BELLA-Studie)</i>	
<b>6. Die Versorgung in Österreich mit medizinisch-therapeutischen Leistungen</b>	<b>26</b>
Allgemeine Problematik	26
Datenunvollständigkeiten	26
Wartezeiten	26
<i>Tabelle 12: Wartezeiten bei den VertragspartnerInnen der Wiener Gebietskrankenkasse (Umfrage Juni 2011)</i>	
Versorgungsmix	28
Die Zahlen für den niedergelassenen Bereich	29
Versorgung mit ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich	30
<i>Tabelle 13: Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Arztkontakt 2009</i>	
<i>Tabelle 14: Vergleich der Bedarfsschätzung und der Versorgungssituation im ärztlichen Bereich</i>	
Funktionelle Therapien	30
<i>Tabelle 15: Soll-Ist Vergleich Analogierechnung / LEICON für funktionelle Therapieformen</i>	
<i>Tabelle 16: Versorgung (laut LEICON) als Anteil am Soll (laut Bedarfsschätzung analog zu Deutschland) nach Bundesländern – Logopädie</i>	
<i>Tabelle 17: Versorgung (laut LEICON) als Anteil am Soll (laut Bedarfsschätzung analog zu Deutschland) nach Bundesländern – Ergotherapie</i>	

*Tabelle 18: Versorgung (laut LEICON) als Anteil am Soll (laut Bedarfsschätzung analog zu Deutschland) nach Bundesländern – Physiotherapie*

mental health Therapien 34

*Tabelle 19: Versorgung (laut LEICON) als Anteil am Soll (laut Bedarfsschätzung analog zu Deutschland) für psychosoziale Therapieformen*

Die Versorgung von Kinder in Institutionen, Ambulatorien und Zentren 35

Zahlenmängel im institutionellen Bereich 36

Institutionelle Versorgung am Beispiel Niederösterreich 37

## **7. Was sind politische Handlungsfelder? 39**

Finanzierung 39

Die Sicht der PatientInnen 39

Einige Evidenzen / ExpertInnenmeinungen zur Honorierungsfrage 40

Schnittstellenmanagement 41

Begriffsklärung 41

Zwischen den Anbietern 41

Zum PatientInnenumfeld 42

*Grafik 1: Das Sozialpädiatrische Netzwerk in der Primärversorgung*

Zwischen Anbietern und Finanziers 46

Zwischen den Finanziers 46

Zum stationären Bereich 47

Qualifikation und Personalkapazitäten 47

## **8. Datenvollständigkeit und -qualität? 50**

Bedarfszahlen 51

Versorgung im niedergelassenen Bereich 52

Versorgung in den Ambulatorien und Instituten 53

## **Anhang 56**

Verwendete Literatur 56

ExpertInnengespräche 59

Expertise der Krankenversicherungen 60

Gegenüberstellung LEICON und Ergebnisse der Trägerbefragung 60

# Executive Summary

- ▶ In allen entwickelten Volkswirtschaften sind „**neue Morbiditäten**“ im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit zu erkennen. Einerseits verändern sich somatische Erkrankungen in Richtung Chronifizierung und **Lebensstilerkrankungen**. Andererseits nehmen **Entwicklungsbeeinträchtigungen**, insbesondere im psychischen Bereich zu. Ohne es genau quantifizieren zu können, sind die **Folgekosten** für Wirtschaft und Gesellschaft, wenn diese Beeinträchtigungen nicht rechtzeitig und ausreichend therapiert werden, beachtlich.
- ▶ **Zahlen und Datenlage** zu Bedarf und Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die österreichische Krankenversicherung sind nur unzureichend gesammelt und aufbereitet. (Dazu trägt auch die **komplexe Rechtslage** bei: Die Behandlung etwa von Kindern mit Entwicklungsstörungen kann in die Kompetenz der Sozialversicherung [Krankenbehandlung], aber auch in die anderer öffentlicher Körperschaften [zB Behinderten- oder Erziehungshilfe] fallen.) Schätzungen können daher nur anhand von Analogieschlüssen zu anderen Staaten und auch dann nur sehr grob angestellt werden. In vorliegender Arbeit wurde als Benchmark, so weit möglich, die Versorgungssituation in Deutschland herangezogen.
- ▶ Erste, innerösterreichische Anhaltspunkte für eine nicht ausreichende Versorgungslage insgesamt (also unabhängig von der jeweiligen Verantwortung von Sozialversicherung oder Bundesländern) liefern die punktuell durchgeführten Erhebungen über **Wartezeiten** therapiebedürftiger Kinder und Jugendlicher.
- ▶ Die Zahlen der **ärztlichen Versorgung** (Kinder- und Jugendheilkunde, Allgemeinmedizin) im niedergelassenen Bereich für Kinder und Jugendliche in Österreich lassen darauf schließen, dass die Zahl der Arztbesuche in etwa dem errechneten Bedarf entspricht, der anhand der deutschen Versorgungslage geschätzt wurde. In Österreich spielen dabei allerdings die AllgemeinmedizinerInnen eine deutlich größere Rolle als in Deutschland.  
In Zukunft werden ÄrztInnen für Kinder (egal ob Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendheilkunde) vermehrt vor **zusätzliche Anforderungen** gestellt werden, da integrative Betreuungsansätze, Begleitung, Aufklärung und Prävention zunehmend wichtiger werden.
- ▶ Die derzeit vorliegenden Versorgungszahlen für **funktionelle und psychosoziale Therapien** entstammen den **Statistiken der Krankenversicherungsträger** (aufbereitet im LEICON-System) – diese bilden aufgrund mehrerer Aspekte aber **nicht die gesamte Versorgung** ab: Neben Datenunvollständigkeiten im System selbst sind weder Versorgungszahlen anderer öffentlicher Körperschaften noch umfassend und vollständig die Versorgung in Ambulatorien und Zentren enthalten. Die österreichischen Versorgungszahlen, die im Bericht der aus der deutschen Versorgungslage bzw der deutschen Bedarfsschätzung gewonnenen Benchmark gegenüber gestellt werden, repräsentieren also nur einen Teil der österreichischen Versorgung mit den genannten Therapien. Es ist also davon auszugehen, dass sich die **Lücke** zwischen der in Zahlen darstellbaren Versorgung und der Benchmark zum einen aus bloß **nicht erfasster Versorgung**, zum anderen aus **tatsächlicher Unterdeckung** im Vergleich zur Benchmark zusammensetzt. Wie groß die Anteile dieser beiden Elemente sind, kann ohne zusätzliche Erhebungen (dazu siehe unten) nicht einmal geschätzt werden. Die Zahlen können daher nur als erste Richtschnur und nicht als tatsächliche Darstellung des Versorgungsstandes interpretiert werden.
- ▶ Die Lücke zwischen den im LEICON-System abgebildeten Versorgungsvolumina in **Logopädie und Ergotherapie** und den aus der deutschen Versorgungslandschaft errechneten Benchmarks beträgt im Bereich der Logopädie ca 53.000 und im Bereich der Ergotherapie ca 44.000 Fälle jährlich. (Was in der deutschen Versorgung als Fall gewertet wird – etwa auch eine logopädische Abklärung? – erscheint zur Konkretisierung der Benchmark, wenn diese tatsächlich als Richtschnur dienen soll, noch klärens wert.).  
In der Physiotherapie liegt hingegen bereits die in LEICON abgebildete Versorgung (mit 12.000 Fällen mehr als die Benchmark) deutlich über dem deutschen Niveau.
- ▶ Im Bereich der **psycho-sozialen Behandlungen** gibt es wiederum die Lücke zwischen Benchmark und jenem Versorgungsgrad, der in den Zahlen der Krankenversicherung abgebildet ist: Die auf den niedergelassenen Bereich bezogenen Zahlen aus der Krankenversicherungsträgerstatistik decken in

etwa ein Viertel des aus der deutschen Situation geschätzten Bedarfs ab.

- ▶ Verstärktes Augenmerk wird in Zukunft auf das **Schnittstellenmanagement** zu richten sein – zum PatientInnenumfeld einerseits, aber vor allem auch zwischen den Anbietern untereinander bzw zwischen Anbietern und Finanziers.  
Die Analysen volkswirtschaftlicher Folgekosten versäumter Therapien verdeutlichen zudem, wie notwendig die Einbeziehung anderer Stellen in einen **umfassenden Ansatz** von Prävention, Frühförderung, Screening und rechtzeitiger Intervention ist.
- ▶ Einen wichtigen Teil in der Versorgung spielen bereits heute die **Zentren für Entwicklungs- und Sozialpädiatrie** in der Behandlung von Entwicklungsstörungen. Die Versorgungszahlen in diesen Zentren scheinen in den oben getroffenen Vergleichen aufgrund mangelnder Datenlage wie schon gesagt nur sehr unvollständig auf, so dass keine umfassende, österreichweite Aussage getroffen werden kann.  
Anekdotische Evidenz sowie die Erhebung von Wartezeiten lassen aber darauf schließen, dass es auch hier deutliche Kapazitätsengpässe und Unterversorgungsprobleme gibt.
- ▶ Weiters gilt etwa im Bereich der funktionellen Therapien, dass aufgrund fehlender Registrierungspflicht offen bleibt, ob Mängel in der Versorgung ihre Ursache in einer zu geringen **Zahl von Qualifizierten** oder in einer zu geringen **Zahl von öffentlich finanzierten Plätzen** haben.
- ▶ Insgesamt bleibt unter dem Strich bestehen, dass alle Evidenzen (Schätzungen, Erfahrungsberichte, Wartezeiten, Datenmaterial der Sozialversicherung) vermuten lassen, dass es trotz aller Datenmängel tatsächlich in **Ergotherapie, Logopädie und im mental health Bereich** eine gewisse **Unterversorgung** gibt. Harte empirische Evidenzen, die vollständige Bundesländervergleiche möglich machen und ein einheitliches Gesamtbild ergeben, gibt es aber nicht.  
Um in Zukunft hier eine **bessere Berichtssituation** zu erreichen, werden daher Erhebungen zur Bedarfslage, eine Verbesserung der Darstellung der Versorgungszahlen und vor allem eine umfassende und kontinuierliche Erhebung der Versorgung durch Institutionen und Zentren vorgeschlagen. Nur so können ein für die Gesundheitsplanung notwendiges regelmäßiges Monitoring und die dazugehörige Evaluierung sichergestellt werden.

# 1. Fragestellung und Methodik

## ► BSC Ziel Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen

Der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung hat sich für 2011 das BSC-Ziel gesetzt die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen weiterzuentwickeln. Dafür braucht es auch eine Bestandserhebung von Bedarf und Versorgung.

Im Rahmen dieses Ziels wurden vorliegende Erhebung und Studie beauftragt.

## ► Literatursurvey und ExpertInneninterviews

Die hier dargestellten Ergebnisse beruhen in einem ersten Schritt auf mehreren Quellen:

- offizielle Sekundärstatistiken von OECD, Statistik Austria und Sozialversicherungen
- Fragebögen an die Krankenversicherungsträger
- ExpertInnengespräche hauptsächlich mit AnbietervertreterInnen (die Liste aller ExpertInnen findet sich im Anhang an das Literaturverzeichnis):  
*Meinungen und Zitate der ExpertInnen wurden im Text kursiv dargestellt, um sie eindeutig kenntlich zu machen*

Diese Erkenntnisse wurden mit einem Literatursurvey zu Public Health Fragen querverschnitten und so versucht ein konsistentes Bild zu zeichnen, aus dem politische Handlungsoptionen abgeleitet werden können.

Wir danken Dr Klaus Vavrik (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit) für die hilfreiche Unterstützung bei der Erstellung der Studie und dem Beistellen verschiedener Textbausteine.

## ► Bedarfsschätzung: *benchmark* Deutschland

In der vorliegenden Analyse wird jeweils für die verschiedenen ärztlichen und therapeutischen Versorgungsformen Deutschland als *benchmark* genommen. Dies hat mehrere Gründe:

- Zum einen ist der Gesundheitszustand von deutschen Kindern und Jugendlichen, wie gezeigt werden wird, deutlich besser als in Österreich.
- Zum zweiten gibt es für Deutschland umfassende Datenquellen und Erhebungen zu Prävalenzen und Inanspruchnahme von Leistungen durch Kinder und Jugendliche.
- Zum dritten sind Lebensformen und -strukturen und sozio-ökonomische Indikatoren in Österreich und Deutschland einander ähnlich genug, um aussagekräftige Analogieschlüsse ziehen zu können.

## ► Datenerhebung und -auswertung durch LEICON

Die Daten der österreichischen Krankenversicherungsträger wurden in einem aufwändigen und qualitätsgesicherten Prozess seitens LEICON (dem Kompetenzzentrum für Leistungscontrolling der Krankenversicherungsträger, angesiedelt bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse) erhoben und ausgewertet, um so, soweit möglich, Soll- und Ist-Zustand der Versorgung einander gegenüberzustellen.

## ► Fokus auf therapeutische Versorgungsleistungen

Die Herausforderung besteht darin, aus einer sehr breiten Fülle von Material, das aber vielfach relativ unkonkret bleibt bzw immer nur Teilaspekte benennt und behandelt, ein konsistentes, schlüssiges und im Endeffekt in der Komplexität dennoch überschaubares Bild zu liefern. Es wurde daher letztendlich vor allem auf die therapeutischen Versorgungsleistungen (funktionell und psychosozial) fokussiert. Die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich wird ebenfalls kurz dargestellt. Weitergehende Themen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen wie Früherkennung, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, schulärztlicher Dienst, Impfarten, Kinderrehabilitation, stationärer Bereich und Heilmittelversorgung sind hingegen nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

► **Offene Fragen und Probleme der Datenlage**

Eine wesentliche Erkenntnis des Prozesses ist, dass die derzeitige Datenlage nur eine unzureichende Analyse ermöglicht. Viele Detailfragen sind noch offen. Es werden daher am Ende der Studie diese offenen Fragen und die Probleme der Datenlage zusammengefasst und mögliche weitere Erhebungs- und Analyseansätze dargestellt.

In dieses Kapitel 8 steht weniger die Analyse, sondern der Beratungsansatz im Vordergrund: Was sind die Probleme und wie könnte ihnen begegnet werden?

## 2. Public Health von Kindern und Jugendlichen in Österreich

### Der Gesundheitszustand der österreichischen Kinder und Jugendlichen

#### ► **Neue Morbiditäten**

In den vergangenen Jahrzehnten ist die Kindersterblichkeit in Österreich und Europa zurückgegangen, ehemals bedrohliche Krankheiten sind entweder stark eingedämmt oder können besser behandelt werden.

Gleichzeitig sprechen aber Literatur und ExpertInnen von einer „neuen Morbidität“. Verschiedenste gesellschaftliche Trends führen dazu, dass neue Krankheitsbilder entstehen, dass es neue Risikokumulationen gibt, und dass es vermehrt zu Chronifizierungen kommt. Vor allem aber nehmen Entwicklungsstörungen, und hier vor allem jene im psycho-mentalen Bereich, deutlich zu. Die Begründungen hierfür sind vielfältig und werden im nächsten Kapitel behandelt.

Zunächst soll es darum gehen, den Gesundheitszustand und das Risiko- und Gesundheitsverhalten österreichischer Kinder und Jugendlicher anhand gängiger Parameter mit anderen europäischen Ländern zu vergleichen (die Vergleichsdaten hierfür entstammen, soweit nicht anders angegeben, alle der OECD-Publikation Health at a Glance 2010 – Europe).

#### ► **Geringere Kleinkindersterblichkeit, aber unterdurchschnittlich geringe Geburtsgewichte**

Österreich hatte 2008 eine Kleinkindersterblichkeit (Zahl der Todesfälle von Kindern unter einem Jahr pro 1.000 Lebendgeburten) von 3,7. Seit 1970 ist diese Rate um fünf Prozent im Jahr gesunken. Österreich liegt damit besser als der EU-Schnitt – hier beträgt die Kindersterblichkeit 4,6 pro 1.000 Geburten.

Aber: 7,1 Prozent der Lebendgeburten in Österreich hatten ein geringes Geburtsgewicht (als solches wird ein Gewicht von weniger als 2.500 Gramm bezeichnet), im EU-Durchschnitt sind es hingegen nur 6,4 Prozent, in Schweden und Finnland sogar nur 4,1 Prozent.

Die Frühgeborenenrate (Zahl der Geburten vor der 37. Schwangerschaftswoche in Prozent aller Lebendgeburten) ist mit 11,1 Prozent (siehe [www.efcni.org](http://www.efcni.org)) eine der höchsten in Europa (z.B. Schweden 5,9 Prozent).

Steigende Frühgeborenenraten hängen einerseits mit dem zunehmenden Alter der gebärenden Frauen zusammen. Die hohe österreichische Rate hängt aber andererseits linear mit den Mehrlingsschwangerschaften durch die Reproduktionsmedizin (bei artifizieller Reproduktion sind etwa ein Viertel aller Geburten Mehrlingsgeburten) zusammen: Österreich ist eines von ganz wenigen Ländern, wo es noch keine Beschränkung der eingesetzten Zahl von befruchteten Eizellen im Rahmen der In-vitro-Fertilisation oder der Besamung von mehreren herangereiften Follikeln gibt. So haben sich die Mehrlingsschwangerschaften seit 1970 etwa verdoppelt. Dies geht mit signifikanten Folgeproblemen im Sinne erhöhter Fehlbildungsraten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen für die betroffenen Kinder einher.

#### ► **Gesundheits- und Risikoverhalten der Kinder und Jugendlichen: suboptimal und zunehmende Verschlechterung**

Eine Anzahl von Faktoren, die auch immer wieder Medienaufmerksamkeit bekommen, belegt, dass der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten österreichischer Kinder und Jugendlicher zu wünschen übrig lassen. Wenngleich hier zu wenig Raum ist um dies näher zu analysieren, ist klar, dass diese Indikatoren einerseits Effekt von physischen und vor allem auch psychischen Problemen sind, dass sie aber andererseits natürlich selbst auch wieder weitere gesundheitliche Probleme verursachen.



Die folgenden Tabellen 1 und 2 zeigen einige der immer wieder genannten Probleme:

- Österreichs Jugendliche „führen“ die OECD-Statistik bei der Zahl der jugendlichen RaucherInnen.
- Auch die Zahl derjenigen 15jährigen, die bereits mindestens zweimal in ihrem Leben betrunken war, ist in Österreich deutlich höher als im OECD-Schnitt.
- Die Fettleibigkeit von Jugendlichen in Österreich liegt zwar für beide Geschlechter zusammen gerade noch unter dem OECD-Schnitt. Besonders bedenklich: Die extrem starke Zunahme der Fettleibigkeit bei 11 bis 15jährigen Buben in den vergangenen Jahren!

**Tabelle 1: Gesundheitsrisikofaktoren bei Jugendlichen in Österreich**

	Tabakkonsum von 15jährigen: raucht mind. einmal pro Woche		Alkoholkonsum von 15jährigen: war mind. 2mal im Leben betrunken	
	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen
<b>Österreich</b>	24 %	30 %	41 %	36 %
<b>Deutschland</b>	17 %	22 %	31 %	26 %
<b>Schweden</b>	8 %	9 %	26 %	26 %
<b>OECD-Schnitt</b>	16 %	17 %	33 %	29 %

Quelle: OECD 2010. Tabellen 2.1., 2.2.

**Tabelle 2: Fettleibigkeit österreichischer Jugendlicher im Zeitvergleich**

	Buben		Mädchen	
	2001/02	2005/06	2001/02	2005/06
<b>Österreich</b>	10,0 %	19,0 %	7,5 %	9,0 %
<b>Deutschland</b>	13,7 %	16,0 %	5,5 %	11,0 %
<b>Schweden</b>	12,7 %	15,0 %	6,0 %	9,0 %
<b>OECD-Schnitt</b>	13,4 %	17,2 %	8,0 %	10,1 %

Quelle: OECD 2010. Tabelle 2.4.

In der HBSC-Studie (WHO 2008) finden sich noch weitere Indikatoren, die das Gesundheitsverhalten und -risiko beschreiben (siehe Tabellen 3 und 4):

- Zwischen dem elften und fünfzehnten Lebensjahr werden Jugendliche offenbar träger: Sie bewegen sich weniger und schauen dafür deutlich mehr fern.
- In Österreich ist diese Entwicklung sogar noch drastischer als im europäischen Durchschnitt: Mit elf Jahren sind österreichische Jugendliche so sportlich wie der Europa-Durchschnitt, mit 15 Jahren sind zumindest die Buben deutlich hinter den Durchschnitt zurückgefallen.
- Umgekehrt: Mit elf Jahren schauen Österreichs Jugendliche weniger fern als der Europa-Durchschnitt, mit fünfzehn Jahren liegt Österreich im (unrühmlichen) Europa-Schnitt.
- Eine Problematik der anderen Art ist Gewalterfahrung in der Schule: Vor allem österreichische Buben sind häufiger in Raufereien verwickelt als der Europa-Schnitt, sie werden öfter angepöbelt und belästigt, vor allem aber geben sie weitaus häufiger als der Europa-Schnitt an, selbst andere zu belästigen.

**Tabelle 3: Bewegung und TV-Konsum österreichischer Jugendlicher**

	Mindestens eine Stunde sportliche Aktivität am Tag				TV Konsum von mehr als zwei Stunden täglich an Wochentagen			
	11jährige		15jährige		11jährige		15jährige	
	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen
<b>Ö</b>	23 %	29 %	10 %	13 %	42 %	55 %	62 %	65 %
<b>Europa</b>	22 %	30 %	12 %	20 %	60 %	63 %	67 %	69 %

Quelle: WHO 2008, 105ff.

**Tabelle 4: Schulische Gewalterfahrungen 15jähriger Buben**

	War im letzten Jahr mind 3mal in Rauferei verwickelt	wurde in den letzten zwei Monaten mind zweimal belästigt	hat in den letzten zwei Monaten mind zweimal selbst belästigt
<b>Österreich</b>	20 %	18 %	26 %
<b>Europa</b>	17 %	11 %	16 %

Quelle: WHO 2008, 155ff.

Die daraus ableitbaren „Lebensstilerkrankungen“ sind einerseits Folge von sozialen Umweltbedingungen (so lebt 2010 erstmals die Hälfte der Weltbevölkerung in urbanem Umfeld), andererseits sind sie oft auch Ausdruck von persönlichen Entwicklungsgeschichten mit hohen Belastungen. Besonders gefährdet sind Kinder und Jugendliche nach Traumatisierung, mit dysfunktionalem Sozialverhalten, verminderter sozialer Intelligenz und sozialer Ängstlichkeit, wenig Resilienz (emotionale Widerstandsfähigkeit), Einsamkeit, depressiver Verstimmtheit, vermeidenden Problemlösestrategien, geringem Selbstwert und geringer sozialer Unterstützung bei Stressbewältigung.

So gibt es z.B. eine deutliche Dosis-Wirkungsbeziehung bei miterlebter Gewalt oder Verwahrlosung: Die einen ziehen sich depressiv zurück und isolieren sich (Mediensucht, Vereinzelung, etc.), die anderen reagieren übermäßig aggressiv auf ihre Umwelt. Die Bereitschaft selbst wiederum Gewalt auszuüben ist zumeist deutlich erhöht, schulische Rückstände in Kernfächern bis zu 40 Prozent sind in Studien bei solchen Biographien dokumentiert (Kindler 2006).

► **Damit hinterer Platz in internationalen Rankings**

Röhring et al. (2010, 346) errechnen anhand OECD- bzw UNICEF-Daten ein internationales Ranking des Gesundheitszustandes und -risikoverhaltens von Kindern und Jugendlichen (Tabelle 5).

Deutschland ist dabei sehr weit oben, Österreich erst auf Platz 23 von 30 OECD-Ländern und hiermit an der letzten Stelle der EU-Länder. Großbritannien mit hohen Gesundheitsausgaben ist auf Platz 19, während Schweden Platz 1 des Rankings belegt, obwohl im Gesundheitssystem im engeren Sinn im OECD-Vergleich eher unterdurchschnittlich wenig für Kinder und Jugendliche ausgegeben wird (siehe dazu auch weiter unten den Absatz „Best Practice Schweden“). Die AutorInnen betonen allerdings die Schwachstellen solcher Rankings, da sie zu stark datengetrieben sind und gewisse Altersgruppen unterrepräsentiert bleiben.

**Tabelle 5: Ranking des Gesundheitszustandes und Risikoverhaltens von Kinder und Jugendlichen laut IHS**

1	Schweden	7	Japan	13	Frankreich	19	Großbritannien	25	Irland
2	Island	8	Luxemburg	14	Ungarn	20	Mexiko	26	Türkei
3	Tschechien	9	Spanien	15	Schweiz	21	Korea	27	Belgien
4	Deutschland	10	Dänemark	16	Griechenland	22	Australien	28	Kanada
5	Italien	11	Slowakei	17	Portugal	23	Österreich	29	USA
6	Finnland	12	Niederlande	18	Norwegen	24	Polen	30	Neuseeland

Quelle: Röhrling et al. 2010, 346.

## Die Gesundheits-Ausgaben für Kinder und Jugendliche

### ► Gesundheitsausgaben unter dem EU-Schnitt

Laut IHS (Röhrling et al 2010, 338) werden in Österreich für Menschen unter 20 Jahre – das sind 21,7 Prozent der Bevölkerung – nur 9,6 Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben aufgewendet. Während das österreichische Gesundheitssystem für Menschen im Erwerbsalter und noch mehr für Menschen über 65 Jahre anteilmäßig am BIP mehr als der europäische Durchschnitt für öffentliche Gesundheitsausgaben aufwendet, sind es sowohl für Mädchen als auch für Buben bis 20 Jahre deutlich weniger als der Europa-Schnitt:

**Tabelle 6: Öffentliche Gesundheitsausgaben nach Altersgruppen in ausgewählten EU-Ländern (in Prozent des BIP pro Kopf, 2007).**

	Unter 20jährige	20- bis 64jährige	Über 65jährige	Vhltnis der Ausgaben für Über65 zu Unter20
<b>Österreich</b>	5,8 %	10,6 %	30,2 %	5,2
<b>Deutschland</b>	8,3 %	11,4 %	30,7 %	3,7
<b>Dänemark</b>	6,1 %	10,1 %	26,8 %	4,4
<b>Niederlande</b>	4,9 %	8,7 %	20,9 %	4,3
<b>Schweden</b>	6,1 %	12,9 %	29,9 %	4,9
<b>Großbritannien</b>	9,6 %	9,2 %	39,2 %	4,1
<b>EU-15 Schnitt</b>	6,4 %	10,3 %	28,6 %	4,5

Quelle: Röhrling et al 2010, Tabelle 1.

Die höchsten BIP-anteiligen Ausgaben für Kinder in Europa werden in Großbritannien und in Deutschland aufgewendet. Auch gemessen am Verhältnis „Ausgaben für Junge“ zu „Ausgaben für Alte“ gehören diese beiden Länder mit relativ niedrigen Verhältniszahlen zu den Spitzenreitern in Europa, während in Österreich mit mehr als dem Fünffachen die Relation besonders groß ist.

### ► Ausgabenstruktur allerdings wichtiger als -niveau

Es lässt sich im internationalen Vergleich allerdings kein linearer Zusammenhang zwischen Kindergesundheitsausgaben und den üblichen Indikatoren (wie Säuglingssterblichkeit, Durchimpfungsraten, Bewegungsausmaß Pubertierender, ...) feststellen. Viel mehr als das konkrete Niveau in einzelnen Jahren ist die Struktur der Ausgaben bedeutsam.

### **Zur Info: Best Practice Schweden**

Häufig wird Schweden als *best practice* angeführt – so auch im Bereich der Kindergesundheit. Seit vielen Jahrzehnten wird das Thema Kindergesundheit in Schweden gesamtheitlich (*health in all policies*) betrachtet. Die kostenfreie *child health care* (Beratungen und Vorsorgeuntersuchungen in den Gesundheitszentren) ist gekoppelt mit der Familienpolitik (einkommensabhängiges Karenzgeld mit vergleichsweise hohem Anteil von Väterkarenzen) und Netzwerkarbeit und basiert stark auf der integrierten Versorgung über Gemeindeschwestern. Eines der Outcomes: Die Angaben zu gesundheitsriskantem bzw. -förderlichem Verhalten (Medienkonsum, Übergewicht, Aktivitäten an der frischen Luft, ...) verbessern sich seit 2000 sukzessive. Langfristige, struktursensible Investitionen bringen also langfristige gesundheitsverbessernde Effekte. (Blennow 2010)

Der fehlende lineare statistische Zusammenhang zwischen Ausgabenniveau und Gesundheitszustand liegt weiters in der Tatsache begründet, dass der Gesundheitszustand eben von sehr vielen Faktoren, die größtenteils außerhalb des Gesundheitssystems selbst liegen, beeinflusst wird (siehe hierzu zB Blair et al (2010).

### **Das Wichtigste in Kürze und die sich daraus ergebenden Schlüsse**

Trotz steigenden Wohlstands und Fortschritten in der Medizin gibt es in Österreich im Europa-Vergleich doch einige Zusammenhänge, die als kritisch zu bezeichnen sind.

Zum einen sind die Lebensressourcen am Anfang in Österreich nicht unbedingt optimal: Frühgeburten und Mehrlingsgeburten haben ein höheres Risiko von Entwicklungsbeeinträchtigungen, zu geringe Impfraten erhöhen abermals die Risikosituation.

Zum anderen zeigt sich anhand der Daten des Gesundheitszustandes und des Gesundheits- und Risikoverhaltens von Jugendlichen in Österreich, dass sie offenbar auch vielfach während ihrer Entwicklung nur unzureichende Ressourcen für eine psychisch und physisch gesunde und stabile Entwicklung auf den Weg bekommen.

Einer der roten Fäden des vorliegenden Berichts ist, dass die Krankenversicherung hier nur einer von mehreren Playern ist. Von ihrem Leistungsauftrag tritt sie meist erst bei bereits bestehenden Symptomen auf den Plan. Im Sinne eines gesamtheitlichen Public Health Ansatzes sollte aber auch die Krankenversicherung bereits im Vorfeld noch mehr Aufmerksamkeit und mehr Ressourcen der Aufklärung und Prävention sowie der frühzeitigen Intervention widmen und bestehende Präventionsprogramme ausbauen um Folgeschäden und damit auch -kosten zu verringern.

# 3. Allgemein erkennbare Trends

## Von Akuterkrankungen zu Chronifizierungen

### ▶ Weniger Akuterkrankungen

Viele Akuterkrankungen werden in Folge von Impfungen, besseren Lebensverhältnissen und einer besseren medizinischen Primärversorgung weniger häufig bzw weniger bedrohlich.

### ▶ Veränderte Einstellung zu Krankheit

Allerdings verändern sich auch die Einstellungen gegenüber Akuterkrankungen: Eltern erwarten viel weniger, dass ihre Kinder ernsthaft krank werden und haben auch weniger Erfahrung, wie sie mit Krankheiten zu Hause umgehen sollen. Damit suchen sie deutlich früher und häufiger GesundheitsdienstleisterInnen auf (Blair 2010, 22).

Diese Einstellung zu Krankheit bedingt auch, dass zum Beispiel Antibiotika in einem deutlich höheren Ausmaß als früher eingesetzt werden mit den bekannten Folgen der Resistenzentwicklungen:

Partly as a result of the assumption that specific treatment is now available for all illnesses, antibiotics may be inappropriately used for some conditions, leading to increasing antibiotic resistance among common pathogens and the potential for untreatable „super bugs“ in the future (Blair 2010, 24)

### ▶ Zunahme von Allergien

Unter anderem auch aufgrund dieses hohen Antibiotikakonsums dürften bei Kleinkindern die normalen Immunreaktionen unterdrückt werden, was in späterer Folge das Allergierisiko erhöht (Blair 2010, 40).

In der KiGGS-Studie (Schlaud et al 2007, 705) zeigte sich, dass in Deutschland 22,9 Prozent der Kinder mindestens eine atopische Erkrankung (Asthma, Heuschnupfen, Atopisches Ekzem) haben, wobei Buben häufiger als Mädchen allergische Erkrankungen zeigen und Nicht-MigrantInnen-Kinder deutlich häufiger unter Allergien leiden als MigrantInnen-Kinder. Die Prävalenz nimmt mit zunehmendem Alter zu ebenso wie mit zunehmendem sozialen Status. Die AutorInnen schließen daraus, dass die Hygienehypothese zuträfe (Schlaud et al 2007, 708): Laut dieser verringert der frühe Kontakt zu Allergenen über eine Modulation des Immunsystems das Risiko späterer allergischer Erkrankungen (sprich, wenn Kinder zu sauber aufwachsen, ist es auch nicht gut).

Die Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund mögen sozio-ökonomische Ursachen haben, können aber auch auf kulturell bedingte Unterschiede in den Lebensbedingungen (zB andere Ernährung, anderes Freizeitverhalten) zurückzuführen sein.

## Entwicklungsstörungen nehmen zu

### Mögliche Ursachen: Diagnostik und Definition ...

#### ▶ Bessere und frühere Diagnostik

Einer der Hauptgründe, warum vermutlich heute Entwicklungsstörungen vermehrt diagnostiziert werden, liegt in der verbesserten Früherkennung (dies wird von mehreren ExpertInnen betont). Dies ist aber für die Entwicklungsmöglichkeiten der betroffenen Kinder auch volkswirtschaftlich von Vorteil. Zeitgerechte Erkennung und entsprechende Behandlung sind daher nach Meinung praktisch aller ExpertInnen nicht nur medizinisch, sondern auch ökonomisch sinnvoll.

#### ▶ Unschärfe Begrifflichkeiten

Eine mögliche Ursache für statistisch höhere Fallzahlen könnte unter Umständen auch in der Begrifflichkeit begründet sein.

So sehen Deimel/Preitschopf (Land Niederösterreich Behindertenhilfe) als eine der möglichen Ursachen der extrem steigenden Fallzahlen (in Niederösterreich stieg die Kopfzahl der PatientInnen in den Ambulatorien um fast neun Prozent von 2009 auf 2010!), dass der Behindertenbegriff manchmal nicht genügend trennscharf wäre.<sup>1</sup>

### ... Zunahme der Frühgeburtlichkeit ...

#### ► Frühgeburten haben höheres Risiko ...

Eine weitere Ursache, die seitens der KinderärztInnen<sup>2</sup>, aber auch der funktionellen TherapeutInnen genannt wird, ist die Zunahme der Frühgeburten. Heute überleben zwar 80 Prozent der Kinder, die mit weniger als 26 Wochen Austragungszeit auf die Welt kommen (siehe Marlow et al 2005; zitiert in Carpenter 2006), aber nur 22 Prozent dieser Kinder haben keine Probleme, 32 Prozent haben leichte Beeinträchtigungen, bei 24 Prozent kann man von moderaten Behinderungen ausgehen und 22 Prozent (das ist mehr als jedes fünfte dieser Kinder!!) haben unter schweren Behinderungen zu leiden.

#### ► ... und werden durch Reproduktionsmedizin erhöht

Damit zusammenhängt auch die Tatsache, dass es in Österreich im Rahmen der Fortpflanzungsmedizin häufig zu umfangreichen Mehrlingsgeburten kommt (zu den Gründen siehe auch Seite 8). Auch diese Kinder sind in höherem Ausmaß von Entwicklungsstörungen bedroht - laut Russell 1998 resultieren 70 Prozent der Mehrlingsgeburten durch IVF in irgendeiner Form der Behinderung (Russell 1998, zitiert in Carpenter 2006).

### ... und/oder Zunahme der sozioökonomischen Risiken für Entwicklungsstörungen

#### ► Psychische Probleme sind häufigster Beeinträchtigungsgrund

Es gibt inzwischen eine umfassende *Public Health* Literatur zur Frage von psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen. So stellt beispielsweise Blair die Zunahme derartiger Beeinträchtigungen in allen Altersgruppen von Kindern und Jugendlichen fest und sieht sie als den häufigsten Grund der Entwicklungsbeeinträchtigung:

Mental health problems are increasingly prevalent at all ages and [...] are now the commonest cause of disability in childhood in the developed world. (Blair 2010, 31)

#### ► Probleme ändern sich mit der Zeit

Insbesondere die ExpertInnen, die im psychosozialen Bereich arbeiten, sehen auch Veränderungen der Krankheitsbilder. Neben typischen „Phänomenen der Zeit“ (Konrad vom BV Öst PsychologInnen) wie ADHS und dem immer brisanter werdenden Problemfeld Internetsucht lassen sich zunehmend Probleme aufgrund von Migrationshintergrund, aufgrund von Patchworkfamilien, aber auch aufgrund von „Wohlstandsverwahrlosungen“ erkennen.

So wird das Thema Patchworkfamilie und andere neue Familienstrukturen von Wölfl (möwe Kinderschutz) betont, bedeutet es doch auch eine zunehmende Komplexität der Problemlage: Beim notwendigen Versuch das Umfeld einzubeziehen haben es die TherapeutInnen immer öfter mit zahlreichen Personen, die in unterschiedlichsten Beziehungen zueinander stehen, zu tun.

Und auch Himmelbauer (Ergo Austria) merkt an, dass die multifaktoriellen Auffälligkeiten zunehmen. So kommen häufig zu ergotherapeutischen Problemen auch soziale oder sprachliche Auffälligkeiten hinzu.

---

<sup>1</sup> Zum anderen dürfte es in dieser Zeit aber auch einen Ausbau der Kapazitäten gegeben haben (zB Ambulatorium Sonnenschein oder Ambulatorium Eggenburg).

<sup>2</sup> Püspök (Kinderarzt Niederösterreich) formuliert es so, dass diese Problemfälle „vom Gesundheitssystem produziert“ werden und drastisch weiter: „Die Spitzenmedizin darf kosten, was sie will, und muss nicht berücksichtigen, welche Folgekosten in anderen Bereichen dadurch entstehen.“

### ► Risikofamilien

In den ExpertInnengesprächen wurde auch nachgefragt, wie sehr die Tatsache, dass ein Kind in einem Risikoumfeld (psychosoziale Belastungen und Risikokonstellationen in der Familie) aufwächst, auf Erkrankungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen einen Einfluss hat.

Literatur und ExpertInneninterviews weisen eindeutig in die Richtung, dass der soziale Status signifikant mit der Prävalenz von Erkrankungen korreliert.

So stellt beispielsweise Blair (2010, 77) fest, dass Armut der wichtigste Erklärungsfaktor für die unterschiedliche Verteilung von Gesundheit ist (siehe hierzu vor allem auch Wilkinson; Pickett 2009) und dass Kinder mehr als jede andere Altersgruppe in ihrem Gesundheitszustand durch ihr sozioökonomisches Umfeld beeinflusst sind.

### ► Frühkindliche Risiken haben langfristige Auswirkungen

Anfang der 2000er Jahre wurde an der Mannheimer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie eine Längsschnittstudie durchgeführt, welche Auswirkungen frühkindliche Risiken auf das Entwicklungsniveau im Alter von elf Jahren haben (bekannt als die Mannheimer Longitudinalstudie: Laucht et al 2002). Ihr Ergebnis: Die Auswirkungen früher Entwicklungsrisiken bestehen bis in die späte Kindheit fort. Mit Risiken hoch belastete Kinder waren bis zu dreimal häufiger in ihrer Entwicklung beeinträchtigt als unbelastete Kinder. Im sozial-emotionalen Bereich zeigte sich, dass mit steigender Zahl von frühkindlichen familiären Risikofaktoren (wie *broken home*<sup>3</sup> der Mutter, Armut, kleine Wohnfläche, Gewalt, niedriger Bildungsstand, etc.) die Wahrscheinlichkeit einer schweren psychischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter kumulativ enorm zunimmt (Sucht, Störungen des Sozialverhaltens, Unruheverhalten, Angststörungen und Depression).

Und auch die ExpertInnen betonten diesen Zusammenhang, aus unterschiedlichen Gesichtspunkten und gehen dabei klar über den rein somatischen Bereich hinaus:

*So unterstreicht Purtscher (Kinderpsychiatrie Graz) die Ergebnisse der BELLA-Studie (siehe Kapitel 5), dass für Kinder und Jugendliche aus einem Umfeld mit niedrigem sozioökonomischem Status das Risiko psychisch zu erkranken drei Mal höher sei als bei anderen Kindern.*

*Rafetseder (Stadt Wien) weist darauf hin, dass im allgemeinen die health literacy in dieser Gruppe auch niedriger sei, damit wäre sie bereits im präventiven Bereich benachteiligt.*

*Wölfl vom Kinderschutzzentrum Möwe betont hingegen, dass in Fragen Missbrauch und Gewalt zwar Familien mit Risikokonstellationen statistisch gesehen öfter aufträten und auch an mehreren Stellen auffielen. Dies könne aber ebenso gut daran liegen, dass diese Problembereiche in anderen Gruppen deutlich stärker tabuisiert würden.*

### **Das Wichtigste in Kürze und die sich daraus ergebenden Schlüsse**

Krankheitsbilder und die Einstellung zu Krankheiten verändern sich mit einem veränderten Lebensstil. Besonders psychische Entwicklungsstörungen sind im Zunehmen und stellen, laut gesundheitsökonomischen Erhebungen, in der entwickelten Welt heute die häufigste Form der Beeinträchtigung von Kindern und Jugendlichen dar.

Die zweifellos steigende Prävalenz von Entwicklungsstörungen hat mehrere Ursachen – so liegt es einerseits an der früheren und besseren Diagnostik, andererseits an der Zunahme von Frühgeburten und schließlich sehr stark auch an der Zunahme von Risikokonstellationen und umfeldbedingten Problematiken.

Gerade der letzte Punkt weist abermals auf die Notwendigkeit eines umfassenden *Health in all Policies* Ansatzes hin.

<sup>3</sup> *broken home* heißt Heimaufenthalt oder mehr als zweimaliger Wechsel der familiären Betreuung bis zum 18. Lebensjahr

## 4. Folgekosten zu spät bzw nicht behandelter Störungen und Erkrankungen

### ► Das Kindergesundheitswesen in ökonomischer *Public Health* Perspektive

Die Entwicklung eines Kindes ist ein Mehr-Perioden-Prozess – jeder Entwicklungsabschnitt legt das Fundament für die kommenden Schritte. Aufgrund dieses Zusammenhangs empfehlen nicht nur medizinisch-therapeutische oder sozialpädiatrische ExpertInnen, dass gerade das Kinder-Gesundheitswesen auf Vorbeugung und Prävention aufbauen soll, statt auf dem nachsorgenden Ansatz der Behandlung manifester Erkrankungen. Die somatisch oder psychosozial belasteten Kinder von heute sind die chronisch kranken Erwachsenen von morgen. Allein die Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen wird laut Berechnungen (Chini 2011) 2030 in etwa 1,6 Milliarden Euro jährliche Mehrkosten verursachen, bis 2050 wird eine weitere Steigerung auf 3,7 Milliarden Euro erfolgen. Hierin ist der volkswirtschaftliche Verlust durch krankheitsbedingt reduzierte Erwerbstätigkeit noch gar nicht inkludiert.

Kosten-Nutzen-Analysen und Investment-Return-Rechnungen können also helfen zu belegen, dass sich langfristig, unter Einbeziehung aller direkter und indirekter Effekte frühzeitige Maßnahmen „rechnen“ (siehe Kilburn; Karoly 2008).

### ► Wo fallen Kosten an?

Entwicklungsbeeinträchtigungen, die sich zu massiveren Störungen entwickeln, verursachen zunächst Kosten im Gesundheitssystem: durch die Notwendigkeit aufwändigerer Behandlungen und durch Pflegekosten für das soziale Umfeld.

Besonders umfänglich wird diese Fragestellung im Rahmen der so genannten Felitti-Studie (oder ACE-Studie für *Adverse Childhood Experiences*) für die USA untersucht (für eine Zusammenfassung siehe Anda 2008).

Eine Nicht-Behandlung verursacht aber auch in anderen Bereichen Kosten: Langfristig werden Lern- und in Folge Arbeitsfähigkeit gemindert, es können unter Umständen Kosten bei der Jugendwohlfahrt oder später auch im Justizsystem anfallen (siehe zB auch Foster; Connor 2005).

Suhrcke et al (2007) haben die Ergebnisse mehrerer ökonomischer Analysen zu dieser Frage zusammengestellt. Sie betonen, dass es nur wenige konkrete Studien gibt, die meisten davon für Großbritannien. Die durchschnittlichen jährlichen Kosten von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Großbritannien liegen demzufolge pro Kind in einer Spannbreite von 7.000 Euro jährlich bis 65.000 Euro jährlich, wobei der Großteil der Kosten im Bildungssystem und im Justizsystem anfallen und in weiterer Folge vor allem durch den Verlust an Produktivität.

Für das Gesundheitssystem selbst fallen in etwa nur sechs Prozent dieser Kosten an – die AutorInnen leiten davon die dringende Notwendigkeit ab, auch andere Politikbereiche mit in die Verantwortung einzubeziehen.

Es kann angenommen werden, dass eine adäquate Behandlung und Therapie diese Kosten deutlich verringert.

### ► Nutzen von rechtzeitigen Interventionen

Reynolds (2006) beschreibt in einer 20-Jahres-Längsschnitt-Beobachtung, dass bei einer guten Etablierung von „Frühen Hilfen“ die Missbrauchsrate um etwa 55 Prozent und die Kriminalitätsrate von Jugendlichen um 45 Prozent gesenkt werden konnte; es gab deutlich weniger Fremdunderbringungen und bessere Bildungsdaten. So konnten für jeden früh investierten Dollar sechs bis zehn Dollar in der



Lebensspanne gespart werden. Ein so hohes *return on investment* konnte kein anderes medizinisches Vorsorgeprogramm erzielen (vgl auch Pammer 2010).

Aos et al (2004) betonen allerdings, dass es notwendig sei, hierbei die richtigen Programme auszuwählen – sie haben für Washington State eine Anzahl von Präventions- und Early Intervention Programmen im Hinblick auf ihre Kosten und Nutzen analysiert, und nicht alle führen zu den gewünschten Ergebnissen. Bei den von den Autoren in Washington State analysierten Maßnahmen haben sich als kosteneffektiv Programme für jugendliche Straftäter, aufsuchende Betreuungsmaßnahmen für risikobelastete bzw einkommensschwache Mütter und Kinder und frühkindliche Ausbildungsprogramme erwiesen. Programme zur Reduktion von Teenager-Schwangerschaften waren hingegen selten kosteneffektiv. Recht allgemein ausgerichtete Frühentwicklungsprogramme hatten zwar meist positive Effekte, waren aber gleichzeitig sehr teuer, so dass die Bilanz hier zum Teil negativ ausfiel. Die Autoren empfehlen daher, einerseits auf bereits anerkannte Methoden und Interventionen zu setzen, die gut forschungsbasiert sind, und andererseits die Maßnahmen dann regelmäßig zu monitoren und zu evaluieren.

► **Lebensqualität leidet**

Ganz abgesehen von diesen ökonomischen Kosten leidet die Lebensqualität des Kindes selbst und auch seines Umfeldes massiv unter einer fehlenden oder mangelhaften Behandlung.

► **Auch zu lange Wartezeiten oder inadäquates Angebot verursachen Folgekosten**

Selbst wenn ein Kind in Behandlung kommt, kann einerseits die Wartedauer auf einen fixen Therapieplatz sehr lange dauern, andererseits kann sich auch das Problem ergeben, dass die Therapien zu selten statt finden.

*Püspök (Kinderarzt Niederösterreich) stellt pragmatisch fest, dass, wenn es zu wenig TherapeutInnen bzw Therapieplätze gibt, die Therapien einfach nicht in optimaler Frequenz angeboten werden können, was dem Therapieerfolg abträglich sei.*

Insbesondere in Phasen dringlich hochfrequenten Therapiebedarfs (etwa nach orthopädischen Operationen oder Botox-Injektionen für Bewegungstherapie, bei Krisenintervention in der Psychotherapie oder Verhaltensmodifikation bei Autismus-Spektrum-Störungen, u.a.m.) sind derartige – klar definierte – „Intensiv-Behandlungsphasen“ mit mehreren Terminen wöchentlich notwendig.

► **Missbrauch und Gewalt noch einmal eigenes Thema**

Die Langzeitfolgen nicht erkannter und damit auch nicht behandelter Missbrauchs- und Gewalterfahrungen sind enorm.

*Wölfl (möwe Kinderschutzzentrum) sagt dazu im Interview, dass es zwar wenig umfassende epidemiologische Untersuchungen gebe, da eben auch die Dunkelziffer zu hoch sei. Dennoch ließen sich als Langfristfolgen im psycho-somatischen Bereich Schmerzproblematiken (im Unterbauch und im Kopf) identifizieren, insbesondere aber die psychologischen Folgen wären weitreichend: von Essstörungen über Beziehungsproblematik und -abbrüche bis hin zur Arbeitsunfähigkeit.*

**Das Wichtigste in Kürze und die sich daraus ergebenden Schlüsse**

Nicht oder zu späte Behandlungen von Entwicklungsbeeinträchtigungen bei Kindern verursachen hohe Folgekosten, zum einen (geringeren Teil) im Gesundheitssystem selbst, zum anderen in nachgelagerten Bereichen – zunächst im Bildungssystem, dann auf dem Arbeitsmarkt durch verringerte Produktivität und in Extremfällen auch im Wohlfahrts- und Justizsystem.

Auch Wartezeiten und dem Krankheitsbild nicht angemessene Behandlungssettings erzeugen langfristig Folgekosten, die höher sind als die Kosten einer frühzeitigen und dem Störungsbild angemessenen Therapie.

Es gibt eine umfassende Literatur zu den volkswirtschaftlichen Nutzen von Prävention und Frühbehandlung im Allgemeinen, es gibt einige Studien zu den Kosten und Nutzen der Behandlung insbesondere von psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen. Genaue Zahlen lassen sich hier nicht quantifizieren, es weisen aber alle Evidenzen in die Richtung, dass sinnvolle Präventions- und Frühbehandlungsmaßnahmen, die auf eine Verringerung der Risikofaktoren und eine Vermehrung der Ressourcen abzielen, zunächst einmal im Gesundheitsbereich selbst zu langfristigen Kostenminderungen führen, vor allem aber auch in den nachgelagerten Systemen positive volkswirtschaftliche Effekte bringen.

# 5. Der geschätzte Bedarf an medizinisch-therapeutischen Versorgungsleistungen

## Methodik

### ► Der Bedarf kann nur geschätzt werden!

Eine der schwierigsten Fragen in der ganzen Thematik ist die richtige Abschätzung des Bedarfs. Es gibt für Österreich hier keine umfassenden validen Erhebungen und auch alle ExpertInnen in den Interviews geben entweder nur qualitative Einschätzungen zu der Frage oder verweisen auf Vergleichszahlen und Erhebungen aus dem Ausland – insbesondere auf die KiGGS-Studie und den Heilmittelbericht aus Deutschland.

### ► Steigt der Bedarf und wenn ja, warum?

Einige der ExpertInnen (insbesondere jene auf der Finanzierungsseite) weisen darauf hin, dass Angebot auch Inanspruchnahme schafft. Dies ist zweifelsohne richtig, wobei Bedarf und Inanspruchnahme zwei verschiedene Größen sind. Es gilt in ausgewogener Weise einerseits Unterversorgung zu erkennen und andererseits Doppelgleisigkeit und eventuelle Überversorgung zu vermeiden. Dies könnte zum einen durch eine entsprechende Vernetzungsstruktur der Anbieter („Kindergesundheitsnetzwerke“) und zum anderen durch eine begleitende Versorgungsforschung („Bedarfs- und Outcome-Monitoring“) erreicht werden.

Dennoch sollte bereits die kurze Analyse in Kapitel 3 (Allgemein erkennbare Trends) gezeigt haben, dass offenbar der Bedarf nach therapeutischen Leistungen (sei es im psychosozialen oder im funktionellen Bereich) insgesamt tendenziell zunimmt.

Hinzu kommt, dass auch die Diagnostik Fortschritte macht – Störungen werden früher und genauer erkannt.

### ► Was ist eine „ausreichende“ Versorgung?

Als „ausreichende Versorgung“ wird, der Einfachheit halber, das deutsche Niveau herangezogen. Viele ExpertInnen sind sich einig, dass in Deutschland der Versorgungsgrad in den einzelnen Therapiegruppen deutlich näher an der realen Erfordernis ist als in Österreich. Es wird zwar auch betont, dass auch dieses Niveau nicht als ausreichend bezeichnet werden kann, aber es kann zumindest als erste *benchmark* dienen.

## FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde – Eine Bedarfsschätzung

### ► Veränderte Rolle durch veränderte Morbiditäten

Die Rolle von Kinder- und JugendfachärztInnen hat sich in den vergangenen Jahren verändert und unterliegt nach wie vor einem hohen Anpassungsbedarf.

Die in den vorherigen Kapiteln dargestellten Trends wirken sich selbstverständlich auch auf das pädiatrische Aufgabenspektrum aus.

Immer wieder wird festgestellt, dass beispielsweise Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes für die etwas älteren Kinder zunehmend weniger in Anspruch genommen werden. Zechmeister; Loibl (2011, 23) haben die Anzahl der Eltern-Kind-Passuntersuchungen bei VertragsärztInnen dargestellt. Setzt man ihre Zahlen in Bezug zur Zahl der Lebendgeborenen, so kann man für das Jahr 2009 sagen, dass 81 Prozent der in diesem Jahr Geborenen die erste Mutter-Kind-Passuntersuchung (von insgesamt acht vorgesehenen Untersuchungen bis zum Alter von fünf Jahren) in Anspruch nahmen und dass 82 Prozent der im Jahr 2008 Geborenen die vorgesehene vierte

Untersuchung in Anspruch nahmen. Danach fallen die Anteile aber stark ab, so dass nur mehr 51 Prozent des Geburtsjahrgangs 2004 die im Jahr 2009 fällige achte Untersuchung wahrnahmen.

Laut den OECD Zahlen (OECD 2010, 81) liegen die Impfraten in Österreich bei Keuchhusten, Masern und Hepatitis B mit jeweils 83 Prozent der Zweijährigen deutlich unter dem EU-Schnitt (94 bis 95 Prozent). Cypionka et al (2006, 10f) weisen zwar darauf hin, dass es sich in Österreich hier um eine Untererfassung handeln dürfte (da die Daten nur auf Länderebene erhoben werden) – allerdings sagen auch sie, dass durch mehr sachliche Information und Aufklärung die Zahl der „Impfverweigerer“ noch weiter gesenkt werden könnte.

Ob es sich also um Früherkennungsuntersuchungen, um Impfaufklärung oder um das schon mehrfach angesprochene breite Spektrum an zunehmenden Lebensstilerkrankungen handelt: Der Kinderarzt / die Kinderärztin muss zunehmend die Aufgabe der Beratung und Aufklärung übernehmen.

#### ► **Veränderte Rolle durch stärkere Sensibilität für das Umfeld**

Hinzu kommt, dass selbst bei den somatischen Erkrankungen und noch mehr bei den chronischen Erkrankungen das soziale Umfeld eine Rolle spielt. Sozialstatus und/oder Migrationshintergrund sind für die Prävalenz einiger Krankheiten signifikante Einflussfaktoren. Hinzu kommen unterschiedliche Grade der Systemaufmerksamkeit und auch kulturell unterschiedliche Einstellungen zu Krankheit. KinderärztInnen als wesentlicher Bestandteil der integrierten Versorgung müssen hier also bei Diagnose und Behandlung bereits gesamtheitlich und umfeldsensibel denken, beim Auftreten von komplexeren Störungen dann zusätzlich auch institutionell vernetzt handeln.

#### ► **Inanspruchnahme niedergelassener ÄrztInnen**

In der KiGGS Studie findet sich in Kamtsiuris 2007a eine Auswertung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in den letzten zwölf Monaten (Anzahl der Kinder, die mindestens einmal Arztkontakt hatten). Diese sagt allerdings noch nichts über die Gründe der Inanspruchnahme (präventiv oder kurativ) aus und vor allem auch nicht über die Anzahl der Arztkontakte.

Dennoch sind einige Fakten klar zu sehen:

- In Deutschland wird fast jedes Kind in den ersten Lebensjahren einem Kinderarzt zur Früherkennung, Beratung, Diagnostik oder Behandlung vorgestellt.
- Positiv hervorzuheben ist die hohe Akzeptanz von Kinderärzten bei Personen mit Migrationshintergrund.
- Mit dem Alter nimmt die Bedeutung des Allgemeinmediziners im gleichen Ausmaß zu, wie sie für den Kinderarzt abnimmt.
- In ländlichen Gebieten hat der Allgemeinmediziner bereits bei der Versorgung von sehr kleinen Kindern eine hohe Bedeutung<sup>4</sup>.

Wie eingangs bei der Methodik beschrieben, werden die Inanspruchnahmezahlen in Deutschland als *benchmark* für Österreich herangezogen: Rechnet man die Inanspruchnahme-Zahlen in Deutschland in den einzelnen Altersgruppen auf die österreichischen Demographiezahlen um, so ergeben sich die in Tabelle 7 dargestellten Zahlen.

---

4 „Je städtischer die Region ist, desto eher wird der Kinderarzt aufgesucht, während in ländlichen Regionen der Allgemeinmediziner auch schon im frühen Kindesalter in Anspruch genommen wird.“ (Kamtsiuris 2007, 843)

**Tabelle 7: Wie viele Kinder müssten in Österreich welchen Arzt besuchen um deutsches Versorgungsniveau und -struktur zu erreichen?**

	Kinderarzt	Allgem.medizin	Augenarzt	HNO-Arzt
<b>gesamt</b>	<b>954.710</b>	<b>583.137</b>	<b>382.829</b>	<b>203.127</b>
<b>0-2</b>	223.212	27.696	33.329	18.777
<b>3-5</b>	208.855	52.274	57.840	53.484
<b>6-9</b>	208.720	100.434	90.947	40.566
<b>10-14</b>	211.923	189.495	113.972	42.110
<b>15-18</b>	102.000	213.237	86.740	48.189

Quelle: Eigene Berechnungen anhand der Daten von Statistik Austria und KiGGS-Erhebung (Kamtsiuris 2007a).

In Kapitel 6 („Versorgung in Österreich“) wird gezeigt werden, wie viele Kinder in Österreich tatsächlich welche ärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen.

## **Therapeutische Beratung und Behandlung im funktionellen Bereich – Eine Bedarfsschätzung**

### **► Quelle: Der Heilmittelbericht**

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (Allgemeine Orts-Krankenkassen, die sich selbst allerdings immer als „Gesundheitskasse“ bezeichnen; vergleichbar mit den österreichischen Gebietskrankenkassen) gibt alljährlich den Heilmittelbericht heraus, der die Verordnungen, die Kosten und die Leistungsinanspruchnahme von physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und sprachtherapeutischen Behandlungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt.

Für Ergotherapie und Logopädie gibt es genau aufgeschlüsselte Alterstabellen für alle Kinder unter 15 Jahren. Für Physiotherapie wird festgestellt, dass diese nicht in einem sehr hohen Ausmaß an Kinder geht, so dass hier nur eine grobe Altersklassenunterteilung hier vorliegt.

*Püspök (Kinderarzt Niederösterreich) weist darauf hin, dass es seines Wissens nach in Deutschland insbesondere im Logopädiebereich eine leichte Überversorgung gäbe (da hier tatsächlich eine angebotsinduzierte Nachfrage erzeugt würde) – dies könnte bei der Bedarfsschätzung berücksichtigt werden und dementsprechend für Österreich ein etwas geringerer notwendiger Versorgungsgrad mit LogopädInnen als in Deutschland angesetzt werden.*

### **► PatientInnenzahlen als Vergleichsgröße**

Eine wichtige methodische Frage ist, welche Grundgesamtheit verglichen wird. Auch wenn natürlich der Vergleich einzelner Leistungsvolumina am interessantesten wäre, erlaubt die Datenlage seriöserweise nur PatientInnenzahlen zu vergleichen – der Heilmittelbericht stellt zwar auch „Leistungen“ dar, allerdings sind diese „Leistungen“ nach Auskunft der AOK nur sehr bedingt mit dem österreichischen Leistungsbegriff vergleichbar, da in Deutschland, anders als in Österreich, mit einer „Leistung“ in vielen Fällen ein ganzes Behandlungsbündel gemeint ist.

Der Heilmittelbericht stellt zwar dar, wie viele Behandlungen insgesamt erbracht werden, da dies aber (auch nach Nachfrage bei der AOK) nicht für Kinder gesondert ausgewiesen wird, wird in vorliegender Studie als Vergleichsgröße die PatientInnenzahl herangezogen (dies ermöglicht noch dazu die Konsistenz mit den Darstellungen im mental health Bereich).

## Die Annahmen der Bedarfsschätzung zusammengefasst

- 1) Angenommen wird, dass in **Österreich** für Kinder in etwa der **gleiche Bedarf** für psychosoziale und funktionelle Therapien herrscht **wie in Deutschland** und auch die Altersverteilung gleich ist.
- 2) Im Heilmittelbericht sind Ergotherapie und Logopädie für Kinder nur bis 15 Jahre detailliert ausgewiesen – aufgrund der groben Altersaufteilungsdiagramme wird geschätzt, dass der Bedarf der 16- bis 18jährigen anteilmäßig gleich hoch ist wie bei den 15jährigen.
- 3) Die Schätzung bei der Physiotherapie ist etwas ungenauer, da hier in den Grafiken des Heilmittelberichts nur Altersklassen ausgewiesen sind – es wurde ein konstanter Bedarf von zwei Prozent bis 14 Jahre und danach von drei Prozent geschätzt.
- 4) Weiters wird angenommen, dass die **Bedarfsaufteilung nach Altersklassen** in allen **Bundesländern gleich** ist<sup>5</sup>.

### ► Analogierechnung für Österreich

Die folgenden drei Tabellen zeigen das Ergebnis. Wieder ist die Fragestellung: Wenn wir davon ausgehen, dass das deutsche Versorgungsniveau vorbildlich für Österreich sein soll, wie viele österreichische Kinder und Jugendliche müssten dann PatientInnen in den drei verschiedenen funktionellen Therapiearten sein?

Im folgenden Kapitel (Versorgung in Österreich) wird dies mit den in der österreichischen Sozialversicherungsstatistik erfassten PatientInnenzahlen abgeglichen.

**Tabelle 8: Wie viele Kinder müssten in logopädischer Behandlung sein um den gleichen Versorgungsanteil wie Deutschland zu haben?**

	Ö	NÖ	W	OÖ	St	K	B	S	T	Vbg
<b>gesamt</b>	<b>74.604</b>	<b>14.643</b>	<b>14.179</b>	<b>13.274</b>	<b>10.078</b>	<b>4.807</b>	<b>2.302</b>	<b>4.977</b>	<b>6.578</b>	<b>3.768</b>
<b>0-2</b>	<b>559</b>	103	121	97	74	35	16	36	49	28
<b>3-5</b>	<b>21.260</b>	4.128	4.275	3.717	2.841	1.326	646	1.394	1.860	1.072
<b>6-9</b>	<b>37.915</b>	7.454	7.215	6.738	5.094	2.442	1.172	2.555	3.327	1.919
<b>10-14</b>	<b>11.860</b>	2.356	2.059	2.167	1.642	797	372	793	1.073	601
<b>15-18</b>	<b>3.012</b>	602	510	555	427	207	95	199	269	147

Quelle: Eigene Berechnungen anhand der oben genannten Annahmen.

<sup>5</sup> Diese Annahme wird auch durch die ExpertInnengespräche gestützt, die – ohne genaue empirische Evidenzen zu haben – weitestgehend einheitlich davon ausgingen, dass im Stadt-Land-Vergleich zwar möglicherweise die einzelnen Problematiken unterschiedliche Häufigkeiten hätten, dass der Gesamtbedarf aber in etwa gleich wäre.

**Tabelle 9: Wie viele Kinder müssten in ergotherapeutischer Behandlung sein um den gleichen Versorgungsanteil wie Deutschland zu haben?**

	Ö	NÖ	W	OÖ	St	K	B	S	T	Vbg
<b>gesamt</b>	<b>50.470</b>	<b>9.936</b>	<b>9.420</b>	<b>9.029</b>	<b>6.849</b>	<b>3.283</b>	<b>1.564</b>	<b>3.376</b>	<b>4.465</b>	<b>2.549</b>
<b>0-2</b>	<b>399</b>	74	86	69	53	25	12	26	35	20
<b>3-5</b>	<b>7.257</b>	1.409	1.459	1.269	970	453	221	476	635	366
<b>6-9</b>	<b>27.277</b>	5.362	5.190	4.848	3.665	1.757	843	1.838	2.393	1.381
<b>10-14</b>	<b>12.500</b>	2.483	2.170	2.284	1.731	840	392	836	1.131	634
<b>15-18</b>	<b>3.037</b>	607	515	559	431	208	96	200	271	149

Quelle: Eigene Berechnungen anhand der oben genannten Annahmen.

**Tabelle 10: Wie viele Kinder müssten in physiotherapeutischer Behandlung sein um den gleichen Versorgungsanteil wie Deutschland zu haben?**

	Ö	NÖ	W	OÖ	St	K	B	S	T	Vbg
<b>gesamt</b>	<b>10.879</b>	<b>2.138</b>	<b>1.991</b>	<b>1.964</b>	<b>1.498</b>	<b>719</b>	<b>337</b>	<b>720</b>	<b>968</b>	<b>544</b>
<b>0-2</b>	<b>1.433</b>	265	309	249	189	89	42	93	125	72
<b>3-5</b>	<b>1.301</b>	253	262	227	174	81	40	85	114	66
<b>6-9</b>	<b>1.294</b>	254	246	230	174	83	40	87	114	65
<b>10-14</b>	<b>3.269</b>	649	568	597	453	220	103	219	296	166
<b>15-18</b>	<b>3.582</b>	716	607	660	508	246	113	236	320	175

Quelle: Eigene Berechnungen anhand der oben genannten Annahmen.

► **Altersverteilung in den Therapien: Schwerpunkt Volksschulalter**

Laut diesen Zahlen würden etwa 6 von 1.000 versicherten Kindern eine Physiotherapie benötigen, mit relativ gleicher Verteilung über die einzelnen Altersgruppen. Im Logopädie- und Ergotherapiebereich sind die Verteilungen über die Altersgruppen hingegen sehr ungleich: In beiden Gruppen ist die größte Häufung in der Altersklasse sechs bis neun Jahre – in Deutschland haben im Bezugsjahr von 1.000 versicherten Kindern in dieser Altersgruppe 116 logopädische und 83 ergotherapeutische Leistungen bezogen.

Dieser Schwerpunkt im Volksschulalter sollte auch in der Infrastruktur berücksichtigt werden: Betreuende Personen Ende des Kindergartens, Anfang der Volksschulzeit sollten gezielt auf das Auftreten von Fehlentwicklungen achten lernen. Und das Angebot wird darauf abzustellen sein, dass Behandlungen eher am Nachmittag zur Verfügung gestellt werden, damit der Schulalltag nicht zu sehr durchbrochen wird.

## Therapeutische Beratung und Behandlung im psycho-sozialen Bereich – Eine Bedarfsschätzung

### ► Quelle: Die BELLA-Studie des KiGGS Projekts

Von Mai 2003 bis Mai 2006 hat das deutsche Robert-Koch-Institut den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) durchgeführt, um repräsentative Informationen zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Alter von 0-17 Jahren zu erhalten. Insgesamt haben daran 17.641 Kinder teilgenommen, die auf körperliche Beschwerden, Behinderungen, Erkrankungen, psychische Gesundheit, Lebensqualität, Umfeld, Freizeitaktivitäten, etc (für eine genaue Beschreibung siehe Kurth 2006) getestet und abgefragt wurden.

Ein Teil dabei war das Modul „Psychische Gesundheit“, dessen Ergebnisse unter dem Titel BELLA-Studie publiziert wurden (für einzelne Ergebnisse daraus siehe Ravens-Sieberer et al 2007, Erhart et al 2007 und Hölling et al 2007):

Bei 21,9 Prozent aller befragten Kinder wurden psychische Auffälligkeiten festgestellt. Die AutorInnen selbst kommen durch Verfeinerung bzw strengere Auslegung des Begriffs dann zu dem Ergebnis, dass 9,7 Prozent aller Kinder zwischen sieben und 17 Jahren als „wahrscheinlich“ psychisch zu behandeln klassifiziert werden, mit einem etwas höheren Wert bei Buben als bei Mädchen.

Aufgegliedert nach spezifischen Auffälligkeiten sind dabei Ängste an erster Stelle, knapp gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens. Die medial stark thematisierte Störung ADHS tritt hingegen bei „nur“ ca zwei Prozent aller Kinder auf.

### Zusätzliche spezifische Annahmen für den psychosozialen Bereich

- 1) In der BELLA-Studie sind Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten nach den Altersgruppen 7-10 Jahre, 11-13 Jahre und 14-17 Jahre angegeben. Das Auftreten in den Altersklassen 0-2 und 3-5 Jahren muss daher geschätzt werden. Aufgrund der Erfahrungen von Vavrik bzw auch der ExpertInnengespräche wurde angenommen, dass im Alter von 0-2 Jahren der statistische Wert bei 2,5 bis 3 Prozent liegt<sup>6</sup>, für die 3- bis 5jährigen wurde ein Wert angenommen, der die Hälfte der darauffolgenden Altersklasse ist. Diese Annahme beruht auf der aus ExpertInnengesprächen und Literaturstudium gewonnenen Erkenntnis, dass psychische Störungen massiv durch das Umfeld beeinflusst sind und sich somit erst mit der Zeit entwickeln.
- 2) Prävalenz darf nicht mit **Therapiebereitschaft** gleichgesetzt werden – dies dürfte im *mental health* Bereich noch eine deutlich höhere Rolle spielen als bei den funktionellen Therapien (außerdem stellen die Zahlen des Heilmittelberichts ja ohnehin die tatsächliche Inanspruchnahme bei den funktionellen Therapien dar). Angenommen wurde hier – wiederum basierend auf den ExpertInnenerfahrungen –, dass die Hälfte aller therapiebedürftigen Fälle tatsächlich auch eine Therapie sucht.
- 3) Bei den psychosozial notwendigen Interventionen und Therapien erlauben die hier herangezogenen Quellen keine Unterscheidung nach Art der Behandlung (es wird nicht zwischen Psychotherapie, Psychologischer Behandlung und Psychiatrie unterschieden).

Die Schätzung des *mental health* Bereichs beruht, wie beschrieben, auf einer anderen Quelle als die Schätzung der funktionellen Therapien. Es wird nicht nach Art der Leistung (psychologische Beratung,

<sup>6</sup> So zeigte etwa das Gespräch mit Burian-Langegger, dass psychotherapeutische Behandlungen auch bereits bei Säuglingen möglich sind, indem beispielsweise in der Interaktion zwischen Mutter und Kind interveniert wird. Am Institut für Erziehungshilfe sind von den derzeit (Stand Juni 2011) behandelten 293 Fällen zehn Fälle von Eltern mit Kleinkindern.



Psychotherapie, und dgl) unterschieden und es kann hier von vornherein nicht die Anzahl der einzelnen Leistungen geschätzt werden sondern lediglich die Zahl der potenziellen PatientInnen: Wie groß ist der Angebotsbedarf, würden alle Kinder, die bei Übertragung der deutschen Studienergebnisse auf Österreich eine *mental health* Leistung benötigen und therapiebereit wären, auch tatsächlich therapiert?

**Tabelle 11: Schätzung der Anzahl der Kinder in Österreich, die eine *mental health* Therapie bräuchten und auch therapiebereit wären (analog zur deutschen BELLA-Studie)**

	Ö	NÖ	W	OÖ	St	K	B	S	T	Vbg
<b>gesamt</b>	<b>65.747</b>	<b>12.988</b>	<b>11.878</b>	<b>11.892</b>	<b>9.061</b>	<b>4.360</b>	<b>2.049</b>	<b>4.373</b>	<b>5.854</b>	<b>3.292</b>
<b>0-2</b>	<b>2.934</b>	543	633	510	387	182	85	191	257	146
<b>3-5</b>	<b>5.869</b>	1.139	1.180	1.026	784	366	178	385	513	296
<b>6-9</b>	<b>15.867</b>	3.119	3.019	2.820	2.132	1.022	490	1.069	1.392	803
<b>10-14</b>	<b>20.597</b>	4.091	3.576	3.763	2.852	1.384	646	1.377	1.864	1.045
<b>15-18</b>	<b>20.480</b>	4.095	3.470	3.773	2.906	1.406	649	1.352	1.828	1.002

Quelle: Eigene Berechnungen anhand der oben genannten Annahmen.

In Kapitel 6 (Versorgung) werden diese Zahlen (ebenso wie die Zahlen zu den funktionellen Therapien) dann den Ist-Zahlen laut den Statistiken der Österreichischen Krankenversicherungsträger gegenübergestellt.

#### ► **Realistische Werte**

Tabelle 11 schätzt also einen Anteil von etwa 3,9 Prozent aller Kinder und Jugendlichen (gerechnet über alle Altersklassen), die Bedarf für eine psychosoziale Therapie hätten und diese auch in Anspruch nehmen würden. Die dahinterstehende Prävalenz wäre somit rund acht Prozent.

Diese Werte mögen hoch erscheinen, können aber auch durch andere Studien gestützt werden. In Großbritannien hat etwa die Untersuchung „Mental Health of Children and Young People in Great Britain“ (zitiert in Blair 2010, 31) eine Prävalenz von etwas unter zehn Prozent bei psychischen Problemen ergeben.

Merrick; Carmeli (2003) zitieren weitere internationale Studien, die alle zu ähnlichen Werten kommen.

#### ► **Rückstau mit berücksichtigen!**

Die hier dargestellten Zahlen sind, wie dargelegt, eine reine Analogierechnung zu deutschen Bedarfsrechnungen. Sollte allerdings die Versorgung in Österreich geringer sein als in Deutschland (wofür es aufgrund mangelnder Vergleichszahlen für Deutschland keine empirische Evidenz gibt, sondern nur anekdotisches Wissen der ExpertInnen), so wäre davon auszugehen, dass in Österreich ein Rückstau besteht.

Die Zahl der Behandlungsbedürftigen wäre damit zunächst tatsächlich noch höher und würde sich bei entsprechender Bereitstellung des notwendigen Angebots auf das hier dargestellte Niveau einpendeln.

Aber auch in der BELLA-Studie selbst ist ein gewisses Rückstauphänomen zu vermuten: Wenn in den unteren Altersgruppen nicht rechtzeitig und ausreichend therapiert wird, ist logische Folge, dass auch in den oberen Altersgruppen ein Bedarf nach psychosozialen Therapien bestehen bleibt. Dies spricht für ein möglichst frühes und rechtzeitiges Intervenieren bei psychosozialen Entwicklungsproblemen – vor allem natürlich im Interesse der PatientInnen, aber in der Folge auch für eine zukünftige Entlastung des Systems.

# 6. Die Versorgung in Österreich mit medizinisch-therapeutischen Leistungen

## Allgemeine Problematik

### Datenunvollständigkeiten

► **„Das Kind als Patient kommt nicht vor“**

Diese sehr eingängige Formulierung von Promussas (Eltern-Selbsthilfe) gilt in besonderem Ausmaß für das statistische Datenmaterial:

Es ist anhand der veröffentlichten Sekundärstatistiken sowohl von Statistik Austria als auch seitens des Hauptverbandes nicht möglich, eingehende Analysen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich mit medizinisch-therapeutischen Leistungen zu machen.

► **Erschwerend: Unterschiedliche Versorgung bei unterschiedlichen Trägern**

Betrachtet man die Frage nach der Versorgung rein aus der Sicht der PatientInnen, so lässt sich das Problem identifizieren, dass die Versorgung auch davon abhängt, bei welcher Krankenkasse das Kind mitversichert ist (was jedenfalls nicht dem Anspruch einer umfassenden und gleichen Versorgung entspricht). Dies betrifft insbesondere den Bereich der therapeutischen Leistungen, da es hier die unterschiedlichsten Vertragsmodelle – Vereinslösungen, Gesamtverträge, Einzelverträge, Kostenerstattungen, Kostenzuschüsse – gibt. Es dürfte kaum möglich sein, hier eine umfassende, vollständige Matrix zu zeichnen. Bundesländer- bzw Trägervergleiche werden damit gerade in diesen Randbereichen fast unmöglich.

Zusätzlich bleibt in den meisten Fällen offen, ob VertragspartnerInnen der Krankenversicherungsträger auch speziell Therapien für Kinder und Jugendliche anbieten.

► **Versorgung muss im Grunde viel weiter interpretiert werden**

Kindergesundheit ist eine Querschnittsmaterie über viele Bereiche. Prävention und Interventionen müssen vielfach schon an ganz anderer Stelle beginnen bzw an anderen Stellen fortgeführt werden als nur rein bei den Gesundheitsdienstleistern.

Eine umfassende Versorgungsmatrix kann hierbei in der strategischen Planung helfen, wie sie etwa Vavrik (2009) durch Darstellung des Versorgungszustandes in den interdependenten Bereichen Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen entlang der Altersachse entwickelt hat.

Im Folgenden wird aber aufgrund der hier vorliegenden engeren Fragestellung wiederum nur auf die von der Krankenversicherung zu finanzierenden medizinischen und therapeutischen Leistungen fokussiert.

### Wartezeiten

► **Der wichtigste Indikator für zu geringe Versorgung**

Die GesprächspartnerInnen für die ExpertInnengespräche kannten die Situation in Wien und in Niederösterreich näher. Seitens der Anbieter wurden für beide Bundesländer das Problem langer Wartezeiten genannt.

*Beispiele dafür: Im Institut für Erziehungshilfe warten laut Burian-Langegger Kinder bzw ihre Eltern auf das erste Elterngespräch und die Diagnose zwei bis acht Wochen, auf einen Kindertherapieplatz aber ein Jahr. Ein Jahr Wartezeit in einem wichtigen Entwicklungsfenster könne aber eine Chronifizierung oder eine Eskalation der Symptomatik nach sich ziehen.*

*Püspök (Kinderarzt Niederösterreich) wiederum ortet für Niederösterreich bei den LogopädInnen kaum Wartezeiten, bei den PhysiotherapeutInnen gäbe es große Probleme.*

Die Krankenkassen hingegen (mit Ausnahme der Wiener Gebietskrankenkasse, die für das Jahr 2011 in einer einmaligen Erhebung auflistet, welche Wartezeiten je nach Anbietern ihr bekannt wären, und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, die das Problem im Rahmen eines Anbieterworkshops im Juni 2011 thematisierte – siehe unten) antworten in den Fragebögen, dass ihnen entweder keine Wartezeiten bzw Beschwerden über Wartezeiten bekannt seien, oder dass es seitens der Krankenkasse keine Deckelungen oder Aufnahmesperren gäbe, allfällige Wartezeiten daher andere Gründe haben müssten.

Offen sind damit aber noch immer wichtige Fragen:

- ▶ Wie sieht tatsächlich die Situation der Wartezeiten in anderen Bundesländern (außer Wien und Niederösterreich) aus – würden Anbieter hier nicht ebenso wie in Wien und Niederösterreich Wartezeiten identifizieren?
- ▶ Weiters: Kann das Fehlen von Wartezeiten nicht auch darauf beruhen, dass bei den betreffenden Trägern in dem jeweiligen Zweig kein Sachleistungsangebot besteht, so dass von den Eltern private TherapeutInnen in Anspruch genommen werden und der Träger im Nachhinein für den Kostenzuschuss in Anspruch genommen wird?
- ▶ Vor allem aber: Was ist die Ursache für die Wartezeiten? Wird hier seitens der Anbieter meist eine ungenügende Finanzierung durch die Krankenkassen genannt, könnte der Grund ebenso darin liegen, dass nicht genügend Kassenverträge angenommen werden bzw auch, dass es einfach an Qualifikationen für kinderspezifische Therapien fehlt. Diesen Fragen wird noch genauer in Kapitel 7 nachgegangen werden.

#### ▶ **Wartezeiten in Wien**

Die Wiener Gebietskrankenkasse hat im Juni 2011 eine Umfrage bei ihren VertragspartnerInnen im therapeutischen niedergelassenen und institutionellen Bereich gemacht. Tabelle 12 zeigt das Ergebnis.

Wartezeiten sind in der Regel drei bis sechs Monate, wobei fast alle Anbieter betonen, dass die Akutversorgung in Krisenfällen überall schneller möglich ist. In den Zentren wurden sogar Wartezeiten auf einen Therapieplatz von bis zu 15 Monaten genannt. Problematisch ist dabei auch, dass bereits auf die fachärztliche Abklärung zum Teil über ein Vierteljahr gewartet werden muss.

**Tabelle 12: Wartezeiten bei den VertragspartnerInnen der Wiener Gebietskrankenkasse (Umfrage Juni 2011)**

Vertragspartner	Wartezeit auf fachärztliche Abklärung bzw Untersuchungstermin	Wartezeit auf Therapieplatz
Verein für ambulante Psychotherapie		3-6 Monate
Wr Ges f psychotherapeut Versorgung		3-6 Monate
Inst f Erziehungshilfe		6-12 Monate
Individualpsycholog Ambulatorium „boje“		gering, da hptsl Akutfälle
die möwe		3-6 Monate
Unabhängiges Kinderschutzzentrum		3-6 Monate
Ambulatorium d Psychosozialen Dienstes f Kinder u Jugendliche		unbekannt
Niedergelassene klinische PsychologInnen	max 2 Monate	
Niedergelassene VertragslogopädInnen		3-6 Monate
Niedergelassene VertragsphysiotherapeutInnen		unbekannt; geschätzt ca 3 Mon
Verein f ergotherapeutische Versorgung		im Schnitt 6 Mon
VKKJ Schwerpunkt Entwicklungsstörung	3-4 Monate	4-15 Monate
Zentr f Entwicklungsförderung	3-4 Monate	4-15 Monate
Ambulatorium SOS Kinderdorf	3-4 Monate	4-15 Monate

Quelle: Erhebung der Wiener Gebietskrankenkasse – Eigenangaben der Anbieter.

Aber: In einigen Instituten kommt es im Fall von Wartezeiten, die über eine bestimmte Dauer hinausgingen (etwa ein halbes Jahr) zu internen teilweisen oder vollständigen Aufnahmesperrern. Die Zahl der PatientInnen auf der Warteliste ist daher nur bedingt aussagekräftig, da schon im Vorfeld Kinder und Jugendliche aufgrund zu langer Wartezeiten abgewiesen werden.

*Rafetseder (Stadt Wien) streicht heraus, dass eines der größten Probleme bei den Wartezeiten ihre Additivität ist: Wenn zunächst auf ein Erstassessment drei bis sechs Monate gewartet werden muss und dann auf den Therapieplatz bis zu einem Jahr, vergeht (zu) viel Zeit, bis die notwendige Therapie tatsächlich beginnt.*

Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse hat im Juni 2011 einen Workshop mit Anbietern veranstaltet, bei dem ebenfalls das Thema „Wartezeiten“ einen wichtigen Platz einnahm.

## Versorgungsmix

Eine optimale Versorgungslandschaft braucht ein ausgewogenes, durchgängiges und vernetztes System von Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung. Zwischen diesen Angebotsstrukturen kann und soll keine scharfe Grenze gezogen werden, sie unterscheiden sich aber grundsätzlich nach den Möglichkeiten der Versorgungsleistung.

### ► **Primärversorgung ...**

Die Primärversorgung (niedergelassener Bereich) ist im medizinischen Segment zumeist die Erstanlaufstelle mit Gesundheitsfragen und –sorgen. Die niedergelassene therapeutische Versorgung ist im Wesentlichen dort geeignet, wo es eine Schwerpunktsymptomatik im eigenen Kompetenzbereich gibt<sup>7</sup>. Sie ist zumeist regional leichter erreichbar und kann einen gewichtigen Teil der Basisversorgung abdecken. Von dort erfolgt die gezielte Weiterüberweisung.

### ► **... ambulante Zentren und Institutionen ...**

Interdisziplinäre Zentren oder Ambulatorien sind insbesondere dort gefragt, wo Kinder oder Jugendliche Probleme auf mehreren Entwicklungsachsen aufweisen oder sehr komplexe oder ausgeprägte Störungen aufweisen. Das berufsübergreifende Teamwork ist hierfür eine wichtige Ressource sowohl für das Behandlungssetting, wie auch zur Minimierung vieler verschiedener Anlaufstellen für Eltern und Kind.

### ► **... Tertiärversorgung**

Wenn das ambulante Setting aus inhaltlichen oder apparativ-technischen Gründen an seine Grenzen stößt, dann ist der Schritt zur stationären Tertiärversorgung angezeigt.

### ► **Kooperation erhöht tendenziell Qualität und senkt Kosten**

Die Durchgängigkeit und flüssige Kooperationsfähigkeit dieser Systeme kann eine große Kostenersparnis bewirken. Dem Mehraufwand an notwendiger Kommunikationszeit würde ein Weniger an Mehrfachbetreuung, Doppelbefundung und „Drehtürpatienten“ gegenüberstehen. Mehr Kooperation würde ermöglichen, Versorgungskapazitäten als „kommunizierende Gefäße“ zu sehen: Diese könnten je nach regionalem Bedarf mehr in dem einen oder dem anderen Schwerpunkt ausgebaut werden.

Gerade in Flächenbundesländern, wie etwa Niederösterreich, spielt hier natürlich auch die Distanz eine Rolle – während es zum nächsten Zentrum recht weit sein kann, kann es in näherer Umgebung etwa ein gutes Netzwerk verschiedener Einzel- und Gruppenpraxen geben.

Solche „Kindergesundheitsnetzwerke“ (Vavrik 2009) müssten mit Plan und Strategie eingerichtet werden. Sie brauchen sowohl stabile „Kernstrukturen“ (Netzwerkkoordination), aber auch die Flexibilität Veränderungen wie Umzüge, Pensionierungen, Telefonnummern- oder Adresswechsel zu verkraften.

## **Die Zahlen für den niedergelassenen Bereich**

### ► **Zahlenquellen: LEICON ...**

In Kapitel 8 wird eingehend auf die Datenlage und -qualität in Österreich eingegangen. Hier so viel vorab: Im Rahmen von LEICON können österreichweit Zahlen zur Versorgungslage in einzelnen Fachgruppen zusammengeführt werden: Zahl der PatientInnen, abgerechnete Leistungen und die damit zusammenhängenden Kosten sind bekannt.

Arztleistungen sind damit sehr gut darstellbar. Problematisch erweisen sich aber besonders die hier untersuchten Therapieformen, da diese im Aggregat eher „Randgruppen“ darstellen und es vielfach keine einheitliche Verrechnungsweise gibt. Nicht alle Leistungen finden daher Eingang in das bundesweite System bzw werden sie unter unterschiedlichen Klassifikationen eingepflegt.

### ► **... plus Trägerbefragung**

Die ExpertInnen von LEICON haben daher für 2009 zusätzlich zu der Datenextraktion aus FOKO und LGKK auch eine Umfrage bei den Trägern gemacht um die Daten zu validieren. Diese Umfrage erlaubt

---

<sup>7</sup> Einzig Rafetseder (Stadt Wien) sieht Einzelanbieter generell als ineffiziente Versorgungsform.

keinen Bundesländervergleich und keine Unterteilung nach Altersgruppen, sie dürfte aber die umfassendste zeitpunktbezogene Darstellung der Therapiearten sein.

## Versorgung mit ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich

### ► Arztbesuche

Im Jahr 2009 hatten laut LEICON rund eineinhalb Millionen Kinder und Jugendliche irgendeinen Arztkontakt – neun von zehn Kindern und Jugendlichen besuchen damit mindestens einmal im Jahr mindestens eine Arztpraxis. Dies entspricht in etwa auch den Werten aus Deutschland. Nach Arztfachgruppen aufgeteilt ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 13: Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Arztkontakt 2009**

Alter	Kinderarzt	Allgem.medizin	Augenarzt	HNO-Arzt
<b>gesamt</b>	<b>519.193</b>	<b>1.063.562</b>	<b>348.260</b>	<b>147.337</b>
<b>0-2</b>	166.261	110.420	42.594	10.867
<b>3-5</b>	145.112	153.787	56.571	33.762
<b>6-9</b>	116.252	209.525	75.575	39.071
<b>10-14</b>	73.884	291.967	99.772	33.609
<b>15-18</b>	17.684	297.863	73.748	30.028

Quelle: LEICON.

**Tabelle 14: Vergleich der Bedarfsschätzung und der Versorgungssituation im ärztlichen Bereich**

	Kinderarzt	Allgem.medizin	Augenarzt	HNO-Arzt	Summe
<b>Benchmark Deutschland</b>	954.710	583.137	382.829	203.127	2.123.803
<b>Ist</b>	519.193	1.063.562	348.260	147.337	2.078.352
<b>Ist in % Benchmark</b>	54 %	182 %	91 %	73 %	98 %

Quelle: Tabellen 7 und 13. Eigene Berechnungen.

In Summe sieht man, dass die tatsächliche Anzahl der Arztbesuche in diesen vier Fachgruppen in etwa dem errechneten Bedarf entspricht. Allerdings werden in Österreich offenbar deutlich mehr Leistungen durch den Allgemeinmediziner abgedeckt, während es in Deutschland eine stärkere Aufteilung auf die Fachgruppen gibt.

Deutlich ist auch in Österreich der von Kamtsiuris (2007, 843) beschriebene Stadt-Land Unterschied zu sehen. Während im österreichischen Durchschnitt das Verhältnis von Besuchen beim Kinderarzt zu Besuchen beim Allgemeinmediziner nicht einmal eins zu zwei ist, ist es in Wien mehr als vier zu fünf. In Deutschland ist das Verhältnis sogar umgekehrt: Deutlich mehr Kinder besuchen den Kinderarzt als den Allgemeinmediziner.

## Funktionelle Therapien

### ► Vergleichsgröße PatientInnen

Bei der Bedarfsschätzung wurde bereits erläutert (siehe Seite 21), dass die analoge Übertragung der deutschen Versorgungssituation auf Österreich eigentlich seriöserweise nur hinsichtlich der Zahl der

PatientInnen, nicht aber hinsichtlich der Leistungsvolumina, angestellt werden darf. Auch beim Vergleich von LEICON-Daten und der Trägerbefragung gibt es für die Kategorie „PatientInnenzahl“ die geringsten Differenzen. Es kann damit zwar keine Aussage darüber gemacht werden, was die *benchmark* für eine ausreichende Leistungsmenge an diese PatientInnen wäre, aber es können valide Aussagen hinsichtlich der Zahl der behandelten PatientInnen gemacht werden.

**Wichtig für alle folgenden Schätzungen zur Versorgungssituation:**

**Die folgenden Tabellen stellen den analog zur deutschen Situation geschätzten Bedarf gemessen in PatientInnenzahlen der Zahl jener PatientInnen gegenüber, die in LEICON in den einzelnen Therapiearten erfasst sind.**

**Diese Zahlen stellen aber nicht die gesamte Versorgungssituation in Österreich dar:**

- In Kapitel 8 wird genauer gezeigt werden, dass gerade in den hier betrachteten Therapiearten die Erfassung in LEICON nur unzureichend ist. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die LEICON-Zahlen vollständig die Zahl der Kinder und Jugendlichen abbilden, die kassenfinanzierte bzw -bezuschusste Leistungen für die genannten Therapien erhalten haben.
- Zum zweiten sind nicht jene Kinder und Jugendliche in den Zahlen enthalten, die zwar keine Leistungen der Krankenversicherung erhalten, die aber vom jeweiligen Bundesland eine Leistung im Rahmen einer Landeskompentenz wie etwa Behindertenhilfe erhalten.
- Und zum dritten – und das dürfte für die Untererfassung am relevantesten sein: LEICON listet nicht oder nur zum Teil jene Kinder und Jugendliche auf, die in Ambulatorien und Zentren Leistungen erhalten haben <sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Püspök (Kinderarzt Niederösterreich) weist hier allerdings darauf hin, dass auch bei den PatientInnenzahlen in Deutschland die Sozialpädiatrischen Zentren nicht erfasst sind. Er zitiert dabei den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie Prof Hans-Michael Straßburg, der schätzt, dass mindestens 15 Prozent der funktionellen Therapien in diesen Zentren (für Eltern kostenfrei) durchgeführt werden.

► **Große Differenzen zur Bedarfsschätzung in Ergotherapie und Logopädie**

Die folgende Tabelle stellt nun zunächst die österreichischen Gesamtzahlen, inklusive der Erhebung durch die Trägerbefragung (diese allerdings ohne Altersunterteilung), den Bedarfzahlen aus der Analogieschätzung gegenüber.

**Tabelle 15: Soll-Ist Vergleich Analogierechnung / LEICON für funktionelle Therapieformen**

	SOLL Zahl der PatientInnen lt Analogie- rechnung zu Deutschland	% der Kinder in D mit Leistung	IST Leistungs- versorgung laut LEICON IST 2009	% der Kinder in Ö mit Leistung IST	Leistungs- versorgung laut Träger- befragung
<b>Logopädie</b>					
<b>gesamt</b>	74.604	4,5 %	<b>20.833</b>	1,3 %	21.745
<b>0-2</b>	559	0,2 %	<b>413</b>	0,2 %	
<b>3-5</b>	21.260	8,8 %	<b>7.775</b>	3,2 %	
<b>6-9</b>	37.915	11,6 %	<b>8.517</b>	2,6 %	
<b>10-14</b>	11.860	2,6 %	<b>2.161</b>	0,5 %	
<b>15-18</b>	3.012	0,8 %	<b>645</b>	0,2 %	
<b>Ergotherapie</b>					
<b>gesamt</b>	50.470	3,0 %	<b>5.985</b>	0,4 %	6.029
<b>0-2</b>	399	0,2 %	<b>170</b>	0,1 %	
<b>3-5</b>	7.257	3,0 %	<b>1.593</b>	0,7 %	
<b>6-9</b>	27.277	8,3 %	<b>2.182</b>	0,7 %	
<b>10-14</b>	12.500	2,7 %	<b>556</b>	0,1 %	
<b>15-18</b>	3.037	0,8 %	<b>182</b>	0,0 %	
<b>Physiotherapie</b>					
<b>gesamt</b>	10.879	0,7 %	<b>27.340</b>	1,6 %	22.661
<b>0-2</b>	1.433	0,6 %	<b>3.250</b>	1,4 %	
<b>3-5</b>	1.301	0,5 %	<b>2.370</b>	1,0 %	
<b>6-9</b>	1.294	0,4 %	<b>4.371</b>	1,3 %	
<b>10-14</b>	3.269	0,7 %	<b>7.081</b>	1,5 %	
<b>15-18</b>	3.582	0,9 %	<b>8.024</b>	2,0 %	

Quelle: Bedarfsrechnung siehe Tabellen 8-10; LEICON; eigene Berechnung und Darstellung.

Hinweis: Die Gesamtzahlen entsprechen aufgrund der LEICON-Zahlenbereinigungen nicht exakt der jeweiligen Summe aus den Altersgruppen.

Die Tabelle weist im Bereich der Logopädie und der Ergotherapie deutlich weniger in Behandlung stehende PatientInnen in Österreich als in Deutschland aus. Im Bereich der Physiotherapie gibt es hingegen in Österreich ungleich mehr Leistungen.

In Zahlen: Während in Deutschland 4,5 Prozent aller Kinder und Jugendlichen eine logopädische Behandlung über die AOK bekamen, sind in Österreich im Jahr 2009 über LEICON 1,3 Prozent feststellbar, relativ noch größer ist der Unterschied in der Ergotherapie (3 Prozent in Deutschland zu 0,4 Prozent in Österreich). In Deutschland sind 0,7 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in



physiotherapeutischer Behandlung, in Österreich zeigt LEICON mit 1,6 Prozent einen deutlich höheren Anteil (so dass angenommen werden kann, dass ein Teil dessen, was in Deutschland als Ergotherapie angeboten wird, möglicherweise in Österreich durch PhysiotherapeutInnen erbracht wird).

► **Funktionelle Therapien in den Bundesländern**

Die folgenden drei Tabellen stellen nun den Soll-Ist-Vergleich (wie beschrieben) für die einzelnen Bundesländer dar – wie viel Prozent des Bedarfs werden entsprechend der Analogieschätzung zu Deutschland laut den Daten der Krankenversicherungsträger tatsächlich erbracht? Achtung: Die Zahlen von LEICON wurden zwar aufgrund der Trägerbefragung zum Teil bereinigt – auf die auf Seite 31 beschriebenen Unvollständigkeiten wird aber nochmals ausdrücklich verwiesen.

**Tabelle 16: Versorgung (laut LEICON) als Anteil am Soll (laut Bedarfsschätzung analog zu Deutschland) nach Bundesländern– Logopädie**

	Ö	NÖ	W	OÖ	St	K	B	S	T	Vbg
<b>gesamt</b>	<b>27,9 %</b>	<b>17,5 %</b>	<b>21,6 %</b>	<b>65,4 %</b>	<b>13,2 %</b>	<b>19,2 %</b>	<b>9,8 %</b>	<b>25,9 %</b>	<b>35,0 %</b>	<b>8,7 %</b>
<b>0-2</b>	<b>73,9 %</b>	17,4 %	15,8 %	251,2 %	50,2 %	75,1 %	43,0 %	71,7 %	57,3 %	10,8 %
<b>3-5</b>	<b>36,6 %</b>	21,7 %	13,4 %	93,4 %	21,2 %	26,9 %	17,3 %	42,4 %	54,2 %	11,8 %
<b>6-9</b>	<b>22,5 %</b>	15,9 %	11,0 %	61,5 %	8,6 %	14,0 %	6,7 %	15,7 %	28,7 %	7,6 %
<b>10-14</b>	<b>18,2 %</b>	14,3 %	12,6 %	30,5 %	12,5 %	18,4 %	6,2 %	26,0 %	22,6 %	7,3 %
<b>15-18</b>	<b>21,4 %</b>	20,9 %	19,2 %	29,2 %	11,2 %	25,6 %	5,2 %	32,7 %	26,0 %	6,8 %

Quelle: Eigene Berechnungen aus Bedarfsschätzung und LEICON Zahlen.

Gemäß dieser Gegenüberstellung ist in keinem der österreichischen Bundesländer das in LEICON erfasste Angebot an logopädischen Leistungen so groß wie es die Bedarfsschätzung anhand der deutschen Zahlen nahelegen würde. Den vergleichsweise höchsten Versorgungsgrad weist Oberösterreich auf, gefolgt von Tirol, die größten Unterschiede lassen sich hingegen im Burgenland feststellen.

Vorarlberg ist hier nicht mit den anderen Bundesländern vergleichbar, da es ein eigenes Modell hat, den aks (Arbeitskreis für Vorsorge und Sozialmedizin): Kinder und Jugendliche werden in sieben Zentren mit Diagnostik und Therapien betreut. Der aks wird von Land und Krankenkassen finanziert, für die Leistungen ist ein Selbstbehalt von sechs Euro zu entrichten, der aber bei sozialer Indikation verringert oder erlassen werden kann.

**Tabelle 17: Versorgung (laut LEICON) als Anteil am Soll (laut Bedarfsschätzung analog zu Deutschland) nach Bundesländern – Ergotherapie**

	Ö	NÖ	W	OÖ	St	K	B	S	T	Vbg
<b>gesamt</b>	<b>11,9 %</b>	<b>4,7 %</b>	<b>11,6 %</b>	<b>26,9 %</b>	<b>3,6 %</b>	<b>12,9 %</b>	<b>9,5 %</b>	<b>13,2 %</b>	<b>9,3 %</b>	<b>0,7 %</b>
<b>0-2</b>	<b>42,6 %</b>	16,2 %	0,0 %	118,2 %	36,1 %	44,5 %	34,4 %	50,1 %	74,4 %	0,0 %
<b>3-5</b>	<b>22,0 %</b>	11,9 %	1,3 %	71,1 %	7,5 %	24,3 %	25,4 %	29,0 %	19,1 %	0,8 %
<b>6-9</b>	<b>8,0 %</b>	4,0 %	0,5 %	24,5 %	2,8 %	11,7 %	7,4 %	10,8 %	6,8 %	0,7 %
<b>10-14</b>	<b>4,4 %</b>	2,4 %	0,4 %	9,5 %	2,4 %	10,0 %	5,6 %	7,7 %	3,6 %	0,9 %
<b>15-18</b>	<b>6,0 %</b>	2,5 %	0,2 %	7,7 %	2,3 %	5,8 %	5,2 %	15,5 %	24,0 %	0,0 %

Quelle: Eigene Berechnungen aus Bedarfsschätzung und LEICON Zahlen.

Noch größer sind die Unterschiede bei der Ergotherapie. Zwölf Prozent des geschätzten Bedarfs werden laut den LEICON-Zahlen erbracht. Wiederum hat Oberösterreich noch die vergleichsweise höchste Versorgung, aber auch hier werden nur knapp 27 Prozent des geschätzten Bedarfs erbracht. Die Steiermark weist die größte Lücke zwischen geschätztem Bedarf und in LEICON abgebildeter tatsächlicher Versorgung auf (für Vorarlberg gilt das oben Gesagte).

**Tabelle 18: Versorgung (laut LEICON) als Anteil am Soll (laut Bedarfsschätzung analog zu Deutschland) nach Bundesländern – Physiotherapie**

	Ö	NÖ	W	OÖ	St	K	B	S	T	Vbg
<b>gesamt</b>	<b>251,3 %</b>	<b>322,3 %</b>	<b>217,8 %</b>	<b>272,8 %</b>	<b>103,8 %</b>	<b>147,2 %</b>	<b>115,6 %</b>	<b>387,7 %</b>	<b>289,1 %</b>	<b>326,3 %</b>
<b>0-2</b>	<b>226,8 %</b>	282,3 %	39,1 %	372,1 %	98,5 %	94,6 %	107,8 %	345,0 %	441,1 %	342,7 %
<b>3-5</b>	<b>182,2 %</b>	513,8 %	52,8 %	174,5 %	55,2 %	40,7 %	63,2 %	145,3 %	145,8 %	121,9 %
<b>6-9</b>	<b>337,9 %</b>	810,0 %	98,3 %	341,9 %	146,1 %	121,2 %	122,5 %	378,6 %	289,8 %	307,0 %
<b>10-14</b>	<b>216,6 %</b>	257,3 %	120,2 %	232,0 %	110,5 %	155,7 %	116,1 %	447,5 %	248,1 %	298,6 %
<b>15-18</b>	<b>224,0 %</b>	155,4 %	150,1 %	282,0 %	101,9 %	202,5 %	133,9 %	440,0 %	318,1 %	429,8 %

Quelle: Eigene Berechnungen aus Bedarfsschätzung und LEICON Zahlen.

Im physiotherapeutischen Bereich wird hingegen in allen Bundesländern ein weit aus höherer Versorgungsgrad ausgewiesen als sich an Bedarf laut der Analogieschätzung ergäbe. Auffallend: Im Vorschulalter sind die Versorgungszahlen laut LEICON vergleichsweise am niedrigsten, insbesondere in Wien liegen hier die Zahlen sogar unter der Bedarfsschätzung.

### **mental health Therapien**

#### **► Versorgung im niedergelassenen Bereich deckt rund ein Viertel des geschätzten Bedarfs**

Die Bedarfsschätzung aus der BELLA-Studie (siehe Kapitel 5; dort Tabelle 11) weist ca 66.000 Kinder und Jugendliche im Jahr aus, die eine Behandlung bzw Therapie im psychosozialen Bereich bräuchten. Zur Erinnerung: Hier ist die Bezugsgröße nicht der tatsächliche deutsche Versorgungsstand, sondern die Zahl jener Kinder, die in Deutschland geschätzterweise therapiebedürftig wären und eine solche Behandlung auch in Anspruch nähmen.

Nach Bereinigung der LEICON-Zahlen durch dieTrägerbefragung ergibt sich folgendes Bild (die auf Seite 31 beschriebenen Datenprobleme bleiben aber auch hier bestehen):

**Tabelle 19: Versorgung (laut LEICON) als Anteil am Soll (laut Bedarfsschätzung analog zu Deutschland) für psychosoziale Therapieformen**

	Bedarf laut Schätzg	in % der Kinder	Ist laut LEICON	in % der Kinder	Differenz	Ist in % des Bedarfs
<b>gesamt</b>	65.747	4,0 %	17.308	1,0 %	48.439	26,3 %
<b>0-2</b>	2.934	1,3 %	97	0,0 %	2.837	3,3 %
<b>3-5</b>	5.869	2,4 %	1.360	0,6 %	4.509	23,2 %
<b>6-9</b>	15.867	4,9 %	4.766	1,5 %	11.101	30,0 %
<b>10-14</b>	20.597	4,5 %	5.200	1,1 %	15.397	25,2 %
<b>15-18</b>	20.480	5,1 %	3.119	0,8 %	17.361	15,2 %

Quelle: Bedarf siehe Tabelle 11; LEICON bzw Trägererhebung; eigene Berechnungen.

Hinweis: Die Gesamtzahlen entsprechen aufgrund der LEICON-Zahlenbereinigungen nicht immer der Summe aus den Altersgruppen.

Lässt man die Schätzung der Therapienotwendigkeit und -bereitschaft gelten und nimmt daher an, dass im Durchschnitt daher ca vier Prozent der österreichischen Kinder und Jugendlichen das Angebot einer Therapie bräuchten und auch in Anspruch nähmen, dann sieht man, dass das tatsächliche in den Statistiken der Krankenversicherungsträger abgebildete Angebot im niedergelassenen Bereich etwas mehr als ein Viertel dieses Bedarfs ausmacht. Besonders groß dürfte die Lücke im Kleinstkinderbereich sein, wobei abermals auf die mangelnde Datenqualität hingewiesen werden muss (möglicherweise werden in dieser Altersgruppe die Therapien eher bei der Mutter als beim Kind abgerechnet).

Ebenso aufgrund der mangelnden Datenqualität ist es im psychosozialen Bereich nicht möglich ein seriöses Bild nach Bundesländern und Altersgruppen wiederzugeben – es kann nicht nachvollzogen werden, ob Abweichungen vom Durchschnitt auf tatsächlich anderer Versorgungssituation basieren oder aufgrund anderer Datenzuordnungen und Datenbankpflege entstanden sind.

#### ► **Fehlende Therapien – zusammengefasst ...**

Fasst man die Ergebnisse zusammen, so lässt sich in den niedergelassenen Therapiebereichen, mit Ausnahme der Physiotherapie, tatsächlich eine große Lücke zwischen den LEICON-Zahlen und den Bedarfsschätzungen konstatieren. Die Lücke beträgt etwa 127.000 zusätzlich zu versorgende PatientInnen im Logopädiebereich, 94.000 im Ergotherapiebereich und ca 48.000 *mental health* PatientInnen.

## **Die Versorgung von Kinder in Institutionen, Ambulatorien und Zentren**

#### ► **Multidisziplinäre Zentren und Institutionen**

Kinder und Jugendliche, bei denen es Beeinträchtigungen und Probleme auf mehreren Achsen gibt bzw bei denen einzelne Beeinträchtigungen sehr schwerwiegend sind, sind in aller Regel in multidisziplinären Institutionen besser versorgt, sie brauchen also die nächste Versorgungsstufe des Systems.

Die Komplexität äußert sich dabei nicht immer nur durch verschiedene Symptome, sondern auch durch das Ausmaß an Problemen.

*Für Multiproblemfamilien erwiesen sich laut Burian-Langegger (Inst f Erziehungshilfe) multiprofessionelle Teams als ein wichtiger Beitrag zur Niederschwelligkeit, da man eben nur eine Stelle aufsuchen müsse.*

Dies wird auch von Wölfl (möwe Kinderschutzzentrum) mit dem Argument unterstützt, dass PatientInnen mit Sexual- und Gewaltproblematiken nicht zu oft ihre Erfahrungen berichten müssten. Weiters weist Wölfl darauf hin, dass die Inanspruchnahme von Hilfe bei diesem ohnehin sehr tabuisierten und stigmatisierten Thema durch räumliche Distanz noch weiter erschwert würde: Man dürfe nicht zu weit zum nächsten Zentrum fahren müssen!

► **Leistungsangebot dürfte altersabhängig ungleich verteilt sein**

Ein Problem dürfte die häufige inverse Alterspyramide der Betreuungskapazitäten der Institutionen sein.

So sind laut Brandstetter (Zentr f Entwicklungsförderung) in Wien derzeit fünf Ambulatorien und die beiden Entwicklungsdiagnostik-Stellen der MA 15 für Kinder von 0-6 Jahren zuständig, nur mehr vier davon sind für Schulkinder zuständig und für Jugendliche letztlich nur mehr eine dieser Institutionen. Dem gegenüber werde aber der Betreuungsbedarf von therapiebedürftigen Kindern und Jugendlichen mit zunehmendem Alter immer größer. Es sei daher ein überproportionaler Mangel in der Versorgung von jugendlichen Menschen mit Entwicklungsstörungen zu konstatieren.

► **Auch hier Notwendigkeit der Vernetzung**

Jedenfalls gilt auch und gerade für die institutionellen Angebote die Notwendigkeit der Vernetzung zum niedergelassenen Bereich.

So zeigt beispielsweise die best practice des „Haus Zuversicht“ im Waldviertel (Erfahrungsbericht im Rahmen des Anbieterworkshops der NÖGKK), dass Wartezeiten verkürzt werden können, wenn konsistenter gesteuert wird, für wen das Angebot im Zentrum passend ist und wer besser an den niedergelassenen Bereich verwiesen werden soll (mit nach wie vor enger Absprache und Informationsrückkoppelung).

## **Zahlenmängel im institutionellen Bereich**

► **Mangelnde Zahlen ...**

Ebenso wie die AOK Zahlen für Deutschland im Heilmittelbericht im Wesentlichen den niedergelassenen Bereich beleuchten (bzw eben jene Bereiche, in denen Einzelfälle abgerechnet werden), können (wie bereits auf Seite 31 betont) auch die LEICON Zahlen nur Auskunft über Einzelfallabrechnungen geben.

Zentren und Ambulatorien rechnen aber zum Teil über Gesamtkostenrechnung ab bzw haben sie mehrere Finanziers. Damit fehlen für diesen Bereich aber Fallzahlen, Leistungsmengen und Kosten. Die tatsächliche Versorgungslage ist daher nicht ausreichend abgebildet.

► **... verunmöglichen einen Soll-Ist Vergleich von Bedarf und Versorgung**

Wie viele derartige Zentren und Institutionen bräuchte es in Österreich? Auch dieser Bedarf kann wiederum nur geschätzt werden:

Brandstetter (Zentr f Entwicklungsförderung) nennt als benchmark die Zahlen der European Academy of Childhood Disability: Es bräuchte pro 200.000 bis 250.000 EinwohnerInnen ein Zentrum mit einer Kapazität für 600 bis 700 Kinder

Lässt man die Brandstetterschen Zahlen so gelten, bräuchte es für Österreich insgesamt 34 Zentren in der genannten Größe.

Die genannte benchmark lässt sich allerdings auch dahingehend umrechnen, dass in Österreich ein institutionelles Angebot für ca 4.800 Kinder und Jugendliche zur Verfügung stehen sollte, ganz ohne Aussage über die Größe – letztendlich müsste die optimale Zahl und Kapazität der Zentren wohl aus einer Kombination von Größe und Besiedelung des jeweiligen Einzugsgebietes errechnet werden.

Ob dieses Angebot teilweise oder ganz erfüllt wird, lässt sich, wie erwähnt, für Österreich derzeit nicht feststellen: Es gibt keine Zahlen über die bundesländerweite Verteilung derartiger Zentren, mit ihren

Schwerpunkten und Kapazitäten. Dies wäre aber eine dringend notwendige Information um zu einer umfassenden Beantwortung der vorliegenden Fragestellung zu kommen. Im Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung kann dies nicht beantwortet werden – in Kapitel 8 (Datenlage und -qualität) werden mögliche Erhebungswege vorgeschlagen.

## **Institutionelle Versorgung am Beispiel Niederösterreich**

### **► Niederösterreich ist vergleichsweise gut versorgt ...**

In Niederösterreich gibt es elf Standorte von Institutionen, die multidisziplinäre Versorgung für mehrfach therapiebedürftige Kinder anbieten. Das dürfte im Österreich-Vergleich (mit Ausnahme Vorarlbergs, das wie erwähnt ein ganz anderes Modell hat) ein ganz guter Schnitt sein – allerdings sind die Kapazitäten dieser einzelnen Zentren nicht bekannt.

*Dementsprechend sagen auch Deimel / Preitschopf (Land Niederösterreich Behindertenhilfe), dass die Versorgung in Niederösterreich flächendeckend ausgebaut wäre.*

### **► ... allerdings mit regionalen Unterschieden ...**

Am Beispiel Niederösterreichs lässt sich allerdings exemplarisch zeigen, dass die Versorgung jedenfalls nicht gleichmäßig regional verteilt ist. Entgegen allgemein gängigen Vorstellungen muss dabei das Waldviertel (Bezirke Gmünd, Waidhofen/Thaya, Zwettl, Krems Stadt und Land sowie Horn) als sehr dicht versorgt bezeichnet werden<sup>9</sup>: Für 38.175 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren stehen dort fünf derartige Institutionen zur Verfügung – wiederum: ohne Kenntnis der Kapazitäten!! Im Weinviertel (Bezirke Hollabrunn, Tulln, Korneuburg, Mistelbach und Gänserndorf) gibt es mit einem Zentrum in Mistelbach lediglich eine derartige Einrichtung für insgesamt 65.703 Kinder und Jugendliche.

Im Umland von Wien (inklusive der Bezirke Baden und Bruck an der Leitha) leben 75.620 Kinder und Jugendliche – diese sind auf das institutionelle Angebot in Wien angewiesen.

Sankt Pölten, Amstetten und die südlichen Bezirke liegen mit zwischen 20.000 und 28.000 Kinder pro Institution nahe dem niederösterreichischen Gesamtdurchschnitt.

### **► ... und vor allem personell unterausgestattet**

Trotz der hohen regionalen Dichte klagen alle Zentren über lange Wartezeiten. Dies wurde auch in dem Workshop bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse evident. Es fehle dabei an allen Fachrichtungen.

Als Beispiel das Ambulatorium Sonnenschein mit dem Einzugsgebiet St Pölten<sup>10</sup> – auf den einzelnen Wartelisten stehen jeweils:

- 84 Kinder für eine ärztliche Erstuntersuchung, Wartezeit 3-5 Monate
- 307 Kinder für Logopädie, Wartezeit für Diagnostik 6 Monate, Wartezeit für fortlaufende Therapie 6-9 Monate
- 138 PatientInnen für den ersten Block Ergotherapie; Wartezeit für Vormittagskinder für Begutachtung und 1. Therapieblock 9-10 Monate, für Nachmittagskinder 12-13 Monate
- 203 PatientInnen für eine Folgetherapie im Ergotherapiebereich; Wartezeit für Vormittagskinder 7-8 Monate, für Nachmittagskinder 13-14 Monate
- 62 PatientInnen für Physio-Einzeltherapie; Wartezeit 6 Monate
- 68 PatientInnen für Klettergruppe/mixed (Physiotherapie): Wartezeit 6 Monate bis 1 Jahr
- 21 PatientInnen für Klettergruppe/Neuro (Physiotherapie): Wartezeit 6 Monate bis 1 Jahr

---

<sup>9</sup> Im Folgenden wird der Versorgungsgrad jeweils an der Anzahl aller Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren in den genannten Regionen gemessen.

<sup>10</sup> Quelle: Fragebogen des Ambulatoriums Sonnenschein für den Anbieterworkshop der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse im Mai 2011.

- 27 PatientInnen für Haltungsgruppe (Physiotherapie): Wartezeit 6 Monate bis 1 Jahr
- 75 PatientInnen für Psychologische Diagnostik; Wartezeit 4 bis 5 Monate
- 31 PatientInnen für psychologische Behandlung; Wartezeit 6-9 Monate
- 100 PatientInnen für diverse psycho-soziale Gruppentherapien; Wartezeit im Durchschnitt 6 Monate.

Das Ambulatorium Sonnenschein hat für einen Bestand von (zum Erhebungszeitpunkt Mai 2011) 1.266 PatientInnen vier ÄrztInnen (mit insgesamt 110 Wochenstunden), drei ErgotherapeutInnen (mit 106 Wochenstunden), vier LogopädInnen (mit 121 Wochenstunden), drei PhysiotherapeutInnen (mit 88 Wochenstunden), fünf PsychologInnen (mit 140 Wochenstunden), eine MusiktherapeutIn (mit 34 Wochenstunden) und elf MitarbeiterInnen in der Frühförderung (zwei davon mit 60 Wochenstunden, neun MitarbeiterInnen auf Werkvertragsbasis). Hinzu kommen noch sieben MitarbeiterInnen in der Administration.

# 7. Was sind politische Handlungsfelder?

## Finanzierung

Das Thema der Finanzierung ist einer der Kernpunkte der Diskussion und wird seitens der Anbieter als die Hauptursache unzureichender Versorgung genannt. Dabei hat das Thema eine Vielzahl von Facetten, die gesondert behandelt werden müssen.

### Die Sicht der PatientInnen

#### ► **Kostenbeteiligung für die PatientInnen?**

Die interviewten ExpertInnen waren sich darüber einig, dass die notwendige medizinische und therapeutische Behandlung von Kindern für die Versicherten leistbar sein müsste.

Kostenbeteiligungen werden gerade im therapeutischen Bereich als ernstzunehmende Hemmschwelle gesehen.

*Püspök (Kinderarzt Niederösterreich) beispielsweise hatte innerhalb von drei Wochen acht Fälle in seiner Praxis, die sich eine Therapie nicht leisten konnten.*

Bedenkt man den statistischen Zusammenhang zwischen Therapiebedürftigkeit und schwachem sozioökonomischen Hintergrund (siehe dazu auch Seite 15), erscheint es doppelt problematisch, wenn es finanzielle Barrieren für notwendige Therapien gibt.

#### ► **Wie hoch sind die Selbstkosten?**

Da die LEICON Zahlen es nicht ermöglichen, Sachleistung, Kostenerstattung und Kostenzuschuss für die hier interessierenden funktionellen und psycho-sozialen Leistungen für Kinder sauber statistisch getrennt darzustellen, kann die tatsächliche Höhe der Selbstkosten nicht analysiert werden.

Damit bleibt aber auch der Vergleich mit Deutschland unvollständig.

*Püspök (Kinderarzt Niederösterreich) gibt zu bedenken, dass die Behandlungen in Deutschland für Kinder und Jugendliche ohne jegliche „Zuzahlung“ erfolgen, in Österreich aber der überwiegende Teil der Behandlungen nur über Kostenzuschüsse oder Teilrefundierungen erfolgt. Dies brächte mit sich das Problem, dass Eltern wegen der hohen Selbstkosten auf Therapien für ihre Kinder verzichten (was insbesondere bei der Psychotherapie ein besonders ausgeprägtes Problem sein dürfte).*

#### ► **Die Wahl des „billigeren“ Angebots**

Die PatientInnen haben vielfach zu wenig Kenntnis darüber, was eine staatlich kontrollierte Ausbildung und daher ein anerkanntes Diplom ist.

Wenn zu wenig VertragspartnerInnen zur Verfügung stehen und die Selbstbeteiligungen der PatientInnen bei WahltherapeutInnen hoch sind, mag es manchen PatientInnen günstiger erscheinen, privat zu Anbietern zu gehen, die günstiger sind, die aber eben über keinen Qualitätsnachweis verfügen.

*Püspök (Kinderarzt Niederösterreich) formuliert es drastisch: Man kann „irgendwas auf ein Taferl schreiben und es vor die Tür hängen“. Aus seiner Sicht werden aufgrund hoher Selbstbehalte derartige zweifelhafte Angebote gefördert.*

*Das Problem der neuen Gesundheitsberufe ohne Qualitätssicherung, zB EnergetikerIn, wird auch von Himmelbauer (Ergo Austria) angeführt.*

## Einige Evidenzen / ExpertInnenmeinungen zur Honorierungsfrage

### ► „Zahlt sich ein Kassenvertrag aus?“

Diese Frage wurde beispielsweise auch beim Workshop der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse heftig diskutiert.

Der Stundensatz, der erzielbar ist, ist nun einmal unter einem Kassenvertrag geringer als auf dem freien Markt. Andererseits entfallen durch einen Kassenvertrag aufwändige Akquise- und Marketingtätigkeiten, und man kann mit einem relativ fixen PatientInnenzustrom rechnen. Dies ist unter Umständen auch ein wichtiges Argument für TherapeutInnen, die schon länger am Markt sind, deren Risikoneigung aber sinkt.

*Himmelbauer (Ergo Austria) meint daher, dass, wenn es Kassenverträge gibt, diese auch angenommen werden.*

*Dem steht die Meinung von Rafetseder (Stadt Wien) entgegen, dass der private Markt für diese Leistungen sehr groß wäre – es dürfte also auch nach privat zu finanzierenden Leistungen ausreichend Nachfrage geben. Seiner Meinung nach hat dieser Nachfragetrend am privaten Markt auch Rückwirkungen auf die Bedarfssteigerung von Krankenkassenleistungen: Wenn die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen bzw. Therapien insgesamt steigt, so entsteht dadurch auch ein Nachfragedruck bei Krankenkassenleistungen.*

Therapieplätze im privaten Angebotsbereich sind zwar zumeist rascher verfügbar aber für Menschen mit geringem Einkommen finanziell nicht erreichbar. Dies erzeugt neuerlich eine gesundheitliche Benachteiligung für jene ohnehin schon mehr belasteten Kinder. Verfügbarkeit und Leistbarkeit sind die wesentlichen Kriterien für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse berichtet jedenfalls aus der Praxis, dass ausgeschriebene Planstellen im Bereich Logopädie nicht besetzt werden können, dass also offenbar doch angebotene Kassenverträge zu den kassenüblichen Tarifen beim derzeitigen Verhältnis zwischen (privater) Nachfrage und Angebot nicht angenommen werden. In diesem Zusammenhang ist aber auch auf möglicherweise zu geringe Ausbildungskapazitäten (siehe Seiten 46ff) zu verweisen.

### ► Bezahlung nach Kollektivvertrag

Die TherapeutInnen in den Institutionen werden nach dem BAGS-Kollektivvertrag bezahlt – die Finanzsituation lässt hier auch kaum Spielraum nach oben zu. Der BAGS-KV hat in den vergangenen Jahren zwar die Einkommenssituation im Bereich der Gesundheits- und Sozialdienstleistungen stabilisiert, dennoch sind die dadurch festgelegten Gehälter im österreichischen Vergleich eher unterdurchschnittlich.

Das führt dazu, dass die Arbeitsplätze in Zentren und Ambulatorien im Einkommensvergleich mit anderen GesundheitsdienstleisterInnen eher gering bezahlt sind. Eine Konsequenz davon: In den Institutionen finden sich als TherapeutInnen fast nur Frauen.

### ► Je mehr Geldquellen, umso komplizierter wird die Administration

In den meisten Fällen tragen die Krankenversicherungen nicht die Gänze der Kosten der Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen. Ein Teil (in den spezifischen Einrichtungen zur Betreuung multitherapiebedürftigen Kinder zumeist etwa 50 Prozent) wird von der Behinderten- und Sozialhilfe übernommen.

Die meisten ExpertInnen, die mit mehreren Stellen abrechnen müssen, nennen dies als Erschwernis (so zB Brandstetter vom Zentrum f. Entwicklungsförderung und Wölfl vom möwe Kinderschutzzentrum). Andererseits ist die Grenzziehung zwischen „Krankenbehandlung“ (Verantwortung der Krankenkassen) und „Förderung“ (Verantwortung der Länder) inhaltlich fließend, weshalb eine Mischfinanzierung wohl der nächstliegende politische Kompromiss ist.



Zum Teil sind die Abrechnungsmodalitäten unterschiedlich (Quartalspauschalen gegenüber dem Land, Einzelfallabrechnung mit der Gebietskrankenkasse, ...), hinzu kommen bei einigen Stellen (wie zB dem möwe Kinderschutzzentrum) auch noch Fördermittel und Spenden als eigene Geldquelle.

*Dementsprechend wünscht sich Wölfl (möwe Kinderschutzzentrum) eine Grundfinanzierung für das Personal. Förderanträge zu schreiben erzeuge eigenen administrativen Aufwand. Gäbe es eine gewisse Basisfinanzierung, wäre der Spielraum für ein breiteres Dienstleistungsangebot gegeben.*

## **Schnittstellenmanagement**

Viel mehr Einigkeit als in der Finanzierungsfrage herrscht zwischen Anbietern und Finanziers hinsichtlich der Notwendigkeit der Optimierung des Schnittstellenmanagements. Allerdings gilt auch hier: Es müssen die einzelnen Schnittstellen- und Vernetzungsthemen einzeln identifiziert und analysiert werden.

### **Begriffsklärung**

Seitens einiger ExpertInnen bzw auch Krankenkassen wird die begriffliche Problematik genannt: Wie kann zwischen Entwicklungsstörung, Krankheit und Behinderung abgegrenzt werden und wer ist angesichts der geteilten Kompetenzlage Land / Sozialversicherung jeweils dafür zuständig?

*Diese Frage wird zB seitens der Vorarlberger Gebietskrankenkasse gestellt, aber auch im Gespräch mit Deimel/Preitschopf (Land Niederösterreich Behindertenhilfe) wurde diese Frage als sehr unbefriedigend gelöst dargestellt.*

### **Zwischen den Anbietern**

Bereits beim Workshop der NÖGKK wurde dem Thema Vernetzung breiter Raum gegeben: Gerade im niedergelassenen Bereich, aber auch zwischen institutionellen Einrichtungen und niedergelassenen Anbietern braucht es eine gut funktionierende Vernetzung. Dies war auch bei den ExpertInnengesprächen Thema.

*So verweist zB Burian-Langegger (Inst f Erziehungshilfe) auf die Problematik, dass bei Behandlung durch verschiedene Anbieter Behandlungskonzepte oft nicht abgestimmt werden und es dadurch zu Doppelgleisigkeiten und Ineffizienzen kommt. Auch Konrad (BV Öst PsychologInnen) fehlen Vernetzung und Fallkonferenzen.*

HelferInnenkonferenzen müssen einberufen und geleitet werden, es bedarf der gemeinsamen Evaluierung, es muss geklärt werden, wer die Fallführung hat, etc.

*Püspök (Kinderarzt NÖ) würde gerne diese Kooperation zwischen den Anbietern, das gegenseitige Feedback und die gegenseitige Information verpflichtend machen. Himmelbauer (Ergo Austria) nennt als wichtigen Teilaspekt funktionierender Koordination, dass es definierte Austauschzeiten geben muss – ansonsten wird die telefonische Abstimmung sehr schwierig.*

### **Best Practice: NÖGKK Case Management**

„Unfall. Schwere Erkrankung. Was jetzt?

Wo erhalte ich einen Rollstuhl, einen Badewannenlift oder ein Hörgerät? Wie komme ich rasch zu einem Rehabilitationsaufenthalt? Wie soll es beruflich weitergehen?

Zur Sorge um die Gesundheit kommen oft noch andere Probleme wie Informationsmängel, Betreuungslücken oder Existenzängste hinzu.

Die Case Manager/innen der NÖGKK unterstützen Sie bei schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen. Sie beraten, vermitteln, begleiten und führen Sie so durch das Gesundheits- und Sozialsystem. Ihre Anliegen werden vertraulich behandelt.

Die Methode Case Management stammt aus den USA und stellt eine spezielle Form der Betreuung dar. Die NÖGKK hat diese Methode übernommen und Kundenberater/innen der Service-Center als Case Manager/innen ausgebildet.“ (Website der NÖGKK)

Die NÖGKK bietet Case Management flächendeckend in ganz Niederösterreich an – in jedem Servicecenter gibt es dafür ausgebildete Case ManagerInnen. Sie sollen Anlaufstelle bei komplexen und schwierigen Lebenssituationen sein:

- Ausfindigmachen und Auswahl der KundInnen (Feststellung der Berechtigung)
- Individuelle Einschätzung und Diagnose
- Planung der Dienstleistung
- Heranführen der KlientInnen an die benötigten Dienste
- Implementation und Koordination
- Kontrolle
- Handeln im Netzwerk
- Evaluation

## Zum PatientInnenumfeld

### ► Wie kommen Kinder überhaupt zur Behandlung?

Ein wesentliches Problem für PatientInnen ist der Zugang zum System. Während Kinder mit multiplen und massiven Beeinträchtigungen wohl meist über das ärztliche System zugewiesen werden, ist es in vielen anderen Fällen ein wenig vom Zufall abhängig: Es hängt von der Aufmerksamkeit der Eltern, vom Engagement beteiligter PädagogInnen, von der Konsequenz von SozialarbeiterInnen etc ab, ob und wo das Kind Zugang zu einer notwendigen Behandlung findet.

Besonders schwierig wird es dann im schulischen Bereich, da es hier völlig an Ressourcen für ein effektives Monitoring mangelt.

*Konrad (BV Öst PsychologInnen), meint, dass es in Österreich in etwa nur eine/n SchulpsychologIn pro 8.000 Kinder gäbe, was ein eingehendes Monitoring verunmöglicht.*

*Auch Promusass (Elternselbsthilfe) betont die Notwendigkeit von Integrationsplätzen im Kindergarten (wo es schon einiges gäbe, zum Teil aber auch noch sehr mangelhaft) und vor allem dann auch in der Schule.*

*Himmelbauer (Ergo Austria) formuliert als Wunsch die Etablierung regionaler Gesundheitsnetzwerke – niedergelassene TherapeutInnen, Zentren und Institutionen agieren so abgestimmt, dass unabhängig, wo die Eltern andocken, sie zum richtigen, passenden Angebot weiterverwiesen werden.*

*Ein ganz wichtiger Weg wäre auch die Frühförderung. Diese sei beispielsweise laut Purtscher (Kinderpsychiatrie Graz) in der Steiermark verhältnismäßig gut ausgebaut – soweit sie greift, würden Probleme rechtzeitig erkannt und den richtigen Behandlungen und Therapien zugewiesen.*

### ► Wer hilft bei komplexen, multidisziplinären Problemen?

Kinder mit offensichtlichen, klar diagnostizierten Entwicklungsbeeinträchtigungen, finden schneller Eingang ins System als Kinder mit diffuseren Symptomen.

*Purtscher (Kinderpsychiatrie Graz): „Ein retardiertes Kind mit Klumpfuß findet rascher Eingang in das System als beispielsweise ein Kind mit einem leichten Autismus.“*

*Laut Promussas (Eltern Selbsthilfe) begänne allerdings oft dann erst der eigentliche Organisationsaufwand: Eltern von Kindern, die mehrere Therapien bräuchten bzw die möglicherweise eine Kombination aus Therapien. Hilfs- und Heilmittel benötigten, müssten sich häufig selbst organisieren.*

*Auch die zeitgerechte Einholung aller notwendigen Bewilligungen könne sich sehr schwierig gestalten („Es war nie die Krankheit des Kindes das Problem, sondern die Behördenwege.“)*

*Aus ihrer Sicht wären in diesen Fällen die SozialarbeiterInnen oder SozialpädagogInnen die adäquaten Wegweiser durch das System, da sie auch die institutionellen Gegebenheiten kennen. Hilfreich wäre auch eine Broschüre pro Bundesland mit dem Arbeitstitel „Wo bekomme ich was“?*

### ► Kinder nicht ohne Eltern therapieren!

Seitens vieler ExpertInnen wird die Notwendigkeit genannt, das Umfeld der PatientInnen ausreichend einzubeziehen.

*Burian-Langegger (Inst f Erziehungshilfe): „Keine Kindertherapie ohne Elterntherapie“ – die Einbeziehung der Eltern helfe auch im Hinblick auf die Nachsorge und die allgemeine Sensibilisierung.. Wenn die Eltern einmal an das System angedockt hätten, kämen sie bei neuerlichen Problemen auch rascher wieder und die anfangs oft sehr aufwändige Motivationsarbeit entfällt.*

*Konrad (BV Öst PsychologInnen) betont, dass es bei Kindern immer auch um das System darum herum geht.*

*Promussas (Eltern-Selbsthilfe) formuliert es so: „Dort, wo ich Eltern betreue, stärke ich auch das Kind“). Promussas weist auch darauf hin, dass zum Umfeld eines kranken Kindes auch seine gesunden Geschwisterkinder gehören – auch diese sollten optimalerweise in eine Behandlung und Betreuung einbezogen werden.*

*ABER: Himmelbauer (Ergo Austria) beispielsweise betont, dass Elternarbeit häufig besonders schwierig wäre – Eltern wollten sich vielfach nicht beraten lassen, hinzu kämen oft auch noch sprachliche und/ oder kulturelle Probleme. Die Herausforderung für die TherapeutInnen bestünde also darin die Eltern einzubinden, ohne dass sich diese bevormundet fühlen.*

Eltern haben jedenfalls eine Schlüsselposition in der Entwicklung von Gesundheit und Lebensstil ihrer Kinder. Therapien, welche sich alleine mit dem Kind befassen sind zumeist wenig effektiv, weil sie keinen Eingang in den lebenspraktischen Alltag der Familie finden. Zu überlegen wäre daher eine Mitbehandlung der Eltern auf Diagnose und Indikation des Kindes, wenn die Sachlage es erfordert. Eltern wollen keine „eigene Diagnose“ erhalten um betreut werden zu können, sie sehen oft das Problem nicht bei sich sondern lediglich beim Kind und wollen nicht zur Elternberatung oder –therapie an eine andere Stelle gehen.

#### **Best Practice: OÖGKK Pilotprojekte MIA und EMMA**

Die Projekte MIA und EMMA der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse berücksichtigen die Notwendigkeit, dass es auch Angebote der Gesundheitsförderung für die betreuenden und pflegenden Personen von Kindern mit Beeinträchtigungen braucht.

**MIA – Miteinander Auszeit:** In diesem Pilotprojekt wird Müttern mit Kindern unter zwölf Jahren, die behandlungsbedürftig sind, ein gemeinsamer dreiwöchiger Kuraufenthalt ermöglicht, mit Therapieangeboten für die Kinder, aber auch Betreuung und individuellem Therapieplan für die Eltern.

**EMMA – Eltern mit Kind machen Auszeit:** Ähnlich wie MIA, nur steht hier das Therapieangebot für das Elternteil im Vordergrund. Gerade Eltern von Kindern mit Beeinträchtigungen vernachlässigen oft ihre eigene Gesundheit, Krankheiten werden unterdrückt oder sogar verschwiegen (laut Website OÖGKK). EMMA ermöglicht den Kuraufenthalt des pflegenden Angehörigen. Das Kind fährt mit, während der Therapiezeiten des Elternteils wird es betreut, die restliche Zeit können Eltern und Kinder miteinander verbringen.

#### **► Die Behandlungsloyalität gilt aber der/dem PatientIn**

Trotz aller Notwendigkeit die Eltern miteinzubeziehen, ist es unabdingbar, dass die Behandlungssettings loyal gegenüber den PatientInnen sind. Es müssen hier alle Schutzbedürfnisse beachtet werden.

*So zeigt die Erfahrung beispielsweise aus dem möwe Kinderschutzzentrum, das mit dem Thema „Sexueller Missbrauch“ zu tun hat, dass für mitversicherte 14 bis 18jährige überlegt werden könnte, ob Behandlungen auf der Krankenversicherungsabrechnung der Versicherten aufscheinen sollte – dieser mangelnde Datenschutz könne ein Hemmnis sein, bei Missbrauch in der Familie eine Hilfsinstitution aufzusuchen.*

#### **► Niedrigschwellige Zugänge schaffen!**

In vielen Fällen, insbesondere dort, wo es sich um Familien mit Risikokonstellationen handelt, ist es schwierig, diejenigen Kinder, die eine Behandlung nötig hätten, auch zu erreichen. Dies beginnt bereits bei der zu geringen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes.

Püspök (Kinderarzt Niederösterreich) nennt hier als internationale best practice die Schul- und mobilen Gemeindeschwestern in Schweden – laut seinen Informationen werden in Schweden damit 98 Prozent der Kinder erreicht:

**Zur Info (anhand einer Internetrecherche):** In Schweden gibt es in den Gemeinden bzw Bezirken mobile Krankenschwestern, die von Geburt an die Kinder und ihre Eltern betreuen, Gesundheitsassessments machen, bei der Unfallprävention unterstützen und auch Risiken für Kinder und Familien mit besonderen Bedürfnissen identifizieren. Diese Krankenschwestern stellen somit den grundlegenden Baustein der *primary care* in Schweden dar und sind gleichzeitig wesentliche Nahtstelle zu den Sozial- und Gesundheitsdienstleistern in der jeweiligen Region.

Auch Piso (2011, 77) betont die Notwendigkeit aufsuchender Dienste: Eltern-Kind-Vorsorge Leistungen sind in Österreich entlang „Come“-Strukturen organisiert, während die *best practice* vieler europäischer Länder zeigt, dass es zusätzlich „Go“ Strukturen als integralen Bestandteil des Screening- und/oder Versorgungsangebot braucht.

*Allerdings: Nur eine mobile Stelle sei laut Püspök (Kinderarzt Niederösterreich) auch zu wenig. Er nennt hier das Burgenland, wo es einen mobilen Beratungsdienst gäbe, der gut und niederschwellig wäre. Dahinter aber wäre das Angebot „zu mager“, so dass dieser Beratungsdienst nicht adäquat die Nahtstellenfunktion wahrnehmen könne.<sup>11</sup>*

#### ► **Kindergesundheitsnetzwerke in der Primärversorgung**

„Da die Krankheitsbilder von Kindern und Jugendlichen immer komplexer werden und in all ihren Lebensräumen zum Tragen kommen, wäre es sinnvoll, das Wissen und die Kompetenz verschiedener Professionen wie Medizin und funktioneller Therapien, Psychologie und Psychotherapie, Pädagogik und Sozialwissenschaften zu bündeln und in berufsübergreifender Netzwerkarbeit systematisch zusammenzuführen. Dies würde bedeuten, dass einerseits mehr bezahlte Arbeitszeit für strategische Kommunikation, Koordination und Kooperation notwendig wäre, andererseits aber auch unwirtschaftliche Doppelgleisigkeit und unergiebiges Einzelkämpfertum vermieden werden könnten.“ (Vavrik 2011, 13)

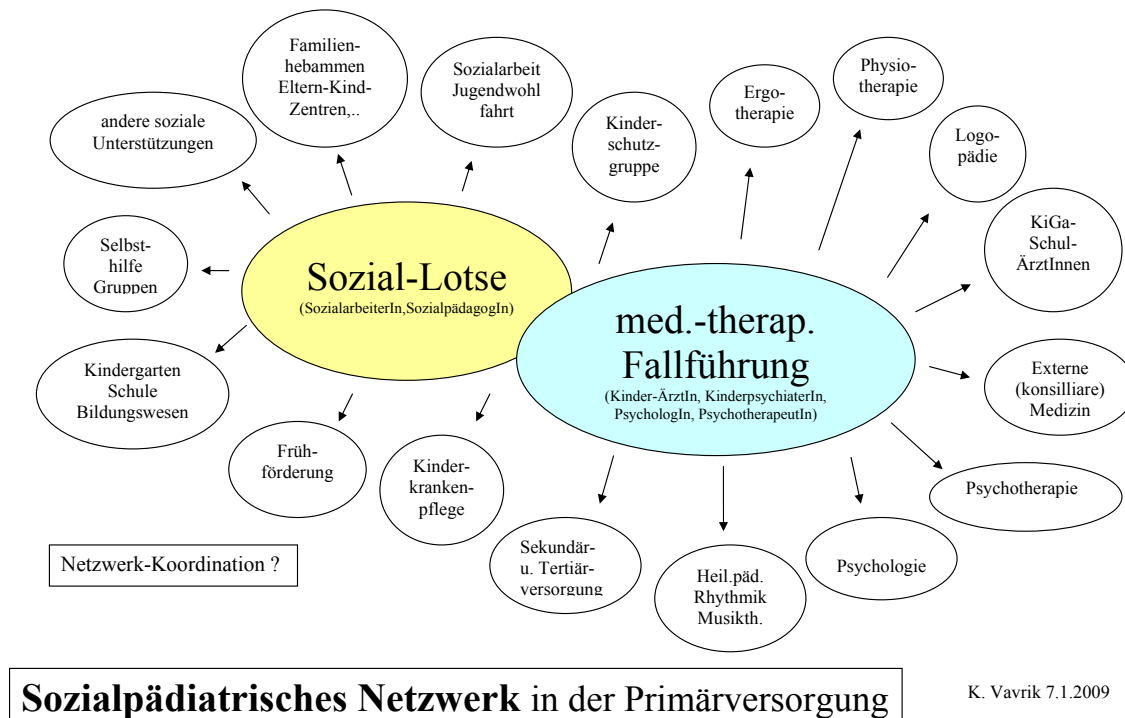
Ein derartiges interdisziplinäres Teamwork ist derzeit nur innerhalb von Spitals- oder Ambulatoriumsstrukturen möglich, wäre aber auch in anderen Feldern wie dem niedergelassenen Bereich, der Schule, der Zusammenarbeit mit der Jugendwohlfahrt, etc. sinnvoll.

Modellhafte Konzepte für interdisziplinäre Kinder- und Jugendgesundheits-Netzwerkarbeit gibt es (so zB das nachstehend in Grafik 1 dargestellte von Vavrik 2009 entwickelte Sozialpädiatrische Netzwerk in der Primärversorgung in Anlehnung an Vorarbeiten von Ernst Tatzler):

---

<sup>11</sup> Zudem handelt es sich bei diesem Dienst ebenfalls eher um eine „Come“-Struktur, also einen nicht flächendeckend aufsuchenden Dienst.

## Grafik 1: Das Sozialpädiatrische Netzwerk in der Primärversorgung



Quelle: Klaus Vavrik, 2009.

Die Qualität und die Zügigkeit von Diagnosefindung und Therapieangebot sowie die strukturierte Kommunikation eines Gesamtbehandlungsplanes mit den betroffenen Familien könnte aber jedenfalls erheblich verbessert werden.

Strukturell würde es im Modell von Vavrik (2009) im Einzelfall je nach Sachlage eine verantwortliche Person für die medizinisch-therapeutischen Belange (medizinisch-therapeutische Fallführung) und/oder eine/n SoziallotsIn sowie meist auch noch eine Netzwerkkoordination brauchen.

### ► Administration darf nicht bei den PatientInnen liegen

Allerdings: Die Administration dieser Vernetzung darf nicht bei den PatientInnen liegen.

So stellt zB Wölfl (möwe Kinderschutzzentrum) an die Institutionen und Zentren den Anspruch, dass sie den PatientInnen die übermäßige Administrationstätigkeit abnehmen (ein Anspruch, der im übrigen auch in dem Workshop mit der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse formuliert wurde) – dies wäre ein essenzieller Beitrag für einen möglichst niederschweligen Zugang.

### ► Nicht auf die Nachsorge vergessen!

Behandlungen, insbesondere mit PatientInnen aus Risikoumfeldern, dürfen nicht abrupt enden. Schule und Eltern können das vielfach nicht leisten, hier braucht es noch eine Unterstützung insbesondere jener PatientInnen mit komplexen Problemen. Es wäre wünschenswert, wenn den Institutionen auch für diese Nachbetreuung Ressourcen zur Verfügung stünden.

Dies kann und sollte wohl bis hin zur ambulanten Rehabilitation gehen.

## Zwischen Anbietern und Finanziers

Um eine integrierte umfassende medizinisch-therapeutische und sozialpädiatrische Versorgung struktureffizient und kosteneffektiv anbieten zu können, bedarf es selbstverständlich auch der Kooperation und Koordination zwischen Anbietern und Finanziers.

Ein gegeneinander Agieren und wechselseitige Schuldzuweisungen würden keinerlei sinnvolle Entwicklungsschritte bringen. Es braucht daher auch hier gute Abstimmungsprozesse.

*So fände es beispielsweise Himmelbauer (Ergo Austria) effizient und wünschenswert, wenn die Anbieter mit ihrem Know-how stärker in die Erstellung von Strukturkonzepten und Planungen einbezogen würden.*

*Auch Purtscher (Kinderpsychiatrie Graz) schlägt vor, dass die Krankenversicherungsträger beispielsweise KinderpsychiaterInnen als KonsulentInnen bei Leistungsdefinitionen und -planungen hinzu ziehen sollten.*

## Zwischen den Finanziers

### ► Zu wenig Vernetzung zwischen gesundheitspolitischen Finanziers

Es gibt offenbar zu wenig Vernetzung zwischen den einzelnen Finanziers bzw herrscht zu sehr Ressortdenken vor. Es scheint daher nicht möglich zu sein einen Gesamtblick zu haben.

*„Dabei geht es immer um die selben Kinder.“ (Burian-Langegger vom Institut für Erziehungshilfe)*

*Deimel / Preitschopf (Land Niederösterreich Behindertenhilfe) formulieren als Wunsch, dass im Rahmen der gemeinsamen Finanzierung von Leistungen an therapiebedürftige Kinder die organisatorische Abwicklung so wie bisher weiter bei der Krankenversicherung angesiedelt bleiben solle. Die Sozialhilfe könne hier meist nicht ausreichend unterstützen, daher sollte auch in jenen Fällen, in denen es sich begrifflich um Gebrechen und nicht Krankheiten handelt, in denen aber Behandlungen die Probleme lindern können, die Krankenversicherung zuständig sein.*

Möglicherweise wäre hier eine ressortübergreifende Kinder- und Jugendgesundheitspolitik mit gemeinsamer Steuerung von Versorgung und Finanzierung die Lösung.

### ► Noch weniger Vernetzung zu Institutionen außerhalb des Gesundheitswesens

Die einzelnen Institutionen stimmen sich zu wenig ab. Je weiter entfernt eine Institution vom Gesundheitswesen ist, um so weniger wird der Zusammenhang bedacht. Dies betrifft das Bildungswesen bis hin zu den Arbeitsmarktinstitutionen für junge Menschen. So könnte zum Beispiel das zunehmend virulente Problem der Arbeitsunfähigkeit junger Leute unter Umständen zum Teil auch mit Hilfe psychosozialer Therapien erleichtert werden.

### ► Schulärztliche Versorgung

Wenn auch nicht Aufgabe der Krankenkassen, so sollten die SchulärztInnen nicht unerwähnt bleiben. Sie könnten eine wichtige Erstanlaufstelle sein für Screening und Monitoring.

*Laut Deimel/Preitschopf (Land Niederösterreich Behindertenhilfe) wäre hier auch bereits ein Umbruchdenken vorhanden und es wäre gut, hier auf Länder- und Bundesebene die diskutierten Pläne und Visionen abzufragen.*

### ► Unterschiedliche Verträge verursachen Ineffizienzen

Gerade im therapeutischen Bereich macht sich die Problematik verschiedener Vertragsgestaltungen und Finanzierungsmodalitäten bemerkbar: „Jeder zahlt unterschiedlich, jeder kriegt unterschiedlich“ – das System wird damit sowohl für die PatientInnen als auch für die Anbieter wenig nachvollziehbar und erzeugt hohe Administrationskosten (wenn jede/r PatientIn anders informiert werden muss, wenn für jede/n andere Abrechnungsmodalitäten gelten).

## **Best Practice Niederösterreich**

Als *best practice* kann das Versorgungsangebot in Niederösterreich im Hinblick auf die Finanzierungsregelung gewertet werden. In vier Einrichtungen (VKKJ, Zuversicht, Gesellschaft f ganzheitl Förderung und Therapie, Ambulatorium Sonnenschein) mit insgesamt elf Standorten in Niederösterreich werden die Kosten für die Kranken- und Heilbehandlungen zur Hälfte zwischen Land und Gebietskrankenkasse aufgeteilt.

### **► Hilfs- und Heilmittelversorgung**

Ein spezifisches Problem ist die Versorgung von Kinder und Jugendlichen mit notwendigen Hilfs- und Heilmitteln wie Schienen und dgl. Oft geht das Besorgungsprocedere über viele Stellen und dauert mehrere Monate, sodass Kinder manchmal dem Produkt schon wieder entwachsen sind bevor sie es überhaupt erhalten haben, und die zu bezahlenden Selbstbehalte sind so hoch, dass sie trotz Zuschüssen diverser öffentlicher oder privater Stellen für viele Familien nicht leistbar sind (siehe auch Diel 2011). Eine Möglichkeit wäre eine „One-Stop-Shop“-Systematik der Beschaffung und eine volle Übernahme der Kosten so wie dies etwa auch in Deutschland der Fall ist.

## **Zum stationären Bereich**

Auch auf die Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich darf nicht vergessen werden.

*Hierfür nennt Püspök (Kinderarzt Niederösterreich) als best practice die deutschen sozialpädiatrischen Zentren, die eng an die großen Kliniken angeschlossen sind und somit das Hinterland der stationären, klinischen Medizin leichter zur Verfügung haben.*

Damit wird auch die Nachsorge deutlich verbessert: Nach einer Spitalsentlassung, bei der es noch Nachsorge geben muss, zahlt die Krankenkasse bis zu 20-30 Stunden eine mobile Krankenschwester, die dabei begleitet, mit den neuen Gegebenheiten wieder in den Alltag zu finden.

*Auch Purtscher (Kinderpsychiatrie Graz) weist in der Versorgungsfrage auf eine wichtige Interdependenz zwischen extramuralem und intramuralem Bereich hin: Pro 1.000 EinwohnerInnen sollte aus ihrer ExpertInnensicht die Bettenmessziffer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 0,1 betragen. Bei guter extramuraler Versorgung könne diese Ziffer aber auf 0,07 gesenkt werden. (Anmerkung: Laut Gesundheit Österreich gab es 2008 rund 400 Kinder- und Jugendneuropsychiatrie-Betten; dies entspricht einer bundesweiten Bettenmessziffer von nur 0,05 tatsächlichen Betten pro 1.000 EinwohnerInnen!).*

Bekanntlich sind (im budgetären Gesamtblick) ambulante Leistungen meist kostengünstiger als stationäre, so dass es kostenschonend wäre, den extramuralen Bereich der Kinderpsychiatrie so weit auszubauen, dass möglichst wenig stationäre Betten erforderlich wären.

## **Qualifikation und Personalkapazitäten**

Die Frage des Qualifikationsspektrums und der Personalkapazitäten wird von einzelnen Anbietern sehr unterschiedlich beantwortet und behandelt.

### **► Gäbe es denn genug?**

Nicht völlig zu klären ist die Frage, ob insgesamt genügend ausgebildete TherapeutInnen am Markt wären. Die Antwort ist natürlich auch von Fach zu Fach verschieden.

*So meint Püspök (Kinderarzt NÖ) hinsichtlich der funktionellen TherapeutInnen, dass seiner Meinung nach genügend da wären und die Krankenversicherungen diesen Pool mit Verträgen heben müssten.*

*Himmelbauer (Ergo Austria) hingegen sieht bei den LogopädInnen zu geringe Ausbildungskapazitäten. Aus ihrer Sicht ließe sich bei den funktionellen TherapeutInnen insgesamt die Frage allerdings nur unzureichend beantworten, da es keine Registrierungspflicht gibt.*

*Nach einer dreijährigen Fachhochschule ist eine allfällige Freiberuflichkeit bei der Bezirksverwaltungsbehörde zu melden. Wie viele davon aber tatsächlich in welchem Ausmaß aktiv sind, ließe sich nicht eruieren. Die Krankenkassen wüssten allenfalls eine Kopfzahl jener, mit denen sie einen*

Kassenvertrag haben, wie groß aber die „stille Reserve“ für weitere Kassenverträge ist, ließe sich nicht sagen.

Brandstetter (Zentr f Entwicklungsförderung) berichtet aus seiner Erfahrung, dass es genügend TherapeutInnen im psychologischen Bereich gäbe, dass aber andere Therapeutenstellen lange unbesetzt bleiben müssen, weil sich niemand Geeigneter findet.

#### ► **Gibt es ausreichend kinderspezifische Qualifikationen?**

Sowohl bei den funktionellen als auch bei der Psychotherapie und Psychologie sind eigene Kenntnisse über kinder- und jugendspezifische Problematiken notwendig. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen braucht spezifisches entwicklungsdiagnostisches und entwicklungs-dynamisches Wissen und besondere Eignung sowie Ausbildung für die altersadäquate Umsetzung therapeutischer Inhalte, systemisches Denken und Kompetenz zur Elternarbeit. . Diese Qualifikationen sind aber vielfach nur unzureichend vorhanden.

So sagt etwa Burian-Langegger (Inst f Erziehungshilfe): „Das Psychotherapiegesetz hat die Kinder vergessen“ – es gäbe in der Psychotherapie keine Kinderspezifizierungen. Zusatz- und Weiterbildungen in diesem Bereich wären sehr wünschenswert.

Die Kosten von solchen Aufqualifizierungen könnten laut Brandstetter vom Zentrum für Entwicklungsförderung aber nicht von den anstellenden Zentren und Institutionen getragen werden, sondern sie müssten von jemandem Dritten übernommen werden.

Ebenso wenig dürfe aber darauf vertraut werden, dass die TherapeutInnen die notwendigen und oft kostspieligen Aufschulungen sich selbst finanzieren – das Kosten-Nutzen-Verhältnis würde hier nicht stimmen, da die Bezahlung auf Kindertherapie-Arbeitsplätzen sehr gering sei (ebenfalls Brandstetter bzw siehe auch die vorherigen Ausführungen zu BAGS-KV und Freiberuflichkeit).

#### ► **PsychotherapeutInnen oder Klinische PsychologInnen?**

Ein Konfliktpunkt unter den Anbietern ist der Stellenwert der Klinischen PsychologInnen bzw respektive der PsychotherapeutInnen. Kassenverträge für die Behandlung gibt es in Österreich nur mit den Vereinen der PsychotherapeutInnen, was allein schon das Rekrutierungspotenzial einschränkt. Klinische PsychologInnen dürfen hingegen auf Kasse nur diagnostizieren, aber nicht behandeln.

Laut Burian-Langegger (Inst f Erziehungshilfe) müsste es von der Menge her eigentlich genügend PsychotherapeutInnen geben. Dementsprechend würde aus ihrer Sicht der Plan der Wiener Gebietskrankenkasse als nicht qualitätsfördernd gesehen, ein Ambulatorium zu eröffnen, wo auch PsychotherapeutInnen, die sich noch in Ausbildung befinden, PatientInnenkontakt haben sollen.

Konrad (BV Österreichischer PsychologInnen) stellt hingegen fest, dass klinische PsychologInnen in ihrer Ausbildung die Möglichkeit der Schulung hinsichtlich kinderspezifischer Problematiken hätten, sowohl während des Regelstudiums als auch dann in der klinischen Phase, wenn sie ein Praktikum in einer Kindereinrichtung machten. Laut dem Berufsverband gäbe es damit genügend ausgebildete PsychologInnen, so dass allfällige Engpässe im mental health-Bereich über diese Gruppe abgedeckt werden könnten.

#### ► **Kinderpsychiatrie ist Mangelfach**

Die fachärztliche Ausbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde als Mangelfach definiert. Damit sollte es einzelnen Universitätskliniken leichter sein auszubilden<sup>12</sup>, damit rasch die notwendige Anzahl von KinderpsychiaterInnen in Österreich erreicht ist.

Laut Purtscher (Kinderpsychiatrie Graz) gäbe es auch genügend AusbildungskandidatInnen: Auf einen Ausbildungsplatz kämen acht bis zehn KandidatInnen.

---

<sup>12</sup> Mangelfachregelungen sollen die Ausbildungskapazitäten in bestimmten, definierten Fächern erhöhen. In der Medizin gilt normalerweise: Pro einem OberärztIn kann es einen Ausbildungsplatz geben, in der Mangelfachregelung darf es zusätzlich auch pro Primariat einen weiteren Ausbildungsplatz geben.



► **Muttersprachliche und kulturspezifische Therapien fehlen!!!**

Österreich ist Migrationsland. Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund ist laufend im Steigen. Umso mehr überrascht es, dass es nur ganz vereinzelt muttersprachliche Therapieangebote gibt. Die Problematik ist dabei viel tiefergehend als nur die Sprachbarriere.

*So betont Burian-Langegger (Inst f Erziehungshilfe), dass MigrantInnen vielfach nicht nur eine andere Sprache sprechen, sondern ein völlig anderes Erfahrungsspektrum (zB als Traumata Krieg und Flucht kennen) und auch ein kulturell anderes Verständnis von Störungen und wie damit umzugehen wäre haben.*

► **Supervision als wesentlicher Teil der Personalentwicklung**

TherapeutInnen brauchen Supervision. Vor allem dann, wenn sie mit Problemfällen oder mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen zu tun haben.

*Ein besonders drastisches und für die TherapeutInnen extrem belastendes Beispiel nennt Purtscher (KInderpsychiatrie Graz), wenn sie erzählt, dass es vorkommt, dass Kinder, die in der Landesnervenklinik zur Behandlung waren, von ihren Eltern einfach nicht mehr abgeholt werden.*

*Allerdings ist es auch für die BehandlerInnen belastend, wenn sie KlientInnen ablehnen müssen und wissen, dass hier notwendige Therapien nicht erbracht werden können (Burian-Langegger, Inst f Erziehungshilfe).*

Supervision als Burn Out Prophylaxe ist somit notwendiger Bestandteil des Arbeitsalltags. Kommt es aber zu überdurchschnittlicher Prävalenz von Burn-Out, wird das System ineffizient in seiner Kosten-Nutzen-Struktur: Zunächst werden aufwändige Ausbildungen finanziert (öffentlich und/oder privat), um kinderspezifische TherapeutInnen zu schulen. Diese haben dann aufgrund eines zu dichten Arbeitsalltags zu wenig Ressourcen für die Burn Out Prophylaxe, so dass sie sehr rasch wieder den Arbeitsplatz verlassen.

*Laut Wölfl (möwe Kinderschutz) sei die Fluktuation gerade in den Zentren und Institutionen sehr hoch. Damit werden Bildungsinvestitionen zu sunk costs.*

*Ähnliches sagt auch Himmelbauer (Ergo Austria) in Bezug auf die Funktionellen TherapeutInnen).*

*Wolschlag (BM f Gesundheit) ist allerdings der Meinung, dass die Notwendigkeit der eigenen Psychohygiene nicht unbedingt durch die Öffentlichkeit abzugelten sei – auch andere Berufe (zB BusfahrerInnen) erleben tagtäglich Stresssituationen und müssten diese im Rahmen ihrer normalen Tätigkeit bewältigen lernen.*

## 8. Datenvollständigkeit und -qualität?

### **Das Wichtigste in Kürze**

In der gesundheitspolitischen Diskussion taucht regelmäßig die Frage auf, ob der Bedarf an therapeutischen Leistungen für Kinder und Jugendliche mit der Zeit steigt oder sich in seinen Schwerpunkten verändert und ob dieser Bedarf in Österreich durch öffentlich finanzierte Leistungen ausreichend gedeckt ist.

Es zeigt sich allerdings in der Praxis sehr rasch, dass diese berechtigten Fragen nur unzureichend beantwortet werden können. Es gibt keine systematische und umfassende Erhebung, wie groß der Bedarf (nach Altersgruppen oder gar sozioökonomischen Indikatoren) ist.

Und auch die Versorgungssituation kann nicht vollständig abgebildet werden. Die Logik der Datenerhebung und Datenbanken der Sozialversicherung entspricht nicht der Frage nach dem Versorgungsstand: Es geht hier um die Darstellung der Folgekosten bestimmter Leistungen und Leistungsgruppen und es geht vor allem meist nur um die budgetären Aggregate. Erschwert wird die einheitliche Darstellung durch unterschiedliche Honorar- und Vertragssysteme – je unterschiedlicher die Regelungen der einzelnen Trägern in bestimmten Bereichen, umso unterschiedlicher (und weniger vergleichbar) sind auch die Daten.

Therapeutische Leistungen, noch dazu für eine spezifische PatientInnengruppe (wie eben Kinder und Jugendliche) sind aus budgetärer Sicht eher marginale Fragen. Ihre Erfassung oder Nicht-Erfassung hat kaum Auswirkungen auf den gesamten Rechnungsabschluss der Krankenversicherungen. Es gibt daher auch keine einheitlichen Regeln der Leistungserfassung.

Während die Versorgungssituation im niedergelassenen Bereich noch annähernd darstellbar ist (mit gewissen Unschärfen), erlaubt die Datenlage derzeit überhaupt keine systematische und umfassende Analyse, wie viele PatientInnen im institutionellen Bereich welche Leistungen für therapiebedürftige Kinder und Jugendliche erhalten. Erst die (ungefähre) Kenntnis dieser Zahlen ließe aber ein vollständiges Bild der Versorgungslage und allfällig bestehender Defizite zu – es wird hier daher die Entwicklung eines eigenen Erhebungsprozesses durch die Krankenversicherungsträger vorgeschlagen und beschrieben.

## Bedarfszahlen

### ► **Keine umfassende Studie über den Bedarf in Österreich**

Es gibt keine umfassende Quelle in Österreich, wie hoch der Bedarf bei Kindern und Jugendlichen an Therapien im funktionellen und psychosozialen Bereich ist. Die Datenquellen der Krankenversicherungsträger dienen der Folgekostenabschätzung einzelner Leistungen, nicht aber der Erhebung von Bedarf und Versorgungsstand.

Eine umfassende Studie wie die KiGGS-Studie in Deutschland, die die Versorgung und den Gesundheitszustand deutscher Kinder und Jugendlicher im Jahr 2005 erfasst hat (und die durch eine telefonische Befragung 2009 bis 2012 fortgesetzt wird), wurde bislang in Österreich noch nicht durchgeführt.

### ► **Zahlen über Gesundheitszustand von Jugendlichen vorhanden**

Der HBSC-Survey der WHO wiederum richtet sich nur an 11-, 13- und 15-jährige SchülerInnen, um deren Gesundheitsverhalten abzubilden: Damit kann das Gesundheitsverhalten dieser Gruppe von Schulkindern dargestellt werden (Risiken und Ressourcen), es lassen sich aber noch nicht nähere Schlüsse auf therapeutischen Bedarf ziehen.

### ► **Wartezeiten werden nicht systematisch erfasst**

Ein Indiz für (mangelnden) Bedarf sind überlange Wartezeiten bei TherapeutInnen und in Ambulatorien. Die Befragungen bei Anbietern und Krankenversicherungsträgern haben allerdings gezeigt, dass diese zwar wahrgenommen werden, aber ebenfalls nicht systematisch erfasst werden. Vergleiche zwischen Institutionen sind schon gar nicht möglich, da manche Institutionen beispielsweise ab einer gewissen Länge die Warteliste schließen, dh es werden keine weiteren PatientInnen auf die Liste gesetzt, wenn klar wird, dass diese PatientInnen länger als beispielsweise ein halbes Jahr auf einen Therapieplatz warten müssten. PatientInnen scheinen auch auf Wartelisten mehrere Anbieter auf, da sie verständlicherweise ihre individuelle Wartezeit optimieren wollen (diese Tatsache wurde auch bei dem Workshop der NÖGKK bestätigt).

Auch die Vergleiche zwischen einzelnen niedergelassenen TherapeutInnen und Ambulatorien sind derzeit wenig zielführend.

### ► **Möglichkeiten einer standardisierten Erhebung des Bedarfs?**

Eine regelmäßige, standardisierte, systematische Erhebung ist im Rahmen der bestehenden Datenapparate derzeit nicht möglich, am ehesten könnten Mikrozensus-Sondererhebungen genützt werden. Diese haben aber eine relativ geringe Grundgesamtheit, so dass die Spezialfrage „Therapeutischer Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen“ wohl kaum statistisch relevante Aussagekraft bekäme.

Wollte daher der Versorgungsstand aller Altersgruppen der Kinder und Jugendlicher dargestellt werden, bräuchte es ein eigenes Erhebungs- und Auswertungsverfahren, etwa nach dem Vorbild der deutschen KiGGS-Studie.

Sinnvoll wäre dies allerdings nur (wenn auch noch aufwändiger), wenn das Verfahren wiederholbar ist und somit ein regelmäßiges Monitoring gemacht werden kann (so werden in der zweiten Schleife der KiGGS-Studie sowohl Probanden der ersten Runde wieder befragt, um eine Darstellung der Entwicklung über die Zeit zu ermöglichen, als auch neue Kinder und Jugendliche in den Survey aufgenommen).

In vorliegender Studie wurde die vereinfachte Annahme getroffen, dass der deutsche Bedarf ähnlich dem österreichischen sein dürfte und daher Analogieberechnungen aus KiGGS-Studie, Heilmittelbericht und BELLA-Studie durchgeführt (für genaue Methodik und Details siehe die jeweiligen Abschnitte dazu).

**Notwendig für umfassendes und systematisches Bedarfsmonitoring:**  
**Regelmäßige, standardisierte und wiederholbare Erhebungen, die regional und nach sozioökonomischen Merkmalen den Bedarf (und seine Veränderung über die Zeit) nach ärztlichen und therapeutischen Leistungen – vor allem auch im Versorgungsmix – darstellen. Neben dem Design wäre hier vor allem die Finanzierungsfrage zu klären.**

## Versorgung im niedergelassenen Bereich

### ► Versorgung im Folgekostensystem abgebildet, aber mit anderer Logik

Auch wenn also der Bedarf zum derzeitigen Zeitpunkt nur geschätzt werden kann, so werden doch die mit den Krankenversicherungsträgern verrechneten Leistungen (sei es über Vertragspartner oder sei es über Kostenerstattung und -zuschuss) statistisch erhoben.

Die relevanten Datensysteme dafür sind das LGKK (Leistungswesen Gebietskrankenkasse) und FOKO (das Folgekostensystem). Dort werden für die einzelnen Fachgruppen Vertragspartnerleistungen erfasst. Es steht dabei nicht der Patient, sondern die einzelne Leistung im Vordergrund.

Die Daten werden in der Folge bundesweit im System LEICON zusammengefasst.

Problem dabei: Es gibt unterschiedliche Honorarordnungen und unterschiedliche Verrechnungssysteme. Leistung ist daher nicht gleich Leistung, Krankenversicherungsträger haben unterschiedliche Systematiken der Zuordnung. Insbesondere in den „Randbereichen“ der therapeutischen Leistungen macht sich diese Uneinheitlichkeit stark bemerkbar. Hinzu kommt, dass in diesen Bereichen Sachleistung, Kostenerstattung und Kostenzuschuss statistisch nicht getrennt dargestellt werden können, obwohl diese Unterscheidung aus Sicht der Versicherten höchst relevant ist.

### ► Gerade im therapeutischen Bereich Leistungen nicht im bundesweiten System erfasst

Zum Teil werden verrechnete Leistungen gar nicht in das Gesamtsystem eingespeist (so finden sich beispielsweise die psychotherapeutischen Leistungen im Land Salzburg nicht im bundesweiten LEICON-System wieder), besonders intransparent wird es in Bereichen, für die Pauschalfinanzierungen vereinbart sind (wenn es etwa Vereinslösungen gibt).

### ► LEICON-Daten mit zeitpunktbezogener Trägerbefragung qualitätsgesichert

Die in dieser Studie verwendeten LEICON-Daten (die auf FOKO und LGKK zurückgreifen) müssen daher aus allen genannten Gründen gerade für die Fragestellung der therapeutischen Versorgung als nicht ausreichend gesehen werden.

LEICON hat daher für das Jahr 2009 eine genaue Abstimmung mit den einzelnen Krankenversicherungsträgern vorgenommen, die zeigt, dass es in einzelnen Bereichen größere Abweichungen gibt.

### ► Manche Fälle können keinem Bundesland zugeordnet werden

Ein weiteres, etwas geringeres, Problem: Von den ca 1,5 Mio Kindern und Jugendlichen, die im Jahr 2009 österreichweit irgendeine von LEICON erfasste Leistung erhielten, sind 24.000 (das sind 1,5 Prozent der PatientInnen) keinem Bundesland zuordenbar.

### ► Bundesländervergleiche der Versorgung derzeit nur bedingt möglich

Auf Bundesländer-Vergleiche der therapeutischen Versorgung sollte seriöserweise angesichts der Schwächen der Datenlage zum jetzigen Zeitpunkt eher verzichtet werden: Beispielsweise leben laut Statistik Austria 18,6 Prozent aller Kinder in Wien und 19,6 Prozent in Niederösterreich. Hingegen ist der Wiener Anteil an der Gesamtheit aller Kinder und Jugendlichen in Österreich, für die eine LEICON-erfasste psychosoziale Leistung im niedergelassenen Bereich verrechnet wurde, 15 Prozent, der niederösterreichische Anteil 22 Prozent: Heißt dies nun, dass niederösterreichische Kinder und

Jugendliche mehr psychosoziale Probleme haben als Wiener Kinder und Jugendliche, heißt es, dass die Wiener Krankenversicherung weniger Leistungen genehmigt, oder heißt es schlicht und einfach, dass die Zahlen eben nicht vollständig erfasst sind? Angesichts der lückenhaften Datenlage können diese Fragen derzeit nicht beantwortet werden.

► **Risiko der Fehlinterpretationen hoch**

Der LEICON-Datensatz kann daher als erste, durchaus brauchbare Annäherung verstanden werden um den Versorgungszustand von Kindern und Jugendlichen im Bereich der Therapien im Aggregat darzustellen, ohne Zusatzinformationen (welche Krankenversicherungsträger welche Leistungen unter welcher Klassifikation in das System einspeisen) besteht allerdings das Risiko von Fehlinterpretationen, insbesondere, wenn regionale Vergleiche gemacht werden sollen.

**Notwendig für umfassendes und systematisches Versorgungsmonitoring im niedergelassenen Bereich:**

Es bieten sich zwei Möglichkeiten an: Entweder wird die in dieser Studie gewählte Methode (systematischer Datenauszug aus den LEICON-Daten der Leistungen an Kinder und Jugendliche gepaart mit einer qualitätssichernden Befragung der Krankenversicherungsträger) ausgebaut und vervollständigt (vor allem auch in Hinblick auf die Unterscheidung Sachleistung, Kostenerstattung und -zuschuss) – diese Methode würde die bestehende Autonomie der Krankenversicherungsträger in der Leistungserfassung respektieren, hätte aber den Nachteil, dass sie ein wenig zufallsgeleitet ist (die Ansprechpartner bei den Krankenversicherungsträgern werden beispielsweise immer wieder wechseln).

Oder es werden Anstrengungen gesetzt, möglichst bald eine einheitliche Leistungserfassung aller Krankenversicherungsträger zu erreichen (einen ersten Schritt in Richtung Vereinheitlichung der Fachgruppen und der gleichen Behandlung der Frage, welche Daten in das System eingespeist werden sollen und welche nicht, könnte ALVA bieten, das für die Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie die SV Bauern ab 2013 als IT-Standardprodukt eingesetzt werden soll). Dafür wäre es allerdings notwendig, noch einmal genau die einzelnen Leistungen und ihre Zuordnung zu spezifizieren.

## Versorgung in den Ambulatorien und Instituten

► **Keine systematische Kenntnis über die Versorgung in Zentren und Ambulatorien**

In Kapitel 7 wurde bereits dargelegt, dass den Krankenversicherungsträgern keine systematischen Daten über die Versorgungslage, die Kapazitäten und das Leistungsspektrum in den Ambulatorien, Zentren und Instituten für therapiebedürftige Kinder und Jugendliche vorliegen.

Die Ursachen dafür sind, wie erwähnt, vielfältig. Die zwei gewichtigsten Gründe dürften sein:

- Zum einen, dass vielfach in den Zentren pauschal bzw auch gemeinsam mit anderen Finanziers abgerechnet wird – nicht von allen Institutionen findet der einzelne Fall daher Eingang in das System.
- Zum anderen, dass diejenigen Fälle, die abgerechnet werden, unter unterschiedlichen, zentral nicht nachvollziehbaren Fallgruppen abgerechnet werden (so können diese Leistungen in den Fachgruppen 80 oder 85 – Krankenanstalten ambulant – ebenso gut abgerechnet werden wie unter der spezifischen Therapie).

► **Eigene Erhebung notwendig ...**

Um diese für die Frage nach dem gesamten Versorgungsstand relevanten Informationen zu erhalten, wäre es daher notwendig eine eigene Erhebung zu machen.

► **... systematisch ...**

Es sollte sich dabei nicht um eine „Sondererhebung“, etwa durch einen einmaligen Fragebogen handeln, sondern sie muss nach einem systematisierten Muster erfolgen: Es braucht einen einheitlichen Leistungsbegriff, einheitliches Kostenverständnis, einheitliche Darstellung der Personalkapazitäten.

► **... und regelmäßig**

Und die Erhebung muss wiederholbar sein: Nicht das zeitpunktbezogene Bild interessiert, sondern die Entwicklung über die Zeit – sowohl in den einzelnen Zentren als auch in der gesamten Versorgungslandschaft, auch und vor allem in Bezug auf den niedergelassenen Bereich.

► **Tool der Krankenversicherungsträger**

Es wird daher davon abgeraten, eine derartige Erhebung fremd zu vergeben: Zum einen ist die Informationsbereitschaft der Krankenversicherungsträger gegenüber Außenstehenden nur bedingt gegeben. Zum anderen muss das Thema als gemeinschaftlicher Issue im Interesse aller verstanden und dementsprechend auch gepflegt werden.

Außerdem könnten so die Daten in die bewährten Systeme wie FOKO und LEICON eingespeist werden und so eine möglichst administrationsarme und zeitnahe Erfassung der relevanten Daten erreicht werden.

► **Welche Fragen würden interessieren?**

Viele Fragen würden in Bezug auf Zentren und Ambulatorien interessieren. Sie böten insbesondere auch die Möglichkeit, deutlicher Zusammenhänge zwischen einzelnen Therapiearten abzubilden bzw auch eine punktgenauere Analyse von Umfeld- und Schnittstellenmanagement zu machen.

Derartige Fragen würden aber aller Wahrscheinlichkeit nach das angedachte Tool überladen und überfordern. Abgesehen davon könnten sie tatsächlich auch im Rahmen externer Studien punktuell erhoben werden.

Was sind daher die Fragen, die österreichweit systematisch zu erheben sind? Als Grundgerüst sollten es jedenfalls jene Leistungen sein, die auch über FOKO für den niedergelassenen Bereich erfasst sind:

- Wer sind die PatientInnen?
- Welche Leistungen erhalten sie (die individuelle, leistungsbezogene Kostenabrechnung wird hier wohl nicht immer möglich sein)?

Hinzu kommt aber die Kapazitätsfrage:

- Wie viele und welche TherapeutInnen und andere MitarbeiterInnen sind in dem jeweiligen Zentrum beschäftigt (mit welchen Qualifikationen und wie vielen Stunden)?
- Für wie viele PatientInnen sind die Ressourcen (personell und räumlich) des Zentrums ausgerichtet?
- Wie lange müssen PatientInnen auf eine Erstbegutachtung und in der Folge dann auf Therapien warten? Wie viele werden von vornherein abgewiesen und mit welchen Gründen (weil die Institution gar nicht zuständig wäre oder weil sie von den Kapazitäten ausgelastet ist)?

Die Kapazitätsfrage ist dringend notwendig um rechtzeitige Steuerungen und Gesundheitsplanungen bei Ausbildung und Vertragsgestaltungen zu machen. Es muss daher an die Zentren und Ambulatorien, die diese Informationen ja liefern sollen, kommuniziert werden, dass eine genaue Beantwortung der Fragen in ihrem eigenen Interesse ist.

► **Mögliche Fallstricke**

Es muss bewusst sein, dass eine derartige Erhebung auch unbeabsichtigte Probleme verursachen könnte:

- Sie könnte – insbesondere, wenn sie regelmäßig durchgeführt werden soll – zu einer deutlichen Erhöhung des Administrationsaufwandes führen (was entweder wiederum gesondert abzugelten wäre oder die Kapazitäten für das direkte Leistungsangebot für die PatientInnen beschneiden würde).
- Und sie könnte auch zu Problemen zwischen Finanziers führen: Man denke beispielsweise an Finanzierungsmodelle, wo Land und Krankenversicherung jeweils die Hälfte der Kosten eines Zentrums übernehmen, mit der impliziten Annahme, dass auch die Fallaufteilung für Krankenbehandlung (Verantwortung der Krankenversicherung) und Förderung (Verantwortung des Landes) in etwa halbe-halbe ist. Eine genaue Darstellung der Fallzahlen könnte hier von Jahr zu Jahr zu unterschiedlichen Ergebnissen führen und damit Reibungspunkte in einer bisher gut funktionierenden und administrationsarmen Finanzierungspartnerschaft verursachen.

► **Zur Vollständigkeit bräuchte es auch andere Quellen**

Selbst wenn die Krankenversicherungen all ihre Leistungen vollständig darstellen könnte, bliebe noch immer angesichts der komplexen Kompetenzteilung die Frage, welche Leistungen an wen seitens anderer öffentlicher Körperschaften erbracht werden. Auch hier wäre daher natürlich ein umfassendes Monitoring wünschenswert.

# Anhang

## Verwendete Literatur

Anda, Robert (2008). The Health and Social Impact of Growing Up With Adverse Childhood Experiences – The Human and Economic Costs of the Status Quo.

Arnold, Michael et al (2002). Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Vorarlberg. Vorarlberger Psychiatriekonzept.

Blair, Mitch et al (2010, 2nd ed). child public health. Oxford University Press.

Blennow, Margarete (2010). Das Gesundheitssystem für Kinder in Schweden. Vortrag im Rahmen der „Jahrestagung Politische Kindermedizin“.

Bundesministerium für Gesundheit (2010). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010 ÖSG 2010 (inkl. Großgeräteplan) gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 26. November 2010. GÖG.

Carpenter, Barry (2006). The Changing Pattern of Childhood Disability – Implications for Practice and Early Intervention. Lorimer Dods Lecture, Sydney 3 April 2006 (Power Point). [www.cheri.com.au/PDF\\_Files/1.%20The%20Changing%20Pattern%20of%20Childhood%20Disability-web.pdf](http://www.cheri.com.au/PDF_Files/1.%20The%20Changing%20Pattern%20of%20Childhood%20Disability-web.pdf)

Chini, Leo F (2011). ÖÄK apm-Dienst. [www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dsmid=103947&dspaid=855543](http://www.medical-tribune.at/dynasite.cfm?dsmid=103947&dspaid=855543)

Committee on Careers and Opportunities (1996). Committee Report: Population-to-Pediatrician Ratio Estimates: A Subject Review. in: Pediatrics 97/4, 597-600.

Czypionka, Thomas et al (2008). Gesundheitsausgaben im Kindesalter und Gesundheitsversorgung von Kindern im internationalen Vergleich – Eine Analyse der Studien von OECD und UNICEF. in: Reinhold Kerbl et al (Hg). Kindermedizin – Werte versus Ökonomie, 1-19.

Diel, Evita (2011). Finanzierung von Hilfsmitteln in Österreich . in: Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit. [www.kinderjugendgesundheit.at](http://www.kinderjugendgesundheit.at)

Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC Surveys. Bundesministerium für Gesundheit. [www.lbim.gs-archiv.lbg.ac.at/berichte/hbhc\\_2007.pdf](http://www.lbim.gs-archiv.lbg.ac.at/berichte/hbhc_2007.pdf)

Eggerth, Alexander et al. (2010). Psychiatrische und psycho-therapeutische Versorgung 2007. ÖBIG. [www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Psychiatrische\\_und\\_psychotherapeutische\\_Versorgung\\_2007.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Psychiatrische_und_psychotherapeutische_Versorgung_2007.pdf)

Erhart, Michael et al (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt 5/6, 800-809.

Foster, E. Michael; Connor, Tim (2005). Public Costs of Better Mental Health Services for Children and Adolescents. Psychiatric Services 56/1.



- Heilmittelkatalog (2011). Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen. Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V. Fassung vom 1. Juli 2011. [www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/heilberufe/richtlinien/bv\\_heilmittel\\_rl\\_katalog\\_010711.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/heilberufe/richtlinien/bv_heilmittel_rl_katalog_010711.pdf)
- Himmelbauer, Irmgard (2006). Kosten- und Gewinnanalyse therapeutischer Praxen. Master-Thesis. Donau-Universität Krems.
- Hölling, Heike et al (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 5/6, 784-793.
- Kamtsiuris, Panagiotis et al (2007a). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 5/6, 836-850.
- Kamtsiuris, Panagiotis et al (2007b). Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 5/6, 686-700.
- Kilburn, M. Rebecca; Karoly, Lynn A. (2008). The Economics of Early Childhood Policy – What the Dismal Science Has to Say About Investing in Children. Occasional Paper Labor and Population. Rand Corporation.
- Kindler, Heinz (2006). Partnerschaftsgewalt: Auswirkungen auf Kinder und Folgerungen für Besuchs- und Obsorgeregelungen. Vortrag bei „30 Jahre Frauenhäuser“. Rathaus Wien.
- Kurth, Bärbel-Maria (2006). Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 10, 1050-1058.
- Laucht, Manfred et al (2002). Motorische, kognitive und sozial-emotionale Entwicklung von 11-Jährigen mit frühkindlichen Risikobelastungen: späte Folgen. in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 30/1, 5-19.
- Merrick, Joav; Carmeli, Eli (2003). A Review on the Prevalence of Disabilities in Children. in: The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology 3/1.
- Nemeth, Claudia; Fülöp, Gerhard (2010). Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich. ÖBIG.
- OECD 2010. Health at a Glance 2010 – Europe. OECD.
- Pammer, Christian (2010). Newsletter 3-2010 der Österreichischen Gesellschaft für Public Health.
- Piso, Brigitte (2011). Eltern-Kind Vorsorge Neu. Teil IV: Synthese der Teile I-III; Handlungsempfehlungen. Endbericht. Ludwig Boltzmann Institut.
- Politische Kindermedizin (2010). Wie gut ist der Mutter-Kind-Pass? Presseausendung Springer Professional Media (19. Jänner 2010).
- Püspök, Rudolf et al (2011). Beträchtliche therapeutische Unterversorgung in Österreich. in: Pädiatrie und Pädologie, 7.3.2011, 18,21.

- Ravens-Sieberer, Ulrike et al. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 5/6, 871-878.
- Reynolds, Arthur (2006). „Prevention and Cost-Effectiveness in Early Intervention: A 20-year Follow-up of a Child-Parent Center Cohort.
- Robert Koch Institut (2008). Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitssurveys.
- Röhring, Gerhard et al. (2010). Gesundheitsausgaben und -indikatoren im Kindesalter. in: Monatsschrift Kinderheilkunde 158/4, 338-347.
- Scheidt-Nave, Christa et al. (2007). Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 5/6, 750-756.
- Schlaud, Martin et al. (2007). Allergische Erkrankungen – Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt 5/6, 701-710..
- Schröder, Helmut; Waltersbacher, Andrea (2010). Heilmittelbericht 2010 – Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie. Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Spiel, Georg; Wölfl, Hedwig (2009), Versorgungslücken im Kinder- und Jugendbereich. in: Sozial- und Gesundheitsforum Österreich (Hg.). Weißbuch der österreichischen Sozialpolitik, 20-32.
- Suhrcke, Marc et al (2007). Economic Aspects of Mental Health in Children and Adolescents. Background Papers. WHO Europe.
- Vavrik, Klaus (2009). Planungsentwurf für einen umfassenden psychosozialen Kinder- und Jugendgesundheitsplan.
- Vavrik, Klaus (2011). Zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2011. in: Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich. [www.kinderjugendgesundheit.at](http://www.kinderjugendgesundheit.at)
- WHO Europe (2008). Inequalities in Young People's Health. Health Behaviour in School-Aged Children. International Report from the 2005/2006 Survey. [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/53852/E91416.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf)
- Wilkinson, Richard; Pickett, Kate (2009). The Spirit Level – Why More Equal Societies Almost Always Do Better.
- Zechmeister, Ingrid; Loibl, Tina (2011). Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil III: Ist-Erhebung der Finanzierungs- und Kostenstrukturen von Eltern-Kind Leistungen in Österreich. Endbericht. Ludwig Boltzmann Institut.

## ExpertInnengespräche

Datum	Name	Institution
6. Mai	Dr Irene Promussas	Eltern Selbsthilfe
10. Mai	Mag Filip Deimel / Dr Helga Preitschopf	Land NÖ; Behindertenhilfe
19. Mai	Dr Friedrich Brandstetter	Zentrum f Entwicklungsförderung
19. Mai	Dr Otto Rafetseder	Land Wien; Gesundheits- und Sozialplanung
25. Mai	Dr Rudolf Püspök	Kinderarzt, Bruck/Leitha
26. Mai	Dr Barbara Burian- Langegger	Institut für Erziehungshilfe
27. Mai	Mag Ulla Konrad / Mag Monika Glantschnigg	Berufsverband Österreichischer PsychologInnen
7. Juni	Mag Hedwig Wölfl	möwe Kinderschutzzentrum
10. Juni	Mag Irmgard Himmelbauer	Ergo Austria
20. Juni	Dr Veronika Wolschlager	BM f Gesundheit; Kindergesundheitsdialog
27. Juni	Dr Katharina Purtscher- Penz	Primaria Kinder- und Jugendpsychiatrie; Landesnervenklinik Graz

Wir danken Dr Klaus Vavrik (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit) für die hilfreiche Unterstützung bei der Erstellung der Studie und dem Beistellen verschiedener Textbausteine.

## Expertise der Krankenversicherungen

Neben dem erwähnten Anbieter-Workshop bei der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse am 17. Juni wurden an die Krankenversicherungsträger Fragebögen ausgeschickt, um vorrangig die Zahl der Vertragspartner im medizinisch-therapeutischen Bereich zu erheben. Der Rücklauf war nicht vollständig und die Antworten waren vom Umfang her höchst unterschiedlich, so dass diese Quelle nur sehr bedingt für den vorliegenden Bericht genutzt werden konnte.

Sehr wichtig und hilfreich waren hingegen die Gespräche mit Frau Dr Amler (NÖGKK) und Frau Dr Fleischmann (WGKK).

Ebenso wichtig waren weiters die Besprechungen mit Dr Vavrik und den KollegInnen von LEICON.

## Gegenüberstellung LEICON und Ergebnisse der Trägerbefragung

Ö-Wert (aus LEICON System)		Werte aus Trägerrückmeldung					
Anzahl Patienten mit Therapie im ndgl. Bereich							
	57.307						
Anzahl Patienten mit Physiotherapie							
		25.053				22.661	
Anzahl Leistungen Physiotherapie							
			327.291				323.191
Kosten Physiotherapie							
				8.751.451			5.209.807
Anzahl Patienten mit psycholog. Therapie inkl. PT							
		14.458				17.471	
Anzahl Leistungen psychologische Therapie							
			130.395				159.248
Kosten psychologische Therapie							
				3.997.720			4.683.023
Anzahl Patienten mit Logotherapie							
		19.485				21.745	
Anzahl Leistungen Logotherapie							
			223.140				244.265
Kosten Logotherapie							
				5.739.514			6.404.964
Anzahl Patienten mit Ergotherapie							
		4.669				6.029	
Anzahl Leistungen Ergotherapie							
			62.150				80.321
Kosten Ergotherapie							
				1.717.619			2.181.474
Summe Patienten							
		63.665				67.906	