

Themenfeld 5 der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie: „Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen“

Was hat sich in den letzten zehn Jahren verändert?

Dieses Themenfeld trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zu den Zielen (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlergehen“, 4, „Hochwertige Bildung“, 10, „Weniger Ungleichheit“, und 16, „Frieden, Gerechtigkeit und starke Institutionen“.



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autorinnen: Jennifer Antosik, Petra Winkler, Daniela Kern, Lisa Gugglberger (GÖG)

Druck: Druckerei des BMSGPK

Wien, 2021

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk sowie für die Verbreitung über und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen im Zuge wissenschaftlicher Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel und das Erscheinungsjahr der Publikation anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorinnen ausgeschlossen ist. Rechtsausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorinnen dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Bestellinfos: kostenlos zu beziehen über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter der Telefonnummer 01 711 00-86 2525 oder per E-Mail unter broschuerenservice@sozialministerium

Einleitung

Zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat das BMSGPK auf Basis eines breit geführten Dialogs im Jahr 2011 eine Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie verabschiedet. Eines der fünf Themenfelder dieser Strategie widmet sich der **Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen**. Zwar ist die Versorgung in Österreich grundsätzlich sichergestellt, doch in speziellen Bereichen haben die bei der Erarbeitung der Strategie eingebundenen Expertinnen und Experten Optimierungs- und Ausbaubedarf gesehen. Dies betraf die Primärversorgung (durch Fachärztinnen/-ärzte für Pädiatrie – auch zu Tagesrandzeiten und am Wochenende), die pädiatrische Kompetenz in der Notfallversorgung und die kinderfreundlichere Gestaltung stationärer Aufenthalte (Ziele 12 bis 14). Ausbaubedarf wurde vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychosomatik, Neuropädiatrie und Sozialpädiatrie gesehen (Ziele 15 und 16). Darüber hinaus wurden auch für die Bereiche Neonatologie, Rehabilitation, Kinderhospiz und Palliative Care Ziele formuliert (Ziel 17 bis 19) und wurde Handlungsbedarf hinsichtlich der Arzneimittelsicherheit bei Kindern gesehen (Ziel 20).

Ziel 12

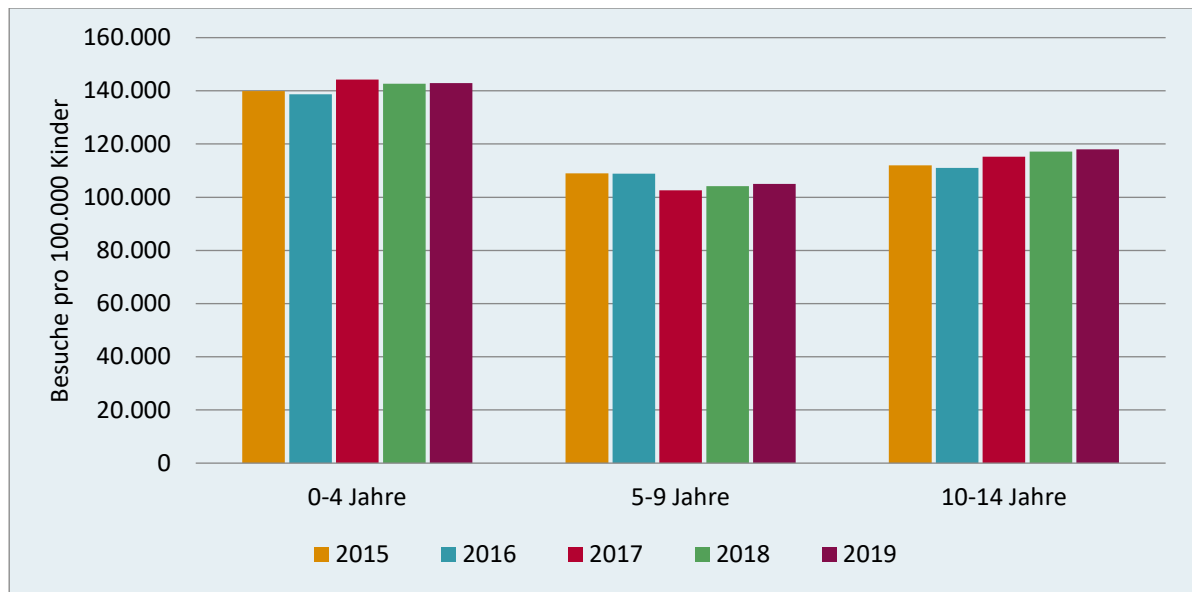
Ambulante Erstversorgung optimieren und zu Tagesrandzeiten und am Wochenende verbessern

1. Inanspruchnahme von Akut- und Notfallambulanzen



Ziel 12 entstand aus der Beobachtung, dass Spitalsambulanzen vielfach überfüllt sind und es lange Wartezeiten in Bezug auf Therapie/Behandlungen bei relativ harmlosen Diagnosen gibt. Wird die Versorgung zu Tagesrandzeiten und am Wochenende im niedergelassenen Bereich verbessert, wird darüber ausreichend informiert und wird die Gesundheitskompetenz verbessert, kann, so die These, die Überlastung in der Spitalsambulanz, wo die Behandlung besonders teuer ist, verhindert werden. In diesem Sinne wurden verschiedenste Maßnahmen gesetzt, doch die Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen war in den letzten fünf Jahren (seit 2015 gibt es dazu Daten) bei Kindern weitgehend konstant (vgl. Abbildung 1). Im Durchschnitt wird mit jedem 0- bis 4-jährigen Kind 1,4-mal pro Jahr eine Spitalsambulanz aufgesucht. 2015 war in Tirol die Inanspruchnahme höher als in allen anderen Bundesländern, doch Tirol ist auch das einzige Bundesland, in dem die Inanspruchnahme seit 2015 gesunken ist.

Abbildung 1: Besuche in Spitalsambulanzen von Kindern 2015–2019



Quelle: Diagnose- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

<i>Besuche in Spitalsambulanzen pro 100.000 0- bis 14-Jährige:</i>		
2015: 119.689	2017: 119.952	2019: 121.323

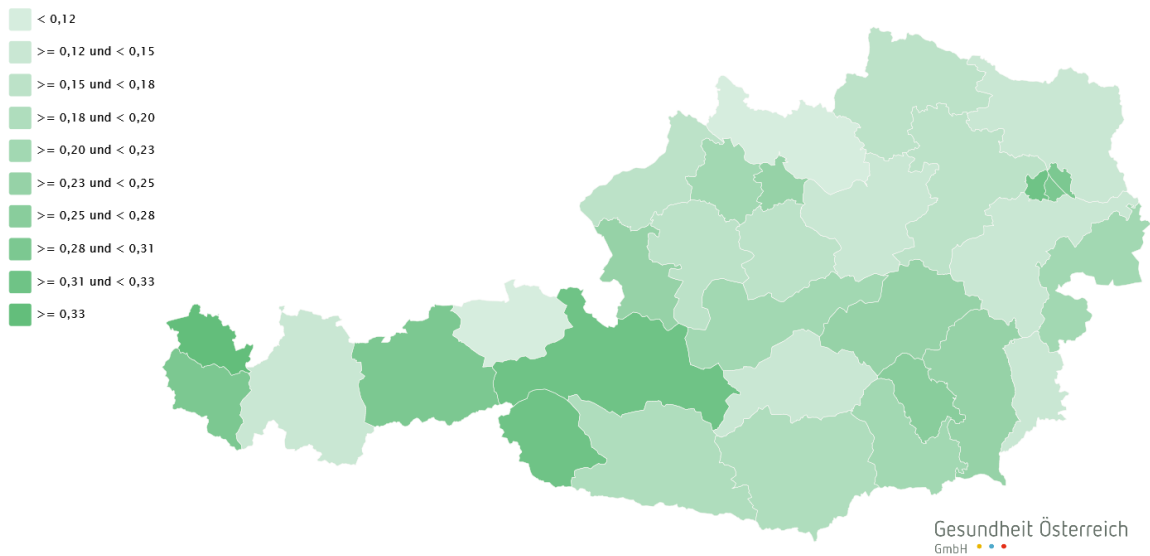
2. Versorgung mit niedergelassenen Pädiaterinnen/Pädiatern



Voraussetzung für eine Entlastung von Spitalsambulanzen ist eine gute Versorgung im niedergelassenen Bereich. Qualitativ bedeutsam ist die Versorgung mit Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde – zumindest für die 0- bis 14-Jährigen. Im Sinne der Chancengerechtigkeit bedeutsam ist die Versorgung mit Pädiaterinnen/Pädiatern, die über einen Kassenvertrag verfügen. Eine bessere Abschätzung der Versorgungsrelevanz ermöglichen die sogenannten ÄAVE, die ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (im Gegensatz zur Anzahl der Ärztinnen/Ärzte), weil diese Kennzahl die tatsächliche Verfügbarkeit abbildet. Die Zahl der ÄAVE niedergelassener Kassenärztinnen/-ärzte hat sich seit 2010 de facto nahezu nicht verändert (von 287 auf 284). Da die Anzahl der 0- bis 14-Jährigen im gleichen Zeitraum leicht gestiegen ist (+2,7 %), ist damit die Versorgungswirksamkeit leicht gesunken (2010 kamen 0,23 und 2018 0,22 Pädiater/-innen auf 1.000 Kinder). Der entsprechend gegenläufige Trend bei den Wahlärztinnen/-ärzten ist aufgrund des Kostenfaktors in

Hinblick auf das Ziel der gleichen Versorgung für alle kein Ersatz. Auch die regionalen Unterschiede sind beträchtlich: Auf Ebene der Versorgungsregionen reichte 2018 die Bandbreite von 0,1 (Mühlviertel) bis 0,36 (Rheintal-Bregenzewald) Pädia-terinnen/Pädiatern pro 1000 0- bis 14-Jährige (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Niedergelassene Kassenpädiater/-innen: ÄAVE pro 1000 0- bis 14-Jährige nach Versorgungsregionen



Quelle: GÖG-Datenbasis, basierend auf den Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DVSV zum Vorliegen von Kassenverträgen

<i>ÄAVE der niedergelassenen Pädiater/-innen:</i>		
2010: 287	2014: 288	2018: 284

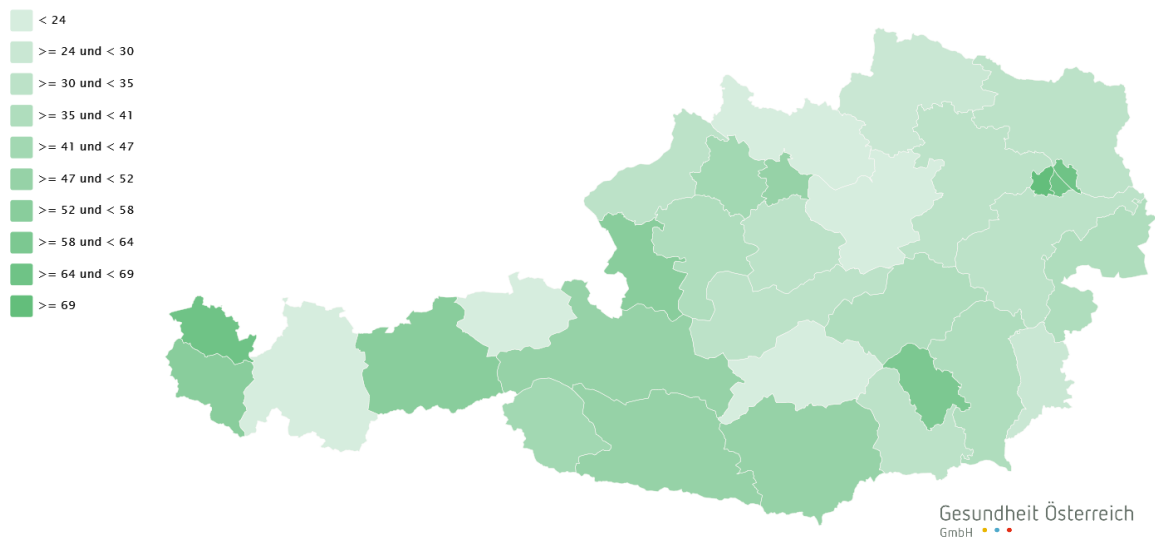
3. Versorgte Kinder in der Allgemeinmedizin



Ist keine Kinderärztin / kein Kinderarzt (KI) zur Verfügung, wird in der Regel stattdessen eine Allgemeinmedizinerin / ein Allgemeinmediziner (AM) aufgesucht. Das Verhältnis zwischen KI- und AM-Besuchen ist ein Indiz für einen allfälligen Mangel an KI. Im Jahr 2018 wurden mit 0- bis 14-jährigen Kindern häufiger AM als KI aufgesucht (54 % vs. 46 %). Dieser Kennwert war in den letzten Jahren weitgehend gleich. Deutliche Unterschiede zeigen sich hier

nach Regionen und machen auf eklatante Mängel aufmerksam: Während in den Versorgungsregionen Wien und Rheintal-Bregenzerwald rund 70 Prozent dieser Besuche bei KI stattfinden, sind es im Mühlviertel und auch im nördlichen und westlichen Tirol weniger als 20 Prozent (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Anteil der KI-Besuche an KI+AM-Besuchen von 0- bis 14-Jährigen nach Versorgungsregionen 2018



Quelle: sektorenübergreifende Dokumentation 2018; Berechnung und Darstellung: GÖG

Anteil der KI-Besuche von 0- bis 14-Jährigen an AM+KI-Besuche im extramuralen Bereich:

2015: 45 %

2018: 46 %

Ziel 13

Pädiatrische Kompetenz in der Notfallversorgung stärken

Trotz der Tatsache, dass die pädiatrische Notfallversorgung in Österreich im Großen und Ganzen gut und effektiv funktioniert, haben die Expertinnen/Experten bei der Erstellung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie Verbesserungspotenzial in folgenden Berei-

chen erkannt: eine vertiefte pädiatrische Notfallausbildung, die Verbesserung bei der Weiterleitung von Notfällen hinsichtlich einer raschen und zielgerichteten Abwicklung, die Festlegung der Standorte pädiatrischer Notfallzentren und die Früherkennung von Gewalt an Kindern und Jugendlichen oder von deren Vernachlässigung. Ein besonderer Fokus sollte in Zukunft auf die beiden folgenden Punkte gerichtet werden, da hier bis dato noch großer Handlungsbedarf besteht.

4. Pädiatrische Notfallausbildung in Rettungs-/Notarztsystemen



Es existiert eine pädiatrische Notfallausbildung für Ärztinnen/Ärzte, und diesbezügliche Refresherkurse müssen alle zwei Jahre gemacht werden. Seitens der Ärztekammer gibt es jedoch keine eindeutigen Informationen darüber, wer diese Kurse besucht und wie viele davon angeboten werden. Eine weitere wichtige Maßnahme in diesem Zusammenhang wäre, solche Kurse für die Vertreter/-innen aller in Rettungs-/Notarztsystemen tätigen Gesundheitsberufe (wie z. B. Sanitäter/-innen, Pflegekräfte) verpflichtend zu machen. Pädiatrische Notfälle sind in der Grundausbildung für Sanitäter/-innen zwar gesetzlich verankert – jedoch mit einem geringen Stundenaufwand und ohne Refresherpflicht.

5. Kinderschutzgruppen in Krankenanstalten



Der Gesetzgeber hat bereits 2004 die Krankenanstalten zur Einrichtung von Kinderschutzgruppen verpflichtet (BGBl. I Nr. 35/2004). 2019 folgte die gesetzliche Aktualisierung, welche die Verpflichtung zur Implementierung von Kinder- und Opferschutzgruppen (BGBl. I Nr. 13/2019) beinhaltete. Eine definierte Aufgabe ist dabei die Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und von deren Vernachlässigung. Im Gesetz verankert sind auch die klinischen Opferschutzgruppen für erwachsene Opfer häuslicher Gewalt. Abhängig von der jeweiligen Krankenhausgröße ist eine Zusammenarbeit von Kinder- und Opferschutzgruppe als Gewaltschutzgruppe möglich. Seit 2019 liegt eine österreichweite Bestandserhebung des Versorgungsangebots für erwachsene Opfer häuslicher Gewalt vor (GÖG, 2019), deren Ergebnis zur Erstellung einer Onlinetoolbox für Opferschutzgruppen geführt hat, die seit 2020 unter www.toolbox-opferschutz.at abrufbar ist. Diese enthält Informationen und Instrumentarien, die für die Implementierung einer Opferschutzgruppe und für die Interventionsschritte bei der Behandlung und Erstversorgung Gewaltbetroffener benötigt werden. Im Vergleich dazu ist über den Implementierungsgrad von Kinderschutzgruppen, deren personelle und zeitliche Ressourcen, deren Anerkennung und Akzeptanz in den Krankenanstalten sowie über die Etablierung einschlägiger standardisierter Prozesse

nichts bekannt. Ein wichtiger und längst überfälliger Schritt wäre hier, auch die Kinderschutzgruppen einer Bestandserhebung zu unterziehen und sie in die Onlinetoolbox zu integrieren.

Um die im Jahr 2004 gesetzlich verpflichtend eingeführten Kinderschutzgruppen in österreichischen Krankenhäusern zu vernetzen, wurde 2019 die Österreichische Gesellschaft für Kinderschutz-Medizin (ÖGKiM) gegründet. Dieses Netzwerk vereint alle Kinderschutzgruppen und bietet professionelle Unterstützung mit dem Ziel einer systematischen Umsetzung des Kinderschutzes in der Medizin.

Ziel 14

Versorgung in Krankenhäusern kinderfreundlicher machen

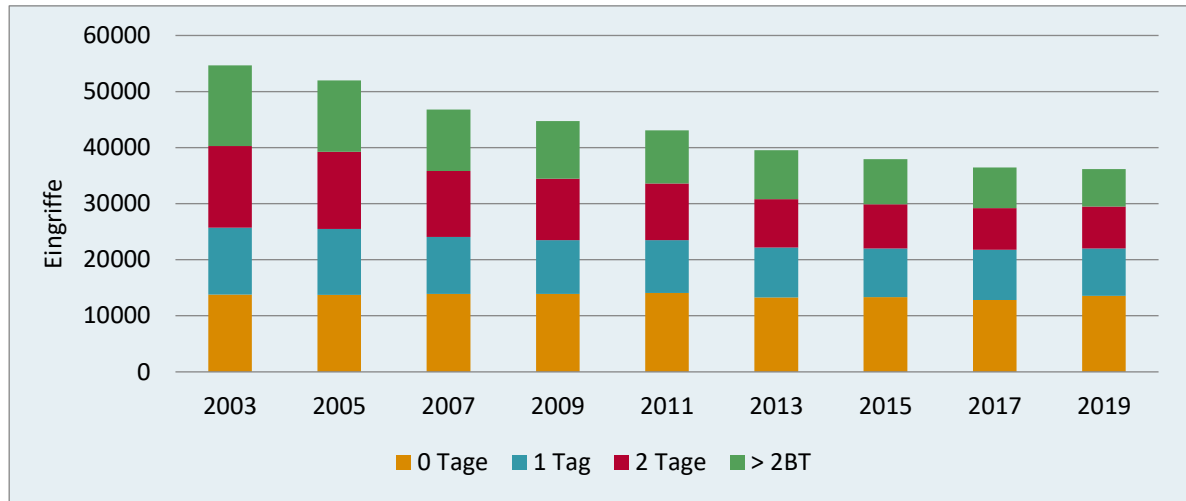
6. Tagesklinische Eingriffe mit stationärem Aufenthalt



Ein wesentlicher Aspekt bezüglich kinderfreundlicher Versorgung im Krankenhaus ist, dass sich stationäre Aufenthalte insbesondere für Kinder auf das Notwendige beschränken sollen, also nach Möglichkeit ambulant oder tagesklinisch durchgeführt werden. Es können zwar Nächtigungen medizinisch indiziert sein (z. B. aufgrund von Vorerkrankungen oder Komplikationen), doch insbesondere bei einer Nächtigung (einem Belagstag) können auch finanztechnische Gründe vermutet werden.

Die langfristige Entwicklung seit 2003 zeigt, dass tagesklinische Eingriffe bei 0- bis 14-Jährigen ohne Nächtigung weitgehend konstant geblieben sind, während sie mit Nächtigung(en) deutlich rückläufig waren. Ab 2013 allerdings gibt es bei den Eintagesaufenthalten keinen weiteren Rückgang (knapp 8.000 p. a., vgl. Abbildung 4). Der Anteil tagesklinischer Eingriffe ohne Nächtigung an allen tagesklinischen Eingriffen bei 0- bis 14-Jährigen ist deutlich gestiegen: von 25,3 Prozent im Jahr 2003 auf 37,5 Prozent im Jahr 2019. Dieser positive Trend zeigte sich also schon vor der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie und konnte auch in den letzten zehn Jahren fortgesetzt werden. In Anbetracht der häufigsten tagesklinischen Leistungen mit einer Nächtigung (Paracentese = Trommelfellschnitt, Adenotomie = Entfernung der Rachenmandel) kann trotzdem vermutet werden, dass hier noch weiteres Verbesserungspotenzial besteht.

Abbildung 4: Tagesklinische Eingriffe bei 0- bis 14-Jährigen nach Belagstagen 2003–2019



Quelle: Diagnose- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2003–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Anzahl tagesklinischer Eingriffe bei 0- bis 14-Jährigen mit einer Nächtigung:

2003: 11.897 **2010:** 9.864 **2014:** 8.835 **2019:** 8.457

Anteil tagesklinischer Eingriffe ohne Nächtigung an allen tagesklinischen Eingriffen bei 0- bis 14-Jährigen

2003: 25,3 % **2010:** 31,2 % **2014:** 34,5 % **2019:** 37,5 %

7. Kinderrechte im Krankenhaus



Im Rahmen eines Forschungsprojekts der Gesundheit Österreich (gemeinsam mit dem Verein „KiB children care“ und gefördert aus den Mitteln des Rahmen-Pharmavertrags) wurde die Umsetzung der Kinderrechte in österreichischen Krankenhäusern untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass einerseits bereits viel Bewusstsein unter den Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften dahingehend herrscht, wie man den Krankenhausaufenthalt für Kinder und Jugendliche (und auch ihre Eltern) erleichtert. Was sich aber tendenziell auch gezeigt hat, ist, dass Kinder- und Jugendstationen nur schlecht bis gar nicht dafür ausgelegt sind, Eltern mit aufzunehmen: Es herrscht Platzmangel und unzureichende Ausstattung. Insbesondere auf Kinder- und Jugendintensivstationen ist es häufig gar nicht möglich, Begleitpersonen aufzunehmen.

Ziel 15

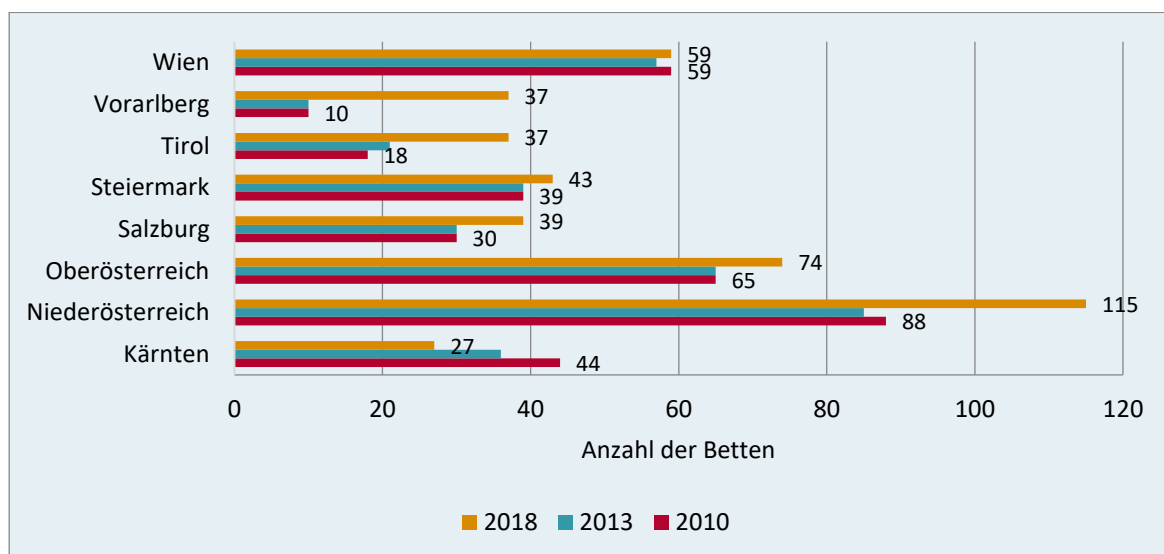
Versorgung in ausgewählten Bereichen verbessern (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie)

8. Stationäre Akutbetten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie



Im Jahr 2008 wurden erstmals die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) betreffende Bestimmungen in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) integriert, die eine Richtschnur für die ausbaufähige Versorgung darstellen. Die Anzahl der stationären Akutbetten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist somit ein wichtiger Indikator für den Umsetzungsstand in Österreich. Von 2010 bis 2019 kamen rund 100 Betten in ganz Österreich hinzu. Die Bettendichte für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist allerdings mit Ausnahme von Vorarlberg in allen Bundesländern noch immer geringer als die definierten Mindestrichtwerte. Im Burgenland sind keine eigenen stationären KJP-Kapazitäten vorhanden, die Kinder und Jugendlichen aus dem Burgenland werden in Niederösterreich und in der Steiermark mitversorgt. In den Bundesländern Salzburg und Niederösterreich ist neben Vorarlberg die Versorgungsdichte am höchsten. Der größte Ausbaubedarf besteht in der Steiermark und in Wien, allerdings gibt es in beiden Bundesländern bereits konkrete Ausbaupläne bis zum Jahr 2025.

Abbildung 5: Ist-Stand stationäre Akutbetten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Bundesländern 2010, 2013 und 2018



Quelle: BMSGPK – KA-Kostenstellenstatistik 2010, 2013, 2018; GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG

Kinder- und Jugendpsychiatrie: tatsächliche Betten in Österreich:

2010: 353

2013: 343

2018: 431

2019: 454

9. Stationäre Akutbetten in der Kinder- und Jugendpsychosomatik

Einen weiteren wichtigen Indikator für die Darstellung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen stellt die Anzahl der stationären Akutbetten in der Kinder- und Jugendpsychosomatik dar. Somatische Störungen mit psychischem Hintergrund sowie eine Reihe psychischer Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen bedürfen für eine optimale Behandlung oft einer auf Kinder und Jugendliche spezialisierten psychosomatischen Versorgungseinheit. Der ÖSG 2017 legt im Bereich der Psychosomatik für Säuglinge, Kinder und Jugendliche (PSO-KJ) Planungsrichtwerte von 0,02 bis 0,03 Betten pro 1.000 Einwohner/-innen fest. Mit Stand 2018 waren in sieben Bundesländern PSO-Einheiten für Säuglinge, Kinder und Jugendliche mit insgesamt 126 PSO-KJ-Betten verfügbar. Dies entspricht einer Bettenmessziffer von 0,014 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW. Speziell in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und Tirol besteht hier noch Ausbaubedarf.

Kinder- und Jugendpsychosomatik: tatsächliche Betten in Österreich:

2013: 120

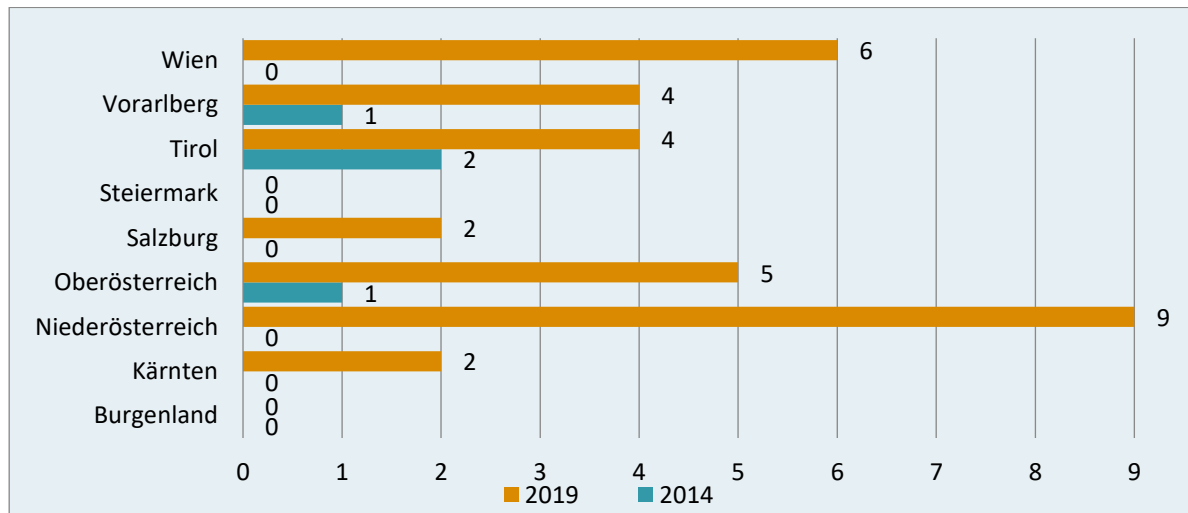
2018: 126

10. Facharztstellen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Als dritter Indikator für die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird die Anzahl der Vertragsärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit §-2-Kassenvertrag herangezogen. Ziel ist es, eine multidisziplinäre Versorgung aller psychisch kranken bzw. stark belasteten Kinder und Jugendlichen unabhängig von deren sozialem Status durch ein flächendeckendes, abgestuftes und kostenfreies ambulantes Versorgungsangebot mit fachärztlicher Betreuung bereitzustellen. Die Versorgung mit Vertragsärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie war in den letzten zehn Jahren von einer großen Dynamik gekennzeichnet. Im Jahr 2011 gab es österreichweit noch keine Vertragsärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, dann begann der Aufbau in Vorarlberg, Tirol und Oberösterreich. Erst ab dem Jahr 2015 kam es zu einer deutlichen Steigerung, sodass mittlerweile (Stand 2019) österreichweit 32 Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem §-2-Kassenvertrag tätig sind. Nur im Burgenland und in der Steiermark gibt es kein

solches Angebot – dort wird die ambulante Versorgung ausschließlich über KJP-Ambulatorien abgedeckt (vgl. Abbildung 6). Zusätzlich gab es im Jahr 2019 bundesweit 53 Wahlärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Abbildung 6: Vertragsärztinnen/-ärzte für KJP mit §-2-Kassenvertrag nach Bundesländern 2014 und 2019



Quelle: GÖG-Datenbasis basierend auf den Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK, ab 2015 ergänzt um Informationen des DVSV zum Vorliegen von Kassenverträgen

Weil die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung noch immer von einem deutlichen Fachärztemangel gekennzeichnet ist, wurde die Gültigkeit der bis dato bestehenden Mangelfachverordnung im Jahr 2020 weiter verlängert. Weitere Ansatzpunkte zur Attraktivierung der Mangelberufe in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die psychosozialen Probleme aufweisen, finden sich im aktuellen Zielsteuerungsvertrag unter dem Ziel „Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen“.

FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit §-2-Kassenvertrag:

2011: 0

2014: 4

2019: 32

Ziel 16

Integrierte Versorgung der „modernen Morbidität“ verbessern

11. Multidisziplinäre Einrichtungen im Bereich Entwicklungs- und Sozialpädiatrie

Der Begriff der modernen Morbidität beschreibt die Verschiebung des Krankheitsgeschehens von akuten zu chronischen Erkrankungen und von somatischen zu psychischen Erkrankungen. Die Bewältigung dieser Krankheitsbilder erfordert integrierte, multiprofessionelle Versorgungsangebote. Im entsprechenden Ziel der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie ist festgehalten, dass eine ausreichende qualitätsgesicherte therapeutische Versorgung sicherzustellen ist und dass auch die Datensituation in puncto Therapiebedarf und -angebot verbessert werden soll. In der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie wird darüber hinaus die Entwicklung eines integrierten Gesamtversorgungs- und Behandlungsplans empfohlen. Für den Bereich der Entwicklungs- und Sozialpädiatrie lagen bislang keine vollständigen Informationen bezüglich des österreichweiten Ist-Stands derartiger Einrichtungen vor. Außerdem gibt es für diesen Bereich keine Bedarfsrichtwerte. Eine rezente Erhebung aus dem Jahr 2020 zeigte, dass die Versorgungsstrukturen im entwicklungs- und sozialpädiatrischen Bereich je nach Bundesland unterschiedlich ausgestaltet sind. Die Grundgesamtheit umfasst nach bisherigen Informationen rund 55 Einrichtungen in Österreich, die dem Bereich der Entwicklungs- und Sozialpädiatrie zuzuordnen sind. Am häufigsten werden diese Angebote im Osten Österreichs (Wien, Niederösterreich) und in Oberösterreich vorgehalten.

Da fast alle Einrichtungen Wartezeiten und Engpässe melden (teilweise sind die Wartezeiten beträchtlich), ist davon auszugehen, dass die Angebote noch nicht den Bedarf decken. Es bestehen allerdings große Unterschiede zwischen Berufsgruppen, Therapieformen und Einrichtungen. Grundsätzlich können Engpässe spezielle Leistungen und/oder spezielle Personengruppen betreffen. Besonders betroffen scheinen die Bereiche Logo-, Psycho- und Ergotherapie sowie Kinder und Jugendliche mit stark herausforderndem Verhalten und solche mit einer Autismusspektrumstörung zu sein. Obwohl in den letzten Jahren der entwicklungs- und sozialpädiatrische Bereich in einigen Bundesländern ausgebaut wurde (z. B. in Kärnten, Oberösterreich, Tirol, Wien), ist auf Basis der Rückmeldungen zur aktuellen Erhebung davon auszugehen, dass hier noch weiterer Ausbaubedarf besteht (insbesondere im Bereich der funktionell-therapeutischen Angebote).

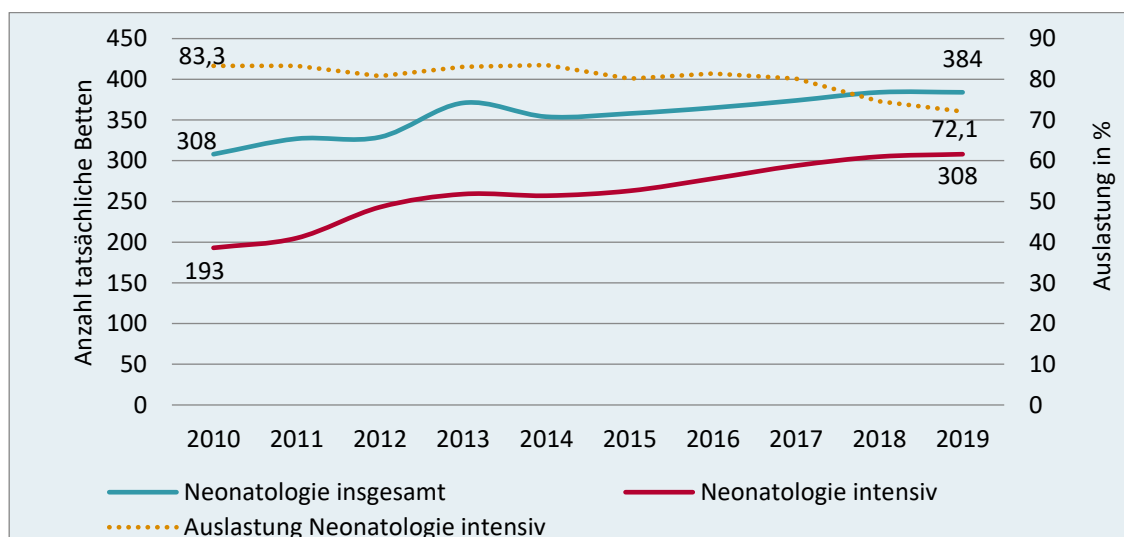
Ziel 17

Neonatologische Versorgung an die geänderten demografischen Verhältnisse anpassen

12. Kapazitäten und Auslastung neonatologischer Intensivstationen

In der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie wurde ein Ausbaubedarf der Neonatologie konstatiert. Zwar ist seit 2008 die Frühgeborenenrate wieder leicht rückläufig, doch der Auslastungsgrad neonatologischer Intensivstationen sollte 80 Prozent nicht überschreiten, und auch die Begleitinfrastruktur sollte verbessert werden. Hier wurden einige Erfolge erzielt: Die Bettenkapazität auf der Neonatologie wurde seit 2010 von 308 auf 384 tatsächliche Betten im Jahr 2019 erweitert. Davon waren im Jahr 2010 rund 200 Betten dem Intensivbereich zugeordnet, im Jahr 2019 standen bereits rund 300 neonatologische Intensivbetten zur Verfügung. Das bedeutet eine Steigerung um etwa 50 Prozent. Dies hatte zur Folge, dass die Auslastung österreichweit von rund 83 auf 72 Prozent gesunken ist (vgl. Abbildung 7). Zu hoch ist die Auslastung allerdings nach wie vor in Salzburg und in Tirol sowie – wenn gleich in den letzten Jahren unterhalb der kritischen Marke von 80 Prozent und mit sinkender Tendenz – in Wien.

Abbildung 7: Auslastungsgrad neonatologischer Intensivstationen 2010–2019



Berechnungsbasis sind die Funktionscodes 1-5112 für die Neonatologie und 125112 für den Intensivbereich der Neonatologie

Quelle: BMSGPK – KA-Kostenstellenstatistik 2010–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Anzahl der tatsächlichen Betten auf neonatologischen Intensivstationen:

2010: 193

2014: 257

2018: 308

Ziel 18

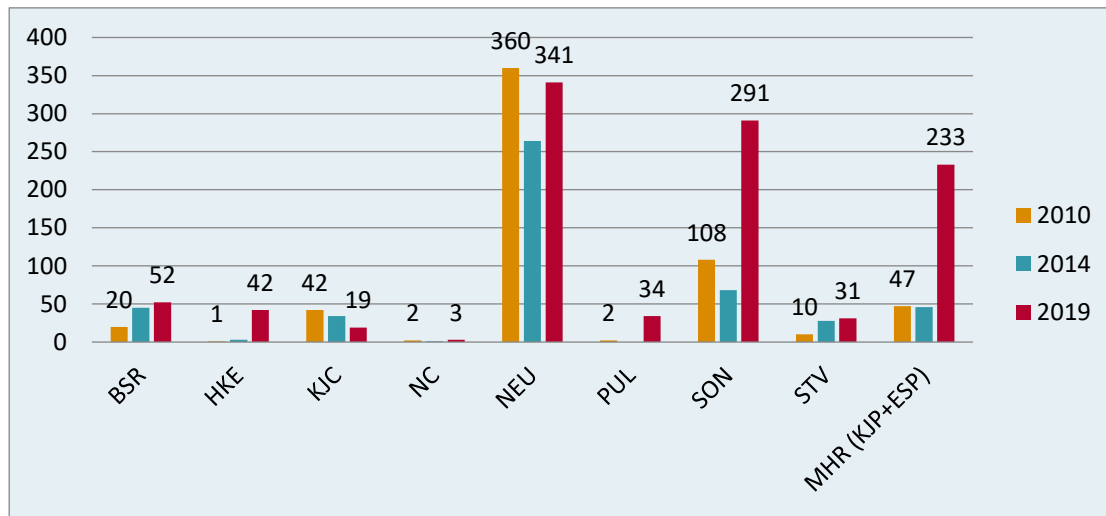
Angebote für Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen verbessern

13. Aufenthalte in Rehabilitationszentren



Die Wichtigkeit der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche ist unumstritten. Aufgrund spezifischer Anforderungen dieser Altersgruppe hinsichtlich des Tagesablaufs, der Bildungs- und Freizeitangebote oder der Begleitung durch eine nahestehende Person unterscheidet sich ihre Rehabilitation von jener der Erwachsenen. Der Ausbau spezieller Rehabilitationsangebote für Kinder und Jugendliche war deshalb ein wichtiges Ziel und erreichte in den letzten Jahren einen Durchbruch. 2014 kam es zu einer Einigung aller Bundesländer und der Sozialversicherung hinsichtlich des Ausbaus und der Finanzierung von Rehabilitationsangeboten für Kinder und Jugendliche. In einem Vergabeverfahren haben sechs Einrichtungen den Zuschlag bekommen, von denen Ende 2020 bereits fünf in Betrieb waren. Diese Entwicklung zeigt sich auch an den Zahlen. Demnach stieg die Anzahl der Reha-Aufenthalte bei 0- bis 14-Jährigen von 592 im Jahr 2010 auf 1.046 im Jahr 2019. Diese 1.046 Aufenthalte fanden fast zur Gänze in Reha-Zentren für Kinder- und Jugendliche statt. Vor allem bei der Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie der pädiatrischen Psychosomatik gab es in den letzten Jahren einen enormen Zuwachs (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Aufenthalte von 0- bis 14-Jährigen in Rehabilitationszentren nach Indikationsgruppen 2010, 2014 und 2019



BSR = Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie; HKE = Herz-Kreislauf-Erkrankungen; KJC = Kinder- und Jugendchirurgie; NC = Zustände nach neurochirurgischen Eingriffen; NEU = zentrales und peripheres Nervensystem; PUL = Atmungsorgane; SON = sonstige Krankheiten (inkl. onkologischer Diagnosen); STV = Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat; MHR = Mental Health Rehabilitation; KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie; ESP = Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik

Quelle: Diagnose- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2010, 2014, 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Anzahl der Aufenthalte von 0- bis 14-Jährigen in Reha-Zentren:

2010: 592

2014: 489

2019: 1.046

Ziel 19

Pädiatrische Pflege sicherstellen sowie Kinderhospizarbeit und Palliative Care ausbauen

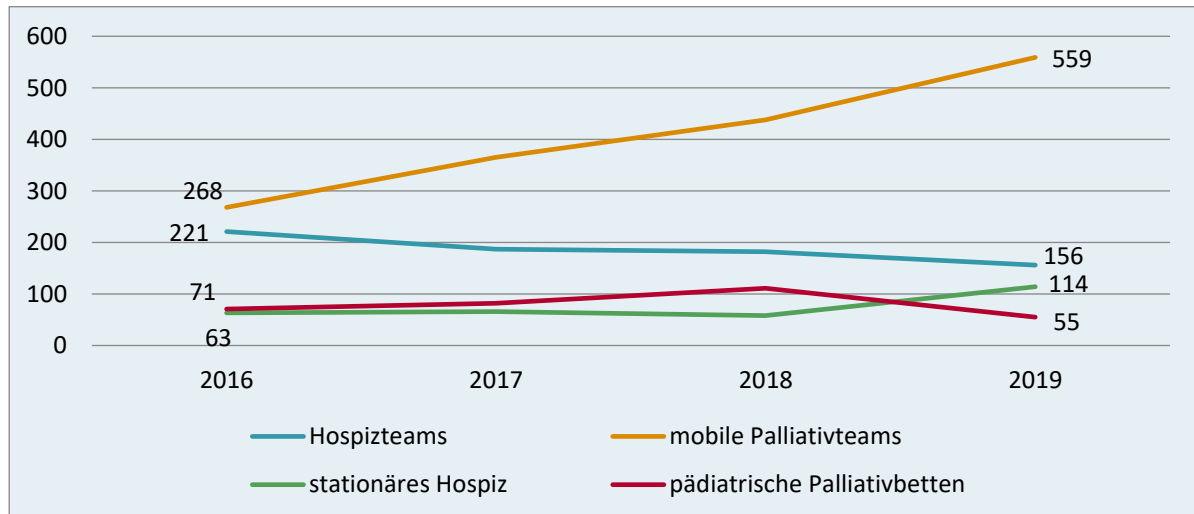
14. Spezialisierte pädiatrische Hospiz- und Palliativeinrichtungen



Für die Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen war im Jahr 2010 dringender Handlungsbedarf festgestellt worden, weshalb für diesen Bereich ein eigenes Ziel in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2011 formuliert wurde. Seither konnten

einige Fortschritte in Bezug auf Kinderhospizarbeit und Palliative Care erreicht werden. Im Jahr 2013 wurde ein Expertenkonzept für die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen entwickelt, welches vier spezialisierte Versorgungsangebote definiert: mobiles Kinder-Palliativteam, Kinder-Hospizteam, stationäres Kinder-Hospiz und pädiatrische Palliativbetten. Dadurch steht nun eine österreichweit einheitliche Statistik zur Verfügung, die auch Bundesländervergleiche ermöglicht. Zwischen 2016 und 2019 ist in Österreich die Anzahl pädiatrischer Hospiz- und Palliativangebote von 22 auf 31 gestiegen. Da bei der Erarbeitung der Strategie im Jahr 2010 vor allem bei den mobilen Palliativteams ein Mangel festgestellt worden war, wurde beim Ausbau des Angebots ein Fokus auf dieses Segment gerichtet, was rasch Wirkung zeigte: Im Jahr 2013 gab es fünf mobile Palliativ- und Hospizteams speziell für Kinder und Jugendliche in ganz Österreich, im Jahr 2016 waren es bereits elf und im Jahr 2019 vierzehn. Diese Angebotserweiterung zeigt sich auch in der Anzahl der betreuten Patientinnen und Patienten, denn die Anzahl der durch mobile Palliativteams betreuten Patientinnen und Patienten hat sich zwischen 2016 und 2019 etwa verdoppelt (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Anzahl der betreuten Patientinnen/Patienten (Mehrfachnennungen)



Quelle: DVHÖ-Datenerhebung 2016, 2017, 2018, 2019; Darstellung: GÖG

Anzahl der spezialisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativeinrichtungen:

2013: mobile Teams: 5

2016: 22; davon mobile Teams: 11

2019: 31; davon mobile Teams: 14

Ziel 20

Verfügbarkeit von kindgerechten Arzneimitteln verbessern

15. Etablierung des Forschungsnetzwerks OKIDS



In der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie wurde festgehalten, dass „mehr als die Hälfte der in der Pädiatrie gängigen Arzneimittel hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Kinder nicht ausreichend untersucht sind. Bei Anwendung von Arzneimitteln, die für Kinder nicht ausdrücklich zugelassen sind, treten bei diesen Nebenwirkungen doppelt so häufig auf. Diesbezügliche klinische Forschung ist unabdingbar und ist eine Priorität in der EU.

Dieses Problem kann nicht in Österreich gelöst werden, doch in Ziel 20 der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie sind einige unterstützende Maßnahmen formuliert, die mittlerweile umgesetzt sind. Im Zentrum steht das österreichische Kinderforschungsnetzwerk OKIDS, das als Tochter der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) im Jahr 2013 gegründet wurde. Seither wurden 129 „feasibilities“ (Machbarkeitsanfragen) zu Arzneimittelstudien für Kinder von CRO, Pharmafirmen sowie über Enpr-EMA (European Network of Paediatric Research at the European Medicines Agency) und c4c (EU-Projekt „connect for children – collaborative network for european clinical trials for children“) durchgeführt. OKIDS hat im beschriebenen Zeitraum 218 Studien für Kinderarzneimittelentwicklung unterstützt und darin über 700 Patientinnen und Patienten rekrutiert und damit einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung von Kinderarzneimitteln in Österreich geleistet. Kinder erhielten dadurch die Chance, in qualitätsgesicherten Studienumgebungen Nutzen aus für Kinder adaptierten speziellen Arzneimitteln zu ziehen.

Symbolik

grünes Dreieck = in guter Umsetzung / gute Entwicklung

gelber Kreis = gleichbleibende Entwicklung

rotes Dreieck = negative oder keine Entwicklung

Glossar

ÄAVE: „Eine ärztliche ambulante Versorgungseinheit (ÄAVE) ist eine Messgröße für das durchschnittliche ärztliche Leistungsvolumen (differenziert nach Sonderfächern) gemäß Regiomed-System der Sozialversicherung. Diese basieren auf dem jährlichen Leistungsvolumen eines ‚durchschnittlich arbeitenden‘ Arztes / einer [ebensolchen] Ärztin mit Kassenvertrag.“ (ris.bka.gv.at, www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Spg/SPG_AT_OSG_V_20191106_6_2019/SPG_AT_OSG_V_20191106_6_2019.html [Zugriff am 15. 1. 2021])

kinderfreundliche stationäre Versorgung: stationäre Aufenthalte auf das unbedingt Notwendige beschränken (ambulant und tagesklinisch); tagesklinische Behandlungen und stationäre Versorgung auf pädiatrischen Abteilungen

integrierte Versorgung: die koordinierte Zusammenarbeit ärztlicher und therapeutischer Versorger

pädiatrische Kompetenzen: beziehen sich auf die Notfallversorgung und beinhalten die Ersteinschätzung und die gezielte Weiterleitung sowie die Früherkennung von Gewalt und Missbrauch an Kindern und Jugendlichen sowie von deren Vernachlässigung. (KiJu-Gesundheitsstrategie 2016)

Quellen

Hospiz Österreich (2017): Datenbericht der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 2016. Hg. v. Dachverband Hospiz Österreich, Wien

Hospiz Österreich (2018): Datenbericht der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich 2017. Hg. v. Dachverband Hospiz Österreich, Wien

Hospiz Österreich (2019): Hospiz- und Palliative Care in Österreich 2018. Hg. v. Dachverband Hospiz Österreich, Wien

Hospiz Österreich (2020): Hospiz- und Palliative Care in Österreich 2019. Hg. v. Dachverband Hospiz Österreich, Wien

Nemeth, Claudia; Pochobradsky, Elisabeth (2013): Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Gesundheit Österreich, Wien

ÖGKiM (2021): Über Uns [online]. ÖGKiM – Österreichische Gesellschaft für Kinderschutz-Medizin. <https://www.oegkim.at/verein/ueber-uns> [Zugriff am 8. 4. 2021]

ÖSG VO 2018 (2018): Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH zur Verbindlichmachung von Teilen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2017 (ÖSG VO 2018), in der geltenden Fassung

Winkler, Petra; Kern, Daniela; Delcour, Jennifer (2017): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2016. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), Wien

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit für die Jahre 2017 bis 2021

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**
Stubenring 1, 1010 Wien
+43 1 711 00-0
[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)