

Monatsschrift Kinderheilkunde

Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin

Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Organ der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

Elektronischer Sonderdruck für R. Winkler

Ein Service von Springer Medizin

Monatsschr Kinderheilkd 2010 · 158:364–369 · DOI 10.1007/s00112-009-2109-4

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

R. Winkler

Patienten/-innen am Rande des Gesundheitswesens

Fokus: Kinder- und Jugendpsychiatrie

Redaktion

R. Kerbl, Leoben
 F. Waldhauser, Wien

R. Winkler

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien

Patienten/-innen am Rande des Gesundheitswesens

Fokus: Kinder- und Jugendpsychiatrie

Während Interventionen im Bereich der „High-Tech-Medizin“ wiederkehrend die mediale Themenagenda dominieren, finden sich Medizinfelder und Patienten/-innen abseits ökonomisch und politisch einflussreicher Interessensgruppen am Rande der öffentlichen Wahrnehmung. Hierzu zählt etwa die Kinder- und Jugendpsychiatrie, anhand derer in diesem Beitrag exemplarisch Versorgungsmängel im Bereich der Kindermedizin dargestellt werden. Dabei werden Fragen zur nachhaltigen Versorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ebenso berührt wie jene zur Verteilungsgerechtigkeit im öffentlichen Gesundheitswesen.

Verteilungsgerechtigkeit und -praxis

Gesundheitspolitische Entscheidungen bauen in Österreich auf ein Weltbild, das gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bürger/-innen sicherstellen möchte. Dieser egalitäre Ansatz erfüllt zwar den Anspruch der Inklusion unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, ebenso bedeutende Aspekte, wie die Qualität der Ergebnisorientierung und die Zielgenauigkeit von Leistungen, bleiben jedoch weitgehend ausgespart. Bei knappen Ressourcen müssen aber dennoch Entscheidungen zugunsten oder zu Ungunsten von größerer Dringlichkeit, größerem Nutzen in Bezug auf Lebensspan-

ne usw. getroffen werden. Hierbei handelt es sich um grundsätzliche Wertentscheidungen, die auf gesellschaftlicher und politischer Ebene diskutiert und verhandelt werden müssen.

➤ Viele Ressourcen fließen in Interventionen mit oft fragwürdigem Nutzen

Österreich liegt mit seinen Ausgaben für das Gesundheitssystem im oberen Drittel der OECD-Länder (OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development): 2007 wurden 10,1% der heimischen Wirtschaftsleistung für die Versorgung mit Gesundheitsleistungen aufgewendet (OECD-Schnitt 2007: 8,9%) [13]. Enorm viele Ressourcen fließen in geräteintensive und medikamentöse Interventionen mit oft (individuellem, aber auch gemeinschaftlichem) fragwürdigem Nutzen am Lebensende. Dabei handelt es sich um Mittel, die auch für personalintensive, sozial-psychologische und therapeutische Interventionen in der Pädiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie fehlen. Vorweg sei bemerkt, dass es hierbei nicht um das Ausspielen von Gruppen von Patienten/-innen geht („Junge“ gegen „Alte“ oder „Chronisch Kranke“ gegen „Akutpatienten/-innen“). Vielmehr ist eine gesellschaftliche Diskussion erforderlich, was als medizinische Innovation gelten soll und in welche Richtung wir unsere Gesundheits- und Krankenversorgung entwickelt sehen wollen.

Die Bedeutung liegt hierbei auf unabhängigen wissenschaftlichen Entscheidungshilfen, die sich industriellen Partikularinteressen und der scheinbaren Definitionsmacht einzelner Lobbyisten zum Thema „Fortschritt in der Medizin“ entziehen. Schließlich ist der gegenwärtige Ressourcenmangel auch ein verbindendes Element zu anderen Medizinsegmenten, wo ebenfalls die Betreuung und die Begleitung von Menschen (wie etwa in Palliativinstitutionen oder der Gerontopsychiatrie) und keine kurativen Therapien im Vordergrund stehen [10]. Der thematische Fokus in diesem Beitrag wird auf Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen gelegt, deren problematische Versorgungslage nur selten eine „Medienhype“ hervorruft.

Knappe Mittel, keine Lobby, wenig Daten

Die Notwendigkeit staatlicher Ressourcenaufbringung im Falle von gesundheitlichen Krisensituationen ist unbestritten. Die volkswirtschaftliche und individuelle Sinnhaftigkeit diverser Investitionen zur Schadensbegrenzung (wie etwa zuletzt im Falle der „Schweinegrippe“) wird jedoch teils widerlegt, zumindest aber angezweifelt, und interessensferne, gesundheitsökonomische Analysen können oft erst „ex post“ Aufschluss über den Behandlungsnutzen (oder gar -schaden) geben. Während Experten/-innen unterschiedlicher Disziplinen und In-

teressen die Agenda öffentlicher Diskursräume wochen- und monatelang dominieren, bleiben andere (unter- bzw. fehlversorgte) Patienten/-innen und deren Angehörige wiederholt unberücksichtigt. Für diese „lobbyschwachen Gruppen“ stehen keine Notfallgeldmittel zur Verfügung, und die Knappheit von öffentlichen Gesundheitsleistungen wird besonders dort augenscheinlich, wo Selbstbehalte und Wartezeiten im Ausmaß von mehreren Monaten die Lebensqualität erheblich einschränken. Psychisch kranke Kinder und Jugendliche zählen (neben anderen) zu den betroffenen Personengruppen solcher Rahmenbedingungen.

➤ **Der pädiatrische
Versorgungsbedarf ist
in Österreich vielerorts
nicht bekannt**

Die Beschreibung von Verteilungsströmen bzw. Bedarfszahlen für diese Zielgruppe erweist sich jedoch für Österreich als ein schwieriges Unterfangen. Prinzipiell gilt eine solide Datenbasis als Prämisse sowohl für die deskriptive Darstellung der kindermedizinischen bzw. -therapeutischen Versorgung als auch für die Formulierung von Handlungsoptionen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Genau dieser Überblick zum medizinischen Ist-Versorgungszustand bzw. zum Versorgungsbedarf fehlt in Österreich vielerorts in der Kindermedizin.

Abgesehen von den teils unzulänglichen Daten zur Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde erst im Herbst 2009 vom österreichischen Gesundheitsministerium darauf aufmerksam gemacht, dass es in Österreich ebenso wenig Bedarfs- bzw. Versorgungszahlen für Rehabilitationsplätze für Kinder gibt. Eine entsprechende Erhebung wurde in Auftrag gegeben, bis dahin könne man nur davon ausgehen, dass die Rehabilitationsversorgung für Kinder „nicht optimal“ sei, so ein Sprecher des Gesundheitsministers [12].

Als „sub-optimal“ können auch die Lebenssituation und die gesundheitliche Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in Österreich bezeichnet werden. Davon ausgehend erschließt sich zunächst die Frage nach der

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 1 Psychische Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus [8]

Geschlecht	Sozialstatus	Kinder: 3–10 Jahre (%)	Jugendliche: 11–17 Jahre (%)
Jungen	Niedrig	16,4	13,0
	Mittel	8,1	7,9
	Hoch	4,0	5,5
Mädchen	Niedrig	10,5	8,7
	Mittel	4,1	5,2
	Hoch	1,7	2,7

Häufigkeit bzw. Fallzahl an psychisch kranken Kindern und Jugendlichen.

Krankheitslast

Epidemiologische Angaben zur psychischen Krankheitslast von Kindern und Jugendlichen beruhen in Österreich auf (einigen wenigen) Studien, die allerdings ähnliche Ergebnisse und Folgeschätzungen aufweisen wie Erhebungen im vergleichbaren internationalen Kontext. Regionale Untersuchungen, wie jene zu psychischen Auffälligkeiten bei Vorschulkindern in Salzburg, zeigten bei etwas mehr als 12% der befragten Kinder psychische Auffälligkeiten; bei rund 8% wurde ein psychisches Krankheitsbild diagnostiziert [19]. Eine bundesweite Untersuchung und Analyse zur Dichte und Tiefe von psychischen Störungsbildern bei Kindern und Jugendlichen fehlt in Österreich allerdings nach wie vor.

Psychische Beeinträchtigungen finden sich bei bis zu 1/5 der Kinder und Jugendlichen

In Deutschland war es die unbefriedigende Datenlage zum psychischen Zustand von Kindern und Jugendlichen, die 2003 den Anlass für eine groß angelegte Studie gab, die vom Robert Koch-Institut (RKI) unter dem Titel Bella-Studie initiiert wurde. Zuvor wurde bereits 1998 in einer Analyse zum Gesundheitszustand von Kindern erhoben, dass Entwicklungs- und Gesundheitsrisiken bei Kindern und Jugendlichen allgemein im Steigen begriffen sind, und psychosozial bedingte Beeinträchtigungen (z. B. psychosomatische Beschwerden) zunehmen. Die Häufigkeit für psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter wird seither in Deutschland relativ stabil – mit 18% auf einem sehr

hohen Niveau – beziffert [17]. Die deutsche Bundestherapeuten-/innenkammer schätzt, dass jedes 20. Kind bzw. Jugendliche in Deutschland eine behandlungsbedürftige psychische Krankheit aufweist. Auf Basis einer Übersichtsarbeit aus 2002 (19 Studien sowohl aus Deutschland als auch internationale Untersuchungen) liegen die 6-Monats-Prävalenzraten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen bei 17,2% [2]. Hierbei stellen Angsterkrankungen die häufigste Diagnoseklasse dar, gefolgt von externalisierenden und depressiven Störungen. Ähnliche Größenordnungen wurden auch in der Bella-Studie festgestellt, in der 2863 Familien (Zielgruppe: ein Elternteil; Kinder ab 11 Jahren wurden eigenständig interviewt) zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten telefonisch und mittels Fragebogen befragt wurden. Im Zentrum standen dabei Symptome im emotionalen Bereich und des Verhaltens sowie ein damit verbundener Leidensdruck. Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit ergaben sich laut der Studie bei etwa 12% der Probanden/-innen; knapp 10% wurden als sehr wahrscheinlich psychisch auffällig ausgewiesen. Insgesamt ließ sich bei etwa 1/5 der Studienteilnehmer/-innen eine psychische Beeinträchtigung (21,9%) feststellen [16].

Armutsschatten

Psychosoziale Belastungen

Gerade die empirische (Er)Fassung von psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter bedarf in ihrer zugrundeliegenden Komplexität einer umfassenden Betrachtungsweise, die wesentlich auf einem Public-Health-Ansatz basiert. Denn abseits in Anspruch genommener oder versagter (medizinischer und thera-

peutischer) Interventionen müssen zum Verständnis der Problemlagen auch jene Lebensumstände aufgespürt und analysiert werden, die psychische Störungen bei Kindern hervorrufen bzw. begleiten. Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Ressourcen (der Kernfamilie) und dem Gesundheitsstatus der Kinder bzw. der ganzen Familie bedarf dabei besonderer Aufmerksamkeit. Empirische Evidenz lieferte dazu ein rezentes Sachverständigengutachten der deutschen Bundesregierung aus 2009 [11]. Darin wurden „erhebliche psychosoziale Belastungen“ bei jedem 5. Kind eines Geburtsjahrgangs in Deutschland konstatiert. In der Summe betrifft dies rund 140.000 Kinder pro Jahrgang, wobei der Hauptrisikofaktor eine „ungünstige Lebenslage der Eltern“ darstellt. Der weitzitierte Begriff der Armut stellt hierbei eine integrale Maßzahl dar: Prekäre Lebenssituationen der Eltern verhindern schon sehr früh den Zugang und die Inanspruchnahme von Bildungs- und Kulturangeboten sowie von Gesundheitsleistungen.

Die Auswirkungen wurden Anfang 2009 auch im „Sozialbericht 2007–2008“ des österreichischen Sozialministeriums [14] dokumentiert: Bürger/-innen, die in „manifeste Armut“ leben, erleiden 4-mal häufiger Gesundheitsprobleme als Personen ohne finanzielle Schwierigkeiten. In Österreich leben etwa 250.000 Kinder in armen Verhältnissen.

Konsequenzen verabsäumter Versorgung

Die Auswirkungen sozialer Benachteiligung auf den psychischen Gesundheitszustand (■ Tab. 1) zeigen, dass Kinder aus ökonomisch schwachen Herkunftsfamilien eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit etwa für physische und psychosomatische Erkrankungen haben als Kinder der „Oberschicht“: So leiden Kinder aus deprivierten Sozialmilieus deutlich häufiger an Kopfschmerzen (22% vs. 9%), Rückenschmerzen (16% vs. 9%), Einschlafstörungen (26% vs. 16%), Nervosität (22% vs. 8%), Einsamkeit (19% vs. 9,5%) und Hilflosigkeit (14% vs. 3%) [6]. Ein weiterer Befund zu Verhaltensauffälligkeiten und Sozialstatus wird im Folgenden zusammengefasst.

R. Winkler

Patienten/-innen am Rande des Gesundheitswesens. Fokus: Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zusammenfassung

Die Probleme und Schiefen bei der Verteilung von medizinischen Leistungen werden dort offensichtlich, wo sich Menschen in sozial prekären Lebenssituationen befinden und wo keine „Lobby“ vorhanden ist. Beides trifft oft auf Kinder und Jugendliche zu, die psychisch erkrankt sind. Der vorliegende Beitrag erläutert die mangelnde Versorgungssituation dieser Gruppe von Patienten/-innen in Österreich, wo weitgehend zielgruppenrelevante Versorgungsangebote fehlen. Die schleppende Anpassung an internationale Standards hinsichtlich adäquater Versorgungsstrukturen sowie die derzeitige Verteilungspraxis von medizinischen Leistungen

schaffen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche sowie ihre Angehörigen häufig Lebensrealitäten, die nur schwer zu bewältigen bzw. für diese Familien einfach nicht leistbar sind. Vor diesem Hintergrund sind Korrekturen in der Verteilungspraxis v. a. als ein gesellschaftspolitisches Anliegen zu verstehen, dem sich auch Entscheidungsträger/-innen in der Politik zu stellen haben.

Schlüsselwörter

Kinder und Jugendliche · Psychische Erkrankungen · Versorgungssituation · Österreich · Verteilungsgerechtigkeit

Patients on the edge of the health care system. Focus: child and adolescent psychiatry

Abstract

Patient groups without lobbies are those that experience most problems related to ill-balanced distribution policies concerning public health services. This particularly applies to children and adolescents with mental health problems, often living (with their families) under rather precarious conditions. This article attempts to shed some light on the scope of health care services for this group in Austria. Given the Austrian situation, which is characterised by a major lack of adequate services for mentally impaired children and adolescents, international health care standards for this young patient group have not

been met by far. Hence, families with children and adolescents with special (mental) needs often face situations they cannot deal with or which they cannot afford. Against this backdrop, current distribution policies in the context of health care services need to be redesigned and politicians called to take concerted action in favour of deprived patient groups.

Keywords

Children and adolescents · Mental disorders · Health care services · Austria · Distributive justice

Die Bedeutung einer fachgerechten und bedarfsorientierten Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen liegt für die Patienten/-innen in erster Linie in der Verbesserung der klinischen Symptomatik. Ebenso wichtig sind allerdings die klinischen Langzeit-Outcomes, die auch von gesellschaftlicher Relevanz sind: In einer 2009 publizierten Studie von Interviews mit 755 Jugendlichen (14–16 Jahre), die erstmals 1983 und wiederholt zwischen 2001 und 2004 im Erwachsenenalter zu ihrer psychischen Befindlichkeit befragt wurden, stellte sich heraus, dass jene Befragten, die bei der ersten Interviewrunde von leichten depressiven Symptomen erzählten (8%), in ihrem späteren Erwachsenenleben deutlich häufiger von psychischen Krankheiten betroffen waren. Konkret bestand in dieser Gruppe ein 4-fach erhöhtes Risiko, im Alter zwischen 20 und 30 Jahren an einer schweren Depression zu erkranken. Das Risiko für die Entwicklung von Angsterkrankungen und Zwangsstörungen war um das 2 1/2-Fache erhöht, und die Häufigkeit von Essstörungen (Anorexie oder Bulimie) steigerte sich bei diesen Patienten/-innen um das 3-Fache [5].

Psychische Erkrankungen haben erhebliche Langzeitauswirkungen

Ein weiteres Beispiel für Langzeitauswirkungen von psychischen Erkrankungen, die bereits im Kindes- bzw. Jugendalter beginnen, zeigt sich etwa anhand von Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Rund 25% der Kinder, bei denen ADHS diagnostiziert wird (die transnationale Prävalenzrate liegt bei etwa 3,4%), leiden auch im Erwachsenenalter unter schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten, die mit komorbiden Erkrankungen und sozialen Gefährdungen einhergehen [18].

Die individuellen und gesellschaftlichen Folgen versäumter oder verspäteter Interventionen sind evident:

- eine deutlich höhere und längerfristige Inanspruchnahme von medizinischen und therapeutischen Interventionen,
- schulische Misserfolge, die in der Folge Berufschancen minimieren, oft in

die Arbeitslosigkeit führen und auch in delinquenten Handlungen münden können.

In welchem Umfang die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in einigen österreichischen Bundesländern geleistet wird, zeigen die folgenden Beispiele – wobei vorauszuschicken ist, dass aufgrund mangelnder Daten nur Auszüge präsentiert werden können.

Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Internationalen Qualitätsstandards [wie etwa jenen der WHO (World Health Organization)] zufolge sollte die Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch niedergelassene Fachärzte/-innen, Ambulatorien und Fachabteilungen mit Ambulanzen erfolgen. Da in Österreich die kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsangebote erst im Aufbau begriffen sind, lässt sich weitläufig eine Unterversorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen feststellen. Der Bedarf an Kassenplanstellen würde gemäß internationaler Standards bei 100 für ganz Österreich liegen (ein/e Facharzt/Fachärztin auf 80.000 Einwohner/-innen). Die regionale Versorgung hinkt solchen Empfehlungen jedoch hinterher.

Wien

Hier wird bereits seit Mitte der 1970er Jahre die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen von Betroffenen, von in diesem Bereich beschäftigten Personen und von Politikern/-innen bemängelt. Die Kritik verstärkte sich, nachdem 2008 (kontroll)amtliche Untersuchungen eine deutliche Fehlversorgung ergaben: In den Jahren 2006 und 2007 mussten pro Jahr rund 20% der Jugendlichen, die einer psychiatrischen stationären Aufnahme bedurften, in den städtischen Erwachsenenpsychiatrien aufgenommen werden, da es zu wenige alters- und entwicklungsgerechte Behandlungsplätze gab. Das Wiener Kontrollamt, das schließlich mit der Überprüfung der Versorgungssituation beauftragt wurde, bestätigte im Prüfbericht 2008 auch die räumliche und personelle Unterversorgung in

Wien, der in den kommenden Jahren etwa durch die Schaffung zusätzlicher Krankenhausbetten und durch Personalaufstockung begegnet werden soll [7].

Alters- und entwicklungsgerechte Behandlungsplätze fehlen

Insgesamt herrscht auch in der Bundeshauptstadt ein großer Mangel an niedergelassenen Fachärzten/-innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (insbesondere mit § 2-Kassenverträgen). Aber auch monatelange Wartezeiten für eine fachliche Abklärung, einen Ambulanztermin oder den Beginn einer kinder- bzw. jugendspezifischen Therapie sind „die Regel“. Ein allgegenwärtiger Versorgungsmangel wurde mehrmals von Experten/-innen festgestellt, die im Zuge der Untersuchungskommission des Wiener Gemeinderates zur psychiatrischen Versorgung in Wien befragt wurden [4].

Oberösterreich

Es ergeben sich ebenfalls profunde Versorgungsprobleme durch zu wenig Fachärzte/-innen mit Kassenverträgen sowie fehlende ambulante Krisendienste für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Bisher können Behandlungsangebote meist im Umfeld von Krankenhäusern vorgefunden werden, die ihrerseits wiederum einen steigenden Behandlungsbedarf von Kindern und Jugendlichen und ihren Angehörigen verzeichnen.

Als regionales Beispiel sei etwa die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Landesfrauen- und Kinderklinik Linz (LFKK) genannt, wo im Jahr 2008 rund 3500 ambulante (+14% gegenüber 2007) und etwa 600 stationäre Kontakte mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen stattfanden [3].

Niederösterreich

Hier gibt es 3 kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen, wobei die Ambulanzen jedoch keine Basisversorgung liefern (können). 2007 wurde von der Landesärzte/-innenkammer NÖ und der regionalen Gebietskrankenkasse das Pilotprojekt „Kinder- und Jugendpsych-

iatrie“ gestartet. Für einen Zeitraum von 2 Jahren unterstützen 2 Fachärztinnen die wohnortnahe Versorgung und erheben in Form von vierteljährlichen Berichten Veränderungen ihrer jungen Patienten/-innen. Ziel sind die Sammlung von Erfahrungswerten zur medizinischen Versorgung im niedergelassenen Bereich sowie die Implementierung einer Schnittstelle zu anderen kinder- und jugendrelevanten Betreuungseinrichtungen. 2009 wurde dieses Projekt für 2 weitere Jahre verlängert; eine Umwandlung in Planstellen ist derzeit nicht absehbar.

Der Mangel an Kassenärzten/-innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist auch im größten Bundesland Österreichs offensichtlich: Der Bedarf an Kassenplanstellen wird auf 20 geschätzt – der Iststand Ende 2009 betrug 2 [1].

Burgenland

Patienten/-innen mit psychischen Problemen mussten aufgrund fehlender stationärer Behandlungsplätze lange Zeit in Wien, Niederösterreich oder in der Steiermark behandelt werden. Für Kinder und Jugendliche fehlt nach wie vor eine Krankenhausbetreuung, eine entsprechende Abteilung befindet sich in Planung [10]. In Eisenstadt wurde 2007 vom Psychosozialen Dienst (PSD) Burgenland eine kinderpsychiatrische Ambulanz (keine Betten) eröffnet, die eine kostenlose Behandlung für Patienten/-innen aus dem Nordburgenland übernimmt. Im Südburgenland steht das Krankenhaus Oberwart (Neuropsychiatrische Ambulanz) für Behandlungen zur Verfügung – generell werden die Bezirke engmaschig vom PSD versorgt. Zudem herrscht auch im östlichsten Bundesland ein dringender Bedarf an kostenloser, wohnortnaher psychotherapeutischer Betreuung für Kinder und Jugendliche [9].

Verteilungsoptionen

Im Zusammenhang mit den aufgezeigten Versorgungsmängeln in Teilbereichen der Kindermedizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie wird abschließend noch einmal das eingangs angeführte Thema der Verteilungsgerechtigkeit aufgegriffen. Letztlich stellen sich vor dem Hinter-

grund einer Unter- bzw. Fehlversorgung immer Fragen der Finanzierung, die häufig Umverteilungen bedingen. Hierbei stehen unterschiedliche Optionen zur Verfügung, die jedoch ihrerseits neue Problemfelder eröffnen können. Rationierungen sind aufgrund der vorangegangenen Argumente und Fakten im Bereich der kindermedizinischen Versorgung in Österreich nicht in Erwägung zu ziehen. Die Forderung nach „mehr Geld ins System“ könnte wiederum eine ungerechte Verteilung bewirken, weil durch eine Reallokation von Ressourcen andere Politikfelder (z. B. Betreuungs- und Bildungseinrichtungen, die soziale Lebensräume von Kindern und Jugendlichen prägen) mit weniger Mittel auskommen müssten.

► Eine Fokussierung auf „konsumptive Ausgaben“ ist von kurzfristigem Wert

Die derzeitige Strategie, die einer starken Fokussierung auf „konsumptive Ausgaben“ (reine Krankenversorgung) folgt, ist jedoch von kurzfristigem Wert (wenn auch unbestritten teils notwendig), da sie v. a. jüngere Menschen benachteiligt. Gerade für junge Patienten/-innen mit psychischen Erkrankungen bedarf es einer Erhöhung der „investiven Ausgaben“ (z. B. sozialpolitische Präventionsleistungen) ohne damit eng verbundene Anschlussfelder (wie das Bildungssystem) auszusparen.

Die OECD-Gesundheitsdaten 2009 stellen etwa der heimischen Präventionsarbeit für fettleibige Kinder und Jugendliche in Österreich kein gutes Zeugnis aus: Der Anteil an adipösen Jugendlichen hat sich in den vergangenen Jahren beinahe verdoppelt [13]. Multimodale Therapien (z. B. Ernährungs- und Bewegungsprogramme, Psychotherapie usw.) sind jedoch für die betroffenen Familien (die meist aus sozial schwachen Milieus stammen) nicht leistbar, und vereinzelte Spezialambulanzen sind überfüllt bzw. können den medizinischen und therapeutischen Betreuungsaufwand nicht bewältigen [15].

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bereits auf Ebene der gesamtgesellschaftlichen Mittelaufbringung und -verwendung Benachteiligungen sys-

temimmanent produziert werden, die v. a. Gruppen ohne Lobby (wie psychisch kranke Kinder und Jugendliche) besonders treffen. Der WHO-Appell nach „health in all policies“ – in Österreich noch immer ungehört – müsste daher insbesondere Patienten/-innen am Rande des Gesundheitswesens zugute kommen.

Fazit für die Praxis

Kinder und Jugendliche in wirtschaftlich und sozial benachteiligten Familien sind einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt. Armut ist hierbei ein wesentlicher „Krankheitstrigger“ – auch für psychische Erkrankungen. Ziel einer bedarfsorientierten Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen muss die niederschwellige und frühzeitige Versorgung von Patienten/-innen und ihrer Angehörigen sein, um dauerhafte Auswirkungen im Erwachsenenalter weitgehend zu verhindern. Hierzu bedarf es in Österreich einer raschen Anpassung an internationale Qualitätsstandards. Dies bedeutet insbesondere für den niedergelassenen Bereich eine Aufstockung an niedergelassenen Fachärzten/-innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Kassenverträgen. Abseits der ärztlichen Versorgung ist auch die kostenlose wohnortnahe Psychotherapie für Kinder und Jugendliche bei weitem nicht ausreichend bzw. nahezu gar nicht vorhanden. Dringender Handlungsbedarf ergibt sich somit für politische Entscheidungsträger/-innen, um auch der jüngsten Bevölkerungsgruppe (und ihren Angehörigen) eine bedarfsorientierte und leistbare Versorgung zu ermöglichen.

Korrespondenzadresse

Dr. R. Winkler



Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment
Garnisonsgasse 7/20,
A-1090 Wien
Österreich
roman.winkler@hta.lbg.ac.at

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Ärztekammer für Niederösterreich (2009) NÖ Consilium 10/09. Ärztekammer für Niederösterreich, Wien, cms.arztnoe.at
2. Bundestherapeutenkammer (2009) Kinder und Jugendliche. Bundestherapeutenkammer, Berlin, www.bptk.de/psychotherapie
3. Gesundheits OÖ, Spitals-AG (gespag) (2008) Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz – Jahresbericht. gespag, Linz
4. Grüner Klub im Rathaus – die Grünen Wien, Österreichische Volkspartei im Wiener Rathaus (2009) Minderheitsbericht der Untersuchungskommission des Gemeinderates betreffend „Gravierende Missstände in der Versorgung von psychiatrischen PatientInnen im Verantwortungsbereich der Gemeinde Wien“. Gemeinderat, Wien
5. Johnson J, Cohen P, Kasen S (2009) Minor depression during adolescence and mental health outcomes during adulthood. Br J Psychiatr 195:264–265
6. Klocke A, Hurrelmann K (1995) Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? Z Gesundheitswiss Beiheft 2:138–151
7. Kontrollamt der Stadt Wien (2009) Tätigkeitsbericht 2008. Kontrollamt der Stadt Wien, Wien
8. Lampert T (2008) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Tiesmeyer K, Brause M, Lierse M et al (Hrsg) Der blinde Fleck: Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. KBT, Würth, S 109–125
9. Maucher J (2009) Kinderpsychiatrische Versorgung – System als Ursache. ÖÄZ 5, www.aerztezeitung.at vom 10.03.2009
10. MMA (2009) ClinCum neuropsy 3/2009. Medizin Medien Austria, Wien, www.medizin-medien.at
11. NN (2009) Psychosoziale Belastungen bei jedem fünften Kind. Ärzteblatt, www.aerzteblatt.de vom 17.08.2009
12. Fernsebner-Kokert B (2009) Keine Reha-Plätze für Kinder. Der Standard vom 05.11.2009. derStandard.at GmbH, Wien
13. OECD (2010) OECD Health Data 2009. OECD, Paris
14. Österreichisches Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2009) Sozialbericht 2007–2008. Österreichisches Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Wien
15. Popow C (2008) Gesundheitsökonomie und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendmedizin. In: Kerbl R, Thun-Hohenstein L, Vavrik K, Waldhauser F (Hrsg) Kindermedizin – Werte versus Ökonomie. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 123–139
16. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2006) Modul Psychische Gesundheit (Bella Studie). KiGGS, Berlin
17. RKI (2004) Bella Studie – der Forschungsstand. Robert Koch-Institut, Berlin, www.bella-studie.de/studie/stand.html
18. Rösler M, Heßlinger B, Philipsen A (2009) ADHS im Erwachsenenalter. In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg) Therapie psychischer Erkrankungen. Urban & Fischer, München, S 375–393
19. Thun-Hohenstein L (2008) Versorgungssituation psychisch auffälliger und kranker Kinder und Jugendlicher. In: Kerbl R, Thun-Hohenstein L, Vavrik K, Waldhauser F (Hrsg) Kindermedizin – Werte versus Ökonomie. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 163–175