



Resolution der Plattform *Politische Kindermedizin* 2012

Präambel

Die Plattform „Politische Kindermedizin“ veröffentlicht seit 2007 im Anschluss an ihre wissenschaftlichen Jahrestagungen basierend auf den dort gewonnenen Erkenntnissen eine Resolution, in der die österreichischen PolitikerInnen aufgefordert werden, aufgezeigte Probleme, die für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen dieses Landes essentielle Bedeutung haben, einer Lösung zuzuführen.

Wir haben in den letzten Jahren wohl begründet 22 Themenbereiche beschrieben und konkrete Vorschläge gemacht. Für ein einziges Thema - die Forderung nach „*Etablierung und Umsetzung eines Österreichischen Netzwerkes für sichere Arzneimittel und Therapien im Kindes- und Jugendalter*“ - wurde ein akzeptabler Lösungsansatz etabliert.

Die „Politische Kindermedizin“ erinnert die Politikerinnen und Politiker sowie andere Entscheidungsträger daher eindringlich daran, dass sie Österreichs Kindern und Jugendlichen für deren gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung einiges schuldig sind und eine langfristige positive Entwicklung unserer Gesellschaft nur über eine Verbesserung der Bedingungen für die nächsten Generationen möglich ist.

An die wichtigsten unerledigten Forderungen wird in 1. – 3. wegen ihrer grundsätzlichen und besonderen Bedeutung explizit erinnert, sonst auf die Resolutionen der letzten 5 Jahre verwiesen (www.polkm.org). Als neu aufgearbeiteter Themenbereich werden Probleme und daraus abgeleitete Forderungen zur Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen genauer dargestellt.

Resolution

Die Plattform „Politische Kindermedizin“ fordert die österreichischen Politikerinnen auf, sich vordringlich folgender, für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen essentieller Themen anzunehmen und die sich daraus ergebenden notwendigen Schritte zur Lösung der in der Anlage beschriebenen Probleme zu setzen:

- 1. Uneingeschränkte Integration der Kinderrechte in die österreichische Verfassung**
- 2. Kostenfreie Therapien für Kinder und Jugendliche – zeitnahe Realisierung**
- 3. Etablierung von Kompetenzzentren mit assoziierten Versorgungsnetzwerken für seltene und chronische Erkrankungen**
- 4. Verbesserung der Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich**

Anlagen: 1 (Ausführung und Begründung)

Ziele der Politischen Kindermedizin

- Stärkung des Bewusstseins für die gesellschaftliche Verantwortung in der Kindermedizin
- Aufzeigen und Veröffentlichen von Defiziten und deren Ursachen in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Einsatz für die Behebung solcher Mängel – auch mit politischen Mitteln

Anlage

Ausführung und Begründung:

1. Uneingeschränkte Integration der Kinderrechte in die österreichische Verfassung

IST-Stand: Die UN-Kinderrechtskonvention wurde in Österreich bereits 1992 vom Nationalrat ratifiziert, aber nur mit Erfüllungsvorbehalt und nur als einfaches Gesetz, sodass eine Berufung auf die Konvention vor Behörden und Gerichten nicht möglich war. Anfang 2011 wurden nur einige der 54 Artikel der UN-Kinderrechtskonvention in den Verfassungsrang erhoben. Wesentliche Grundrechte von Kindern und Jugendlichen wurden vernachlässigt: Kinder haben damit u.a. kein in der Verfassung abgesichertes Recht auf Gesundheitsvorsorge (Art. 24), soziale Sicherheit (Art. 26) oder Recht auf Bildung (Art. 28, 29).

Forderung:

Die Integration der Kinderrechtskonvention in den Verfassungsrang muss vollständig erfolgen und darf besonders in wesentlichen Rechten nicht beschnitten oder durch einen Erfüllungsvorbehalt wirkungslos gemacht werden. Das Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern ist in diesem Sinne unverzüglich zu ergänzen.

Begründung: Die Maßnahme ist sinnvoll,

- weil sie allen in Österreich lebenden Kindern einen gesetzlich anerkannten Standard ermöglichen würde.
- weil damit der individuelle Rechtsschutz von Kindern und Jugendlichen verbessert und eine Prüfungsmöglichkeit der Vereinbarkeit einfacher Gesetze mit Kinderrechtsstandards durch den Verfassungsgerichtshof geschaffen wird.
- weil damit in vielen Bereichen der Medizin Kinder tatsächlich auch ihr vorrangiges Recht auf bestmögliche Behandlung durchsetzen könnten.

2. Kostenfreie Therapien für Kinder und Jugendliche – zeitnahe Realisierung

IST-Stand: Derzeit müssen die Familien Therapien für ihre Kinder wie Physio-, Ergotherapie, logopädische Therapie und Psychotherapie bei niedergelassenen TherapeutInnen größtenteils noch immer selbst bezahlen und erhalten von den Krankenkassen einen oft nur geringen Teil refundiert. 2011 und 2012 von der Politischen Kindermedizin publizierte Daten (R. Püspök in Pädiatrie und Pädologie) zeigen, dass deshalb im internationalen Vergleich in Österreich eindeutig zu wenige Kinder und Jugendliche in Behandlung sind. Es wurde errechnet, dass im Vergleich mit guten Standards mindestens 70.000 Kinder und Jugendliche nicht die für sie notwendige Therapie erhalten. Dies bedingt enorme Nachteile für die Entwicklung und die Zukunftschancen vor allem für sozial benachteiligte Kinder.

Forderungen:

- Rascher Abschluss der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger durchgeführten Bedarfserhebung aufgrund der schon bekannten erdrückenden Datenlage zur Unterversorgung
- Veröffentlichung der Ergebnisse der Erhebungen einschließlich Darstellung der angewandten Methoden
- Unmittelbarer Beginn der Erarbeitung von konkreten Versorgungsplänen für institutionelle Versorger und im niedergelassenen Bereich mit dem Ziel einer raschen Umsetzung eines flächendeckenden Angebots an kostenfreien Therapien
- Erarbeitung eines verbindlichen Regelwerks für die Verordnung von Kindertherapien, das auch qualitätssichernde Maßnahmen enthält.

Begründung: Die Maßnahme ist sinnvoll,

- weil Kinder sonst oft zu spät oder gar nicht zu medizinisch notwendigen Therapien gebracht werden.
- weil erfolgreiche Therapien aus Kostengründen oft frühzeitig beendet oder abgebrochen werden.
- weil Kinder nicht selbst darüber entscheiden können, ob sie sich Therapien leisten wollen oder nicht.
- weil die späteren Folgekosten (problematische Bildungslaufbahn, Arbeitslosigkeit, psychosomatische oder Stress-getriggerte Erkrankungen etc.) für die Gesellschaft ein Vielfaches ausmachen.
- weil Österreich seinen Kindern gegenüber säumig ist - Kindertherapien werden z.B. in Deutschland ohne Selbstbehalt in ausreichender Zahl angeboten.
- weil Eltern derzeit aus Kostengründen ihren Kinder qualitätsgesicherte Therapien vorenthalten und stattdessen oft billigere, nicht evaluierte Therapieangebote in Anspruch nehmen.
- weil Kindern und Jugendlichen immer wieder notwendige Therapien durch intransparente und fachlich fragwürdige chefärztliche Ablehnungen vorenthalten werden.

3. Etablierung von Kompetenzzentren mit assoziierten Versorgungsnetzwerken für seltene und chronische Erkrankungen

hierbei ist besonders auf den tatsächlichen Bedarf und auf kontinuierliche Qualitätskontrolle nach internationalen Maßstäben zu achten.

IST-Stand: Rund fünf Prozent der Österreichischen Kinder leiden unter einer von ca. 6000 „Seltenen Erkrankungen“, die meist chronisch verlaufen. Jede einzelne dieser Erkrankungen betrifft maximal 40 Neugeborene pro Jahr; meist aber noch viel weniger. Die besten Therapieerfolge werden bei diesen Kindern erreicht, wenn sie in einigen wenigen Therapiezentren betreut werden, die sich internationalen Standards anpassen und Qualitätskontrollen unterziehen, und wenn die Nachbehandlung mit diesem Zentrum vernetzt ist.

Forderung:

Als erster Schritt zur Vernetzung wäre die **Etablierung von Patientenregistern** sinnvoll. Anzahl und Standort der Zentren sollten bedarfsorientiert nach epidemiologischen Gesichtspunkten und bundesländerübergreifend erfolgen. Positive Beispiele sind das St. Anna Kinderspital für krebskranke Kinder, das Kinderherzzentrum in Linz und die Epilepsiechirurgie am AKH-Wien.

Begründung: Die Maßnahme ist sinnvoll,

- weil internationales Wissen mit ausreichend eigener Erfahrung schwerpunktmäßig gebündelt angehäuft würde.
- weil dadurch zahlreichen Kindern mit seltenen Erkrankungen die Chance auf optimale Therapie eingeräumt würde.
- weil in komplexen Fällen die Diagnose rascher und verlässlicher gestellt werden könnte.
- weil diese Zentren für die Aus- und Weiterbildung der nächsten Generation beste Voraussetzungen hätten.
- weil durch Konzentration die Finanzmittel effizienter eingesetzt werden.
- weil hohe Vorhaltekosten für oft wenig ausgelastete Einheiten reduziert werden könnten.

4. Verbesserung der Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich

Definition:

Primärversorgung ist das integrierende, kontinuierliche und umfassende Element des formalen Gesundheitssystems (WHO Konferenz von Alma-Ata, 1978) und umfasst Gesundheitsdienstleistungen, die nahe am Patienten erbracht und leistbar sein müssen (Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford Univ. Press; 1998). Primärversorgung ist nicht nur die „Erst-“Versorgung, sondern vor allem die hauptsächliche Form der Versorgung, in der auch über weitere Behandlungsschritte der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung befunden wird. Primärversorgung muss ein integraler und zentraler Bestandteil des sozialen und ökonomischen Systems sein.

IST-Stand:

Die Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich erfolgt in einem kombinierten System von niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, Allgemeinmedizinerinnen und Spitalsambulanzen. Österreich hat die höchste Ärztedichte in der EU, die geringste Anzahl an Pflegekräften und hohe Kosten bei mäßiger Effizienz.

Die demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen haben zu einer Veränderung des Krankheitsspektrums im Kindes- und Jugendalter geführt. Wir sind mit einer Zunahme der so genannten „neuen Morbiditäten“ d.h. einer Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen und von somatischen zu psychischen Erkrankungen konfrontiert. Infektionskrankheiten haben abgenommen, chronische Krankheiten wie Adipositas, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und v.a. Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Alkohol- und Drogenkonsum nehmen kontinuierlich zu. Diese Veränderungen sowie die medizinische Entwicklung der letzten Jahrzehnte führen sowohl qualitativ wie quantitativ zu erhöhten Betreuungsanforderungen an die primärversorgenden ÄrztInnen und Institutionen.

Die Ambulanzfrequenzen in den Spitälern haben sich in den letzten 10 Jahren etwa verdreifacht (Koller, Fohler 2012, 6.JT der PKM). Seit Jahren ist das Problem der pädiatrischen „Notfallversorgung“ insbesondere in Ballungszentren ungelöst. Akut- und Notfallversorgung findet daher fast ausschließlich in den dazu verpflichteten Ambulanzen der österreichischen Kinder- und Jugendabteilungen statt. Die Kostendeckung durch die Krankenkassen dafür beträgt allerdings maximal 30%, da bei steigenden Frequenzen die von den Krankenkassen ausgeschüttete „Ambulanzpauschale“ gedeckelt und seit 1997 (15 Jahre!) unverändert geblieben ist. Die nicht finanzierte Mehrarbeit muss von überforderten Spitalsärzten, oft ÄrztInnen in Ausbildung geleistet werden, die - wie rezente Erhebungen zeigen - massiv vom Burn-out bedroht sind. Gleichzeitig fehlen diese Ressourcen für den eigentlichen Aufgabenbereich der Spitäler.

Die Versorgungsstruktur ist in Österreich im städtischen und ländlichen Bereich höchst unterschiedlich. In den Städten werden Kinder v.a. von niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde betreut, am Land zu einem großen Teil auch von Allgemeinmedizinerinnen. Diese absolvieren im Rahmen der Turnusarztausbildung maximal 4 Monate im Fach Pädiatrie in einem Krankenhaus. Eine praxisorientierte Ausbildung in einer Kinderordination ist nicht gefordert. Es gibt auch keine verpflichtende Weiterbildung, welche zur Durchführung von pädiatrischen Leistungen berechtigt, wie z.B. die Mutter-Kind-Pass-Vorsorgenuntersuchungen, für welche spezielle entwicklungs- und sozialpädiatrische Kenntnisse erforderlich sind. Allgemeinmediziner neigen dazu, häufiger Medikamente zu verschreiben, mehr diagnostische Untersuchungen anzuordnen, weniger Impfungen durchzuführen und Kinder häufiger ins Spital einzuweisen, was zu einer qualitativ problematischen Versorgung der Kinder bei erhöhten Folgekosten führt (A.Bouquet et al 2005; J. Álvares et al Rev Pediatr Aten Primaria. 2010; E. Jäger-Roman, 2012, 6.JT der PKM).

Forderungen:

1. **Stärkung der kindermedizinischen Kompetenz der Primärversorger** durch
 - Verlängerte Ausbildung für Allgemeinmediziner im Fach Kinder- und Jugendheilkunde, davon mindestens 3 Monate verpflichtend in einer pädiatrischen Lehrpraxis
 - verpflichtend teilweise Ausbildung in einer pädiatrischen Lehrpraxis für angehende FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde bei geplanter Niederlassung
 - Finanzierung der Anstellung von LehrpraktikantInnen durch die öffentliche Hand
 - Verpflichtende Weiterbildung für FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde und Allgemeinmediziner mit Fokus auf sozialpädiatrische und kinderneuropsychiatrische Kompetenz
 - Vermehrte Ausbildung von Pflegekräften mit kindermedizinischer Spezialisierung
2. **Erstellung eines nationalen Struktur- und Versorgungsplanes zur verbesserten Koordinierung der Primärversorgung**
 - durch sinnvolle Stellenpläne
 - Abstimmung der Öffnungszeiten von Ordinationen untereinander und mit Spitälern zu Randzeiten und am Wochenende
 - auf Basis derzeit noch fehlender valider Gesundheits- und Versorgungsdaten
3. **Förderung neuer Versorgungsmodelle**, wie
 - Niederschwellig erreichbare **Beratungszentren** zur Elternbildung und -unterstützung und Akutversorgung, wo bei Bedarf eine Triage der Patienten durch *qualifizierte Pflegekräfte* erfolgen und wenn notwendig eine Weiterleitung an kompetente Primärversorger veranlasst werden kann
 - **Erleichterung und Förderung neuer Praxismodelle** wie z.B. einfach organisierbare *Gruppenpraxen* und *Praxisgemeinschaften*
 - Aufbau von **interdisziplinären und berufsgruppenübergreifenden Kooperationsformen**, verstärkte *multiprofessionelle Behandlung* bei Entwicklungs- und Verhaltensstörungen.
 - Verbesserte **Vernetzung und Kooperation** zwischen stationären und niedergelassenen Primärversorgern, Einrichtung kindermedizinischer Netzwerke mit pädiatrischen Zentren zur verbesserten Koordination und Kooperation.
 - **Ausbau** aufsuchender Betreuungsmodelle
 - **Umsetzung und Förderung erfolgreicher Pilotprojekte** wie z.B. das Modell der mobilen Krankenschwester in Korneuburg
4. **Verbesserung der Finanzierungsformen**
 - Etablierung des **Prinzips der Kostenwahrheit** im niedergelassenen und ambulanten Bereich
 - besondere Berücksichtigung des **Faktors Zeit** für Beratungen und Betreuung von chronisch Kranken oder Patienten mit sozialpädiatrischen Problemen.
 - **Leistungsangepasste Finanzierung der Spitalsambulanzen/Notfallversorgung** im Sinne von Kostenwahrheit und Kostenklarheit

Begründung: die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen ergibt sich aus der obigen Beschreibung des IST-Zustandes

für die Politische Kindermedizin

Wien, den 3. November 2012

Univ.-Prof. Dr. Reinhold Kerbl
reinhold.kerbl@lkh-leoben.at

Dr. Rudolf Püspök
office@polkm.org

Dr. Ernst Tatzler
ernst.tatzler@kabsi.at