

Resolution 2016

zur 10. Jahrestagung der „Politischen Kindermedizin“

Der Verein „Politische Kindermedizin“ fordert die österreichischen Politikerinnen und Politiker auf, sich vorrangig, uneingeschränkt und nachdrücklich für die Zukunft der nächsten Generationen einzusetzen und alle geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um die Entwicklungsmöglichkeiten, die Gesundheit und die Teilhabe aller Kinder und Jugendlichen in unserem Land nachhaltig zu verbessern. Dies betrifft insbesondere die

1. Kooperation aller mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befassten Institutionen und Rechtsträger für eine dem internationalen Standard entsprechende, koordinierte medizinische Versorgung aller Kinder in Österreich
2. kostenfreie Therapien für Kinder und Jugendliche und Sicherstellung eines ausreichenden Angebots im institutionellen und niedergelassenen Bereich
3. flächendeckende (Stadt und Land) Einrichtung von gut vernetzten, interdisziplinären (pädiatrischen bzw. pädiatrisch-allgemeinmedizinischen) Teams für die Erstversorgung (Primary Health Care) von Kindern und Jugendlichen
4. Neuregelung der Finanzierung der sehr teuren Enzyersatztherapien für Patientinnen und Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen
5. dem internationalen Standard entsprechende, flächendeckende und vernetzte medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Kindern mit Migrationshintergrund
6. transparente Diskussion aller gesundheitspolitischen Entscheidungen und die Umsetzung der im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vorgesehenen Verbesserungen der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und der von Österreich 2011 unterzeichneten Europäischen Deklaration zu Child Friendly Health Care (CFHC)

Hintergrund dieser Resolution

Die 10. Jahrestagung der Politischen Kindermedizin fand von 10.-11.11.2016 in Salzburg zum Thema „*Im Netz geborgen - Netzwerke und ihre Wirkung*“ statt. Der Grund für diese Themenwahl waren die für uns oft nicht nachvollziehbaren Koordinations- und Entscheidungsprobleme im Gesundheitswesen, welche „vernünftige“ und „sinnvolle“ Entscheidungen oft extrem verzögern oder verhindern. Die Vielzahl der „Player“, Bund, Länder, GesundheitsreferentInnen, Ärztekammern, Krankenversicherungen, Spitäler, niedergelassene ÄrztInnen und TherapeutInnen, Jugendwohlfahrt, Pharmafirmen, PatientInnen und ihre Familien, mit unterschiedlichen Rechten und Pflichten, die nicht immer wahrgenommen werden, ist offenbar ein Teil des Problems. Dazu kommen vielfach finanzielle Restriktionen. Aus unserer Sicht wird vielfach übersehen, dass Bürokratielastigkeit, Trägheit der Institutionen, der oft nicht vorhandene Blick über das eigene Budget hinaus auf die Gesamtbelastung des Staates eine „vernünftige“, „bürokratiearme“, kostengünstige und „einheitliche“ Lösung verhindern oder zumindest sehr erschweren.

Unser Verein wurde aus dem Gefühl der Unzufriedenheit mit den eklatanten und ungerechten Versorgungsdefiziten gerade für Kinder und Jugendliche gegründet und hat es sich zur Aufgabe gestellt, einerseits auf diese hinzuweisen, andererseits konstruktive Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Wir bekommen immer wieder Rückmeldungen über die Seriosität unserer Arbeit, die wir freiwillig und gerne im Dienst der österreichischen Kinder und Jugendlichen leisten.

Begründungen für die Notwendigkeit der Forderungen

1. Kooperation aller mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befassten Institutionen und Rechtsträger, barriere- und kostenfreie Versorgung aller Kinder in Österreich

Medizinischer Fortschritt verursacht Kostensteigerungen, Einsparungen bei Personal- und Investitionskosten im Gesundheitsbereich gehen zu Lasten der ohnehin bis zur Toleranzgrenze belasteten Leistungserbringer und der Versorgungsqualität. Einsparungen im Leistungssektor der Krankenkassen sind potenziell unsozial, dies betrifft vor allem nicht erwerbstätige Menschen, also auch Kinder und Jugendliche. Einsparungspotenzial sehen wir vor allem im Strukturbereich, regionale Interessen müssen daher der Versorgungsökonomie und der Versorgungsqualität untergeordnet werden.

Die Vielfalt der Rechts- und Entscheidungsträger und die Vielfalt ihrer Interessen erschweren die Entscheidungsprozesse insbesondere im Gesundheitsbereich, da Gesundheit im Sinne der mittelbaren Bundesverwaltung Ländersache ist. Jeder nationale Gesundheitsplan muss in 9 Landesgesundheitspläne umgesetzt werden, manchmal zum Vorteil, manchmal zum Nachteil der Betroffenen. Dazu kommen noch die (finanziellen) Interessen u.a. der Länder und der wirtschaftlich geführten Krankenversicherungsträger. Die von uns seit Jahren geforderte Beseitigung der Defizite in der kinder-/ jugendpsychiatrischen Versorgung (nur etwa 50% Versorgungsgrad ambulant und stationär!) und der Hilfsmittelversorgung wurde bisher nur sehr zögerlich umgesetzt. Kinder mit besonderen Bedürfnissen und ihre Eltern sind dem oft bürokratischen Wirrwarr von Krankenkassen-, Landes-, Pensionsversicherungs-, Unfallversicherungszuständigkeiten ausgeliefert, welcher viele Verwaltungsressourcen beansprucht. Kinder mit besonderen Bedürfnissen entstammen häufig Familien, die an der Armutsgrenze oder in Armut leben, weil vor allem die Mütter infolge der oft sehr

aufwändigen Betreuung ihrer Kinder nicht ausreichend im Arbeitsmarkt integriert sind und auch nur wenig Unterstützung innerhalb der Familie und von der öffentlichen Hand erhalten. Wir fordern daher die strukturelle und qualitative Optimierung des Gesundheitssystems mit dem Ziel einer sozial gerechten Gesundheitsversorgung. Gesundheitsökonomie darf weder die Qualität noch den Zugang zu den notwendigen medizinischen Leistungen durch sozial ungerechte Selbstbehalte, bürokratische Schikanen und komplizierte Versorgungsstrukturen beschränken.

2. Ausreichend kostenfreie Therapien für Kinder und Jugendliche

Trotz einiger regionaler Verbesserungen besteht in den meisten Teilen Österreichs und für viele Versicherte weiter ein eklatanter Mangel an kostenfreien Therapieplätzen für funktionelle Therapien (Ergo-, Physio-, logopädische Therapie) und Psychotherapie. Die den Familien in diesen Fällen verbleibenden Selbstkosten verhindern häufig, dass Kinder und Jugendliche die für sie notwendigen Therapien erhalten. Die individuellen negativen Folgen bestimmen oft in fataler Weise das ganze weitere Leben der betroffenen Kinder und Jugendlichen und führen zu gesellschaftlichen Folgekosten, die mehrfach über den Kosten für diese Therapien liegen. Die bestehenden Defizite sind seit Jahren bekannt (siehe auch alle früheren Resolutionen der Politischen Kindermedizin). Eine Lösung des Problems ist überfällig, ein weiterer Aufschieb nicht verantwortbar.

3. Flächendeckende kinder- und jugendgerechte Primary Health Care (PHC) Versorgung

Die Erst- und Notfallversorgung insbesondere von Kindern und Jugendlichen, die derzeit aus strukturellen und Kostengründen an überforderte Spitalsambulanzen abgewälzt wird, ist eine Schwachstelle des österreichischen Gesundheitssystems. Diese geht mit langen Wartezeiten in den Ballungszentren und Qualitätseinbußen im ländlichen Bereich einher.

Unsere Forderung richtet sich daher an die mit der Planung der PHC Versorgung befassten Institutionen, die Erst- und Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen nicht ohne entsprechende Vernetzung mit den spezialisierten Kinder- und JugendärztInnen zu planen. Dadurch soll ein Qualitätsverlust in der medizinischen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe verhindert werden. Insbesondere fordern wir die Aufnahme von spezifischen PHC- Teams und Vernetzungen für Kinder und Jugendliche in das geplante PHC Gesetz, da nur solche eine optimale Grundversorgung für die Altersgruppe bis 18 Jahre gewährleisten können.

4. Neuregelung der Finanzierung von Enzyersatztherapien

Kinder mit seltenen Erkrankungen („rare diseases“) sind einerseits abhängig vom Fachwissen besonders spezialisierter KinderärztInnen, andererseits benötigen sie zunehmend komplexe und teilweise sehr kostenintensive Therapien (z.B. Enzyersatztherapien bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen).

Kinder, die aufgrund eines Gendefekts bestimmte Stoffwechselprodukte nicht auf- oder abbauen können, leiden unter bedeutenden Einschränkungen ihrer Entwicklung, ihrer Lebensqualität und einer verkürzten Lebenserwartung. Mit Hilfe der Gentechnologie kann die Prognose einiger dieser Erkrankungen durch Zufuhr der fehlenden Stoffe (Enzyme) entscheidend verbessert werden. Diese Therapien, die jahre- und unter Umständen lebenslang durchgeführt werden müssen, sind extrem kostenaufwändig. Pro Patient fallen

jährliche Kosten bis zu 1.5 Millionen an. Die Kostenträger, Landesfonds und Krankenkassen versuchen, die Kosten („zuständigkeitshalber“) zu verschieben. In diesem Streit werden einerseits die PatientInnen, die notwendige Therapien erst verzögert bzw. nach langem „Kampf“ erhalten, andererseits die Krankenhäuser benachteiligt. Dies deshalb, da sie derzeit PatientInnen unnötigerweise stationär zur Therapie (die auch am Wohnort verabreicht werden könnte) aufnehmen müssen, um die Kosten zumindest teilweise ersetzt zu bekommen (ambulant wird - wenn überhaupt - nur eine geringe Aufwandspauschale vergütet). Daher wäre eine Lösung sinnvoll, die eine Finanzierung notwendiger Therapien aus einem gemeinsamen (von den zuständigen Versorgungsträgern zu befüllenden) „Topf“ garantiert.

Wir fordern daher die rasche Umsetzung der beschriebenen „Topflösung“ für die Finanzierung der kostenintensiven Enzymersatztherapien.

5. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Kindern mit

Migrationshintergrund

Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Kindern mit Migrationshintergrund ist nur auf dem Papier gelöst, d.h. diese Kinder sind krankenversichert. Sowohl bei den Erstuntersuchungen als auch in der Weiterbetreuung gibt es massive Defizite. So gibt es keine formale Dokumentation, die niedergelassenen KinderärztInnen und die Spitalsambulanzen sind (nicht nur wegen der Sprachschwierigkeiten) überfordert, es gibt kaum spezielle Ausbildungen/Kurse für ÄrztInnen. Teilweise existieren zwar Richtlinien, diese sind aber nicht verbindlich. Die Wartezeiten für Psychotherapie sind in der Größenordnung von 1 Jahr, sofern überhaupt Plätze vorhanden sind. Dabei sind insbesondere unbegleitete minderjährige Flüchtlinge zu 80% schwer traumatisiert. Derzeit ist auch nicht klar, wie viele betroffene Kinder und Jugendliche sich in Österreich aufhalten. Es gibt sehr gut funktionierende Modelle, wie man ohne enorme Kosten medizinische Basisleistungen organisieren und traumatisierte Kinder zumindest entlasten kann, diese sollten zur Anwendung kommen.

Ein zweites Problem sind die Altersgrenzen von Schulpflicht (15 Jahre) und Großjährigkeit (18 Jahre). Schulunterricht ist nur bis zum 15. Lebensjahr verpflichtend. Das bedeutet, dass in den meisten Fällen ein ausreichender Schulabschluss von Flüchtlingskindern nicht gewährleistet werden kann, da trotz hoher Integrations- und Lernmotivation die Frist für den Erwerb ausreichender Deutsch-, Englisch- und Mathematikkenntnisse zu kurz ist und alle nachfolgenden Bildungsangebote nicht ausreichend bzw. nicht kostenfrei zur Verfügung stehen. Das gleiche gilt teilweise auch für Kinder mit besonderen Bedürfnissen, für die ein 11. oder 12. Schuljahr immer seltener bewilligt wird. Einsparungen in diesem Bereich sind auf Dauer extrem teuer, da mangelnde Ausbildung die Anzahl von Menschen, die am Arbeitsmarkt nicht integrierbar und auf öffentliche Unterstützung angewiesen sind, erhöht und sie in eine Randposition drängt.

Wir fordern daher einheitliche, sozial verträgliche und verbindliche Standards für die medizinische und psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung von Flüchtlings- und Migrant*innen, insbesondere von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Weiters großzügige bildungs- und berufsintegrative Maßnahmen um die gesundheitliche Versorgung und die Integration Jugendlicher mit Flüchtlings- und Migrationshintergrund zu erleichtern.

6. Transparente Diskussion und Umsetzung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) und Umsetzung der Europäischen Deklaration zu Child Friendly Health Care (CFHC)

Die von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) geplanten und im ÖSG vorgesehenen Verbesserungen werden oft nicht umgesetzt (u.a. aus Kostengründen oder weil Länder und Bund sich nicht einigen können). Die Bereitschaft der KinderärztInnen zur Niederlassung ist angesichts der hohen Belastungen und ungünstigen Rahmenbedingungen vor allem für ÄrztInnen mit Familie relativ gering. Viele KollegInnen, die als Niedergelassene in den Ruhestand treten, finden daher keine NachfolgerInnen. Das Wahlarztmodell wird teilweise von der Politik abgelehnt, obwohl es in den Städten die Kassenarztausfälle kompensiert und wegen der Teilrefundierung des Privathonorars auch weniger Begüterten durch die Krankenkassen zur Verfügung steht.

Die 2011 vom Ministerkomitee des Europarats erarbeitete Deklaration zu Child Friendly Health Care soll die Bestimmungen der UN Kinderrechtsdeklaration in das Gesundheitsversorgungssystem integrieren, um die Willensäußerungen, Fähigkeiten und Bedürfnisse aller Kinder im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen. Eine effiziente kinder- und jugendgerechte medizinische Versorgung kann nur verwirklicht werden, wenn Maßnahmen und Organisationsstrukturen an die individuellen Bedürfnisse angepasst und synergetisch genutzt werden. Daher ist die Umsetzung eines „continuum of care“, einer integrierten interdisziplinären und effizienten Versorgung als vorrangig zu bewerten.

Wir fordern daher die Erstellung eines flächendeckenden kinder-/jugendmedizinischen Organisationsplans, leistungsgerechte Honorierung der kinder- und jugendmedizinischen Kassenleistungen und eine transparente Diskussion der im ÖSG geplanten Verbesserungsvorschläge. Wir fordern auch die umgehende Umsetzung der auch von Österreich unterzeichneten Europäischen Deklaration zu CFHC im Rahmen des Österreichischen Gesundheitsplans. Es darf in Österreich keine Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen im Gesundheitssystem geben

Sonja Gobara

Reinhold Kerbl

Christian Popow

für die „Politische Kindermedizin“

30.11.2016