

**PRESSE-
KONFERENZ**
09.05.2022

KINDERGESUNDHEIT IN NOT!

In Österreich bestehen schwere Versorgungsmängel, die beste Gesundheit unserer Kinder ist derzeit nicht gewährleistet. Im Zuge der EU-Kindergarantie muss es hier endlich zu Verbesserungen kommen.

CHRISTOPH KLEIN
Direktor der AK Wien

Prim. Dr. SONJA GOBARA, MSc
Ärztliche Leiterin Kinderambulatorium Sonnenschein
Obfrau der Politischen Kindermedizin



**#SOMUSS
SOZIALSTAAT**

Im besten Sozialstaat der Welt bekommen alle die beste gesundheitliche Versorgung – doch gerade im Bereich Kindergesundheit ist Österreich weit davon entfernt, ein Vorbild zu sein. Um die Lage der Kinder und Jugendlichen in Österreich zu verbessern, sind bedarfsgerechte Investitionen in die Kindergesundheit notwendig. Der Nationale Aktionsplan, der im Zuge der EU-Kindergarantie vorgelegt wurde, wäre dazu ein wichtiger Baustein, um Lücken in der Versorgung zu schließen.

Im Juni 2021 hat der EU-Rat die „Europäische Garantie für Kinder“ beschlossen, die den Zugang zu frühkindlicher Betreuung, Bildung, gesunder Ernährung usw sichern soll, insbesondere auch den effektiven und kostenlosen Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung. Österreich wird wohl demnächst seinen Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Kindergarantie vorlegen (war eigentlich am 14. März fällig). Der NAP muss Antworten darauf finden, dass Österreich tatsächlich bei einigen Themen weit davon entfernt ist, die geforderte hochwertige Gesundheitsversorgung von Kindern zu garantieren.

Neue Krankheitsbilder erfordern neue Therapieformen

Die Behandlungsnotwendigkeiten bei Kindern haben sich in den letzten Jahrzehnten massiv verändert. Hier hat sich ein Wandel vom Zeitalter der Infektionserkrankungen hin zu einer Zunahme an Entwicklungsstörungen, psychischen und Lebensstilerkrankungen vollzogen. Durch Belastungen der Familiensysteme aufgrund von Armut, Migration, psychischen Erkrankungen der Eltern und vielem mehr steigt die Komplexität zusätzlich.

Für die neuen Krankheitsbilder sind die multiprofessionellen Teams in sozialpädiatrischen Ambulatorien oft das ideale Behandlungssetting, wo von exakter Diagnostik über die kinderärztliche Behandlung bis hin zu den bei Entwicklungsstörungen (Motorik, verzögerte Sprachentwicklung) wesentlichen funktionellen Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) – oft auch einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – alles unter einem Dach geboten wird. Diese Ambulatorien sind ohne Planung und Steuerung über das Bundesgebiet verstreut und bieten zwar qualitativ exzellente Versorgung, haben aber bei weitem nicht die erforderlichen Kapazitäten. Damit sind viele behandlungsbedürftige Kinder – vor allem außerhalb des unmittelbaren Einzugsgebiets des Ambulatoriums – mit Aufnahmesperren oder Wartezeiten von einem Jahr und mehr konfrontiert. Da die Wartelisten und Aufnahmesperren nicht einmal transparent sind, werden verzweifelte Eltern oft ergebnislos im Kreis geschickt, während ihre Kinder Zeitfenster in der kindlichen Entwicklung (zB Sprache) unwiederbringlich versäumen.

Multidisziplinarität ließe sich auch außerhalb von Ambulatorien, im klassischen niedergelassenen Bereich herstellen, indem KinderärztInnen ein Primärversorgungszentrum gründen, in dem unter ihrer fachlichen Leitung die Berufsgruppen arbeiten. Absurderweise scheitert die Gründung solcher kinderärztlicher Primärversorgungszentren jedoch daran, dass der Gesetzgeber KinderärztInnen von der Gründung von Primärversorgungszentren ausschließt.

Behandlung auf E-Card – nur solange Vorrat reicht

Wo keine Chance auf (rechtzeitigen) Zugang zu einem multidisziplinären Ambulatorium besteht oder die Kinder klar umrissene Störungen aufweisen, sind die Kinder und deren Eltern auf niedergelassene, also in freier Praxis tätige TherapeutInnen verwiesen. Aber auch bei den „EinzelkämpferInnen“ in den

funktionellen Therapien und der Psychotherapie in niedergelassener Praxis stoßen die Eltern und ihre Kinder traditionell auf enorme Versorgungslücken. Kostenfreie Versorgung in den Arzt- und Therapeuten-Praxen „auf E-Card“ setzt einen Gesamtvertrag zwischen Krankenkasse und der betreffenden Berufsgruppe voraus (Regelung der Honorare usw), auf dessen Grundlage die Praxen im „Stellenplan“ vergeben werden. Ohne Gesamtvertrag keine kostenlose Behandlung – und nicht einmal Kostenerstattung für den Besuch beim Wahlarzt bzw -therapeuten, sondern nur ein kleiner Kostenzuschuss!“ Damit ist es der österreichischen Gesundheitskasse hoch anzurechnen, dass sie nach Jahrzehnten eines wahren Fleckerlteppichs an Regelungen endlich österreichweit Gesamtverträge mit den Berufsgruppen der PhysiotherapeutInnen, der ErgotherapeutInnen und der LogopädInnen abgeschlossen hat. Dieser erste wichtige Schritt bedeutet aber leider nicht, dass alle Kinder rasch und kostenfrei die Behandlung bekommen, die sie brauchen. Trotz Gesamtvertrag besteht ein Anspruch auf Behandlung auf E-Card nämlich nur, „solange der Vorrat reicht“. Gibt es zu wenige TherapeutInnenstellen im Stellenplan des Gesamtvertrages oder finden sich nicht genug TherapeutInnen, die bereit sind, eine Stelle zu den im Gesamtvertrag angegebenen Honorarsätzen zu besetzen, dann müssen die kleinen PatientInnen und deren Eltern auf „WahltherapeutInnen“ ausweichen. Das bedeutet: Die Eltern müssen das mit dem/der TherapeutIn frei vereinbarte Honorar bezahlen und erhalten nicht dieses, sondern nur 80 % des Tarifs laut Gesamtvertrag erstattet. Vorausleisten und auf einem meist beträchtlichen Teil der Kosten sitzen zu bleiben ist leider gerade für die Kinder, die die Versorgung am nötigsten brauchen, oft eine unüberwindliche Hürde. Denn die Kinder stammen häufig aus sozial benachteiligten Familien, in denen gesundheitlich belastende Erwerbsarbeit, chronische Erkrankungen, ein nicht sehr hohes Berufsausbildungs- und Gesundheitsbildungsniveau, Migrationshintergrund usw mit bescheidener finanzieller Leistungsfähigkeit zusammentreffen. Wenn dann stattdessen vielleicht ein oder zwei Jahre auf den Sachleistungsplatz zB bei einer Logopädin gewartet muss, sind Phasen der Sprachentwicklung versäumt worden, die nicht mehr nachgeholt werden können.

Für solide Planung fehlen Daten – aber auch die wenigen zeigen Unterversorgung

Ein Aspekt des Versorgungsproblems ist, dass Österreich leider bei den Zahlen im Blindflug unterwegs ist. Es fehlen solide Zahlen über Entwicklungsverzögerungen und Erkrankungen ebenso wie vollständige Zahlen über die von der öffentlichen Hand ganz oder teilweise finanzierten Therapien. Mit validen und vollständigen Zahlen fehlt eine ordentliche Planungsgrundlage für eine systematische Verbesserung der Situation behandlungsbedürftiger Kinder.

Dennoch hier ein paar klare Belege, dass hinter den erschütternden Erlebnisberichten von Eltern und LeiterInnen von Therapieeinrichtungen über unerträgliche Wartezeiten und Aufnahmesperrn ein systematisches Problem steckt: Von den damaligen Gebietskrankenkassen zur Verfügung gestellte Zahlen über ganz oder teilweise von der Krankenversicherung finanzierte Leistungen (aus 2015) werden von den deutschen Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) bezahlten Leistungen gegenübergestellt. Da die behandlungsbedürftigen Störungen in Österreich sicher ähnlich verbreitet sind wie in Deutschland, zeigt der Vergleich ein erschreckendes Bild: Dass der Anteil der in Österreich logopädisch bzw physiotherapeutisch behandelten Kinder und Jugendlichen deutlich weniger als die Hälfte des deutschen Anteils ausmacht und bei der Ergotherapie sogar unter einem Viertel liegt, ist ein deutlicher Hinweis auf Unterversorgung in Österreich.

Dass dann, wenn die kleinen PatientInnen in therapeutische Betreuung kommen auch noch an der Zahl der Einheiten für das jeweilige Kind gespart wird (durch Stundenlimitationen seitens des Krankenversicherungsträgers oder durch die abschreckenden Selbstbehalte bei den WahltherapeutInnen – wogegen in Deutschland die volle Sachleistung bezahlt wird!), zeigt die zweite Tabelle: Deutsche PatientInnen erhalten mehr als doppelt so viele Ergotherapieeinheiten und fast drei Mal so viele in der Logopädie.

Anteil Kinder und Jugendliche mit Therapie 2015

Vergleich Österreich – Deutschland (AOK-Vers.)

	Österreich	AOK-Versicherte
Ergo	0,7%	ca 3%
Logo	1,8%	ca 4,5%
Physio	2,4%	ca 5,2 %

Zahl der Therapien pro Patient im Jahr 2015

Vergleich Österreich – Deutschland (AOK-Vers.)

	Österreich	AOK-Versicherte
Ergo	13,0	28,2
Logo	8,9	24
Physio	12,3	20,2

Quelle: Püspök et al, Politische Kindermedizin

Die neu abgeschlossenen Gesamtverträge (Ergo 1.4.2021, Logo und Physio 1.1.2022) werden dieses Versorgungsdefizit nur beheben können, wenn die Stellenpläne ausreichend ausgebaut und besetzt werden. Ohne zusätzliche Mittel ist eine rasche Verbesserung freilich unrealistisch, wie das Verhältnis zwischen kassenfinanzierten Planstellen und WahltherapeutInnen zeigt: Von allen freiberuflich tätigen PhysiotherapeutInnen gibt es nur für 3 Prozent eine Kassenstelle, bei den ErgotherapeutInnen für einen von zehn, bei der Logopädie für zwei von zehn. Ein zentraler Bestandteil des NAP zur EU-Kindergarantie muss daher sein, die soziale Krankenversicherung beim zügigen Ausbau und der Besetzung der Stellenpläne zu unterstützen.

Fehlende Ressourcen auch bei der Psychotherapie

Zusätzliche Mittel braucht es auch im nicht minder wichtigen Bereich der Psychotherapie: Hier gibt es statt der beschriebenen Gesamtverträge „Poolverträge“: Die ÖGK hat Verträge mit regionalen psychotherapeutischen „Versorgungsvereinen“, die den PatientInnen Stundenkontingente voll finanzierter Sachleistungsstunden zur Verfügung stellen. Wer keine solche Sachleistung erhält, weil das Kontingent des jeweiligen TherapeutInnenpools erschöpft ist, muss sich mit 28 Euro Kostenzuschuss pro Stunde für die freie Honorarvereinbarung beim privaten Psychotherapeuten begnügen. Hier muss der schnelle Zugang für Kinder aus bedürftigen Familien zur Sachleistung gesichert werden.

KinderärztInnen mit Kassenvertrag dringend gesucht!

Während sich durch die neuen Gesamtverträge für die funktionellen Therapien dort ein Hoffnungsschimmer abzeichnet, ist mittlerweile in einem Bereich, der eigentlich Jahrzehnte für gute Versorgung stand,

mittlerweile Feuer am Dach: Immer weniger KinderärztInnen sind bereit, einen Kassenvertrag anzunehmen – damit finden immer weniger Eltern eine kostenlose kinderärztliche Betreuung ihrer Kinder! Bundesweit ist ein Viertel der kinderärztlichen Vertragsstellen unbesetzt, mit großen Unterschieden zwischen den Regionen, am stärksten betroffen sind Niederösterreich und Wien mit einem Drittel oder mehr an unbesetzten Kinderarztpraxen! Um es an Beispielen anschaulich zu machen: Große Wiener Bezirke wie Brigittenau oder Penzing (beide mit jeweils fast 100.000 Einwohnern in der Dimension größerer Städte) haben gerade noch einen Kassenkinderarzt; Städte wie Purkersdorf oder Bad Ischl keinen einzigen mehr.

Damit gilt auch hier die Alternative Wahlarzt mit der für viele Familien unüberwindlichen Hürde Vorfinanzierung des Arzthonorars mit nur teilweiser Refundierung (Kassentarif minus 20 %). Ansonsten: Ab in die überlaufenen Spitalsambulanzen, die gerade nicht mit den alltäglichen Krankheitsbildern des niedergelassenen Bereichs blockiert werden sollten, oder zum Allgemeinmediziner – womit den Kindern, die eben keine kleinen Erwachsenen sind, der Zugang zu den auf sie spezialisierten FachärztInnen verweigert wird.

Die Politik ist also dringend gefordert. Es braucht eine Attraktivierung der Position niedergelassener KinderärztInnen mit Kassenvertrag. Da die Berufsgruppe ein hohes Bewusstsein von der Wichtigkeit der multiprofessionellen Zusammenarbeit hat und ein Primärversorgungszentrum insofern für viele wohl ein attraktiverer Arbeitsplatz wäre als die klassische Einzelkämpferpraxis, auch hier der Hinweis, dass die Nicht-Zulassung pädiatrischer Primärversorgungszentren durch den Gesetzgeber nicht erklärbarer Unsinn ist.

Ein zweiter wesentlicher Punkt zur Verbesserung der Situation in kassenärztlichen Mangelfächern wären bezahlte Lehrpraxen. Das konkrete Kennenlernen der niedergelassenen Kassentätigkeit sollte beitragen, junge KollegInnen dafür zu gewinnen. Die Kosten dafür hielten sich in sehr bescheidenem Rahmen:

Jährliche Approbation von Fachärztinnen und Fachärzten	ca. 70
Davon ca. 50% mit Interesse für niedergelassene Tätigkeit + Lehrpraxis	ca. 35
Monatlich Kosten pro Lehrpraktikantin im Vollkostenmodell	ca. 4000.-
Durchschnittliche Ausbildungszeit in der Lehrpraxis	6 Monate
Gesamtkosten somit 35 x 4.000.- x 6	840.000.-

Quelle: Kerbl, ÖGKJ

Um kurzfristig die inakzeptable Situation zu mildern, wird auch zu überlegen sein, wie die zahlreichen WahlkinderärztInnen (mehr als die Hälfte der niedergelassenen KinderärztInnen haben keinen Kassenvertrag!) stärker in die Versorgung der weniger finanzstarken Bevölkerung einbezogen werden können.

Rollstuhl, orthopädische Schuhe und andere Hilfsmittel – Hindernislauf für Eltern und Kinder

Neben den beschriebenen Versorgungsengpässen im Bereich sozialpädiatrischer Ambulatorien, niedergelassener funktionaler TherapeutInnen und KinderärztInnen mit Kassenvertrag sowie kassenfi-

nanzierter Psychotherapieplätze gibt es zahlreiche weitere Probleme im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit, auf die der NAP zur Umsetzung der europäischen Kindergarantie Antworten geben muss. Beispielhaft sei hier etwa noch genannt, dass Kinder mit Behinderung sehr häufig auf sogenannte „Hilfsmittel“ (Steh- und Gehhilfen, individuell angefertigte orthopädische Schuhe, Rollstühle usw) angewiesen sind, um am normalen Leben teilhaben bzw sich überhaupt bewegen zu können. Die Krankenversicherung leistet nach derzeitiger Gesetzeslage zum Teil nur bescheidene Zuschüsse zu diesen unerlässlichen Dingen. Die Folge: Eltern, die nicht sehr vermögend sind, werden viele Monate im Kreis geschickt, um bei anderen Behörden und Wohltätigkeitsorganisationen eine möglichst vollständige Finanzierung des Hilfsmittels zu schaffen.

Unterversorgung: nicht nur unmenschlich, auch wirtschaftlich dumm

Eine generelle Beobachtung zu den Versorgungsmängeln: Hier geht es nicht nur um menschliche Tragödien, also dass Kindern die Entwicklungsmöglichkeiten verbaut werden, die sie eigentlich hätten, sondern auch um volkswirtschaftliche Dummheit: Kosten, die sich die Träger (zB Sozialversicherungen, Sozial- und Schulbehörden der Bundesländer) jetzt „sparen“ (die Zuständigkeit oft zwischen einander hin und her schiebend), treffen in den Jahren und Jahrzehnten danach um ein Vielfaches vermehrt die gesamte Gesellschaft: Chronifizierte Krankheiten sind langfristig viel teurer für das Gesundheitssystem als frühe, zielgerichtete Intervention; nicht behandelte Entwicklungsbeeinträchtigungen haben Jugendliche und Erwachsene zur Folge, die ihre physischen und geistigen Möglichkeiten nicht voll entfalten können, womit einerseits dem Arbeitsmarkt und der Wirtschaft viel Potential vorenthalten wird und andererseits dem Sozialstaat oft Kosten über den ganzen Lebenszyklus der Betroffenen entstehen (institutionelle Betreuung, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Invaliditätspensionen und Ausgleichszulagen usw).

Warum leistet sich Österreich diese riesigen Kosten, die durch frühe Investition vermeidbar wären? Die Antwort liegt in der Banalität der Budgetlogik von Institutionen: Als Budgetverantwortlicher in einer Krankenkasse oder Landesbehörde muss ich 1. mit **meinem** Budget zurechtkommen und kann mich nicht um andere Budgettöpfe kümmern und kann 2. keine laufenden Gesundheitsleistungen über Budgetlimit des **aktuellen Jahres** erbringen, auch wenn das sich in wenigen Jahren rentierende Investitionen in die Zukunft sind.

Die AK fordert von der Bundesregierung:

+ Dass sie mit dem Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der EU-Kindergarantie einen strukturierten mehrjährigen Prozess vorlegt, in dem die beschriebenen Lücken in der Gesundheitsversorgung der Kinder bereinigt werden.

+ Ziel muss die kostenfreie diagnostische, therapeutische und Hilfsmittel-Versorgung von Kindern mit Erkrankungen, Behinderungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen sein – mit regional guter Erreichbarkeit, ohne für die kindliche Entwicklung negative Wartezeiten und mit einem unbürokratischen Zugang für die Eltern nach dem One Stop Shop-Prinzip.

+ Zum Aufbau der dafür erforderlichen Kapazitäten an Ambulatorien, Primärversorgungszentren und tatsächlich besetzten ärztlichen und therapeutischen Planstellen werden vorübergehend zusätzliche Mittel des Bundes erforderlich sein, die sich über einen mehrjährigen Betrachtungszeitraum jedoch mehr

als rechnen. Dies allerdings in unterschiedlichen Töpfen (Bund, Länder, Sozialversicherung), weshalb ein Finanzausgleich erforderlich sein wird.

+ Grundlage des Aufbaus ausreichender Versorgung muss eine massive Verbesserung der Datenlage über Bedarfe und Versorgungskapazitäten sowie eine regelmäßige Kinder- und Jugendgesundheitsberichterstattung sein.

+ Für die rasche Sicherstellung der kostenfreien Behandlung bei niedergelassenen KinderärztInnen müssen kinderärztliche Primärversorgungszentren und Lehrpraxen ermöglicht werden sowie Überlegungen zur Einbindung der WahlärztInnen angestellt werden.