



NEWSLETTER Nr. 35 / 2018

- Editorial S. 1
- PKM Jour fixe – eine neue Plattform des Austauschs S. 2
- 12. Jahrestagung der PKM: *Medizinisch-therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen: wer hat die Verantwortung, wer nimmt sie wahr?* S. 3
- Offener Brief zur Ausschreibung von PVEs in NÖ S. 4
- Abschlussbericht zum Verordnungskatalog der PKM S. 6
- Therapiedefizite jetzt „amtlich“: über 88.000 Kinder ohne Therapie S. 8
- Versorgungsplan für Kindertherapien beauftragt S. 10
- Kommentar zu einer Studie des CCIV S. 11
- Die Zeit vergeht... bald 3 Jahre Autismuszentrum Sonnenschein
- ein Kooperationsprojekt S. 13
- Empfehlungen, Termine S. 14

Editorial



Vergessen, übersehen, nicht ernst genommen!

Zwei Ereignisse der letzten Zeit stimmen mich sehr nachdenklich. So kam die Idee auf, den Beruf des Arztes für Allgemeinmedizin dadurch attraktiver zu gestalten, dass – im Wissen, dass es auch zu wenig FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde im niedergelassenen Bereich gibt – Untersuchungen und Behandlung im Kindes- und Jugendalter an Ärzte für Allgemeinmedizin ausgelagert werden¹.

Wieder einmal sollten Kinder für etwas erhalten, was anderen nützte. Nicht die Frage nach der Qualität ihrer Versorgung steht im Vordergrund dieser Äußerung, sondern die Möglichkeit eines besseren Einkommens für die Allgemeinärzte.

Mancher wird sich nunmehr denken, hier wird ein vielleicht etwas salopp geäußertes Spruch überbewertet. Würden wir vielleicht auch denken, aber leider begegnen uns solche Äußerungen des Öfteren.

Oder was halten Sie von der Aussage „Ich bin dafür, dass die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie nach St. Pölten kommt, so können sich die St. Pöltner langsam an eine (Anm.: Erwachsenen-) Psychiatrie gewöhnen“? Oder von „Einen extra Vertrag für Kinder können wir nicht machen, weil den müssten wir dann auch auf die Erwachsenen ausweiten und das käme zu teuer“?

Bei der Ausschreibung zu dem Pilotprojekt von 14 Primärversorgungseinheiten (PVE) in NÖ wurden im Basispapier² zwar Kompetenzen als wünschenswert angeführt wie „Diplom der Österreichischen Ärztekammer für Geriatrie oder Additivfach Geriatrie, Psychosoziale Versorgung (ÖÄK Diplom Psy I), Versorgung von Palliativpatienten (ÖÄK Diplom Palliativmedizin) sowie Zusatzkompetenz in Medikationsmanagement und Gesundheitsförderung und Prävention“, besondere Kompetenzen für die Versorgung von Kindern aber nicht gefordert. Kinder kommen nur als Leistung „Mutter-Kind-Pass“ vor. Auch erfolgte die Ausschreibung lediglich an Ärzte für Allgemeinmedizin.

¹ Birkbauer A., Grimm M., Kröll W., Neuper O.: Zum Mangel an Allgemeinmedizinern und Kinderärzten. JMG 4-2017, S.: 193

² https://cms.arztnoe.at/cms/dokumente/1023773_549353/bcb9b8f2/PVE_Basispapier_Vorlage_Kurierversammlung_8_11_2017.pdf

Wir haben darauf mit einem Brief an die Verantwortlichen (siehe im Inneren des Newsletters) reagiert (wie auch auf oben beschriebene Äußerung gemeinsam mit der Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde³). In offiziellen und inoffiziellen Antworten wurde Verständnis für unsere Position sowie zum Teil Bedauern ausgedrückt und uns versichert, in der weiteren Folge der Errichtung der Pilot-PVE ein Auge darauf zu haben.

Dies freut uns, hinterlässt aber das Gefühl, zu spät gekommen zu sein. Es wurde „halt wieder einmal auf die Kinder vergessen“. Offensichtlich ist es trotz aller Bemühungen noch nicht gelungen, in der Öffentlichkeit und bei den Verantwortlichen einen Reflex zu wecken, dass die besondere Situation von Kindern immer mitzudenken ist.

Ja, die Versorgung der Alten ist ebenso ein Problem und es ist keineswegs unser Interesse, diese beiden Gruppen auseinander zu dividieren. Besteht doch bei beiden Altersgruppen eine zunehmende Entwicklung zu einer Zweiklassenmedizin. Dies zeigt sich im Bereich der Kinder z.B. darin, dass immer mehr KinderärztInnen dazu tendieren, sich als WahlärztInnen niederzulassen und weniger eine §2-Kassenpraxis zu übernehmen. Das zeigt sich auch darin, dass wir trotz einiger punktförmiger Verbesserungen im Bereich der Versorgung mit kostenfreien Therapien weit von einer flächendeckenden Versorgung entfernt sind (siehe auch im Inneren des Newsletters).

Alles kein Problem für Menschen, die genug verdienen, um sich die Extras einer privaten (wahl-) ärztlichen bzw. therapeutischen Versorgung leisten zu können. Aber was ist mit den anderen? Jedes fünfte Kind lebt in Armut oder in Armutsgefährdung⁴. Auch für viele „normale“ Familien sind Selbstkosten bis 50 € pro Stunde oder mehr (Psychotherapie) nicht leistbar. Das bedeu-

tet dann aber Wartezeiten, die oft über ein halbes Jahr hinausgehen. Etliche erhalten dann auch keine Therapien.

In ihrer „Strategie der österreichischen Sozialversicherung zu bestimmten Aspekten der Kinder- und Jugendgesundheit“⁵ stellte die Trägerkonferenz des Hauptverbandes im Dezember 2012 selbst fest: „es... deutet doch einiges auf Versorgungsdefizite hin – was sich z.B. in Wartezeiten manifestiert, in denen spezifische Entwicklungsphasen versäumt werden können“.

Kann man denn diese Kinder vergessen? Kann man ihnen und ihren Familien signalisieren, irgendwer wird sich schon um euch kümmern? Nach einer neuen Studie des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment⁶ kommt jeder Euro, der in Kinder investiert wird, um ein Mehr- bzw. Vielfaches zurück.

Ist es da zu viel verlangt, wenn wir fordern „vergessst doch nicht die Kinder“ und „seht ihren Bedarf zuerst“? Sie sind doch (angeblich) unsere Zukunft.

*Ernst Tatzer
Obmann der PKM*

PKM Jour fixe – eine neue Plattform des Austauschs

Am 15.1. in Wien und am 1.2. in Salzburg fanden unter dem Titel „**Zur medizinisch-therapeutischen Versorgung unserer Kinder und Jugendlichen – wer hat die Verantwortung, wer nimmt sie wahr?**“ die ersten Jours fixes der Politischen Kindermedizin statt. Sie waren sehr gut besucht (insgesamt 36 Teilnehmer) und brachten neben einer lebhaften Diskussion auch viele Anregungen zur Jahrestagung.

³ <http://www.paediatr.at/images/News/2018/presseinformation-hausaerzte-statt-kinderaerzte.pdf>

⁴ <https://derstandard.at/2000067071457/Kinderarmut-Vom-Stress-sich-vieles-nicht-leisten-zu-koennen>

⁵ <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.566480&version=1391184721>

⁶ <http://eprints.hta.lbg.ac.at/1142/>

Speziell das Impulsreferat von Gen. Dir. Stv. Mag. Bernhard Wurzer vom Hauptverband sorgte für einen lebhaften Austausch. Ihm sei noch einmal speziell gedankt, dass er sich für diesen Abend zur Verfügung gestellt hat.

Im Rahmen dieser Jours fixes sind implizit sehr unterschiedliche Bilder, was Pädiatrie eigentlich ist, aufgetaucht. Der nächste Jour fixe soll daher die Gelegenheit geben, diese unterschiedlichen Bilder auf den Tisch zu legen und sich darüber auszutauschen. Er findet unter dem Titel

Pädiatrie quo vadis?

am **Donnerstag, 19.4. um 18:30 Uhr**

im Dachatelier Vinzirast,
Lackierergasse 10, 1090 Wien statt.
www.vinzirast.at/projekte/vinzirast-mitten-drin/dachatelier-und-vereinskeller/

Um die Diskussion in Gang zu bringen, haben wir Kolleginnen und Kollegen eingeladen, ein Kurzstatement zu ihrem Bild der Zukunft der Pädiatrie abzugeben.

Impulsreferate:
Wo stehen wir, wo soll es hingehen?
(je max. 5.Minuten)

ReferentInnen:

- Martin Radon, Wahlarzt, Mödling
- Nicole Grois, Kassenärztin, Wien
- N.N. die nächste Generation
- Peter Voitl, Wiener Kindergesundheitszentrum Donaustadt
- Reinhold Kerbl, LKH Hochsteiermark, Leoben
- N.N. Tertiäre Pädiatrie

Es sind alle herzlich eingeladen.

Eine Anmeldung ist nicht notwendig, erleichtert aber die Organisation des Abends
ernst.tatzer@kabsi.at

Ernst Tatzer



12. Jahrestagung der PKM

gemeinsam mit
Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)
Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV)
Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)
Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)

Medizinisch-therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

**Wer hat die Verantwortung?
Wer nimmt sie wahr?**



Foto: © R.Püspök

9. – 10.11.2018

Salzburg, Parkhotel Brunauer



Für die Teilnahme an der Jahrestagung werden DFP-Punkte beantragt

- Zum Thema siehe nächste Seite
- Das Programm im Detail und weitere Informationen finden Sie ab April/Mai auf www.polkm.org

Themenblöcke der 12. Jahrestagung

- Verantwortung im Gesundheitssystem
- Wer zeigt Eltern den Weg im System?
- Wer zahlt die Behandlung?
- Round Table „Ene, mene, muh – raus bist du“: zur Handhabung der Verantwortung in der Gesundheitsversorgung
- Die Verantwortung der Behandler

Zum Thema: Die medizinisch-therapeutische Versorgung von (chronisch) kranken, behinderten und/oder psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen ist eine große Herausforderung für alle Beteiligten, die Familie, ihre erweiterte Umwelt und zahlreiche professionell Helfende. Oft sind Diagnostik und Therapie in verschiedenen Händen, die Angebote nicht bekannt, die Zuständigkeiten unklar. Dazu kommt noch ein regional unterschiedlich starker Mangel an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten.

Diese Umstände lassen gelegentlich auch den Blick auf Verantwortung und Verantwortlichkeit verschwimmen.

Am deutlichsten zeigt sich die individuelle Verantwortung auf der Ebene der **Behandlung** d.h. diese nur mit fundiertem Wissen und Können anzubieten.

Schwieriger wird es auf der Ebene der **Versorgung**: wer trägt Sorge dafür, dass die Wege richtig, kurz und nachhaltig sind? Wer ist verantwortlich für die Erstellung von Versorgungskonzepten unabhängig von der Behandlung des einzelnen Patienten?

Noch schwieriger wird es auf der Ebene des **Systems**: die Kompetenzen zur Bereitstellung und Absicherung der notwendigen Ressourcen sind strukturell, finanziell, juristisch und sozial stark zersplittert.

Die JT will die Fragen beantworten:

- Wie kann man die Behandlung und Versorgung sicherstellen?
 - Wie schaut das System dahinter aus?
- Daraus folgende Lösungsmodelle auf der medizinischen, juristischen und sozialen Ebene sollen aufgezeigt werden.

⁷ Waldhauser F., Püspök R., Tatzer E., Thun-Hohenstein L. (Hrsg.): Das Kind zuerst. Probleme der kinder- und jugendmedizinischen Primärversorgung in Österreich. Pädiatrie & Pädiologie. Band 48. Supplement 1. Juni 2013

Offener Brief zur Ausschreibung von Primärversorgungseinheiten (PVEs) in NÖ

Braucht eine Primärversorgungseinheit keine speziellen Kompetenzen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen?

Die Politische Kindermedizin hat schon anlässlich ihrer 6. Jahrestagung 2012 das Thema kinder- und jugendmedizinische Primärversorgung in Österreich aufgegriffen⁷ und seither immer wieder diskutiert. Mit Beginn der Diskussion über die Gesetzeswerdung des schließlich im Juni 2017 beschlossenen Primärversorgungsgesetzes (PVG) konzentrierte sich unser Beitrag vor allem darauf, dass auch in Zukunft eine qualitätsvolle Primärversorgung für Kinder und Jugendliche gesichert werden muss.

In intensiver Arbeit entwickelte eine Arbeitsgruppe um Rudolf Püspök ein „Modell für die Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich“⁸, das von der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und der Politischen Kindermedizin in den verschiedenen Gremien präsentiert und vertreten wurde. Allerdings haben wir uns damit nicht durchgesetzt. Die Notwendigkeit für eine „...breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz mit (Zusatz-) Kompetenzen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ wurde jedoch im entsprechenden Gesetz (siehe unten) festgeschrieben.

Das Fehlen einer expliziten Forderung nach dieser Kompetenz in der Ausschreibung zu den 14 Pilot-PVEs in NÖ hat uns bewogen, an die jeweiligen Verantwortlichen in der niederösterreichischen Ärztekammer, der NÖ Gebietskrankenkasse und des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds folgenden Brief zu schreiben (s. nächste Seite). Über die weitere Motivation und die erfolgten Rückmeldungen wurde bereits im Editorial dieser Nummer berichtet.

Ernst Tatzer

⁸ <http://www.polkm.org/archive/Mo-dell%20PV%20KJ%20Letztfassung%2021.6.2015.pdf>

Offener Brief

Betritt: Ausschreibung von Primärversorgungseinheiten in NÖ

Die vor einigen Wochen vorgestellten Pläne und Rahmenbedingungen zur Errichtung von 14 neuen Primärversorgungseinheiten (PVE) in NÖ^[1] ^[2] erfüllen uns mit Sorge, weil sie die zunehmend prekäre Situation der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in NÖ nicht berücksichtigen. Wir weisen mit Nachdruck darauf hin, dass, unserer Meinung nach, eine qualitativ und quantitativ ausreichende Primärversorgung (PV) von Kindern und Jugendlichen nicht nur in NÖ, sondern in ganz Österreich gefährdet ist.

Die Einrichtung von PVEs laut zitierter Ausschreibung nimmt leider in keiner Weise auf die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen Rücksicht und spiegelt nicht die Intentionen des erst 2017 beschlossenen Primärversorgungsgesetzes (PVG) in Bezug auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wider.

Die medizinische Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen ist im solidarischen Gesundheitssystem im Wesentlichen aus 3 Gründen gefährdet:

1. Ähnlich wie in der Allgemeinmedizin finden sich immer weniger Kinder- und JugendärztInnen, die die bekannt schwierigen Rahmen- und Arbeitsbedingungen einer Niederlassung mit Kassenverträgen auf sich nehmen. Mittlerweile bleiben auch in NÖ Kassenstellen für Kinder- und Jugendheilkunde unbesetzt, ein Problem, das ohne gegensteuernde Maßnahmen weiter zunehmen wird.
2. Die Qualität der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Allgemeinmediziner ist zunehmend problematisch, da die fach-

spezifischen Anforderungen in deren Ausbildung kontinuierlich sinken: Pädiatrie ist im Medizinstudium stark reduziert und die Dauer der Ausbildung für Kinder- und Jugendheilkunde im Turnus ist in den letzten Jahrzehnten sukzessive von 6 auf 3 Monate reduziert worden.

3. Das Angebot an kassenfinanzierten Therapieplätzen für funktionelle Therapien und Psychotherapien ist mangelhaft.

Diese Defizite wurden von der Politischen Kindermedizin gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde in den letzten Jahren immer wieder thematisiert. In das PVG wurden unsere diesbezüglichen Vorschläge zwar nur zum Teil aufgenommen, die entsprechenden Punkte dokumentieren aber die Wichtigkeit, die der Gesetzgeber der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zugesprochen hat:

- Im § 5 (1) Leistungsumfang wird als erster von 6 Punkten „die Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ angeführt und
- Im § 2 (2) ist festgehalten: „Orts- und bedarfsabhängig können Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde Teil des Kernteams sein“.^[3]

In der erfolgten Ausschreibung von vorerst 14 PVEs in NÖ kommen diese Belange nicht vor:

- Bei der Beschreibung des Leistungsspektrums einer PVE^[4] werden unter zahlreichen aufgelisteten Aufgaben für Erwachsene und insbesondere ältere Menschen Kinder nur indirekt im Zusammenhang mit Mutter-Kind-Pass-Leistungen erwähnt. Es fehlt die Prämisse, dass eine PVE eine ausreichende Kompetenz für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen anzu-

[1]

<https://cms.arztnoe.at/cms/beitrag/1023859/549353/>

[2]

<https://www.noegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.646365&version=1510300303>

[3]

https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XV/ME/ME_00312/fname_629504.pdf

[4]

<https://www.noegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.646365&version=1510300303>

bieten hätte, wie dies in den Diskussionen der letzten Jahre auch von hochrangigen Vertretern diverser Gesundheitsbehörden immer wieder betont wurde.

- Die Ausschreibung für das Kernteam ausschließlich für Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin ohne gleichzeitige Sensibilisierung auf den Bedarf nach einer kompetenten medizinischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen lässt zusätzlich befürchten, dass diese Belange auch bei der personellen Besetzung des restlichen Kern- und erweiterten Teams vernachlässigt werden.
 - Die Mitarbeit eines/r Pädiaters/in im Kernteam wäre eine positive Option für alle Beteiligten. Kinder- und JugendärztInnen werden aber lediglich als fakultative Mitglieder des erweiterten Teams angeführt, noch dazu unter einem Punkt, der die Bedeutung der „Versorgung mit nichtärztlichen Leistungserbringern“ für die PV hervorhebt (Punkt III. d).⁴
 - Es wird nicht auf die für die Versorgung von Kindern- und Jugendlichen notwendige Qualifikation der nicht-ärztlichen Berufe hingewiesen, dies betrifft sowohl diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Kernteam als auch TherapeutInnen und andere Berufe im erweiterten Team.

Auch wenn es sich bei den 14 geplanten PVEs „nur“ um Pilotprojekte handelt, erscheint es uns wichtig, dass gerade in dieser Phase die Versorgungsaufgaben und deren Qualität auch stark auf Kinder und Jugendliche fokussiert werden. Dass diese in der Planung der PVEs praktisch keine Rolle spielen, ist eine große Enttäuschung und wäre unserer Meinung nach eine vergebene Chance, die Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen in NÖ zu verbessern.

Wir ersuchen daher die Verantwortlichen, bei den kommenden Informationsveranstaltungen und bei den Gesprächen mit potentiellen Bewerbern diese Punkte noch einzubringen und proaktiv für eine vermehrte Kompetenz zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu sorgen.

Darüber hinaus richten wir an alle beteiligten Institutionen den dringenden Appell, ein gemeinsames Projekt zur Sicherstellung einer qualitativ und quantitativ guten PV von Kindern und Jugendlichen in Angriff zu nehmen und so rasch als möglich umzusetzen.

Gerne stehen wir auch zu einem persönlichen Gespräch zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Ernst Tatzert
Obmann

Prim. Dr. Sonja Gobara
sttv. Obfrau

Prof. Dr. Reinhold Kerbl
Stv. Obmann

Dr. Rudolf Püspök
AG PV

Abschlussbericht zum Verordnungskatalog der PKM



Das Projekt **Verordnungskatalog für Kinder und Jugendliche** – Ergotherapie-Logopädie-Physiotherapie im Kindes- und Jugendalter / Wirksame Behandlungspfade konnte 2014 gemäß der Fördervereinbarung der Gemeinsamen Gesundheitsziele aus den Rahmenpharmavertrag im Hauptverband der Sozialversicherungsträger präsentiert werden.

Ziel war, künftig durch eine klare, neue Systematik Verordnungen von funktionellen Therapien für Kinder und Jugendliche zu vereinfachen, qualitativ zu verbessern sowie transparent und nachvollziehbar zu machen. Der Verordnungskatalog musste ursprünglich aufgrund mangelnder „Best-Practice-Beispiele“ völlig neu erarbeitet werden, wobei die relevanten Fachgesellschaften von Anfang an miteinbezogen wurden.

In **Teil 1** des Katalogs finden sich therapie-relevante Störungen und Diagnosen nach ICD-10. Nachdem Diagnosen aber zur Beschreibung der krankheitsbedingten Alltagsprobleme nur bedingt geeignet sind und wenig über den Therapiebedarf aussagen, haben wir uns an den Aspekten der Funktionsstörung und der Partizipation im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (**ICF**) orientiert. Dementsprechend wurden auch diese Behandlungsinhalte exemplarisch in den Katalog aufgenommen.

In **Teil 2** finden sich dann konkrete Richtlinien zur Verwendung des Katalogs sowie ein übersichtlicher Verordnungsalgorithmus der abgestuften Versorgung von niedergelassenen ÄrztInnen/TherapeutInnen bis hin zum spezialisierten Zentrum. Wir haben die Voraussetzungen, notwendigen Inhalte einer Verordnung und ein obligates Berichtswesen festgelegt.

Teil 3 nimmt schließlich die relevanten Positionen des ICD-10 Katalogs und der ICF Codierung auf.

Insgesamt sollen einerseits nicht sinnführende Behandlungen vermieden werden und andererseits spätere hohe Kosten durch Folgeschäden bei unzureichender oder fehlender Therapie hintangehalten werden.

Der Katalog wurde in mehreren Veranstaltungen präsentiert und 2016/2017 in zwei Modellregionen (Salzburg, St. Pölten) auf seine Praxistauglichkeit hin getestet.

Die Ergebnisse dieses Testlaufs waren in den Regionen aufgrund der unterschiedlichen Versorgungssituation nicht einheitlich. Gemeinsam wurde der Katalog aber grundsätzlich als hilfreiches und gutes Tool wahrgenommen. Im niedergelassenen Bereich zeigten sich aus unterschiedlichen Gründen Schwierigkeiten in der Angabe von ICD-10 Codes. Hier wurden die Therapiecodes, also die Beschreibung der therapiebegründeten Auffälligkeiten, bevorzugt (im Gegensatz zu den spezialisierten Zentren).

Hochrelevant wurde die verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation der einzelnen GesundheitsanbieterInnen bewert-

et, die noch intensiviert werden sollte. Dementsprechend wurde im Katalog bei der Überarbeitung noch vorgesehen, dass eine Mitteilung über Therapiebeginn bzw. Therapieabbruch an den verordnenden Arzt ergehen sollte.

Der Katalog ist grundsätzlich ein Instrument zur Lenkung von Patientenströmen bei ausreichenden Kapazitäten und Ressourcen.

Nach der Evaluierungsphase wurde der Katalog nunmehr von der ursprünglichen Autorengruppe in einigen Details abgeändert, die Nutzungsrechte wurden mit Anfang 2018 dem Hauptverband übergeben. Alle Rechte auf weitere Verwertung und Veröffentlichung liegen beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger, der ein klares Bekenntnis zur bundesweiten Ausrollung des Katalogs abgegeben hat.

Nun bleibt, uns bei allen Mitwirkenden im Hauptverband, den einzelnen Sozialversicherungsträgern und Vertretern der Fachgesellschaften sowie den Berufsverbänden und Projektpartnern ganz herzlich zu bedanken. Die Originalversion des Verordnungskataloges wird auf der Homepage der Politischen Kindermedizin einzusehen sein.

Wir hoffen, unser nun vom Hauptverband adoptiertes „Baby“ gedeiht weiterhin und der Verordnungskatalog findet Anwendung und Interesse.

Sonja Gobara



Die AutorInnen des Verordnungskatalogs: von links Kranewitter, Gobara, Fohler, Himmelbauer, Püspök (Foto: aus dem Verordnungskatalog)

Therapiedefizite jetzt „amtlich“: über 88.000 Kinder ohne Therapie

Es ist eines der unglaublichsten Defizite im Gesundheitswesen in Österreich: Kinder und Jugendliche mit behandlungsbedürftigen und behandelbaren Entwicklungsproblemen werden in Österreich seit Jahr und Tag nicht ausreichend versorgt. Neuesten Daten zufolge handelt es sich um mehr als einen ganzen Jahrgang, nämlich mindestens 88.000 Kinder und Jugendliche, die keine adäquate Therapie (Ergo-, Physio-, logopädische Therapie und Psychotherapie) erhalten.

Das Problem wurde von der Politischen Kindermedizin schon 2009 in einer Pressekonferenz thematisiert, 2011 haben wir erstmals auf Basis einer parlamentarischen Anfragebeantwortung errechnete Zahlen publiziert. Bei einer noch lückenhaften Datenlage wurde vorsichtig hochgerechnet, dass 40.000 bis 80.000 Kinder und Jugendliche in Österreich nicht die für sie notwendigen Therapien erhalten.⁹ Ein Jahr später wurde diese Zahl mit 70.000 konkretisiert.

Zahlreiche Aktivitäten haben schließlich dazu geführt, dass sich Politik und Verwaltung mit dem Problem beschäftigen. Während allen mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden Menschen das Ausmaß und die Bedeutung der bestehenden Defizite klar war und daher unmittelbare Hilfe eingefordert wurde, konnten nicht ganz so überzeugte und handlungsbereite Politiker und

Beamte darauf verweisen, dass keine wirklich gesicherten Zahlen zur Versorgungslage vorliegen würden.

Dieses Argument gilt seit kurzem nicht mehr: in dem System „LEICON“ (Leistungs-Controlling) werden die relevanten Zahlen erfasst, sie sind aber (unverständlicherweise) nicht öffentlich abruf- oder einsehbar. Durch eine parlamentarische Anfrage der GRÜNEN sind sie im Herbst 2017 bekannt geworden.¹⁰

Wir haben die jetzt vollständigen Zahlen wie in der Vergangenheit den Versorgungszahlen in Deutschland (D) gegenübergestellt und finden unsere früheren Berechnungen weitgehend bestätigt. Die neuen Daten in tabellarischer Übersicht:

Tab. 1 Anteil Kinder und Jugendliche mit Therapie 2015

Vergleich Österreich (alle Krankenkassen) – Deutschland (AOK-Vers.)

	Österr. ¹¹		AOK-Vers. ^{12 13}	
Ergo	0,7%	4,9% ¹⁴	ca. 3,0%	11,2% ¹⁶
Logo	1,8%	(+1,1% in Amb. ¹⁵)	ca. 4,5%	
Physio	2,4%		ca. 5,2%	
Psycho	1,6%		17	

Zahlen gerundet auf 1 Dezimalstelle

⁹ http://www.polkm.org/archive/puespoek_paedpaedol_1101.pdf

¹⁰ https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/AB/AB_13047/index.shtml

¹¹ Für Österreich gibt das LEICON-System Zahlen für die Altersgruppe 0-20a an, Quelle: parlamentarische Anfragebeantwortung https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/AB/AB_13047/index.shtml

¹² Die AOK ist die größte gesetzliche Krankenversicherung in D mit 24,6 Mio. Versicherten, davon ca. 4.3 Mio Vers. bis inklusive 19a

¹³ der Heilmittelbericht der AOK verwendet Altersgruppen 0-4a, 5-9a, 10-14a und 15-19a,

http://www.wido.de/heilmittel_2016.html. Die angegebenen Zahlen wurden daraus für die Gruppe 0-19a abgeleitet

¹⁴ beinhaltet auch Doppelzählungen, wenn mehrere Therapiearten in Anspruch genommen wurden

¹⁵ LEICON erfasst gesondert auch die Patienten in „berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen“, die Therapiearten können dort nicht differenziert werden

¹⁶ diese Zahl ist kleiner als die Summe aus den einzelnen Therapiearten, weil manche Patienten mehr als eine Therapieart erhielten und Doppelzählungen ausgeschieden wurden

¹⁷ der Heilmittelbericht gibt keine Zahlen zur Psychotherapie an, „Heilmittel“ sind in D Ergo, Logo, Physio und die Podologische Therapie

Die Tabelle 1 gibt den Anteil jener Kinder und Jugendlichen an, bei denen eine Therapie über die Sozialversicherungen abgerechnet wurde. In Österreich sind damit sowohl von den Sozialversicherungen ausfinanzierte Therapien enthalten als auch solche, die Eltern vorfinanzieren müssen und dann einen unterschiedlich großen oder kleinen Anteil erstattet bekommen. In D sind dagegen alle erfassten Therapien für Kinder und Jugendliche kostenfrei.

Beträchtlich sind auch die regionalen Unterschiede innerhalb Österreichs, wobei diese hauptsächlich durch unterschiedliche Bestimmungen der jeweiligen Gebietskrankenkassen zustande kommen.

Tab. 2 Anteil der Bevölkerung bis 20 Jahre mit Therapie 2015

Vergleich bestes und schlechtestes Bundesland in Österreich

	Bestes Bundesl.	Österr. gesamt	Schlecht. Bundesl.
Ergo	OÖ 1,5%	0,7%	St 0,3% ¹⁸
Logo	Vbg. 3,7%	1,8%	St 0,8%
Physio	Vbg. 4,1%	2,4%	W 0,8%
Psycho	W 2,4%	1,6%	OÖ 0,6%

Zahlen gerundet auf 1 Dezimalstelle

Die Zahlen in den Tabellen 1 und 2 geben wieder, wie viele Kinder in diesem Jahr überhaupt eine Therapie erhalten haben. Aus früheren Daten wissen wir, dass in Österreich die einzelnen Kinder und Jugendlichen wesentlich weniger Therapien erhalten als in Deutschland, oft in einem Ausmaß, das die Frage aufwirft, ob die so deutlich geringere Zahl der Therapien für eine anhaltende Wirksamkeit auch ausreicht.

¹⁸ Für Vorarlberg werden vom System LEICON der Sozialversicherungen nur 0,1% der Kinder und Jugendlichen mit Ergo angegeben. Da in Vbg. aber der Großteil dieser Versorgung über den AKS (Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin) organisiert ist, die von LEICON

Tabelle 3 veranschaulicht die Größenordnung des Unterschieds.

Tab. 3 Zahl der Therapien pro Patient im Jahr 2015

Vergleich Österreich (alle Krankenkassen) – Deutschland (AOK-Vers.)

	Österr. (0-20a)	AOK-Vers. (alle Altersstufen)
Ergo	13,0	28,2
Logo	8,9	24
Physio	12,3	20,2
Psycho	6,3	

Zu Tabelle 3 gelten sinngemäß die entsprechenden Anmerkungen der Tab. 1

Dieser Vergleich ist nur mit großer Zurückhaltung zu interpretieren, da der Heilmittelbericht der AOK keine altersbezogenen Zahlen zur Therapiehäufigkeit enthält. Es gibt allerdings keine Hinweise, dass die Zahlen der AOK für Kinder und Jugendliche deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt liegen könnten. Evtl. könnte dies für die Physiotherapie der Fall sein, die aber von allen Therapiearten am wenigsten klar Entwicklungsdefiziten zuzuordnen ist. Darüber hinaus wissen wir aus unserer ersten Publikation 2011, dass in Deutschland für die einzelnen Patienten tatsächlich deutlich mehr Mittel aufgewendet werden.¹⁹

Die jetzt vollständigen Daten aus Österreich erlauben eine aktuelle Abschätzung der Versorgungsdefizite im Vergleich mit Deutschland. Dieser Vergleich scheint uns legitim, weil nicht anzunehmen ist, dass in D Kinder ohne plausiblen Grund und Notwendigkeit zur Therapie gebracht werden.

Aus Tabelle 1 ergibt sich eine Differenz von mindestens 5,2% der Kinder und Jugend-

vermutlich nicht erfasst wird, wurde die Angabe für Vbg. ausgeschieden

¹⁹ http://www.polkm.org/archive/puespoek_paedpaedol_1101.pdf

lichen in Therapie, da in Österreich Doppelzählungen bei Mehrfachtherapien enthalten sind, in den Zahlen der AOK aber nicht. Das heißt, dass in Österreich bei einer Bevölkerungszahl von ca. 1,7 Mio. bis 20 Jahre über 88.000 Kinder und Jugendliche mehr in Behandlung sein müssten, wenn hierzulande die gleichen Zugangsbedingungen wie in Deutschland bestünden.

Zusammenfassung:

1. In Österreich erhalten im Vergleich zum Versorgungsgrad der AOK in Deutschland mehr als 88.000 Kinder und Jugendliche keine Therapie. Dies betrifft Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie.
2. In Deutschland erhalten anteilmäßig ca. doppelt so viele Kinder und Jugendliche solche „funktionellen Therapien“.
3. Vermutlich bestehen zusätzlich große Defizite in der Versorgung mit Psychotherapie, es fehlen aber rezente Vergleichszahlen aus D.
4. Die Kinder und Jugendlichen in einer von den Krankenkassen zumindest teilweise finanzierten Therapie erhalten in Österreich wesentlich weniger Therapieeinheiten als bei der AOK in D.
5. Die regionalen Unterschiede in Österreich sind groß.
6. Im Gegensatz zu den in D für Kinder und Jugendliche generell ohne Selbstbehalte ausfinanzierten Therapien erhalten die Familien in Österreich oft nur einen (mitunter kleinen) Teil der Therapiekosten rückerstattet.

Wie eingangs erwähnt: man kann wohl von einem der unglaublichsten Defizite im österreichischen Gesundheitswesen sprechen, wenn einer beschämend großen Zahl von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsproblemen keine adäquate Behandlung angeboten wird. Damit verwehrt man ihnen nicht nur ihre individuellen Entwicklungschancen, sondern belastet die ganze Gesellschaft schwer.

Die Zeit der Datenerhebung ist nun vorbei, niemand kann mehr sagen, er/sie habe davon nichts gewusst. Es ist höchste Zeit zu handeln.

Rudolf Püspök

Versorgungsplan für Kindertherapien beauftragt

Wir freuen uns berichten zu können, dass der Hauptverband die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit einem Projekt zur therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen beauftragt hat. Unter der Leitung von Frau Dr. Brigitte Piso werden im ersten Schritt eine Bestandsaufnahme der bisherigen Arbeiten (in/für Österreich) und Überlegungen, die sich mit dem Therapiebedarf für die Bereiche Physio-, Ergotherapie, Logopädie und Psychotherapie beschäftigten, erhoben. Diesbezüglich wurde um unsere Unterstützung beim Identifizieren von relevanten veröffentlichten und unveröffentlichten Arbeiten gebeten.

Gegenüberübergestellt werden sollen diese Ergebnisse den bisherigen Datengrundlagen zum Ist-Stand der Versorgung auf Basis der vorhandenen LEICON-Daten und anderer. Als Ansprechpartnerin für den Hauptverband gilt Frau Stefanie Bachler, BSc, MA vom Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV).

Die Übermittlung von relevanten Arbeiten war bis 14.02.2018 möglich, anschließend sollen nach der Sammlung und Datensichtung ein Workshop mit ExpertInnen für Kinder- und Jugendgesundheit durchgeführt und die Rechercheergebnisse präsentiert werden. In der Folge soll festgelegt werden, welche für die Planung erforderlichen Parameter verwendet werden. Zu diesem Workshop werden ExpertInnen aus den verschiedenen Fachbereichen eingeladen.

Die Politische Kindermedizin hat im Februar bereits Kontakt mit den Verantwortlichen aufgenommen, auf ihre eigenen Arbeiten betreffend die Therapiedefizite verwiesen und auch ihre Expertise angeboten.

Wir freuen uns über diese so wichtige Initiative, die erstmals systematisch in Richtung Versorgung, Planung und Steuerung im Bereich der Therapien für Kinder und Jugendliche geht.

Wir wünschen gutes Gelingen und werden jedenfalls das Projekt fachlich unterstützen.

Literaturangaben zu unseren eigenen Arbeiten finden Sie auf der Homepage der Politischen Kindermedizin unter <http://www.polkm.org/archive.html#material>

Siehe dazu auch den vorherigen Beitrag in diesem Newsletter zu den neuesten LEICON-Daten.

Sonja Gobara

Kommentar zu einer Studie des CCIV

„Ich mach mir die Welt wiedewiedewie sie mir gefällt...“

Dieses Kinderlied und die Aufforderung zum kritischen Lesen von Ergebnissen wissenschaftlicher Studien fielen mir spontan ein nach der Lektüre der vorläufigen Ergebnisse einer Studie des CCIV (Competence Center für integrierte Versorgung) mit dem Titel: **„Quantitative Bedarfs- und Bedürfniserhebung von Familien mit Kindern mit Entwicklungsstörungen/ -verzögerungen. Zur Grundlage für die Optimierung der medizinisch-therapeutischen Versorgungsleistung in Österreich“**.

Nach erster Urgenz wurde das präsentierte „Fact-Sheet“ zwar dankenswerterweise von den VerfasserInnen noch einmal überarbeitet und um einige Missverständnisse bereinigt, dennoch lohnen die Ergebnisse genauerer Betrachtung, da sie nach wie vor zahlreiche Fragen aufwerfen.

Im Detail: Die Studie wurde mit der an sich erfreulichen Absicht – nämlich **„den Bedarf und die Angebote hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen / -verzögerungen bedarfsgerecht(er) zu organisieren und zu planen“** – in Auftrag gegeben und im Herbst 2017 durchgeführt. Es wurden an 20 versorgende Einrichtungen (Ambulatorien und Therapiezentren) standardisierte Fragebögen ausgegeben, davon eine interdisziplinäre Praxis. 643 Fragebögen wurden retourniert, davon etwa 630 aus Ambulatorien und etwa 10 aus der Praxis. Warum nicht mehr Einrichtungen aus dem niedergelassenen Bereich einbezogen wurden obwohl

diese in vielen Regionen äußerstversorgungswirksam sind, wurde nicht begründet. Es folgten teils erstaunliche Ergebnisse: das Durchschnittsalter der Kinder der Befragten lag bei 6,8 Jahren, die befragten Personen befanden sich durchschnittlich seit 3 Jahren in Behandlung, 4/5 der Befragten gaben Deutsch als Muttersprache an. Dass hauptsächlich Ergotherapie und Logopädie verordnet wurde, wird dem Umstand zugeschrieben, dass wohl die meisten Kinder, die Physiotherapie benötigten, im niedergelassenen Bereich behandelt werden (obwohl es bekanntermaßen kaum Kassenverträge für niedergelassene PhysiotherapeutenInnen gibt).

Zur Dauer der Wartezeiten auf Diagnose und Therapie wird durchaus als problematisch bemerkt, dass immerhin 20 % der Befragten länger als 6 Monate auf Diagnostik und weitere 6 Monate auf Therapie warten. Fast 35 % erhalten angeblich Diagnostik und Therapie innerhalb von 4 Wochen (in welchem Universum frage ich mich). Diese Ergebnisse überraschen sehr, wenn man die zum Teil prekäre Lage in Wiens Ambulatorien kennt.

Immerhin wurde der rasche Therapiebeginn als wesentlich für die Zufriedenheit identifiziert. Weiters wird (statistisch kaum überraschend) hervorgehoben, dass die Patienten das Ambulatorium, in dem sie einzig betreut werden, auch als hilfreich bei der Suche nach geeigneter Betreuung empfanden (91 %). 3/4 der Befragten erkundigten sich überhaupt nur an einem Ambulatorium (was unter anderem daran liegen könnte, dass es in den meisten Regionen keine zweite Alternative für kostenfreie Therapie gibt). Fast vorwurfsvoll wird gefolgert **„Die genannten Tatsachen führen zur Annahme, dass die Befragten für einen Therapieplatz keiner intensiven Suche nachgegangen sind...“**. Hingegen wird festgehalten, dass immerhin 1/4 der Befragten bei mehr als einer Einrichtung nachfragte, was zu den ohnehin als Hauptursache für lange Wartezeiten wahrgenommenen DOPPELBUCHUNGEN führt.

Obwohl 80 % der Befragten Deutsch als Muttersprache im Fragebogen eintrugen, gaben etwa 37 % der Patienten an, dass es

aufgrund von Problemen mit der deutschen Sprache schwierig war, sich im System zurechtzufinden und fast 40 % fühlten sich aufgrund fehlender Informationen orientierungslos (obwohl doch 91 % der Befragten zuvor sich im Ambulatorium bestens informiert fühlten).

Die widersprüchlichen Aussagen könnten meiner Meinung nach auch darauf zurückzuführen sein, dass der Fragebogen teilweise so unklar und komplex formuliert war, dass nur sehr gute Deutschsprecher- und LeserInnen diesen halbwegs korrekt auszufüllen imstande waren (und der Bogen unter Umständen auch nur an diese ausgegeben wurde). Dass der Fragebogen auch noch in 3 andere Sprachen übersetzt wurde, half diesem Umstand eventuell nur bedingt ab.

Äußerst bedenklich aber empfinde ich eine der Haupt-Schlussfolgerungen, die aus dieser Befragung hervorging – nämlich, dass ein Großteil der Patienten die Behandlung in den modernen interdisziplinären Ambulatorien der Behandlung in Einzelpraxen vorziehe. Dieser Schluss resultiert aus einer völlig ungeeigneten Fragestellung und einer Vorselektion, die alle anderen Versorgungseinrichtungen von vornherein ausklammerte.

Selbst unter diesen Voraussetzungen fand man den Wunsch nach einem interdisziplinären Zentrum bei den Befragten erst auf Platz 10 der Bedürfnisliste für gute Versorgung. Auf Platz eins bis neun standen Aspekte wie: kompetente, freundliche, einfühlsame Therapeuten und Ärzte, ausreichende Information und Aufklärung, rascher Therapieplatz, Therapie zu Tagesrandzeiten, Kooperation der Beteiligten, zentrale Anlaufstelle und zusätzliche Beratungsangebote.

Resümee: natürlich ist eine klientenzentrierte Verbesserung des Angebotes zu begrüßen und selbstverständlich sind moderne interdisziplinäre Zentren wichtig für die Versorgung, keine Frage! Für komplexe Fälle mit hohem Beratungsbedarf, für Case-Management und Behandlungsplanung, für Familien, wo die Kooperation mit

Ämtern erforderlich ist, für Familien, die nicht Deutsch sprechen usw.

Gleichzeitig können zahlreiche Kinder mit entweder minimalen Auffälligkeiten oder nach differentialdiagnostischer Abklärung natürlich genauso gut bei Niedergelassenen betreut werden, wenn diese im Austausch mit den Zentren sind (und das ist natürlich zu fördern und zu gewährleisten). Gerade im niedergelassenen Bereich ist eine hoch qualitative, konstante Betreuung auch zu Tagesrandzeiten oft eher möglich als in den Zentren.

Die Eltern geben klare Informationen, was sie sich unter einer guten Betreuung vorstellen:

- Freundlichkeit, Einfühlsamkeit
- Qualität (z.B. durch Qualitätsrichtlinien, gute Ausbildung, Vertragsvorgaben etc. erreichbar)
- rascher Therapiebeginn (das ist wohl nur durch ausreichend Ressourcen zu schaffen)
- ausreichende Information und Aufklärung (z.B. durch Online-Info, erfahrene BehandlerInnen, Case Management oder Lotsen erreichbar)
- Therapie an Tagesrandzeiten (z.B. durch gezielte Vertragsgestaltung im niedergelassenen Bereich möglich)
- Kooperation aller Beteiligten (z.B. durch Netzworkebildung mit strukturierten Settings).

Neben den schon geäußerten Kritikpunkten ist noch anzufügen, dass zusätzlich zu den von Niedergelassenen betreuten PatientInnen auch alle jene nicht erfasst wurden, die aufgrund von Aufnahmeperrren erst gar nicht aufgenommen werden oder auf ewigen Wartelisten stehen. Im Hinblick auf die Befragungsergebnisse (durchschnittliche Therapiedauer von 3 Jahren) ist natürlich auch zu hinterfragen, wann und über wie lange Zeiträume wöchentliche Therapien unter der Beachtung des Ökonomiegebotes erforderlich sind und wann andere Interventionen eventuell effizienter wären (Beratung, Train-the-trainer-Konzepte in Schulen in Kindergärten, aufsuchende Hilfen...)

Laut Angabe des CCIV stellt dieser Fragebogen nur einen Teil der weiteren Erhebungs- und Planungsschritte dar. So bleibt zu hoffen, dass in den weiteren Schritten noch differenziertere Erhebungen geplant sind, die die Realität, Komplexität und die künftigen Erfordernisse etwas objektiver widerspiegeln.

Die Ergebnisse dieser Befragung sollen demnächst auf der Homepage des CCIV veröffentlicht werden.

www.cciv.at

Irmgard Himmelbauer

Die Zeit vergeht.....bald 3 Jahre Autismuszentrum Sonnenschein – ein Kooperationsprojekt

Im Oktober 2015 wurde in St. Pölten das Autismuszentrum Sonnenschein eröffnet. Der Schwerpunkt liegt auf der frühen Intervention (ambulante und mobile Behandlung) von Kindern mittels unterschiedlicher Therapiemethoden, dem Wissenstransfer und der Sensibilisierung für den speziellen Behandlungsbedarf.

Insgesamt wurden 101 PatientInnen bisher betreut. Im Autismuszentrum wurden 60 umfangreiche und hochaufwendige Diagnostiken durchgeführt, 47 Kinder befanden sich in intensiver Therapie (2-3mal wöchentlich) und 4 Beratungsleistungen wurden durchgeführt.

Folgende Kriterien sind für eine Aufnahme im Autismuszentrum maßgebend:

- Alter des Kindes
- Einzugsgebiet/Wohnort
- Grad der Störung bzw. der Grad der elterlichen Belastung durch die vorhandene Störung
- Möglichkeit der Eltern, die intensive ambulante Therapie wahrzunehmen (bis 3 x wöchentlich).

Es gelingt uns immer mehr, dem Schwerpunkt der frühen Intervention Folge zu leisten. 2017 waren bereits 70% der Patient/innen nicht älter als 6 Jahre.

Die Kinder werden im Team behandelt, es finden sehr engmaschige ärztliche Kontrollen zur Erfassung und Behandlung von

Komorbiditäten statt. Ansonsten werden hauptsächlich autismspezifische Therapiemethoden angewandt wie ABA/VB (Applied Behavior Analysis / Verbal Behavior), ESDM (Early Start Denver Model), PECS (Picture Exchange Communication System) und TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children), aber auch musiktherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Behandlung finden sich in unserem Therapieangebot.

Im Jahr 2017 wurde auch eine fortlaufende ASS Spielgruppe zum Aufbau sozialer Kompetenzen mit Gleichaltrigen initiiert.

Prinzipiell sind die Eltern von Beginn an in den Therapieprozess involviert und zur aktiven Mitarbeit angehalten. Entsprechende Vereinbarungen werden unterzeichnet. Es fand bereits zweimalig zusätzlich ein standardisiertes Elterstraining für die Eltern statt.

Seit Beginn wurden ungefähr 15 Informationsveranstaltungen, Fort- und Weiterbildungen für PsychologInnen, ÄrztInnen, TherapeutInnen und PädagogInnen angeboten, die jeweils sehr schnell ausgebucht waren und auch in den Evaluationen grundsätzlich positiv beurteilt wurden.



Im Juni 2018 wird der extern durchgeführte Evaluationsbericht fertiggestellt und im Rahmen unserer **Fachtagung am 15.6.2018**, zu der wir alle herzlich einladen dürfen, präsentiert. Das Programm ist sehr vielfältig und richtet sich an eine breite Zielgruppe von allen im Gesundheitsbereich Tätigen, an Eltern und Interessierte. Der Bogen wird inhaltlich von der Früherkennung bis zur Schnittstelle Arbeitsmarkt und Wohnen im Erwachsenenalter gespannt. Siehe auch unter „Empfehlungen, Termine“ weiter unten.

Aufgrund der begrenzten Ressourcen im Autismuszentrum haben wir viel Zeit und Energie aufgewandt, um entsprechende Aufnahmealgorithmen, aber auch Kriterienkataloge zur Beendigung der intensiven Therapien entwickelt. Diese sind mittlerweile standardisiert und ermöglichen eine transparente, nachvollziehbare und untersucherunabhängige Beurteilung des Therapiebedarfs.

Es soll noch im Juni 2018 mit dem **Bau des neuen Autismuszentrums** in unmittelbarer Nähe zum Ambulatorium Sonnenschein begonnen werden. Das Gebäude sollte bis Ende des Jahres fertiggestellt werden. Wir hoffen, damit die Grundlage für eine verbesserte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung gelegt zu haben

Sonja Gobara

<https://www.autismuszentrum-sonnenschein.at/>

Empfehlungen, Termine

News-letter 1/2018 Seltene Erkrankungen



Auszug aus dem Editorial:

In den letzten Wochen sind die **"affilierten Partner"** als eine zusätzliche Option für die **Mitarbeit** in den **Europäischen Netzwerken** (ERN) für Seltene Erkrankungen ins Zentrum der Diskussion geraten. Der **Bereich Stoffwechsel** stellt bereits seine Ideen über eine Nutzung dieser Option vor. Die aktuelle Ausgabe unseres News-letters (2018-1) fokussiert auf dem, was bisher zu "affilierten Partnern" bekannt ist.

Dazu ein erster Bericht über das Funktionieren des **Europäischen Referenznetzwerks für kindliche Krebserkrankungen** (ERN PaedCan), das von Ruth Ladenstein koordiniert wird, Österreichs einziger ERN-Koordinatorin. Ja, und die deutschen Kinderchirurgen entdecken die Vorteile von **spezialisierten kinderchirurgischen Referenzzentren** (*Bericht über eine Pressekonferenz des Präsidenten der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der selbst Kinderchirurg ist*).

Link zum News-letter:

<http://www.polkm.org/newsletter-rare-diseases/newsletter-rare-diseases-18-1.pdf>

9TH EUROPEAN CONFERENCE ON RARE DISEASES & ORPHAN DRUGS (ECDR)



Donnerstag, 10.05.2018 9 - 16 Uhr
Freitag, 11.05.2018 9 - 16 Uhr
Samstag, 12.05.2018 9 - 16 Uhr
Messezentrum Wien

Thema 1: Strukturierung der Forschungs- und Diagnoselandschaft

Thema 2: Vorbereitung auf revolutionäre Produkte

Thema 3: Der digitale Patient

Thema 4: Lebensqualität: das Entscheidende, entscheidend machen

Thema 5: Wirtschaftliche Perspektiven seltener Erkrankungen

Thema 6: Globale Seltene Gerechtigkeit: Haben wir das bereits erreicht?

Details:

<https://www.rare-diseases.eu/de/programm/>



SAVE THE DATE | 15.06.2018 | Fachtagung | 3 Jahre Autismuszentrum Sonnenchein

3 Jahre Autismuszentrum Sonnenchein - ein Kooperationsprojekt am 15.06.2018 im WIFI St. Pölten

Wir möchten Ihnen unser Zentrum vorstellen sowie die Ergebnisse der Evaluation unserer Arbeit im Autismuszentrum Sonnenchein präsentieren.

Der Schwerpunkt liegt auf Früherkennung, Diagnostik, frühe Interventionen und Fördermaßnahmen im Kindes- und Jugendalter. Auch die Übergänge zu den Bereichen Arbeit und Wohnen werden in eigenen Workshops Themen sein.

Vorträge und Workshops namhafter Referent/innen aus dem In- und Ausland: *Gee Vero, Berlin, Univ.Prof. Luise Poustka, Göttingen, Sibylle und Michael Bajorat, PECS Germany, Univ.Prof. Dr. Christian Popow, Wien, Univ.Do. Dr. Georg Spiel, Klagenfurt*

Vorankündigung

4. Wiener Gesundheitsziele Konferenz

„Please Mind The Gap“. Wiener Gesundheitsziele und gesundheitliche Chancengerechtigkeit - Kinder und Jugendliche

Donnerstag, 21.6.2018, 10-17 Uhr im Wiener Rathaus (Wappensaal)

Im Zentrum steht bei dieser Konferenz mit dem 1. Wiener Gesundheitsziel die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Welche Strategien fördern gesundheitliche Chancengerechtigkeit von Anfang an und welche praktischen Modelle sind erfolgreich?

Was bedeutet soziale Gerechtigkeit in einer Gesellschaft für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?

Dr. Sridhar Venkatapuram, Lehrbeauftragter für Global Health und Philosophie am King's College London und Gründer des Master-Lehrgangs Global Health & Social Justice wird in seinem Eröffnungsvortrag dieser Frage nachgehen.

Details folgen.

www.gesundheitsziele.wien.at

Impressum / Offenlegung (§§ 24,25 MedienG)
Medieninhaber und Herausgeber Verein Politische Kindermedizin, 3100 St. Pölten, Defreggerstr. 6/17
E-Mail: office@polkm.org

Homepage: www.polkm.org

Für Inhalt und Zusammenstellung verantwortlich:
Dr. Ernst Tatzer, Prim. Dr. Sonja Gobara,
Prof. Dr. Reinhold Kerbl und Dr. Rudolf Püspök.
Weitere Beiträge in Verantwortung der jeweiligen Autoren von: Irmgard Himmelbauer MSc

Erklärung über die grundlegende Richtung im Sinne des § 25 Abs 4 MedienG:

Der Newsletter der Politischen Kindermedizin unterstützt die Umsetzung der statutarischen Vereinszwecke (<http://www.polkm.org/statuten.pdf>), insbesondere die Punkte

- Stärkung des Bewusstseins für die gesellschaftliche Verantwortung in der Kindermedizin und
- Aufzeigen und Veröffentlichen von Defiziten und deren Ursachen in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Kontakt, Informationsaustausch oder Beendigung der Zusendung unter office@polkm.org

Fotos: wo nicht anders angegeben © Rudolf Püspök