

Modell für die Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich

von

**Rudolf Püspök, Othmar Fohler, Irmgard Himmelbauer, Sonja Otto,
Martin Radon, Ernst Tatzler und Leonhard Thun-Hohenstein**
(alle Politische Kindermedizin)

Herausgegeben von

Prof. Dr. Wolfgang Sperl
(Präsident der ÖGKJ)

Prof. Dr. Reinhold Kerbl
(Vizepräsident der ÖGKJ)

Dr. Ernst Wenger
(Bundesfachgruppenobmann)

Prim. Dr. Sonja Gobara
(Obfrau der PKM)

Dr. Rudolf Püspök
(Leiter der Arbeitsgruppe
Primärversorgung der PKM)

Modell für die Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich

Inhalt

Zusammenfassung	S. 3
Einleitung	S. 3
Danksagungen	S. 5
1. Argumente für die Notwendigkeit einer spezifischen Primärversorgung (PV) für Kinder und Jugendliche	S. 6
2. Zielsetzungen und Vorteile einer Neuausrichtung und der Organisation einer spezifischen PV für Kinder und Jugendliche	S. 8
3. Beschreibung der für den Versorgungsauftrag im Rahmen eines PV-Modells für Kinder und Jugendliche notwendigen Professionen	S. 10
4. Rolle und Aufgaben von PV-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche	S. 12
5. Aufgaben der Mitglieder des Kernteams und des erweiterten Teams in der spezifischen PV für Kinder und Jugendliche	S. 18
6. Örtliche und zeitliche Verfügbarkeit von spezifischen PV-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche	S. 25
7. praktische Durchführung der Kommunikation in der vernetzten PV von Kindern und Jugendlichen innerhalb des PV-Teams und zwischen verschiedenen PV-Einrichtungen	S. 31
8. Besondere Aspekte der Integration der Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Netzwerk einer spezifischen PV für Kinder und Jugendliche	S. 34
9. Ökonomische Aspekte der Honorierung von Leistungen in spezifischen PV-Teams für Kinder und Jugendliche	S. 36
10. Anhänge	
• Anhang 1: Vergleich verschiedener Gesundheitssysteme in Europa	S. 37
• Anhang 2: Literatur zur Notwendigkeit einer spezifischen PV für Kinder und Jugendliche	S. 38
• Anhang 3: Grafik PV-Netzwerke	S. 42

Zusammenfassung

Das vorliegende Modell wurde mit dem einzigen Ziel erarbeitet, die Primärversorgung (PV) von Kindern und Jugendlichen in Österreich zu verbessern. Ausgangsbasis waren bereits früher erhobene eigene Daten, eine umfangreiche Literaturrecherche und die persönlichen Erfahrungen der Mitglieder der Arbeitsgruppe PV (AG PV) des Vereins „Politische Kindermedizin“ (PKM) aus verschiedenen Berufsgruppen. Darüber hinaus wurden von der AG PV unter Einbeziehung von VertreterInnen anderer in die PV von Kindern und Jugendlichen involvierten Professionen verschiedene Grundlagen neu erhoben.

Das Modell war zu einem Zeitpunkt konzipiert und in den ersten Schritten bereits erarbeitet als unabhängig davon von der Bundeszielsteuerungskommission (BZK) das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ beschlossen wurde (30.6.2014). Als wesentliche Erweiterung dieses allgemeinmedizinisch-hausärztlichen Modells schlagen wir zusätzlich eine mit den Teams um Allgemeinmediziner eng kooperierende spezifische PV für Kinder und Jugendliche vor.

Dieser Vorschlag wird im ersten Teil mit aus der Literatur abgeleiteten Argumenten begründet. In der Folge werden Zielsetzungen und Vorteile einer spezifischen PV für Kinder und Jugendliche beschrieben sowie die für PV-Teams notwendigen Berufsgruppen und die Rolle und Aufgaben von solchen PV-Einrichtungen. Die Aufgaben der einzelnen Professionen des Kernteams und des erweiterten Teams werden detailliert dargestellt. Auf Basis der derzeitigen Versorgung durch niedergelassene PädiaterInnen werden Überlegungen zur möglichen örtlichen und zeitlichen Verfügbarkeit einer spezifischen PV für Kinder und Jugendliche angestellt und entsprechende Vorschläge gemacht. Eigene Abschnitte widmen sich wegen ihrer Bedeutung der praktischen Durchführung der Kommunikation in der vernetzten Primärversorgung und besonderen Aspekten der Integration der Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Netzwerk einer spezifischen PV für Kinder und Jugendliche. Einige wesentliche Grundsätze der Leistungshonorierung werden nur hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf die Versorgungsqualität formuliert.

Nach Ansicht der AutorInnen sprechen zahlreiche Fakten zwingend dafür, gemeinsam mit einer Stärkung der allgemeinen PV jene von Kindern und Jugendlichen zu verbessern und diesen den „Best Point of Service“ durch eine parallele, altersspezifische PV anzubieten und für die Zukunft abzusichern. Das vorliegende Modell beschreibt mögliche Schritte in diese Richtung.

Einleitung

Die Organisation der medizinischen Versorgung befindet sich in Österreich (und teilweise auch international) in vielen Bereichen und auf allen Ebenen im Wandel. Seit Jahrzehnten mehr oder oft auch weniger bewährte, den Betroffenen jedenfalls gewohnte Versorgungssysteme und -pfade werden in Frage gestellt: sie waren teilweise schon bisher nicht bedarfsgerecht, entsprechen nicht den neuen Anforderungen oder sind aus personellen Gründen nicht weiter aufrecht zu erhalten.

Geänderte Anforderungen bestehen durch eine Verschiebung des Krankheitsspektrums, durch soziale Faktoren, sich verändernde Möglichkeiten und Erwartungen der Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe und durch einen steigenden ökonomischen Druck.

Diese Veränderungen betreffen in besonderem Maße auch die Bedürfnisse und die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen und deren Familien. Der Verein „Politische Kindermedizin“ (PKM) beschäftigt sich daher seit fast 10 Jahren mit der wissenschaftlichen Erfassung von Versorgungsdefiziten bei Kindern und Jugendlichen, erarbeitet Vorschläge zu deren Beseitigung und versucht, diese der Öffentlichkeit und den Entscheidungsträgern bekannt zu machen. Fragen der Primärversorgung (PV) werden seit 10 Jahren bearbeitet, seit ca. 4 Jahren durch eine eigene Arbeitsgruppe (AG PV), 2012 widmete sich die Jahrestagung der PKM diesem

Thema, die Ergebnisse wurden 2013 publiziert.¹ In der Folge setzte sich die AG PV das Ziel, ein idealtypisches Modell für die PV von Kindern und Jugendlichen in Österreich zu erarbeiten.

Unabhängig davon wurde seit Jahren von PolitikerInnen und ExpertInnen eine teilweise öffentliche Diskussion über eine überproportionale Zunahme der Spitalskosten geführt. Die Verlagerung von Leistungen in den extramuralen Bereich wurde als möglicher Ausweg angesehen und gleichzeitig das Ziel definiert, das Angebot in der PV für alle Bevölkerungs- und Altersgruppen zu verbessern.

Die Bundeszielsteuerungskommission (BZK) hat dazu am 30.6.2014 das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ beschlossen, das verkürzt als „Das Team um den Hausarzt“ bezeichnet wurde und eine Stärkung der Primärversorgung mit PV-Teams ausschließlich um AllgemeinmedizinerInnen vorsieht.² In der diesem Konzept zugrunde liegenden, am 26.4.2013 vom Nationalrat beschlossenen „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit“ war als eines der zentralen Anliegen an mehreren Stellen das Ziel definiert, dass Leistungen am „Best Point of Service“ zu erfolgen haben.³

Der „Best Point of Service“ im qualitativen Sinn kann für diese Altersgruppe in der PV nur durch auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Gesundheitsberufe gewährleistet werden und viele Angehörige dieser Professionen mit entsprechender Ausbildung sind tatsächlich in der PV tätig. Da uns dies im Konzept „Das Team um den Hausarzt“ nicht ausreichend berücksichtigt schien, haben die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) und die PKM Teile des in Erarbeitung befindlichen „Modells für die Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich“ im September 2014 als Argumentationspapier für EntscheidungsträgerInnen zusammengefasst und im März 2015 auf der Homepage der PKM veröffentlicht.⁴

Darin schlagen die ÖGKJ und die PKM vor, das im „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ beschriebene Hausarztmodell durch Allgemeinmediziner auch für Kinder- und Jugendärzte als Hausärzte für diese Altersgruppe vorzusehen, da PädiaterInnen schon bisher einen beträchtlichen Teil der PV von Kindern und Jugendlichen abdecken und sich diese duale Versorgung bewährt hat. Die Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen sollte durch PV-Teams erfolgen, die um beide Ärztgruppen organisiert werden können, die miteinander kooperieren und deren Zusammenarbeit definiert wird.

Die Gliederung der Kapitel 2. bis 4. wurde teilweise, einzelne Textpassagen darin wurden unverändert dem „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ entnommen, um die übereinstimmenden Intentionen und Ziele zu dokumentieren. Inhaltlich folgt unser Modell daher auch der dortigen einleitenden Definition der PV.²

Das Modell wurde nun um wesentliche Teile ergänzt und wieder inhaltlich zwischen ÖGKJ und PKM akkordiert. Es wird als derzeit abgeschlossen angesehen. Dies schließt nicht aus, dass es bei Bedarf aktualisiert, überarbeitet oder um weitere Detailbeschreibungen erweitert werden kann.

Das vorliegende Modell wurde von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Primärversorgung des unabhängigen Vereins „Politische Kindermedizin“ ausschließlich ehrenamtlich und ohne jegliche finanzielle Unterstützung erarbeitet.

Leoben, Halbtorn, 21.6.2015

Prof. Dr. Reinhold Kerbl
Vize-Präsident der ÖGKJ

Dr. Rudolf Püspök
Leiter der AG PV der PKM

¹ Waldhauser F, Püspök R, Tatzler E, Thun-Hohenstein L (Hrsg) Das Kind zuerst – Probleme der Kinder- und jugendmedizinischen Primärversorgung in Österreich, Pädiatrie und Pädologie, 6/2013, Suppl.1

² http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsreform/Neues_Konzept_zur_Primaerversorgung

³ http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_02140/fname_285285.pdf

⁴ http://www.polkm.org/PV-Modell_1503.pdf

Danksagungen:

(jeweils in alphabetischer Reihenfolge)

Für wertvolle Anregungen innerhalb der Arbeitsgruppe danken die Autoren:

Nicole Grois, Christian Popow, Georg Spiel, Alfred Stiskal, Michael Straßburg, Ursula Thun-Hohenstein, Barbara Wegenschimmel und Simone Weihs.

Für die Mitarbeit an der Beschreibung der Aufgaben der einzelnen Professionen durch ihre schriftlichen (Fragenkatalog) oder mündlichen Angaben danken wir folgenden Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe:

Anna Bendl (Ordinationshilfe), Silke Gatterer (Hebamme), Marlies Gruber (Ergotherapeutin), Nour Hassan (Ordinationshilfe), Claudia Hausmanninger (Sozialpädagogin), Alexandra Horatschek (Hebamme), Gerlinde Ink (Logopädin), Eva Kramaric (Ordinationshilfe), Katrin Lukner (Ordinationshilfe), Silke Mayer (StGKK, Frühe Hilfen), Grete Melzer (mobile Kinderkrankenschwester), Sonja Nentwich (Ordinationshilfe), Petra Pleyer (Ordinationshilfe), Agnes Salomon (Psychotherapeutin), Katja Salomonovic (Psychotherapeutin), Doris Schneider (DGKKS), Ingrid Teufel (DSA), Brigitte Theierling (Hebamme), Manuela Wieninger (Ordinationshilfe), Dagmar Wijnstra (Sozialpädagogin, Frühförderin), Petra Wohlfahrtstätter (Diätologin), Regina Zsivkovits (Hebamme, Frühe Hilfen)

1. Argumente für die Notwendigkeit einer spezifischen Primärversorgung für Kinder und Jugendliche (KJ-PV)

Im Folgenden werden einige Fakten dargestellt, die klar aufzeigen, dass in der Neuorganisation der Primärversorgung (PV) in Österreich eine spezielle Versorgungsstruktur für Kinder und Jugendliche unverzichtbar ist.

Die Argumente und Fakten sprechen für eine parallele Versorgungsstruktur durch multidisziplinäre Teams einer Allgemeinen PV (A-PV) rund um den Hausarzt/die Hausärztin und durch multidisziplinäre Teams einer spezifischen PV für Kinder und Jugendliche (KJ-PV) rund um PädiaterInnen. In der PV von Kindern und Jugendlichen ist die Beteiligung der Allgemeinmediziner/ innen (AM) wegen der Wohnortnähe und die der PädiaterInnen wegen ihrer Expertise unverzichtbar. Beide sollten durch eine spezielle Kooperations- und Kommunikationsschiene verbunden sein, für die Mindeststandards festzulegen sind.

Zusammenfassung der Argumente für eine spezifische Primärversorgung für Kinder und Jugendliche:

- **derzeit besteht ein historisch gewachsenes gemischtes PV-System durch AM und Pädiater, das international empfohlen wird**
- **bessere Versorgungsqualität**
- **ökonomische Vorteile**
- **bietet mehrere Versorgungsstufen gleichzeitig an**
- **ist für die Sicherung des Angebotes an niedergelassenen PädiaterInnen dringend notwendig**

- (1) die PV der Kinder und Jugendlichen in Österreich erfolgte schon bisher durch AllgemeinmedizinerInnen und PädiaterInnen in einem historisch gewachsenen gemischten System. Dieses System wird auch von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) nicht in Frage gestellt⁵. Gemischte Systeme zeigen im internationalen Vergleich bessere Ergebnisse bezüglich Mortalität von Kindern und Jugendlichen als solche, die nur von AM getragen werden (*siehe Anhang 1*). Auch in Deutschland gelten Pädiater als hausärztlich tätige Vertragsärzte, denen mit der Stärkung der Integrierten Versorgung nach § 73bSGB V Modelle der „Hausarztzentrierten Versorgung“ offen stehen.
- (2) eine PV, die von Pädiatern und pädiatrisch ausreichend ausgebildeten anderen Gesundheitsberufen getragen wird, zeigt viele Vorteile und wird in den letzten Jahren international immer deutlicher propagiert. Die Vorteile sind qualitativer und ökonomischer Natur: eine Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch auf diese Altersgruppe spezialisierte Gesundheitsberufe ergibt:
 - niedrigere Mortalitätsraten
 - weniger Spitalweisungen
 - weniger Medikamentenverschreibungen, besonders von Antibiotika, daher Beitrag zur Verlangsamung von Resistenzentwicklungen

⁵ Glehr R (2013), Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinpraxis, Möglichkeiten und Grenzen, in Waldhauser F, Püspök R, Tatzer E, Thun-Hohenstein L (Hrsg) Das Kind zuerst – Probleme der Kinder- und jugendmedizinischen Primärversorgung in Österreich, Pädiatrie und Pädologie, 6/2013, Suppl.1, 57-60

- ein besseres Management bei akuten Erkrankungen
- ein besseres Management bei chronischen Erkrankungen
- weniger Therapieverordnungen
- bessere Durchimpfungsraten und bessere Raten bei anderen Präventionsmaßnahmen und bringt damit
- wesentliche finanzielle Einsparungen im Vergleich zu einer Versorgung nur durch AllgemeinmedizinerInnen.

(Zu allen Punkten finden sich entsprechende Belege aus der Literatur im Anhang 2)

- (3) für die Erzielung dieser Ergebnisse ist ein hoher Ausbildungsstandard notwendig, den AllgemeinmedizinerInnen (AM) wegen ihrer vielfältigen Versorgungsaufgaben für alle Altersstufen und notwendigen Grundkenntnisse in allen medizinischen Grundfächern naturgemäß nicht erreichen können. Bekanntermaßen standen schon bisher einer dreijährigen postpromotionellen Ausbildung von AM mit 4 Monaten Pädiatrie (die darüber hinaus in manchen Landspitälern de facto nicht möglich waren) eine sechsjährige Ausbildung von PädiaterInnen mit 4 Jahren im Fach selbst gegenüber. Mit 1.6.2015 ist eine neue Ärzteausbildungsordnung in Kraft getreten, die zwar eine Verlängerung der gesamten Ausbildungszeit für AM von 36 auf 42 Monate vorsieht, gleichzeitig aber eine Verkürzung der Ausbildung im Fach Pädiatrie von 4 auf 3 Monate. Demgegenüber erhalten PädiaterInnen 63 von insgesamt 72 Monaten ihrer Ausbildung im Fach Pädiatrie selbst.
- (4) spezifische PV-Teams für Kinder und Jugendliche rund um Pädiater bieten den Vorteil, dass sie sowohl die primäre als auch die sekundäre Versorgungsebene und gelegentlich teilweise auch Elemente einer Tertiärversorgung (Pädiatrische Subspezialisten) an einer Adresse anbieten können und somit Wege und Mehrkosten durch multiple Konsultationen eingespart werden können.
- (5) die in Österreich angestrebte PV durch multidisziplinäre Teams, die auch in zahlreichen internationalen Journalen als beste Versorgungsform empfohlen wird, benötigt im Bereich der Kinder- und Jugendlichen-Versorgung meist spezialisierte Fachkräfte für diese Altersgruppe im Kernteam, im erweiterten Team und als KooperationspartnerInnen. Eine Organisation solcher SpezialistInnen scheint durch und um PädiaterInnen leichter möglich, z.B. bieten nicht alle Physio- oder Ergotherapeutinnen Therapien für Kinder an oder es bestehen – besonders im Bereich der Mental health-Therapien – Anforderungen, die sich von denen für Erwachsene wesentlich unterscheiden.
- (6) die Nachbesetzungsprobleme bei frei werdenden Kassenplanstellen niedergelassener PädiaterInnen sind evident und nehmen rasch zu. Es sind dringend Anreize durch neue Praxismodelle nötig, um die Bereitschaft junger Pädiater und v.a. Pädiaterinnen für den Weg in die Niederlassung zu fördern. Dies erfordert auch für Kinder- und JugendärztInnen entsprechende juristische Voraussetzungen wie sie im „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ beschrieben sind. Andernfalls scheint eine Aufrechterhaltung des bisherigen Standards der PV von Kindern und Jugendlichen im solidarischen Gesundheitssystem kaum möglich und eine Verbesserung ausgeschlossen.

2. Zielsetzungen und Vorteile einer Neuausrichtung und der Organisation einer spezifischen Primärversorgung (PV) für Kinder und Jugendliche

Vorbemerkungen:

In den letzten Jahrzehnten ist es zu einer Verschiebung des Krankheitsspektrums im Kindes- und Jugendalter gekommen: von akuten Erkrankungen zu chronischen Krankheiten (einschließlich der so genannten modernen Morbiditäten und seltener Krankheiten) und von somatischen zu psychosomatischen und psychischen Störungen. Beeinträchtigungen der somatischen und psychischen Entwicklung und Verhaltensprobleme bei Kindern und Jugendlichen (K+J) gewinnen wegen der individuellen und gesellschaftlichen Folgen vermehrt an Bedeutung, die sozialen Dimensionen vieler Krankheiten und Störungen treten deutlicher in den Vordergrund. Die Versorgung von immigrierenden Kindern und Jugendlichen und die zunehmende Wichtigkeit von partizipativen Entscheidungsprozessen sind „neue“ Herausforderungen an die PV von K+J.

Daraus ergeben sich auch zahlreiche Aufgaben für die mit K+J arbeitenden Gesundheits- und Sozialberufe auf allen Ebenen der Prävention und in der kurativen Kinder- und Jugendmedizin, die nur durch entsprechende Ausbildungen und Kooperationen mit den jeweils anderen relevanten Gesundheitsdienstleistern (GDA) und Sozialberufen bewerkstelligt werden können. Die notwendigen Folgen für die Ausbildung und für die Organisation der PV für K+J sind weitreichend. Gleichzeitig besteht bei vielen mit K+J arbeitenden Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe (z.B. PädiaterInnen und TherapeutInnen) eine geringe Bereitschaft, sich im ländlichen Raum und / oder als Selbstständige niederzulassen. Eine unausgeglichene „Work-Life-Balance“ wirkt sich besonders stark in Berufen mit steigendem Frauenanteil aus.

Um die Gesundheitsversorgung der Kinder und Jugendlichen in Österreich im Bereich der PV zu sichern und weiter zu verbessern, ist eine Anpassung des Gesundheitssystems an die bereits eingetretenen und noch abzusehenden Veränderungen der Aufgabenstellungen für die PV und an die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erforderlich.

Zielsetzungen und Vorteile für Patientinnen und Patienten:

- Verbesserung der Zugänglichkeit zur Primärversorgung für Kinder und Jugendliche insbesondere auch an Tagesrandzeiten und an Wochenenden
- Attraktivierung, Ausweitung und Verbesserung des Leistungsangebots in der Primärversorgung für Kinder und Jugendliche
- Verbesserung der Versorgungskoordination zur Reduktion unnötiger Patientenwege zwischen unterschiedlichen diagnostisch und therapeutisch tätigen Einrichtungen
- Kontinuität und Koordination der Betreuung insbesondere auch für Kinder und Jugendliche mit Erkrankungen und Störungen, die eines besonderen diagnostischen und/oder therapeutischen Aufwandes bedürfen
- Stärkung der Integration von gesundheitsförderlichen und krankheitsvorbeugenden Maßnahmen in der Primärversorgung
- Unterstützung bei der Orientierung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitsversorgungssystem und im damit verbundenen Sozialbereich
- Verbesserung der Zugänglichkeit zu Therapien als Sachleistung
- Stärkung und Förderung von partizipativen Prozessen

Zielsetzungen und Vorteile für Ärztinnen und Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe:

- Attraktivierung der Tätigkeitsfelder für Ärztinnen und Ärzte und für Angehörige von Gesundheitsberufen durch verstärkte Kommunikation und Kooperation zwischen den Versorgungsbereichen und den handelnden Berufsgruppen (ermöglicht Fokussierung auf jeweilige Kernkompetenzen – ärztlich, pflegerisch, etc.)
- Erleichterung und Unterstützung der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufen (Arbeitsweise miteinander statt parallel)
- Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen für die Gesundheitsberufe inkl. familienorientierter, flexibler Arbeitszeitmodelle und Berücksichtigung einer ausgewogenen Work-Life-Balance
- Weiterentwicklung praxisbezogener Ausbildung für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Pädiaterinnen und Pädiater (Lehrpraxen) und die mit K+J arbeitenden Gesundheitsberufe

Zielsetzungen und Vorteile für die Systemsteuerung:

- Stärkung der Kindermedizin aufgrund ihrer zentralen Rolle für K+J im gesamten Gesundheitsversorgungssystem sowohl im ländlichen als auch im städtischen Raum
- Sicherstellung eines ausreichenden kindermedizinischen Angebotes in strukturschwachen Regionen
- Gestaltung der Honorierungsmodelle, um Anreize zur Gesundheitsförderung, Prävention und effektiven Leistungserbringung in der Primärversorgung zu setzen
- Sicherung der Qualität in der Primärversorgung von K+J durch altersspezifische PV-Einrichtungen
- Schaffung von Transparenz über Versorgungsabläufe im Alltag und die Wirkung von Behandlungen und Gesundheitsmaßnahmen (Versorgungsforschung)
- Sicherstellung der zielgerichteten Versorgung auf der richtigen Versorgungsstufe zur Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Krankenhausaufenthalte und Entlastung überfüllter Spitalsambulanzen
- Etablierung von Maßnahmen der sozialen Prävention

3. Beschreibung der für den Versorgungsauftrag im Rahmen eines PV-Modells für Kinder und Jugendliche notwendigen Professionen

Pädiater und Pädiaterinnen nehmen eine **wesentliche Rolle** in der PV von Kindern und Jugendlichen ein. Durch diese funktionell bedeutsame Stellung der PädiaterInnen wird aber keine Hierarchie für die Organisation und Zusammenarbeit in einem spezifischen PV-Team für Kinder und Jugendliche vorweggenommen.

- *Die Allgemeinpädiatrische Grundversorgung erfolgt durch Pädiater als Spezialisten für die „ärztliche Behandlung des wachsenden Organismus“ (Prof. Dr. Norbert Wagner, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin)*
- *Ziel der pädiatrischen Tätigkeit in der Funktion als Hausärztin und Hausarzt ist neben der Prävention und Gesundheitsförderung die Unterstützung bei der Lösung akuter und chronischer Probleme des Patienten / der Patientin auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.*
- *PädiaterInnen haben (wie auch Angehörige anderer Gesundheitsberufe, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten) bereits bisher in besonderem Maße die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen gepflegt, Netzwerke aufgebaut und somit viele der Intentionen einer Versorgung durch multidisziplinäre Teams vorweggenommen.*
- *Laut einer Umfrage in Deutschland wünschen sich 98% der werdenden und jungen Eltern Ratschläge „zur Erhaltung der Gesundheit, zur Förderung der Entwicklung und zur Vermeidung von Verletzungen“ und geben an, dass die kinderärztliche Praxis und dort der Arzt die bevorzugten Stellen für die Beratung wären“.⁶*
- *Pädiater und Pädiaterinnen bieten neben der allgemeinpädiatrischen Grundversorgung als FÄ auch Leistungen höherer Versorgungsebenen an, was zu einer Ausweitung und gleichzeitig Vereinfachung der Versorgungsmöglichkeiten und zu einer Kostendämpfung beiträgt.*

Weitere notwendige Professionen im Rahmen der spezifischen PV für Kinder und Jugendliche

Im Kernteam:

- (Kinder-) Gesundheits- und Krankenpflegepersonen einschließlich
- Mobile KrankenpflegerInnen bzw. KinderkrankenpflegerInnen
- SekretärInnen / Ordinationshilfen

insgesamt mit ausreichenden Ressourcen für Netzwerktätigkeit, Case-management und Soziallotsenfunktion

Im erweiterten Team:

- AnbieterIn von Frühen Hilfen einschließlich Frühförderung (weitere Frühförderungen siehe unter Kooperationen)
- Hebamme
- SozialarbeiterInnen
- AnbieterInnen funktioneller Therapien (Ergother., Physiother., logopädische Ther.) und anderer für Kinder und Jugendliche relevanter Therapieformen
- DiätologenInnen
- Klinische und GesundheitspsychologInnen
- Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen

Kooperationen bzw. Vernetzungen mit:

- Ärztinnen für Allgemeinmedizin (AM), es sind besondere Zusammenarbeits- und Kommunikationsformen mit diesen zu definieren, da Kinder und Jugendliche auch das Versorgungsangebot von AM in Anspruch nehmen können und dies abhängig von lokalen und regionalen Gegebenheiten teilweise auch unabdingbar ist
- dem Amt für Jugend und Familie

⁶ DAKJ, Thesen zur Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, Prävention, http://dakj.de/media/mitteilungen/Begruendungsdokumente/Thesen/Praevention_2012.pdf

- Dolmetsch
- FachärztInnen (FÄ) für HNO - (Tympanogramm, Audiometrie, BERA, ...)
- FÄ für Ophthalmologie (Früherkennung und Sehschule) und OrthoptistInnen
- FÄ für Orthopädie
- Seh- und HörfrühförderInnen
- Temporären FamilienhelferInnen (für Familien, die wegen Krankheit/Behinderung der Eltern oder der Kinder besonderen Belastungen ausgesetzt sind, wird z.B. durch Caritas oder Hilfswerk angeboten)
- AnbieterInnen von Beratungsdiensten (Erziehungs-, Familien- und Sozialberatung)
- Relevanten Selbsthilfegruppen in der Region
- Rehabilitationseinrichtungen
- spezialisierten Palliativ- und/oder Hospizteams
- Einrichtungen für erweiterte Laboruntersuchungen mit altersadäquaten Abnahmetechniken und -mengen
- Einrichtungen für altersadäquate bildgebende und nuklearmedizinische Verfahren
- Einrichtungen bzw. niedergelassenen FÄ, die folgende Spezialitäten oder Subspezialitäten abdecken:
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Kinder- und Jugendpsychosomatik
 - Kinderchirurgie
 - Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie
 - Pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie
 - Kinder- und Jugendinfektiologie
 - Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
 - Kinder- und Jugendsportmedizin
 - Schlafmedizin für Kinder und Jugendliche
 - Kinder- und Jugendimmunologie
 - Pädiatrische Kardiologie
 - Neuropädiatrie, (altersadäquate EEG, EMG, NLG,etc.)
 - Erweiterte Entwicklungsdiagnostik bei Komplexität
 - Pädiatrische Pulmologie und Allergologie
 - Kinder- und Jugendorthopädie
 - Kinderrheumatologie
 - Kinder- und Jugendstoffwechselambulanz
 - Kinderurologie
 - Kindernephrologie
 - Humangenetik
- Apotheken
- Kindergärten, Schulen, Tagesheimen
- Gemeinden und anderen öffentliche Einrichtungen
- Gegebenenfalls anderen Gesundheitsdienstleistern
- Sozialversicherungen

4. Rolle und Aufgaben von Primärversorgungseinrichtungen (PV-Einrichtungen) für Kinder und Jugendliche (K+J)

1. Erste Anlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem

PV-Einrichtungen für K+J übernehmen für diese die Rolle von ersten Anlaufstellen im Gesundheitsversorgungssystem für alle ihre Gesundheitsanliegen. Dies trifft auch auf jene Anliegen und Angelegenheiten ihrer Bezugspersonen zu, die in Beziehung zu dem Kind oder Jugendlichen stehen. Es wird sichergestellt, dass die in der räumlichen Nähe vorhandenen Angebote an PV-Einrichtungen für K+J der Bevölkerung auf verschiedenen Wegen bekannt gemacht werden.

K+J können sowohl allgemeine PV-Einrichtungen (A-PV) in Anspruch nehmen, wenn diese eine ausreichende Qualifikation für diese Altersgruppe und die damit verbundenen Aufgaben erfüllen oder PV-Einrichtungen, die speziell auf K+J ausgerichtet sind (Kinder- und Jugendlichen - PV-Einrichtung, KJ-PV), *siehe Schema in Anlage 3*.

Da GesundheitsdienstleisterInnen (GDA) in PV-Einrichtungen für K+J sowohl PrimärversorgerInnen als auch SpezialistenInnen für diese Altersgruppe sind, haben sie gleichzeitig eine wichtige Rolle als KooperationspartnerInnen für die allgemeine PV. Daher ist die Kommunikation zwischen A-PV und KJ-PV besonders wichtig und es sind dafür Mindeststandards zu definieren.

Erste Anlaufstellen für K+J haben folgende Anforderungen zu erfüllen:

a. **örtliche Erreichbarkeit:** wohnortnahe bzw. regional in zumutbarer Entfernung (Richtwerte sind regional zu definieren), gute verkehrsmäßige Erreichbarkeit und Beachtung der Bestimmungen zur Barrierefreiheit

b. gute **zeitliche Erreichbarkeit:** Öffnungszeiten sind an den regionalen Bedarf angepasst und zwischen den einzelnen PV-Einrichtungen (zwischen A-PV und / oder zwischen den KJ-PV) abgestimmt. Die Regelungen für allgemeine PV-Einrichtungen bleiben von der vorliegenden Aufgabenbeschreibung unberührt.

KJ-PV bieten je nach Zahl der vertretenen MitarbeiterInnen und in Abstimmung mit benachbarten KJ-PV (KJ-PV-Verbund) für das weitere Einzugsgebiet eine möglichst gute und zufriedenstellende zeitliche Erreichbarkeit an. Die notwendige und anzustrebende Erreichbarkeit ist abhängig von den regionalen Gegebenheiten und den möglichen personellen Ressourcen festzulegen. Eine KJ-PV sollte (gegebenenfalls im KJ-PV-Verbund) Montag bis Freitag tgl. Vormittag und Nachmittag erreichbar sein. Darüber hinaus sind auch Öffnungszeiten nach 18 Uhr anzubieten. Für die sonstigen Zeiten, in denen die KJ-PV keine Erreichbarkeit anbieten kann – wie z.B. in der Nacht, an Wochenenden und an Feiertagen – ist für Akutfälle der Zugang zu einer definierten pädiatrischen Versorgungseinrichtung – allenfalls unter Einbindung von VersorgungspartnerInnen bzw. Bereitschaftsdiensten – festzulegen und den PatientInnen transparent zu vermitteln.

Detaillierte Beschreibungen zur örtlichen und zeitlichen Verfügbarkeit von spezifischen PV-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche siehe Kapitel 6. ab Seite 24.

c. **Telefon- und Webdienste** sind in das Erreichbarkeitskonzept einzubinden.

d. Die Erreichbarkeit wird auch durch **aufsuchende Dienste** bzw. **Hausbesuche** gewährleistet bzw. ausgeweitet.

2. Angebot von Gesundheitsförderung und Prävention

Die PV beschäftigt sich nicht nur mit der Behandlung von Krankheiten, sondern auch mit der **Förderung von Gesundheit** und der **Prävention von Krankheit**. Prävention ist besonders bei K+J sinnvoll und erfolgreich:

a. **Primärprävention:** die meisten der durch Primärprävention vermeidbaren Erkrankungen haben ihren Ursprung im Kindes- und Jugendalter bzw. treten bereits in diesem Alter auf⁷. Auf K+J spezialisierte GDA sind historisch seit langer Zeit mit solchen Aufgaben vertraut. Klassische und lang etablierte Aufgabenfelder sind um die sich ändernden Aufgaben zur Vermeidung der so genannten modernen Morbiditäten zu erweitern. Dies erfordert von allen GDA ein spezialisiertes Wissen um die Ursachen von Krankheit und die Bedingungen des familiären, sozialen und natürlichen Umfeldes von K+J, das deren Entstehung fördern kann.

Zu den Aufgaben der Primärprävention bei K+J zählen jedenfalls:

- Motivation zu und Beratung über alle für Neugeborene, Säuglinge, K+J empfohlenen präventiven Maßnahmen, insbesondere
- Begutachtung des Neugeborenen = Kontaktaufnahme mit der Mutter / Familie, am besten gemeinsam mit der Hebamme / Kinderpflegekraft
- Stillberatung auf Basis einer zertifizierten Ausbildung (z.B. IBCLC), (wenn Stillen nicht möglich, dann Ernährungsberatung)
- Beratung über den Umgang mit dem Säugling
- Motivierung zu Veranlassung und Durchführung von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen.
- Durchführung von Impfungen
- Beratung zur Entwicklungsförderung
- Erziehungsberatung
- Kinder- und Jugend-Vorsorgemaßnahmen, insbesondere Beratung
 - zu gesunder Ernährung und Bewegung (Lebensstil)
 - Vermeidung gesundheitsschädigenden Verhaltens
 - Sucht- und Gewaltprävention
- Beratung der PatientInnen und der Betreuungspersonen zur Verbesserung des Basiswissens im Umgang mit banalen Erkrankungen
- Unfallprävention
- schulärztliche Tätigkeit
- Tätigkeit in Mutterberatungsstellen bzw. Eltern-Kind-Zentren
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen auf Gemeindeebene
 - gemeindenaher Gesundheitsprojekte
 - Veranstaltung von / Mitwirkung an Elternberatungen („Elternschule“)

Die Aufgaben der Primärprävention sind ein zentraler Teil des Aufgabenbereiches einer PV-Einrichtung für K+J, Sie wird von allen in die PV eingebundenen Berufsgruppen getragen und innerhalb einer PV-Einheit strukturiert betrieben, d.h. es sind thematische und zeitliche Zuordnungen vorzunehmen und die Anliegen der Primärprävention aktiv an die K+J und deren Familien heranzutragen. Dazu gehören auch aufsuchende Dienste und ein entsprechendes Informationsmaterial.

b. **Sekundärprävention:** der Bereich der Sekundärprävention umfasst die etablierten somatischen Vorsorgeuntersuchungen ebenso wie die Früherkennung von Auffälligkeiten des Verhaltens und der geistigen und sozialen Entwicklung. Zu diesen Aufgaben gehören jedenfalls:

- Erkennen von angeborenen Krankheiten und Störungen, insbesondere auch von angeborenen Störungen des Gehörs und des Sehens
- Erkennen von Störungen der körperlichen und / oder geistigen Entwicklung

⁷ DAKJ, Thesen zur Analyse und Zukunftsszenario der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, Prävention, http://dakj.de/media/mitteilungen/Begruendungsdokumente_Thesen/Praevention_2012.pdf

- Erkennen von beginnenden Verhaltensauffälligkeiten
- Beratung zur Entwicklungsförderung, bei (Verdacht auf) Störungen in diesem Bereich
- Mutter- Kind- Pass – Untersuchungen
- Durchführung des Ultraschalls der Säuglingshüfte
- Motivation zur Verhaltensänderung durch Risikostratifizierung
- Schutz der PatientInnen vor diagnostischer und therapeutischer Unter-, Über-, und Fehlversorgung
- Erkennen von Zeichen für Vernachlässigung / Misshandlung / Missbrauch

Bei Verdacht auf Auffälligkeiten sind ohne Zeitverlust die diagnostischen und gegebenenfalls therapeutischen Ressourcen des PV-Teams zu nutzen und den Betroffenen eine niederschwellige Beratung und Behandlung zukommen zu lassen. Wenn dies die Möglichkeiten der PV-Struktur übersteigt, ist eine unverzügliche Weiterleitung an eine kompetente Versorgungseinrichtung vorzunehmen.

c. **Tertiärprävention:** für die Erfüllung von Aufgaben der Tertiärprävention sind oft spezialisierte Kenntnisse erforderlich, sodass dafür hauptsächlich KJ-PV in Frage kommen, die auch Leistungen einer höheren Versorgungsstufe anbieten können. Dazu gehört die Versorgung chronisch kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher mit dem Ziel, Verschlimmerungen sowie gesundheitliche, seelische, materielle und soziale Auswirkungen zu vermeiden.

3. Umfassende Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen

Mit dem Leistungsangebot der KJ-PV werden alle Erfordernisse der Grundversorgung für diese umfassend abgedeckt, sofern dies unter Berücksichtigung von Art und Schweregrad der Krankheit oder Störung im ambulanten Bereich möglich ist. Dies berücksichtigt auch den Bedarf von besonderen Zielgruppen wie K+J mit Verhaltens- und psychischen Auffälligkeiten.

Die Aufgaben / Leistungen umfassen für die Belange von K+J insbesondere auch:

a. **Einschätzung des Behandlungsbedarfes** und der **Dringlichkeit** sowie **Ersthilfe**

b. **Anamnese, Erstdiagnostik, abgestufte weiterführende Diagnostik und Therapie**

- **Anamnese** unter Einbeziehung psychosozialer Aspekte und je nach Alter mit Eltern / Begleitperson und / oder Kind, bzw. Jugendlichen getrennt
- **Diagnostik** durch verschiedene Gesundheitsdienstleister (GDA), allenfalls mit unterschiedlichen Spezialisierungen und – wenn erforderlich – mit Unterstützung bei sprachlichen Barrieren. Die Diagnostik berücksichtigt bei K+J besonders:
 - neben organischen Aspekten evtl. vorhandene psychische und Verhaltensauffälligkeiten und das familiäre und soziale Umfeld
 - altersentsprechende Diagnoseverfahren auf allen Ebenen
 - die Möglichkeit der Erhebung von Akutbefunden für Blut und Harn für dringend notwendige Entscheidungen
 - Zusätzliche diagnostische Maßnahmen werden von KJ-PV einem modernen Standard entsprechend angeboten. Dies inkludiert Sonografie, EKG, Spirometrie.
 - In KJ-PV ist die Durchführung der gesamten Entwicklungsdiagnostik bei Säuglingen und älteren Kindern nach standardisierten Testverfahren möglich
 - Die Weiterleitung zu vertiefter Diagnostik an andere Mitglieder des PV-Teams oder an Einrichtungen mit altersgemäßen Angeboten nach partizipativer Entscheidungsfindung ist gewährleistet.
- **Therapie: Voraussetzungen** sind:
 - eine vertrauensvolle, respektvolle und eine – soweit vom Alter her möglich – angstfreie Beziehung zwischen GDA und PatientIn bzw. der Betreuungsperson,
 - die Berücksichtigung der PatientInnen-Präferenzen (altersabhängig) und
 - ein ausreichender Ausbildungsstand für die spezifische Problemstellung.

Therapeutische Interventionen umfassen:

- **Gespräche** mit dem Patienten / der Patientin oder der Betreuungsperson:
 - Beratungs- und Schulungsgespräche
 - Gespräche bei Belastungssituationen
 - verbale Interventionen bei psychosomatischen Störungen
 - Krisenintervention

Die Begleitung von unheilbar Kranken benötigt als Voraussetzung eine entsprechende Ausbildung und einen ausreichenden Kenntnisstand für die jeweilige Maßnahme. Alle therapeutischen Maßnahmen auf Gesprächsbasis bedürfen eines die notwendigen zeitlichen Ressourcen berücksichtigenden Honorierungssystems.
- Eine **Pharmakotherapie** erfolgt unter Berücksichtigung der altersabhängigen Indikation und Verträglichkeit und einer wirtschaftlichen Verschreibungsweise unter Einbindung von Patient/in und / oder Betreuungsperson
- **Allgemeine therapeutische Verfahren** bei K+J:
 - Behandlung von akuten Notfällen einschließlich lebensrettender Maßnahmen
 - Behandlung der häufigsten bei K+J vorkommenden akuten Erkrankungen
 - altersadäquate, strukturierte Schmerztherapie
 - Behandlung bzw. Erstversorgung von Wunden und Verletzungen
 - Injektionen
- **Spezielle therapeutische Verfahren** bei K+J, die von den spezifischen KJ-PV angeboten werden:
 - Behandlung von K+J mit Behinderungen
 - Behandlung von Frühgeborenen, von Neugeborenen mit Adaptationsstörungen,
 - Behandlung von K+J mit seltenen und / oder chronischen Erkrankungen, die einer Dauerbehandlung bedürfen
 - Behandlung von K+J mit behandlungsbedürftigen Entwicklungsstörungen im Bereich der Sprache, Motorik, Kognition, Sexualentwicklung, des Wachstums, Sozialverhaltens usw.
 - Indikationsstellung, Verordnung und Erfolgskontrolle von Heil- und Hilfsmitteln
 - Indikationsstellung, Verordnung und Erfolgskontrolle von Ernährungsmaßnahmen
 - Indikationsstellung, Verordnung und Erfolgskontrolle von physio-, ergotherapeutischen, logopädischen, oder rehabilitativen Interventionen
 - Indikationsstellung, Verordnung und Erfolgskontrolle von psychotherapeutischen Maßnahmen
 - Durchführung weiterentwickelter Vorsorgeuntersuchungen für K+J
 - pädiatrisch - hausärztliche Palliativmedizin
 - Katheterisierungstechniken
 - Spezifische Immuntherapien (SIT)

c. **qualifizierte Weiterleitung** bei spezialisiertem Versorgungsbedarf zu weiteren entsprechenden Anbietern im Gesundheits- und Sozialbereich, möglichst auch mit Übernahme der zugehörigen Terminorganisation. Der Zugang zu hoch spezialisierten Ambulanzen der Kinder- und Jugendmedizin in Schwerpunkt- und Universitätskliniken ist, außer in dringenden und/oder eindeutigen Fällen, nur über einen Kinder- und Jugendarzt möglich.

d. **kontinuierliche Begleitung**, Betreuung, Anleitung und Behandlung von chronisch kranken K+J, gegebenenfalls **Übernahme und abgestimmte Weiterversorgung** nach Behandlung in anderen Versorgungseinrichtungen in Kooperation mit derselben. Durchführung von integrierten Versorgungsprogrammen

e. **Stärkung der Gesundheitskompetenz** inkl. Anleitung zum Selbstmanagement bei akuten Störungen der Gesundheit und zur Einhaltung der Therapietreue

4. Koordinierung nach innen und außen, Informationsorganisation, Lotsenfunktion

Zur Unterstützung der Patienten beim Auffinden der richtigen Versorgungseinrichtung ist es auch eine wesentliche Aufgabe von PV- Einrichtungen, den **Versorgungsprozess** innerhalb und außerhalb der PV- Einrichtung zu **koordinieren (Lotsenfunktion)** sowie eine adäquate **Informationsorganisation** sicherzustellen, um eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Dabei sind insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- a. **Sichtung und Zuordnung** von Versorgungsnotwendigkeiten zur richtigen Versorgungsstufe bzw. zum richtigen Versorgungsbereich (auch außerhalb des **Gesundheitssystems**)
- b. **Dokumentation** und Führen einer gesicherten **elektronischen Patientenakte** über Behandlung, Befunde sowie sonstige Versorgungserfordernisse
- c. Führen von **Erinnerungssystemen** (z.B. für chronisch Kranke, Impfungen)
- d. institutionalisierte **Vernetzungsarbeit** mit anderen Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und besonders auch mit dem Sozialbereich einschließlich Zusammenarbeit mit dem Amt für Jugend und Familie
- e. Generierung und **standardisierte Weitergabe von Information** über Angebote der eingebundenen GDA innerhalb und außerhalb einer PV-Einrichtung
- f. aktive Mitwirkung am **Aufnahme- und Entlassungsmanagement** im Sinne der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)
- g. Zusammenarbeit und **Abstimmung mit mobilen Diensten** (mobile Kinderkrankenschwester / Hauskrankenpflege / mobile Betreuung) sowie Austausch mit **pflegenden Angehörigen**
- h. **Zusammenarbeit mit Palliativ- bzw. Hospizteams** (um bestmögliche Versorgung zu Hause oder im Pflegeheim zu ermöglichen)
- i. Information über Angebote und Leistungen von **Selbsthilfegruppen und –organisationen**
- j. Zusammenarbeit mit Einrichtungen des betreuten Wohnens und der Pflege

5. Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsaufgaben

Die PV- Einrichtung beteiligt sich an der Erfüllung der Ziele und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes und soll bei Bedarf ausgewählte öffentliche Gesundheitsaufgaben übernehmen (wie z. B. Aufgaben in Schulen, Kindergärten, anderen Betreuungseinrichtungen, Eltern-Beratungen, Impfungen und Infektionsschutzmaßnahmen).

6. Praktische Ausbildung für Gesundheitsberufe

PV- Einrichtungen sind Ausbildungsstätten für die praktische Ausbildung der Gesundheitsberufe (Pflichtpraktika während der schulischen / akademischen Ausbildung bzw. Lehrpraxis) und unterstützen somit eine zeitgemäße Lern- und Lehrkultur bei den Gesundheits- und Sozialberufen auch in Hinblick auf ein berufsgruppenübergreifendes Training. Dabei kommt den KJ-PV eine besondere Rolle für die Vermittlung von altersspezifischen Kenntnissen zu. Voraussetzung dafür ist eine adäquate Abgeltung des mit der Ausbildung verbundenen Aufwands.

7. Wissensgenerierung zum Versorgungsbedarf

Im Sinne einer kontinuierlichen Weiterentwicklung im Gesundheitswesen leisten PV-Einrichtungen einen Beitrag zur Wissensgenerierung über den Versorgungsbedarf und die Bedürfnisse/Präferenzen in der Bevölkerung. Die PV-Einrichtungen passen sich den laufend sich ändernden Rahmenbedingungen und neuen Erkenntnissen über Versorgungserfordernisse an.

8. „Child Advocacy“

Alle mit K+J arbeitenden GDA kennen die spezifischen Bedürfnisse und Probleme dieser Altersgruppe, die kaum die Möglichkeit einer eigenständigen Artikulation ihrer Interessen im Gesundheits- und Sozialbereich hat. Auch nehmen Familien und andere Betreuungspersonen nicht immer die ihnen eigentlich zukommende Position zur Vertretung der Interessen der K+J ein. Damit kommt den mit K+J arbeitenden GDA eine besondere Rolle als Anwälte / Anwältinnen zur Wahrung und Verfolgung der Rechte von K+J zu. Diese „Rechtsvertretung“ betrifft sowohl Individualrechte in einem partizipativen Prozess mit den Betroffenen als auch die Vertretung der Rechte und Interessen der K+J als gesellschaftliche Gruppe.

5. Aufgaben der Mitglieder des Kernteams und des erweiterten Teams in der spezifischen PV für Kinder und Jugendliche (K+J)

Vorbemerkungen

Die Arbeit als „EinzelkämpferIn“ im Rahmen der Versorgung von K+J ist mühsam und zeitaufwändig, besonders auf Grund der Tatsache, dass viele notwendige Arbeitsschritte von den verschiedenen Professionen in gleicher Weise zu absolvieren sind. Dies gilt im Besonderen für die administrativen Aufgaben.

Der Vorteil einer Arbeit im Team besteht neben der Möglichkeit eines umfangreichen Angebotes demgemäß darin, dass

- kostbare Zeit eingespart wird, weil gewisse Tätigkeiten von einer Person für alle geleistet werden können (dies betrifft speziell die „Sekretärinentätigkeit“)
- Aufgaben sinnvollerweise von jemandem übernommen werden, der / die sie am besten erfüllen kann
- die Effektivität auch dadurch erhöht wird, weil in einem Team erwiesenermaßen weniger Dinge vergessen werden, die wichtig sind und
- potenziell verwirrende unterschiedliche Empfehlungen an PatientInnen bzw. deren Begleitpersonen vermieden werden können.

Dazu müssen die einzelnen tätigen Personen nicht unbedingt unter einem Dach versammelt sein. Diese Arbeitsteilung ist auch in einem Netzwerk möglich.

Unabdingbar ist dafür eine gute, leicht verfügbare Kommunikationsebene.

Im Folgenden sind diejenigen Aufgaben aufgelistet, die unbedingt zu erledigen sind, wobei besonderes Augenmerk auf jene Anforderungen gelegt ist, die bei K+J zur Prävention späterer Probleme beitragen.

1. Aufgaben der Leitung und Administration einer PV-Einheit für K+J

Diese Aufgaben kommen bestimmten Mitgliedern eines PV-Teams zu. Abhängig von Größe und Organisationsgrad einer PV-Einheit können sie (in kleineren Einheiten) von Mitgliedern des Kernteams oder (in größeren Einheiten) von ausschließlich mit bestimmten Aufgaben betrauten Personen wahrgenommen werden wobei diese Aufgaben bei Bedarf auch teilbar sind. Sie dienen insgesamt der Sicherstellung der Organisationsstruktur, der Verwaltungsabläufe und des Qualitätsmanagements.

1.1. Leitung der PV- Einheit

(ohne primäre Zuordnung zu einer spezifischen Profession im Team)

- Praxismanagement
- Personalmanagement
- kontinuierliche Qualitätsförderung (incl. Kontrolle der ÖQUMED- Kriterien) durch Einsatz praxisspezifischer Qualitätsmanagementsysteme, unter besonderer Berücksichtigung von
 - Fehlermanagement
 - begleitende Evaluierung
 - Datenschutz
 - PatientInnensicherheit
 - PatientInnenfeedback einschließlich Beschwerdemanagement
 - Supervision
- Organisation der Einhaltung rechtlicher Auflagen (z.B. Hygienerichtlinien, Medizinproduktegesetz, ...)
- Auswahl von Geräten, Instrumenten, Medikamenten, Material

- Entwicklung von Konzepten
- Erstellen von Standards (Evidence Based Therapy)
- Forschungsförderung, Akquirieren von Fördermitteln
- Förderung von Projektarbeit
- Weiterbildung

1.2. Verwaltung / Administration / Organisation (Sekretariatsaufgaben)

- Registrieren von PatientInnen
- Wartezeitenmanagement
- Führen von Erinnerungssystemen
- Ordner führen / eintragen
- Daten in Impfpässe eintragen
- Kopieren / Einlesen von Befunden / Briefen / ...
- Schreiben von Befunden / Untersuchungsergebnissen / Arztbriefen / Überweisungen
- Erläuterung des Verordnungs- und Bewilligungsprocedere
- Anträge - / Formulare ausfüllen
- Einholen von Bewilligungen
- Ressourcen suchen (familiär, sozial, institutionell, finanziell)
- Buchhaltung
- Abrechnung (inkl. Honorarnoten)
- Pflege von Ordinations-Hard- / Software
- Homepage warten
- Drucksorten erstellen
- ÖQUMED- Kriterien dokumentieren
- Bestellen von Medikamenten / Impfstoffen / Gebrauchs- / Büromaterial / Ordinationsbedarf
- Organisieren von:
 - Stillgruppen, Elternrunden, Jugendgruppen, Mutter- und Babyturnen, ...
- Organisieren von:
 - Helferkonferenzen, Fallbesprechungen, Teamgesprächen, ...
- Weiterbildung

1.3. Facility Management:

- Reinigung, Wartung
- Reparaturen
- Raumbeschaffung, Raumausstattung,
- IT-Beschaffung, Bereitstellung, Wartung

2. Allgemeine patientenbezogene Aufgaben einer PV-Einheit für K+J

Diese Aufgaben sind in einem PV-Team gemeinschaftlich zu organisieren. Sie sind dem Teammitglied oder den Teammitgliedern zuzuordnen, das/die diese Aufgabe aufgrund seiner/ihrer Ausbildung oder Stellung im Funktionsablauf des Teams am besten erfüllen kann/können. Die Zuordnung ist wichtig zur Vermeidung von Betreuungslücken, Doppelgleisigkeiten und Leerläufen in Prävention, Diagnose, Therapie, Information und Begleitung.

Alle Teammitglieder, die in einer spezifischen PV-Einrichtung für Kinder und Jugendliche direkt mit Patienten und ihren Begleitpersonen arbeiten, haben eine entsprechende Qualifikation für die Arbeit mit dieser Altersgruppe aufzuweisen.

2.1. Aufgaben für alle mit Patienten arbeitenden Mitglieder eines PV-Teams

Aufgaben, die ganz oder teilweise zentral durchgeführt werden können sind am Beginn *kursiv* geschrieben. Das sind also Leistungen, die ohne Teambildung derzeit von jeder / jedem Einzelnen zu erbringen sind (Status Quo) und dokumentieren somit das Einsparungspotenzial.

- *Verwaltung / Administration / Organisation (siehe 1.2.)*
- *Auskunft / Information / Beratung / Motivation (siehe 2.3.)*
- *Intra- und interdisziplinäre Vernetzungsarbeit (siehe 2.4.)*
- *Dokumentation*
- Beobachten
 - Erfassen psychosozialer Risikofaktoren
 - Erkennen von Misshandlungen oder Missbrauch
 - Früherkennung einer PPD der Mutter
- Betreuung / Begleitung
 - Stärkung / Rückhalt
 - Bindungsförderung
 - Erkennen von Krisensituationen und Veranlassung bzw. Durchführung von Krisenintervention
- Ausbildungsaufgaben
 - Praxisanleitung von Studierenden und anderen Auszubildenden
 - Seminartätigkeit, Vorträge, Workshops
- Eigene Weiterbildung

2.2. Aufsuchende Dienste / Hausbesuche

je nach Anlass durch:

- Mobile Kinderkrankenpflege
- Frühe Hilfen
- Hebamme
- Arzt/Ärztin
- Funktionelle TherapeutInnen
- Sozialarbeiter
- evtl. weitere Mitglieder des erweiterten Teams

zu:

- Begutachtung von Neugeborenen
- Besuche bei Akutfällen
- Besuche von bettlägerigen und/oder chronisch Kranken
- Therapie von Kindern, die aufgrund ihrer Krankheit/Behinderung nicht mobil sind
- Beobachtung in Alltagssituationen, Therapie und Beratung im alltäglichen Umfeld
- Anleitung zu pflegerischen Maßnahmen und Entwicklungsförderung
- Betreuung, Begleitung

2.3. Auskunft / Information / Beratung / Motivation

- mündlich (inkl. telefonisch)
- schriftlich (inkl. elektronisch)
- Motivation zu und Beratung über gesundheitsfördernde (präventive) Maßnahmen wie
 - Impfungen
 - MKP-Untersuchungen
 - Zahnpflege, Karies-Prophylaxe
 - Ernährung - vom Stillen, über die Ersatz- / Beikost bis zur gesunden Ernährung
 - gesunde Lebensführung (inkl. Vermeidung gesundheitschädigenden Verhaltens)
 - Sucht- und Gewaltprävention

- Beratung über den Umgang mit dem Säugling und Kleinkind
- Beratung zur Pflege
- Motivation zu, Beratung über und Hilfe bei Fragen der Entwicklungsförderung, Erziehung
- Beratung und Unterstützung bei der Lösung akuter und chronischer Probleme des Patienten / der Patientin in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht
- Beratung der PatientInnen und der Betreuungspersonen zur Verbesserung des Basiswissens im Umgang mit banalen Erkrankungen
- Beratung zur Prophylaxe (SIDS, Unfälle, ...)
- Beratung zur Ausstattung / Ausrüstung (Babykleidung, Kinderwagen, ...)
- Information über Selbsthilfegruppen und Opferschutzgruppen einschließlich Vermittlung von Kontakten
- Information über sozialrechtliche Belange sowie gesetzliche Ansprüche, die im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen
- Hilfestellung bei Anträgen, Finanzierungshilfen, Wegweiser für unterstützende Institutionen

2.4. Intra- und interdisziplinäre Vernetzungsarbeit

- Fachinterne Kooperation / Koordination / Austauschaktivitäten
- Kooperation und Austausch mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen, inkl. Abstimmung der zeitlichen und örtlichen Verfügbarkeit der Leistungen
- Mitwirkung am Aufnahme- und Entlassungsmanagement (Nahtstellenmanagement = strukturierte, fach- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit
 - mit anderen ÄrztInnen, Gesundheitsberufen und sozialen Hilfen,
 - mit Schulen, Kindergärten und Betreuungseinrichtungen,
 - an der Schnittstelle von ambulanter zu stationärer Versorgung)
- Management patientenbezogener Daten
- Erheben, Nutzen und Bereitstellen von Daten und Informationen für den jeweils erforderlichen Versorgungspartner – unter Berücksichtigung des Datenschutzes
- Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen zur systematischen und kontinuierlichen Datenerfassung im Gesundheitssystem und deren Auswertung (Codierung, Erfassung der Morbidität, Surveillance, ...)
- Berichte an, Kontakte, Austausch mit
 - Angehörige(n) / Dritte(n) (private Bezugspersonen), Telefonate, Mailverkehr
 - Intervention (mit KollegInnen, berufsgruppenintern), Supervision (einzeln und in der Gruppe)
 - AllgemeinmedizinerInnen (A-PV-Teams)
 - FachärztInnen (niedergelassen, ambulant und stationär) für K+J-Psychiatrie, Pädiatrie, HNO, Augen, etc.
 - PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen,
 - KiGa, Schule, Hort, Tagesstätten
 - GDA (Pflege- und Betreuungspersonal, TherapeutInnen [Psycho, Ergo, Physio, Logo])
 - Kriseninterventionszentren, Wohngemeinschaften, Spezialeinrichtungen (z.B. Reha),
 - SV-träger
 - Kinder- und Jugendanwaltschaft, (PflegerInnenschaft-) Gerichte(n), Exekutive, Jugendwohlfahrt
- Teilnahme an:
 - Helferkonferenzen, Fallbesprechungen, Teamgesprächen, Supervision

3. Kerntätigkeiten der Mitglieder einer PV-Einheit für K+J

Diese umfassen die den jeweiligen Professionen zukommenden, exklusiven und nicht delegierbaren Aufgaben. Aufgaben die ganz oder teilweise gemeinschaftlich organisierbar sind, die durch andere Gesundheitsdienstleister durchgeführt werden können und/oder unter 1.+2. bereits angeführt sind, werden hier nicht mehr dargestellt.

3.1. Medizinisch – ärztliche Aufgaben

Diese sind aufgeschlüsselt nach Aufgaben in der Prävention, Diagnose und Therapie im Kapitel 4. (ab S.11) angeführt.

3.2. Medizinisch – pflegerische Aufgaben

alle diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegekräften vorbehaltenen Tätigkeiten mit und an Patienten, insbesondere:

- Medizinisch-pflegerische Beratung einschließlich SIDS-Prophylaxe, Lagerung von Säuglingen, Stillberatung
- Aufgaben der Prävention (s. Kapitel 4)
- Vorbereiten und gegebenenfalls Durchführung von Impfungen
- Wundversorgung, Verbände
- Blutabnahmen
- Nabelpflege bei Neugeborenen
- Vorbereitung von Injektionen, Infusionen
- Therapeutische Maßnahmen wie Verabreichung von Einläufen, Durchführung von Spülungen etc.
- Medizinisch-pflegerische Betreuung im häuslichen Umfeld (Hausbesuche), insbesondere bei
 - Neugeborenen, Frühgeborenen und Säuglingen
 - nach KH-Entlassungen und bei
 - akuten Erkrankungen
- Beratung zu Krankheitsverständnis, zu Gesundheits- und Krankheitskompetenz

3.3. Medizinische Assistenzaufgaben

- Hilfe bei medizinischen Tätigkeiten – speziell bei
 - Anamneseerhebung
 - Durchführung technischer Untersuchungen (EKG, Spirometrie) oder
 - Durchführung von Laboruntersuchungen (Blut, Harn, Stuhl, Abstriche, Kulturen)
 - Vorbereitung von Untersuchungsabläufen
 - Messen / Wiegen
 - Erklärung, Demonstration und Schulung in therapeutischen Maßnahmen (z.B. Inhalationsmethoden)
- Desinfektion

3.4. Funktionelle Therapien

- Durchführen des therapeutischen Prozesses:
 - Abklärung / Diagnosestellung
 - Therapieverlaufsplanung (inkl. Koordinierung der einzelnen therapeutischen Interventionen, [Case Management])
 - Therapiedurchführung
 - Evaluation

- Fachspezifische Interventionen in der Gesundheitsförderung (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention)
- Weitere Aufgaben:
 - Information, Schulung und Beratung von Patienten, Angehörigen oder nahen Bezugspersonen
 - Supervision, Intervention
 - Durchführen von Haus- Kindergarten- oder Schulbesuchen
 - Weiterempfehlung an andere Fachrichtungen
 - Einkauf und Erstellung von Therapiematerial

3.5. Diätologin

- ernährungsmedizinische Therapie in Einzel- und Gruppensettings mittels fachspezifischer Methoden (derzeit mangels Kassenfinanzierung vor allem im angestellten Bereich- kaum im niedergelassenen Setting)
- fachspezifische Aufgaben in der Prävention
- mobile Arbeit in Familien
- praktische Anleitung und Beratung von Bezugspersonen (z.B. gesundes Kochen in Lehrküchen)
- Ernährungsscreenings

3.6. Hebamme

Betreuung /Begleitung/Beobachtung/Beratung:

- Betreuung von physiologischen, aber vor allem auch die der risikobelasteten schwangeren Frauen und deren Familien während der Schwangerschaft und unter der Geburt
- Mutter- und Babyturnen, Geburtsvorbereitung
- Versorgung des gesunden Neugeborenen und Säuglings bis zum 1. LJ, bzw. bis zum Ende der Stillzeit
- Stillberatung, Stillgruppen
- Beratung zu Pflege, Lagerung
- Aufgaben der Prävention

im Rahmen

- einer Hebammen-Ordination
- von Hausbesuchen oder
- von Hebammensprechstunden in einer PV-Einheit

Sonderform: Familienhebamme (Hebamme mit einer Zusatzausbildung im sozialarbeiterischen Bereich) bei Defiziten im psychosozialen Bereich (i.S.v. Frühen Hilfen)

3.7. Psychologie

- Begutachtung / Testung / Diagnostik
Speziell in den Bereichen Schulleistung, Berufswahl, ...
- Psychologische Behandlung
- Mediation als Konfliktlösungsmethode
- Auskunft / Information / Beratung / Motivation
zur Förderung günstiger Entwicklungen und Veränderungsprozesse und Bewältigung psychischer und sozialer Probleme
- Erziehungsberatung
- Schul- und Kindergartenbesuche

3.8. Psychotherapie

- Einzel-, Paar-, Familientherapie
- Psychoedukation der Betroffenen und deren sozialen Umfelds
- Präventive Aufgaben und Früherkennung
Speziell: Sucht, Gewalt, Mobbing
- Evaluation und Erfolgskontrolle psychotherapeutischer Maßnahmen
- Erziehungsberatung

3.9. Frühe Hilfen

- Hilfe für Familien mit Schwierigkeiten vor der Geburt, rund um die Geburt, bis zur Versorgung im Kindergarten bei sozialen und psychosozialen Problemen
- Hilfe, die Wohnverhältnisse betreffend, manchmal aber auch „nur“ Entlastungsgespräche
- Vorwiegend aufsuchende Dienste
- Bindungsförderung

Zusammenarbeit speziell mit

- der Caritas
- dem Amt für Jugend und Familie

Laufende / bewährte Projekte:

- | | |
|--------|--|
| Mikado | familiennahe Betreuung von Kindern mit Behinderung durch speziell ausgebildete und begleitete Tagesmütter |
| HIPPY | H ome I nstruction for P arents of P reschool Y oungsters |
| NZFH | N ationales Z entrum F rühe H ilfen: ist seit 1.1.2015 in der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eingerichtet um „die bundesweite Abstimmung und Vernetzung, die Qualitätssicherung der Umsetzung sowie Wissenstransfer und Öffentlichkeitsarbeit zu fördern und zu unterstützen“ ⁸ |

3.10. Sozialarbeit

- Kinder- / Jugendschutz / Intervention bei Gefährdung des Kindeswohls
- Unterstützung von Familien im täglichen Umgang bei speziellen Problemlagen
- Gewährleisten einer Grundsicherung
- Beratung und Hilfestellung zur Erlangung der verschiedenen Unterstützungsleistungen
- Möglichkeiten persönlicher Entlastung, z.B. Kurzzeitunterstützung (Babysitter, MoKi)
- Krisenbewältigung (oft in Zusammenarbeit mit der Jugendwohlfahrt)
- Entlassungsmanagement

⁸ <http://fruehehilfen.at/>

6. Örtliche und zeitliche Verfügbarkeit von PV-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

Eine entsprechende örtliche und zeitliche Erreichbarkeit von Einrichtungen einer spezifischen PV für Kinder und Jugendliche (KJ-PV) sind wesentliche Voraussetzungen für ein gutes Versorgungsangebot.

I. Derzeitige Versorgungsdichte und regionale Verteilung bei niedergelassenen PädiaterInnen

Es bestehen derzeit große regionale Unterschiede in den personellen Voraussetzungen zur Schaffung von KJ-PV-Teams. Da PädiaterInnen eine zentrale Rolle für die Bildung solcher Teams haben, werden exemplarisch deren Ressourcen im niedergelassenen Bereich betrachtet. Dazu liegen auch valide Daten über die Ärztekammern vor. Für die anderen Berufsgruppen der vorgeschlagenen Kernteams und der erweiterten Teams gibt es wegen der fehlenden zentralen Erfassung der Niederlassung keine verlässlichen Daten zur regionalen Dichte und Verteilung. Es kann aber angenommen werden, dass die regionalen Unterschiede ähnlich wie bei den niedergelassenen PädiaterInnen sind.

Tabelle 1 auf den beiden nächsten Seiten zeigt die derzeitige Versorgung durch niedergelassene PädiaterInnen mit einem Vertrag mit Gebietskrankenkassen in Österreich nach Bezirken in Beziehung zur Zahl der EinwohnerInnen. Die Darstellung nimmt darauf Rücksicht, dass manche Bezirke einem anderen zentralen Verwaltungsbezirk zugeordnet werden können – z.B. Krems/Land zu Krems/Stadt. Die Zahl der zu versorgenden EinwohnerInnen pro PädiaterIn werden in diesen Fällen für den jeweiligen Bezirk selbst und in Klammer auch gemeinsam mit dem zugeordneten Bezirk angegeben, weil viele dieser ein Zentrum umgebenden Bezirke keine/n Pädiater/in mit GKK haben.

Auch unter Berücksichtigung dieser regionalen Gegebenheiten finden sich sehr große Unterschiede in der Ärztedichte bzw. in der Zahl der zu versorgenden Bevölkerung pro PädiaterIn mit GKK-Vertrag:

- Die höchste Dichte an PädiaterInnen findet sich erwartungsgemäß in größeren Städten wie Wien, Graz, Linz, Salzburg und Innsbruck, teilweise ist sie rechnerisch noch höher in kleineren Statutarstädten, denen aber ein entsprechendes Umland zugerechnet werden muss, in dem oft kein/e Pädiater/in mit GKK zur Verfügung steht. Die Versorgungsdichte ist aber auch in suburbanen und periurbanen Gebieten noch relativ hoch.
- Die Versorgungsdichte unterscheidet sich zwischen einzelnen Bundesländern, sie ist z.B. in Vorarlberg hoch im Vergleich zu OÖ und NÖ.
- Es gibt Bezirke mit sehr geringer Versorgungsdichte, in NÖ gibt es z.B. 3 Bezirke mit über 70.000 Einwohnern und je 1 Pädiater mit GKK, Spitzenreiter ist Neunkirchen (1 Päd. mit GKK bei über 85.000 Einwohnern).
- Schließlich gibt es mehrere Bezirke ohne pädiatrisches Kassenangebot. Das können sehr kleine Verwaltungseinheiten sein, die problemlos in Nachbarbezirken mitversorgt werden (z.B. Rust im Bgld.) oder Bezirke um ein Zentrum wie oben dargestellt, wobei für vom Zentrum weiter entfernte Orte bereits längere Anfahrtswege bestehen können. Zwei Bezirke ohne PädiaterIn mit GKK können nur mit z.T. langen Anfahrtswegen einem Nachbarbezirk zugeordnet werden (Murau/Stmk. zu Murtal und Reutte/Tirol zu Imst), in beiden Bezirken gibt es ein wahlärztliches Angebot.

Tabelle 1: Einwohner, PädiaterInnen mit GKK, Einwohner pro Päd. m. GKK nach Bezirken

Bezirk	Einwohner 01.01.2014	Päd. mit GKK Stand März 2015	Einwohner/Päd. (BEVmin = 17.600)*
Eisenstadt(Stadt)	13.485	1	13.485 (27.479 inkl.E.L.)
Rust(Stadt)	1.942	0	(41.076 inkl.Ma)
Eisenstadt-Umgebung	41.474	1	41.474 (27.479 inkl.E.St.)
Güssing	26.394	1	26.394 (43.770 inkl.Je)
Jennersdorf	17.376	(1 Zweitord.)	(43.770 inkl.Gü)
Mattersburg	39.134	1	39.134
Neusiedl am See	56.504	1	56.504
Oberpullendorf	37.534	1	37.534
Oberwart	53.573	1	53.573
Klagenfurt Stadt	96.640	4	24.160 (38.769 inkl.K.L)
Villach Stadt	60.004	4	15.001 (31.068 inkl.V.L.)
Hermagor	18.547	1	18.547
Klagenfurt Land	58.435	0	(38.769 inkl.K.St.)
Sankt Veit an der Glan	55.394	2	27.697
Spittal an der Drau	76.971	2	38.485
Villach Land	64.268	0	(31.068 inkl.V.St.)
Völkermarkt	42.068	1	42.068
Wolfsberg	53.472	2	26.736
Feldkirchen	30.082	1	30.082
Krems an der Donau(Stadt)	24.085	2	12.042 (40.015 inkl.K.L.)
Sankt Pölten(Stadt)	52.145	3	17.382 (49.837 inkl.St.P.L.)
Waidhofen an der Ybbs(Stadt)	11.341	4 (3 auch in 1 Gruppenpraxis)	2.835 (15.536 inkl. Amst.)
Wiener Neustadt(Stadt)	42.273	3	14.092 (39.186 inkl.Wr.N.L.)
Amstetten	112.944	4 (8 inkl. 4 W/Y.)	28.236 (15.536 inkl.W/Y)
Baden	140.078	3	46.693
Bruck an der Leitha	43.615	2	21.807
Gänserndorf	97.460	3	32.487
Gmünd	37.420	2 (1 Zweitord.)	18.710 (37.420 ohne Zweitord.)
Hollabrunn	50.065	1	50.065
Horn	31.273	1	31.273
Korneuburg	76.370	3	25.457
Krems(Land)	55.945	0	(40.015 inkl.K.St.)
Lilienfeld	26.040	1	26.040
Melk	76.369	1	76.369
Mistelbach	74.150	1	74.150
Mödling	115.677	4	28.919
Neunkirchen	85.539	1	85.539
Sankt Pölten(Land)	97.365	0	(49.837 inkl.St.P.St.)
Scheibbs	41.073	1	41.073
Tulln	72.104	2	36.052
Waidhofen an der Thaya	26.424	1	26.424
Wiener Neustadt(Land)	75.285	0	(39.186 inkl.Wr.N.St.)
Wien-Umgebung	117.343	4	29.336
Zwettl	43.102	1	43.102
Linz(Stadt)	193.814	9	21.535 (30.487 inkl. L.L.)
Steyr(Stadt)	38.120	3	12.707 (24.184 inkl. St.L.)
Wels(Stadt)	59.339	4	14.835 (25.588 inkl. W.L.)
Braunau am Inn	98.842	2	49.421
Eferding	31.961	1	31.961
Freistadt	65.208	1	65.208
Gmunden	99.540	3	33.180
Grieskirchen	62.938	1	62.938
Kirchdorf an der Krems	55.571	1 (Gruppenpraxis)	55.571
Linz-Land	141.540	2	70.770 (30.487 inkl.L.St.)

Perg	66.269	1	66.269
Ried im Innkreis	58.714	2	29.357
Rohrbach	56.455	1	56.455
Schärding	56.287	1	56.287
Steyr-Land	58.618	1	58.618 (24.184 inkl. St.St.)
Urfahr-Umgebung	82.109	2	41.054
Vöcklabruck	131.497	3	43.832
Wels-Land	68.600	1	68.600 (25.588 inkl. W.St.)
Salzburg(Stadt)	146.631	8	18.329 (29.191 inkl. S.L.)
Hallein	58.336	2	29.168
Salzburg-Umgebung	145.275	2	72.637 (29.191 inkl. S.St.)
Sankt Johann im Pongau	78.614	2	39.307
Tamsweg	20.450	1	20.450
Zell am See	84.964	3	28.321
Graz(Stadt)	269.997	13	20.769 (32.974 inkl. G.U.)
Deutschlandsberg	60.466	2	30.233
Graz-Umgebung	145.660	0	(31.974 inkl. G.St.)
Leibnitz	77.774	2	38.887
Leoben	61.771	2	30.885
Liezen	78.893	2	39.446
Murau	28.740	0	(50.890 inkl. Murtal)
Voitsberg	51.599	1	51.599
Weiz	88.355	2	44.177
Murtal	73.041	2	36.520 (50.890 inkl. Murau)
Bruck-Mürzzuschlag	100.855	3	33.618
Hartberg-Fürstenfeld	89.252	3	29.751
Südoststeiermark	88.843	2	44.421
Innsbruck-Stadt	124.579	8	15.572
Imst	57.271	1	57.271 (88.943 inkl. Reutte)
Innsbruck-Land	169.680	5	33.936
Kitzbühel	62.318	1	62.318
Kufstein	103.317	2	51.658
Landeck	43.906	1	43.906
Lienz	48.990	2	24.495
Reutte	31.672	0	(88.943 inkl. Imst)
Schwaz	80.305	2	40.152
Bludenz	61.100	2	30.550
Bregenz	128.568	6	21.428
Dornbirn	84.117	4	21.029
Feldkirch	101.497	3	33.832
Wien	1.765.649	88	20.064
		Summe 286	
		281 mit GKK	30.266
Österreich	8.504.850	(304 mit Kassen)	
		(WahlärztInnen 253)**	

Anmerkungen zur Tabelle:

- Quellen: Arztsuche der Ärztekammern, suche nach Bezirken, Fach Kinder, Vertrag mit GKK. Suche nach Bezirken nicht möglich in OÖ, Suche über ÄK nicht möglich in Vorarlberg.
- Quelle OÖ und Vbg. Herold Branchenverzeichnis Online, Kriterien wie oben
- auf Aufschlüsselung in Wien nach Bezirken verzichtet
- *BEVmin: Mindestbevölkerung pro ärztl. amb. Versorgungseinheit (ÄAVE) zur Gewährleistung der medizinisch/wirtschaftlichen Tragfähigkeit, siehe http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2012_text_ohne_matrizen_-_neue_links.pdf, Seite 22
- **Quelle Kinderärzte gesamt in Ö: Daten von Österr. Ärztekammer (ÖÄK) über Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Stichtag 31.7.2013

Hinsichtlich der Schaffung von KJ-PV-Einheiten mit einer zentralen Rolle von PädiaterInnen (in Analogie zu den „Teams um den Hausarzt“) können auf Basis der bestehenden Versorgungsdichte 3 Kategorien unterschieden werden:

1. urbaner Raum mit einer zu versorgenden Bevölkerung von etwa 15.000 – 20.000 Einwohnern pro Päd. mit GKK, das entspricht einer Versorgungsdichte (VD) von 5 bis 6,7. Laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012 liegen mit dem Planungshorizont 2020 die Sollwerte für die VD zwischen VDmin 4,0 und VDmax 7,4.⁹
2. suburbaner Raum und sonstige annähernd ausreichend versorgte Regionen mit einer zu versorgenden Bevölkerung von 20.000 – 30.000 pro Päd. mit GKK oder einer VD von 3,3 bis 5.
3. ländliche Regionen mit teilweise gravierenden Versorgungsdefiziten im Bereich des Kassenangebotes bei einer zu versorgender Bevölkerung pro Päd. mit GKK von bis zu über 85.000 (Bez. Neunkirchen) und knapp 89.000 (Bez. Imst und Reutte gemeinsam) oder einer VD unter 3,3 (Minimum 1,1). In Regionen dieser Kategorie leben nach der Aufstellung in der Tabelle 1 42,8% der österreichischen Bevölkerung.

II. Möglichkeiten der örtlichen und zeitlichen Verfügbarkeit

Der ÖSG 2012 fordert mit Planungshorizont 2020 die Erreichbarkeit eines Pädiaters/ einer Pädiaterin für 90% der Bevölkerung binnen 20 Minuten mittels motorisiertem Individualverkehr. Diese Forderung sollte bei normalen Verkehrsbedingungen in den Versorgungskategorien 1 und 2 erfüllbar sein, aber nur zum Teil in ländlichen Regionen.

Die dargestellte derzeit bestehende, unterschiedliche Versorgungsdichte in den Regionen der definierten Kategorien bedingt große Unterschiede für die mögliche Organisation der PV für Kinder und Jugendliche. Zusammengefasst können die Voraussetzungen und Möglichkeiten wie folgt dargestellt werden:

Kategorie 1, urbaner Raum: die Vorgaben des ÖSG 2012 zur örtlichen Erreichbarkeit können erfüllt werden, es gibt bei Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen evtl. noch ausreichend personelle Ressourcen zur Schaffung von verschiedenen großen PV-Einrichtungen im Sinne von Versorgungszentren mit allen definierten Möglichkeiten einer erweiterten PV bis zu kooperierenden Netzwerken. Eine gute zeitliche Erreichbarkeit sollte durch größere Zentren mit mehreren PädiaterInnen zu gewährleisten sein. Es wird eine Erreichbarkeit von Montag bis Freitag tgl. Vormittag und Nachmittag vorgeschlagen. Darüber hinaus sind auch Öffnungszeiten nach 18 Uhr anzubieten.¹⁰ Für kooperierende Netzwerke ist in Abhängigkeit von der Zahl der beteiligten PV-Teams ein ähnliches Angebot zu fordern. Für nicht abgedeckte Zeiten ist ein klarer und den Patienten und ihren Familien aktiv vermittelter Plan für die PV im Akutfall zu erstellen. Die Versorgung kann in Absprache mit anderen PV-Einheiten durch diese bzw. in der Nacht und an Wochenenden in Notfallsambulanzen oder in der Ambulanz der nächstgelegenen Kinderabteilung erfolgen.

Kategorie 2, suburbaner Raum und sonstige annähernd ausreichend versorgte Regionen: die örtliche Erreichbarkeit nach den Forderungen im ÖSG wird üblicherweise nur zum/zur nächstgelegenen Pädiater/in gegeben sein. Zusätzliche personelle ärztliche Ressourcen sind für die Schaffung von Versorgungszentren oder auch von kooperierenden Netzwerken mehrerer PädiaterInnen in einigen Regionen erforderlich. Es kann aber ein für die Patienten und deren Familien transparentes Angebot durch Abstimmung der Ordinationszeiten

⁹

http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2012_text_ohne_mattrizen_-_neue_links.pdf , Seite 22

¹⁰ die ersten beiden Allgemeinmedizinischen PHC-Zentren in Wien sollen als Öffnungszeiten an 5 Tagen jeweils 10 Stunden zwischen 7 und 19 Uhr anbieten, siehe <http://www.springermedizin.at/artikel/45215-zwei-wiener-pilotprojekte-zu-primary-health-care>

organisiert werden. Das Ziel ist ein zeitliches Angebot entsprechend den Vorschlägen für den urbanen Raum, aber mit einer Toleranz für die örtliche Erreichbarkeit laut ÖSG, s. oben. Auch in diesen Regionen ist für nicht abgedeckte Zeiten ein klarer und den Patienten und ihren Familien aktiv zu vermittelnder Plan für die PV im Akutfall zu erstellen, in die andere PV-Netzwerke eingebunden werden können, jedenfalls aber die Ambulanz der nächstgelegenen Kinderabteilung.

Kategorie 3, ländlicher Raum: die örtliche Erreichbarkeit nach den Forderungen im ÖSG ist mit dem derzeitigen Stellenplan für PädiaterInnen mit GKK in vielen Regionen nicht realisierbar. Auch ein zeitliches Angebot für eine freie Zugänglichkeit wie unter 1. und 2. vorgeschlagen ist im Rahmen von weit gestreuten kassenärztlichen Einzelpraxen nicht möglich. Zusätzlich kann wegen der geringen Versorgungsdichte (s. oben) selbst die pädiatrische spezialisierte Versorgung in vielen Regionen nicht ausreichend sichergestellt werden obwohl Kinder- und JugendärztInnen in Kassenpraxen bereits jetzt eine wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 43 Stunden bei Maxima bis über 60 Stunden leisten.¹¹ Die Vorgaben im ÖSG und die Forderungen nach einer PV am „Best point of Service“ sind in diesen Regionen nur mit einer deutlichen Erhöhung der Versorgungsdichte möglich.

III. Vorschläge zur Realisierung einer guten örtlichen und zeitlichen Verfügbarkeit einer spezifischen PV für Kinder und Jugendliche

Die Umsetzung der Grundforderungen für eine funktionierende PV für Kinder und Jugendliche mit einem entsprechenden örtlichen und zeitlichen Angebot erfordert mehrere Voraussetzungen:

a) verschiedene Arten von PV-Teams

- 1) Versorgungszentren: diese sind im urbanen Bereich und auch in anderen dichter besiedelten Gebieten (entsprechend der oben definierten Kategorien 1 + 2) möglich und sinnvoll. Diese Versorgungszentren bieten alle Leistungen an, die im Aufgabenspektrum für das Kernteam und das erweiterte Team beschrieben sind. Sie bieten ihre Dienste üblicherweise an einer Adresse an – nur einzelne weniger in Anspruch genommene Angebote können über Kooperationen organisiert werden. Sie haben wöchentliche Öffnungszeiten von mindestens 10 Halbtagen und bieten solche auch zu Randzeiten an (s. oben). Zur Ermöglichung dieses Angebotes sind mindestens 2-3 PädiaterInnen pro Zentrum erforderlich, die Kombination von verschiedenen Schwerpunkten oder Spezialisierungen kann einen zusätzlichen qualitativen Gewinn für die zu versorgenden Kinder und Jugendlichen darstellen. Das Angebot der übrigen Gesundheitsberufe umfasst alle für das erweiterte PV-Team definierten Aufgaben, das Ausmaß dieses Angebots ist abhängig von der Größe und Lage des Zentrums und von evtl. vorhandenen anderen Angeboten, es richtet sich nach dem vorhandenen Bedarf und kann individuell festgelegt werden.
- 2) Kleine PV-Teams mit Netzwerken und Kooperationen: diese können auch im urbanen Bereich gebildet werden, eignen sich aber besonders für Regionen der Kategorie 2 (s.oben) und v.a. für den ländlichen Raum (Kat.3). PV-Kernteams bieten individuelle Öffnungszeiten an, die nach Möglichkeit und Bereitschaft mit benachbarten PV-Einrichtungen abgestimmt werden. Bei entsprechender Beteiligung kann in so einem regionalen Verbund eine zeitliche Präsenz ähnlich der von Versorgungszentren erreicht werden. Zur Sicherstellung der anderen Leistungen eines PV-Teams werden entsprechende ortsnahe Netzwerke organisiert und deren Zusammenarbeit verbindlich geregelt. Auch hier sollte sich das Angebot nach den Bedürfnissen der zu versorgenden Kinder und Jugendlichen orientieren.

¹¹ Püspök R, Tatzler E, Waldhauser Ch (2013), Primärversorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte in Österreich – Angebot und Probleme aus pädiatrischer Sicht, in Waldhauser F, Püspök R, Tatzler E, Thun-Hohenstein L (Hrsg) Das Kind zuerst – Probleme der kinder- und jugendmedizinischen Primärversorgung in Österreich, Pädiatrie und Pädologie, 6/2013, Suppl.1, 106-118

b) Sicherstellung der personellen Ressourcen

Die personellen Möglichkeiten zur Organisation des „Best Point of Service“ in der PV für Kinder und Jugendliche, nämlich einer auf ihre Bedürfnisse abgestimmten PV durch auf dieses Alter spezialisierte GesundheitsdienstanbieterInnen, sind im derzeitigen System in manchen Regionen nicht ausreichend gegeben:

- 1) GesundheitsdienstleisterInnen des erweiterten Teams: Obwohl keine systematische Erfassung der Niedergelassenen bei den gehobenen medizinisch-technischen Diensten wie Ergotherapie, logopädische Therapie, Physiotherapie oder Diätologie besteht, ist bekannt, dass in ländlichen Gebieten oft kein ausreichendes Angebot durch diese Berufe besteht. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den PsychotherapeutInnen und PsychologInnen. Darüber hinaus gibt es teilweise schwere Defizite bei der Versorgung durch diese Berufe wegen des Fehlens von Verträgen mit den GKK.¹² Der wesentlichste Grund für die geringe Bereitschaft, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen, liegt neben den eigenen Lebensstil-Erwartungen darin, dass ohne Kassenverträge eine große Unsicherheit über die wirtschaftliche Existenzfähigkeit gerade in diesen Regionen besteht. Daher sind Organisationsformen zu forcieren, die diese stärken, insbesondere sind Abrechnungsmöglichkeiten mit allen Krankenkassen zu schaffen, die eine notwendige Inanspruchnahme von TherapeutInnen nicht beeinträchtigt. Es sind Kennzahlen für die Wirtschaftlichkeit von therapeutischen Berufen zu erarbeiten und darauf basierende Stellenpläne zu erstellen.

- 2) PädiaterInnen: es gibt beträchtliche Sorgen zur zukünftigen Besetzbarkeit frei werdender Kassenstellen. Die Bewerbungszahlen sind stark zurückgegangen, teilweise sind Stellen vorübergehend nicht besetzt oder werden Kassenverträge vorzeitig zurückgelegt. Die Zahl der PädiaterInnen in einer Praxis mit Kassenverträgen war von 2003 bis 2013 mit 303 bzw. 304 noch konstant, im gleichen Zeitraum hat die Zahl der Wahlärzte oder Privatpraxen von 166 auf 253 zugenommen (Daten von ÖÄK über GÖG) und ist weiter steigend. Die Zunahme der Privatpraxen erfolgte nicht nur wegen der Konstanz der Zahl der Kassenstellen, sondern auch weil viele Pädiater und besonders Pädiaterinnen wegen der unattraktiven Rahmenbedingungen für KassenärztInnen eine Tätigkeit als WahlärztIn bevorzugen: nur 12 % der niedergelassenen PädiaterInnen mit Wahlarztpraxis streben einen Kassenvertrag an (Quelle siehe Fußnote 10). Einen wesentlichen Anteil an dieser Entwicklung hat die laufende „Feminisierung der Pädiatrie“.¹³ Eine spezifische PV für Kinder und Jugendliche könnte mit den vorhandenen ärztlichen Ressourcen bereits jetzt in dichter versorgten Zentralräumen umgesetzt werden. Im Falle des Anspruchs auf eine österreichweite Abdeckung bedarf es jedenfalls in ländlichen, z.T. aber auch in anderen Regionen zusätzlicher PädiaterInnen, die in das öffentliche Gesundheitssystem eingebunden sind. Die Schaffung von PV-Teams, sei es als Versorgungszentren oder als kleine PV-Teams mit entsprechenden Netzwerken und Kooperationen könnte eine entscheidende Verbesserung der Attraktivität der Tätigkeit als niedergelassene/r Pädiater/in bewirken. Somit könnte eine Trendumkehr in einer die PV und die ambulante spezialisierte Versorgung durch Niedergelassene bereits gefährdende Entwicklung erreicht werden. Zusätzliche PädiaterInnen werden sowohl als MitarbeiterInnen in Versorgungszentren als auch als Einzelmitglieder eines PV-Kernteams benötigt. Das heißt, dass in ländlichen Regionen Kassenplanstellen vermehrt werden müssten und dass versucht werden sollte, einen Teil der WahlärztInnen in geeigneter Form in das solidarische Versorgungssystem einzubinden. Entsprechende Stellenpläne für eine PV von Kindern und Jugendlichen am „Best Point of Service“ sind zu erarbeiten.

¹² Püspök R, Waldhauser F (2012) 70.000 Kinder und Jugendliche ohne Therapie, Pädiatrie und Pädologie 1/2012, 8-11

¹³ Püspök R, Fohler O, Grois N, Otto S, Tatzler E, Waldhauser C (2014), Unterschiede in der Primärversorgung durch niedergelassene Pädiaterinnen und Pädiater in Österreich – Beitrag zum Thema Feminisierung der Pädiatrie, Monatsschrift Kinderheilkunde, 162: 892-902

7. praktische Durchführung der Kommunikation in der vernetzten PV von Kindern und Jugendlichen innerhalb des PV-Teams und zwischen verschiedenen PV-Einrichtungen

(unter besonderer Berücksichtigung der Kommunikation zwischen KJ-PV- und A-PV-Einrichtungen)

Vorbemerkungen

Im komplexen Netz der zukünftigen Primärversorgungseinrichtungen ist die kurzfristige und zuverlässige Weitergabe von Informationen über die gemeinsam betreuten PatientInnen / KlientInnen erforderlich.

Der Transfer von Informationen muss nach den Grundsätzen der größtmöglichen Datensicherheit erfolgen. Die Wahrung der ärztlichen/therapeutischen/institutionellen Verschwiegenheit muss gewährleistet sein.

Die technische Aufbereitung der Kommunikation muss so gestaltet sein, dass der zeitliche Aufwand für die Befunderstellung und –übermittlung so gering wie möglich gehalten wird. Nur so erscheint ein regelmäßiger Informationsaustausch - der auch auf Dauer aufrechterhalten wird - vorstellbar.

Mögliche Wege der Kommunikation

1. Regelmäßiger Austausch im Rahmen von Teamsitzungen
2. Telefonischer Kontakt
3. Email
4. Semi-automatisierte Befundübertragung aus der computergestützten Kartei in die Kartei der Befundempfänger

ad 1.

Vor allem in der Anfangsphase der KJ-PV-Einrichtungen und im nicht-urbanen Bereich muss davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmer des erweiterten Netzwerkes oft nicht unter einem Dach, sondern in einer eigenen Praxis arbeiten. Eine Vernetzung über den informellen Kontakt in der Mittagspause oder am Gang ist daher nicht anzunehmen (abgesehen davon, dass daraus nur in seltenen Fällen eine schriftliche Dokumentation resultiert). Sie kann nur über festgelegte, regelmäßige Besprechungstermine erfolgen. Diese „Jours Fixes“ sind aus praktischen Erwägungen wohl nicht öfter als 14-tägig oder sogar nur einmal monatlich anzusetzen, was den Erfordernissen des zeitnahen Informationsflusses widerspricht. Allerdings sind periodische Teamsitzungen erforderlich, um allgemeine Fragen (die Struktur/Zusammenarbeit im Team) zu behandeln. Im Honorierungssystem ist der Aufwand für Teambesprechungen zu berücksichtigen, da sie integraler Bestandteil der Arbeit an den PatientInnen sind.

ad 2.

Telefonische Kontakte sind für Einzelfälle möglich, haben aber den Nachteil, dass keine automatische schriftliche Dokumentation stattfindet, was zum Entstehen von Missverständnissen beitragen kann. Sie werden vor allem für dringliche Mitteilungen und Rückfragen, bestimmte PatientInnen betreffend, benötigt werden.

ad 3.

Mitteilungen per Email sind zeitaufwändig (müssen extra formuliert werden), die Frage einer ausreichenden Verschlüsselung muss genau so geklärt sein wie die Sicherheit, dass nur der / die vorgesehene EmpfängerIn Zugang zu dem jeweiligen Email-Konto hat.

ad 4.

Der Einsatz computergestützter Dokumentation (im Sinne „elektronischer Ordinationssysteme“, in weiterer Folge EOS genannt) ist schon jetzt Realität in Arztordinationen und Voraussetzung für die Abrechnung mit den Krankenkassen. Befunde (Röntgen, Blutbefunde etc.) werden bereits vielfach über Mailboxsysteme (wie z.B. medical net) verschlüsselt übermittelt und von Ordinationssystemen automatisch in die Kartei des jeweiligen Patienten geschrieben. Ebenso werden Arztbriefe auf diesem Weg übermittelt. Ähnliche Dokumentationssysteme sind auch für alle anderen im Netzwerk tätigen Berufsgruppen denkbar, falls nicht ohnehin bereits umgesetzt.

Voraussetzungen für eine funktionierende Vernetzung im Team und zwischen verschiedenen PV-Einrichtungen

- Verpflichtende Teilnahme aller Mitglieder der PV-Einrichtung an einem approbierten medizinischen Informationsübertragungsnetz. Auf diesem Weg erfolgt die Befundübermittlung.
- In jedem EOS eines bestimmten Netzwerkes sind ALLE Mitglieder als Empfänger mit ihren Adressen bereits angelegt.
- In der jeweiligen Kartei eines Patienten / einer Patientin wird eine fixe Zuordnung zu einzelnen Kooperationspartnern festgelegt (z.B. mittels „draw and drop“ in ein entsprechend dediziertes Fenster [patientenspezifisches „Adressbuch“])
- Wichtige Karteieinträge werden vom EOS automatisiert in einen Befundbericht umgewandelt und in regelmäßigen Abständen (täglich - oder auf „Knopfdruck“ sofort) an die zugeordneten (mit dem / der PatientIn befassten) KooperationspartnerInnen gesendet. Sobald der Patient / die Patientin bei diesem/r KooperationspartnerIn behandelt/beraten wird, ist der Befundbericht bereits in der Kartei des / der jeweiligen Gesundheitsdienst-anbieters/in (GDA) vorhanden. „Wichtige“ Karteieinträge sind z.B. verlaufsentscheidende Zwischenanamnesen und Verlaufsbeobachtungen, medikamentöse Therapie-Umstellungen/Dosisänderungen, therapeutische Vorschläge etc. Für diese Informationen besteht „Berichtspflicht“ in beide Richtungen.
- „Legitimation“: sollte eine Information in der Kartei eines Netzwerkteilnehmers/einer Netzwerkteilnehmerin vom Patienten / von der Patientin als vertraulich angesehen werden und eine Weitergabe an eine/n oder mehrere KooperationspartnerInnen nicht erwünscht sein, wird dieser Karteieintrag durch eine geeignete Markierung automatisch von der Weitergabe ausgenommen.
- Im Befundbericht können/sollen etwa 5 Worte als Schlagworte markiert werden, die dann als Hinweis in die Karteizeile des Empfängers / der Empfängerin geschrieben werden (z.B. neue Diagnosen, Änderungen zum Vorbefund, Therapieänderungen). Dies soll die Erfassung des Verlaufes aus der Kartei erleichtern, ohne jedes Mal Befunde öffnen zu müssen (Bei Blutbefunden sind dies z.B. die als pathologisch ausgewiesenen Werte).
- Zum Zwecke der Vorinformation kann ein Befundbericht markiert werden und so dem / der ÜbernehmerIn der Nachricht bei Übernahme gesondert zur Kenntnis gebracht werden – dadurch können komplexe Befunde bereits VOR dem Patientenkontakt durchgesehen werden. Ebenso werden neue PatientInnen dem / der EmpfängerIn gesondert zur Kenntnis gebracht, in einem Zwischenordner abgelegt und können dann bei Aufnahme des Patienten / der Patientin in diese Einrichtung der Kartei zugeordnet werden. Persönliche Mitteilungen können auch auf diesem Weg übermittelt werden (Email-Funktion)
- Falls mehrere ÄrztInnen in einer Ordination (einem Kernteam) zusammenarbeiten (Ausweitung der Ordinationszeiten!), ist sicher zu stellen, dass die Zuordnung des jeweils befassten Arztes / der befassten Ärztin (aber auch Einträge durch AssistentIn, DGKP...) in der Kartei (und damit im Befundbericht) zweifelsfrei erkennbar ist (Einloggen in das EOS mit persönlichem Kennwort). Aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit ist bevorzugt im Kernteam in einer einzigen Kartei zu arbeiten.
- Da auf Grund der geographischen und strukturellen Gegebenheiten (niedrige Dichte der KJ-PV-Einrichtungen, primäre Anlaufstelle bei der A-PV-Einrichtung, bzw. Übernahme des

Patienten / der PatientIn in der A-PV-Einrichtung zur Weiterbehandlung nach Primärversorgung in einer KJ-PV-Einrichtung) PatientInnen nicht nur von einem PV-Team, sondern von einem KJ-PV-Team und einem A-PV-Team betreut werden, erfolgt die Kommunikation auf dem selben Weg, wie oben beschrieben, zwischen den beiden Ordinationen (Kernteams).

- Zu diesem Zweck ist es sinnvoll, wenn vom EOS auch mehrere in der Kartei vorliegende Befundberichte zusammengefasst zwischen den PV-Einrichtungen übermittelt werden können. Das EOS „merkt“ sich die Übermittlung eines Befundes, sodass Mehrfachübermittlungen an den selben Adressaten / die selbe Adressatin vermieden werden.
 - Die Zuordnung eines Patienten / einer Patientin sollte zu maximal einer KJ-PV-Einrichtung und einer A-PV-Einrichtung erfolgen.
- GDA können auch mehreren PV-Teams zugeordnet sein.

Eine Alternative (oder Ergänzung) stellt das bereits in Planung befindliche Befundspeichersystem ELGA dar. Ein Vorteil ist darin zu sehen, dass Befunde nur in Anwesenheit des jeweiligen Patienten / der jeweiligen PatientIn mittels e-card „aufgeschlossen“ werden können (Wahrung der Verschwiegenheit, Wahrung der Vollmacht der PatientInnen über deren Befunde), ein Nachteil ist aber, dass ohne entsprechende e-card eine Vorab-Information damit nicht möglich ist, und netzinterne Mitteilungen nicht übermittelt werden können. In dieser Hinsicht besteht aber möglicherweise auch eine Ausbaumöglichkeit des Systems ELGA.

8. Besondere Aspekte der Integration der Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Netzwerk einer spezifischen PV für Kinder und Jugendliche

Hintergrund 1: Das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ist in der österreichischen Ärzteordnung neben der Pädiatrie das zweite ausschließlich für Kinder und Jugendliche zuständige Fachgebiet. Es umfasst lt. Ärzteausbildungsordnung 2015 „die Prävention, Diagnostik, Behandlung einschließlich Psychotherapeutischer Medizin und Rehabilitation von im Kindes- und Jugendalter auftretenden psychischen Krankheiten, Störungen und Verhaltensauffälligkeiten einschließlich der psychiatrischen Behandlung von entwicklungsbedingten psychischen Erkrankungen sowie die fachspezifische Begutachtung“¹⁴.

Hintergrund 2: 20% aller Kinder und Jugendlichen sind psychisch krank oder zeigen Verhaltensauffälligkeiten. Darunter fallen Entwicklungs- und Angststörungen, Depressionen, Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, Störungen des Sozialverhaltens, Bindungs-, posttraumatische und Persönlichkeitsstörungen, Drogenabhängigkeit u.v.a.m. Wenigstens ein Viertel bis zur Hälfte dieser Kinder benötigt unbedingt rasche, niedrigschwellige psychiatrische, medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung¹⁵. Unterbleibt diese oder wird sie hinausgezögert, drohen schwere psychische Schäden, Selbstmordgefährdung sowie dramatische Einbußen der aktuellen und lebenslangen wirtschaftlichen und persönlichen Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität. Diese Probleme sind meist auch transgenerational, das heißt, frühere und auch künftige Generationen sind ebenfalls betroffen.

Hintergrund 3: Die Versorgung und Behandlung dieser Kinder und Jugendlichen ist in Österreich nur zu maximal 50% gewährleistet¹⁶, was hohe individuelle und gesellschaftliche Folgekosten mit sich bringt. Daher ist die primäre, effiziente und möglichst frühe Versorgung dieses Klientels einerseits ein soziales Recht, gewährleistet andererseits optimale Diagnostik, Beratung und Therapie und beinhaltet so ein großes Einsparungspotenzial (Fremdunterbringung, Sonderbeschulung, Spitalskosten, Kosten durch langwierigere und weniger effiziente Spättherapien, Justizkosten usw., abgesehen von den Einbußen an Lebensverdienst). Schätzungen gehen davon aus, dass jeder in Früherkennung und –behandlung investierte Euro doppelt und mehrfach zurückgewonnen werden kann.

Aufgrund dieser epidemiologischen (zu erwartenden) Häufigkeit von ca. 15 - 20% psychisch erkrankter Kinder und Jugendlichen¹³ kommt der Integration der Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie - insbesondere der niedergelassenen FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (FÄ f. KJP) - in das Netzwerk einer spezifischen Primärversorgung für Kinder und Jugendliche eine besondere Bedeutung zu.

Da auch in der neuen Ärzte-Ausbildungsordnung selbst die optionale Möglichkeit im Rahmen der Ausbildung zum Facharzt / zur Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde ein Gegenfach Kinder- und Jugendpsychiatrie wegfällt, ist auch in Zukunft weiter damit zu rechnen, dass Kinder- und JugendärztInnen ausgebildet werden, die möglicherweise in ihrer Ausbildung sehr wenige psychisch kranke Kinder oder Jugendliche selbst beurteilt, diagnostiziert, geschweige behandelt

¹⁴ Österreichische Ärzteausbildungsordnung 2015. <http://www.aerztekammer.at/ärzte-ausbildungsordnung>

¹⁵ Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, KIGGS-Study-Group. Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 - 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57[7]. 2014

¹⁶ Thun-Hohenstein L. 2008. Die Versorgungssituation psychisch auffälliger und kranker Kinder und Jugendlicher in Österreich. In *Werte vs. Ökonomie*, ed. R Kerbl, L Thun-Hohenstein, K Vavrik, F Waldhauser, Wien: Springer.

haben werden. Noch drastischer ist die Situation in der Ausbildung der AllgemeinmedizinerInnen. Bei der schon sehr eingeschränkten Ausbildung im Kerngebiet der Pädiatrie ist in Frage zu stellen, ob sie selbst ein gezieltes Screening auf psychische Erkrankungen im Kindesalter durchführen können und somit der Zugang zu einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung (die gerade auf diesem Gebiet große Bedeutung haben) stark verzögert wird.

Gerade auch in der Sorge um die funktionierende Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen wir einen weiteren wichtigen Aspekt für eine spezifische Primärversorgung für Kinder und Jugendliche. Damit diese Funktion sichergestellt ist erscheinen uns folgende Punkte für notwendig:

- 1) Prinzipielle Integration der FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Primärversorgungsnetz für Kinder- und Jugendliche (siehe auch Anhang 3). Die vorhandenen FÄ f. KJP sollten auf jeden Fall in diese Netzwerke engstens integriert werden. Dies kann im Moment natürlich nur als Prinzip verankert werden, da der Ausbau niedergelassener FÄ f. KJP noch jahrelang dauern wird.
- 2) Aufbau und Gewährleistung spezifischer Kooperationsbedingungen zwischen Kinder+JugendärztInnen und Kinder+JugendpsychiaterInnen
- 3) Das Aufgabengebiet der FÄ f. KJP innerhalb der Primärversorgung soll die beratende Begleitung der Kinder- und JugendärztInnen und ihres Netzwerkes, sowie die Übernahme von primären und sekundären präventionellen Funktionen umfassen.
- 4) Die FÄ f. Kinder- und Jugendpsychiatrie, die auf der 2. Versorgungsebene arbeitenden, müssen die Möglichkeiten besitzen, selbst ein spezifisches Netzwerk, das den Anforderungen ihres Fachgebietes entspricht, aufzubauen und zu betreiben
- 5) der direkte Zugang zu FÄ f. KJP sollte auf jeden Fall weiterhin möglich sein – auch ohne den Umweg über die Primärversorger.

9. Ökonomische Aspekte der Honorierung von Leistungen in spezifischen PV-Teams für Kinder und Jugendliche

Es war nicht Ziel dieses Modells, Fragen der Finanzierung eingehender zu betrachten und dahingehende Vorschläge zu erarbeiten. Dazu sind im „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ der Bundeszielsteuerungskommission (BZK) ausreichend Überlegungen zu Möglichkeiten der Honorierung festgehalten. In Ergänzung dazu werden hier aber einige Grundsätze und Punkte festgehalten, die direkt oder indirekt Einfluss auf die Versorgungsqualität haben können. Einige dieser Punkte stehen in deutlichem Widerspruch zu den Ausführungen des oben genannten Konzepts.

- Als zentrales Anliegen ist zu definieren, dass Kinder und Jugendliche niederschwellig alle Behandlungen, Betreuungen und Unterstützungen erhalten sollen, die sie brauchen, ökonomische Aspekte dürfen dieses Ziel nicht beeinträchtigen.
- Art und Höhe der Honorierung sind im Sinne der Zeit- und Kostenwahrheit zu gestalten.
- Bei der Art der Honorierung von Leistungen wird zwischen verschiedenen Formen von PV-Strukturen zu differenzieren sein (zentrale PV-Einheit oder PV-Netzwerk).
- pauschale Honorierungen, die auch Therapien wie z.B. funktionelle Therapien oder Psychotherapien einschließen, können zwar eine „angebotsinduzierte Mengenausweitung“ (Zitat aus dem Konzept der BZK) vermeiden, beinhalten aber gleichzeitig die Gefahr von negativen Steuerungseffekten auf das Versorgungsangebot durch angebotsinduzierte Mengeneinschränkungen und sind daher abzulehnen. Um Übertherapien zu vermeiden, können überprüfbare Qualitätskriterien für die Indikationsstellung solcher Therapien vorgesehen werden, z.B. nach dem Vorbild des in einem Pilotprojekt des Hauptverbandes der österr. Sozialversicherungsträger befindlichen „Verordnungskatalogs für Kinder und Jugendliche“ zu funktionellen Therapien.¹⁷
- Es wird davon ausgegangen, dass Mitglieder eines Kernteams vom Rechtsträger des PV-Teams angestellt werden.
- Die Bedeutung einer mobilen Krankenpflege wird betont. Als Mitglied des Kernteams sollte eine Anstellung und pauschale Abgeltung der Leistungen möglich sein. Es sind aber auch evtl. zusätzliche andere Honorierungsmodelle, z.B. unter Einschluss der Kommunen denkbar.¹⁸
- Mitglieder eines erweiterten PV-Teams sollten je nach Form und Größe der PV-Einheit als Voll- oder Teilzeitkräfte angestellt oder in einer verpflichtenden Kooperation selbständig tätig sein können. Sie können auch mehreren Teams angehören und/oder in anderen Institutionen angestellt sein.
- Auch TherapeutInnen sollten je nach Art und Größe der PV-Einheit entweder angestellt oder frei praktizierend tätig sein können. Es wäre mit den Sozialversicherungen noch zu klären, wie im Falle einer Anstellung eine Zuweisung von außen und die Honorierung erfolgt.
- Für Leistungen durch die einzelnen Mitglieder des erweiterten Teams sind zur Vermeidung von für die Qualität der Versorgung ungünstigen Steuerungseffekten folgende Arten der Honorierung sinnvoll:
 - Leistungsbezogene Abgeltung für funktionelle TherapeutInnen, Diätologin, Psychologin, Psychotherapeutin – unabhängig davon, ob angestellt oder nicht
 - Leistungsbezogene Abgeltung für Hebamme als freie Kooperationspartnerin
 - Andere Kostenträger als Sozialversicherung: Frühe Hilfen, Sozialarbeiterin, evtl. teilweise mobile Kinderkrankenpflegerin, Sozialpädagoge/-in.
- Eine Abrechnung und Honorierung von Leistungen durch Mitglieder des Kernteams oder des erweiterten Teams sind nur bei Vorliegen einer entsprechenden Qualifikation für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen möglich.

¹⁷

<http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.619094&action=b&cacheability=PAGE>

¹⁸ Melzer G (2013), Eltern-Kind-Modell Korneuburg, Die Kinderkrankenschwester als wichtige Bezugsperson in der medizinischen Primärversorgung, in Waldhauser F, Püspök R, Tatzer E, Thun-Hohenstein L (Hrsg) Das Kind zuerst – Probleme der Kinder- und jugendmedizinischen Primärversorgung in Österreich, Pädiatrie und Pädologie, 6/2013, Suppl.1, 77-84

10. Anhänge

Anhang 1

Vergleich verschiedener Gesundheitssysteme in Europa

Kindersterblichkeit – Stärke der PV – Art des PV-Systems für Kinder- und Jgdl.
in 15 „pre-2004“ EU-Staaten

Land	Child mortality rate ¹⁹ per 100.00 children 0-14 2012	Primary care strength ²⁰	Versorgungssystem Kinder ²¹
Schweden	29,27	medium	komb.
Luxemburg	26,50	weak	komb.
Finnland	30,27	strong	GP
Spanien	37,49	strong	Päd.
Griechenland	37,86	weak	Päd.
Deutschland	37,88	medium	komb.
Italien	38,07	medium	komb.
Frankreich	38,25	medium	komb.
Österreich	39,09	weak	komb.
Irland	39,78	weak	GP
Niederlande	40,66	strong	GP
Portugal	40,73	strong	komb.
Dänemark	42,69	strong	GP
UK	47,73	strong	GP
Belgien	47,77	strong	komb.

Die obige Gegenüberstellung kann keine kausalen Zusammenhänge darstellen. Dazu müssten verschiedene Bedingungen genauer untersucht werden.

In UK ist dies erfolgt und hat dort zu der Erklärung geführt, dass u.a. die Ausbildung verschiedener in der PV tätiger Berufsgruppen in Pädiatrie mangelhaft ist²².

Die Gegenüberstellung lässt aber den Schluss zu, dass ein „starkes“ PV-System kein Garant für positive Ergebnisse bzgl. Mortalität ist und dass Systeme, die nur von GPs getragen werden, durchschnittlich schlechtere Ergebnisse bzgl. Mortalität aufweisen.

¹⁹Wolfe I, et al (2013), Health services for children in western Europe, The Lancet, Volume 381, Issue 9873, Pages 1224 - 1234

²⁰[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)62085-6/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)62085-6/fulltext#article_upsell)
<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Dionne-Kringos-The-strength-of-primary-care.pdf>, Seite 152

²¹Ehrich JHH (2013), Stärken und Schwächen verschiedener Modelle der kindermedizinischen Erstversorgung in Europa, in Waldhauser F, Püspök R, Tatzler E, Thun-Hohenstein L (Hrsg) Das Kind zuerst – Probleme der Kinder- und jugendmedizinischen Primärversorgung in Österreich, Pädiatrie und Pädologie, 6/2013, Suppl.1, 11-16

²² Report of the Children and Young Peoples Health Outcomes Forum (2012)
http://www.cpft.nhs.uk/Downloads/Childrens%20Division/Report_CYP%20Health%20Outcomes%20Forum%20July%202012.pdf

Anhang 2

Literatur zur Notwendigkeit einer spezifischen Primärversorgung für Kinder und Jugendliche

Mo/Jahr Journal	Titel	Autor(en)	Art der Arbeit	Relevante Aussagen	Kommentar
12/2011 Pediatria de Atencion Primaria	What medical professional is the most adequate, in developed countries, to provide health care to children in primary care? Systematic review	Buñuel Álvarez JC et al.	Review über 59 Arbeiten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GPs verschreiben mehr Antibiotika als Päd. bei Atemwegsinf. mit wahrsch. viraler Genese ▪ Päd. halten sich stärker an Guidelines beim Management von Fieber und AD(H)S als GPs ▪ Päd. haben mehr Lösungskompetenz für Asthma und akute Mittelohrentzündung ▪ Päd. erreichen höhere Impfraten ▪ Die Autoren empfehlen Päd. für den Erstkontakt in PHC-Teams 	Arbeit scheint methodisch gut abgesichert
7/2014 Pediatrics	Comanagement of Medically Complex Children by Subspecialists, Generalists, and Care Coordinators	Alan D. Stiles et al.	Bericht über Neuorganisation	Verbesserung der Betreuung von Kindern mit komplexen, chronischen Erkrankungen in US durch ein neues Betreuungsmodell mit „care coordinators“ (Krankenpfleger oder Sozialarbeiter mit klinisch-pädiatrischer Erfahrung) als Bindeglied zwischen primary care und tertiary care. Reduktion: 20% stat. Aufenthaltsdauer, 55% weniger Wiederaufnahmen, wesentliche Kostenreduktion	Aus der Arbeit ist der Wert einer speziellen Versorgung für Kinder abzulesen, aber keine spezielle Rolle von Pädiatern
5/2014 Pediatrics	Patient- and Family-Centered Care Coordination: A Framework for Integrating Care for Children and Youth Across Multiple Systems	COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES and MEDICAL HOME IMPLEMENTATION PROJECT ADVISORY COMMITTEE Renee M. Turchi, Richard C. Antonelli,	Policy Statement	Das Komitee fordert ein spezielles Versorgungssystem in US für Kinder und Jugendliche und ihre Familien mit interdisziplinären Teams einschl. Koordination für medizin., soziale, Entwicklungs-, Verhaltens-, Erziehungs- und finanzielle Belange. Dadurch u.a. Reduktion von Kosten durch weniger unnötige Praxis- und Ambulanzbesuche, weniger ungeplante Spitalsaufnahmen. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Children's health care requires a diverse and complex network of nonmedical and medical stakeholders.</i> • <i>There is a strong need for well-defined care Coordination and integration in children's health care.</i> 	General practitioner (GP) kommen in dem Artikel nicht vor

5/2014 AAP News (Amer. Acad. of Pediatrics)	Beyond the medical home: Coordinating care for children	Patrick M. O'Connell	Statement	Kommentar zu obigem Artikel. Bestärkt die Notwendigkeit für eine integrierte Versorgung und sieht als Organisatoren dafür ausschließlich Pädiater und pädiatrische Subspezialisten	Siehe oben
3/2013 Lancet	Health services for children in western Europe	Ingrid Wolfe et al.	Vergleich verschie- dener Systeme	Vergleicht die mediz. Versorgungssysteme für Kinder in den 15 "pre-2004-EU-Staaten" und deren Outcome bzgl. Mortalitätsrate insgesamt und für Pneumonie und Asthma. Es zeigen sich besonders schlechte Ergebnisse für UK („starkes“, ausschließlich GP-orientiertes PV-Modell) <i>First-contact care services and outcomes for children in Europe are highly variable. Flexible models, with <u>teams of primary care professionals trained in child health working closely together</u>, might offer a way to balance expertise with access.</i>	Häufig zitierte Arbeit
6/2014 Lancet	Deaths in young people aged 0–24 years in the UK compared with the EU15+ countries, 1970–2008: analysis of the WHO Mortality Database	Russell M Viner et al. (u.a. I.Wolfe)	Vergleichs- studie	Die Mortalitätsraten sind in UK 1970-2008 weniger zurückgegangen als in den Vergleichsländern, der größte Teil der „excess deaths“ betrifft Neugeborene und Säuglinge, aber auch bei älteren Kindern und Jugendlichen bestehen Übersterblichkeiten. Mögliche Ursachen werden diskutiert <i>initiatives towards integrated disease networks across primary, secondary, and tertiary care will probably improve outcomes</i> <i>These efforts need to include mental health services</i>	Die schlechte pädiatrische Ausbildung der GP wird nicht direkt erwähnt
10/2013 Lancet	Our children deserve better: prevention pays	Sally C Davies (Chief Medical Officer and Chief Scientific Adviser, Department of Health) et al.	Kommen- tar	zu Annual Report of the Chief Medical Officer 2012, Our Children Deserve Better: Prevention Pays Im Report werden die Kosten durch das schlechte Outcome im Gesundheitswesen dargestellt durch Frühgeburtlichkeit, Verletzungen, Übergewicht und Mental health disorders. Es werden mehrere Empfehlungen ausgesprochen, die auf eine Verbesserung der Ausbildung und Kompetenz von health professionals abzielen, u.a.: <ul style="list-style-type: none"> • <i>commissioning age-appropriate training for health professionals</i> • <i>As plans are made to extend GP training, paediatrics and child health should be part of the core component of extended training.</i> 	Report selbst mit 352 Seiten nicht komplett durchgeführt, dort u.a. mehrere Empfehlungen zu Ausbildung

				<ul style="list-style-type: none"> • <i>Health Education England should commission education to ensure that the workforce is trained to deliver care that is appropriate for children and young people, in the same manner as is being currently carried out for age-appropriate care for older people.</i> 	
6/2012	REPORT OF THE CHILDREN AND YOUNG PEOPLE'S HEALTH OUTCOMES FORUM	Ian Lewis, Christine Lenehan	Expertenbericht für das Gesundheitsministerium	<p>Ausgehend von den schlechten Outcome-Daten in UK werden neben anderen Maßnahmen eine Verbesserung der Ausbildung von GPs für Kinder und Jgdl. vorgeschlagen, u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>extend GP training to allow for adequate training in paediatrics and physical and mental child health</i> • <i>All GPs who care for children and young people should have appropriately validated CPD (Continuing Professional Development) reflecting the proportion of their time spent with children and young people.</i> • <i>All general practice staff should be adequately trained to deal with children and young people</i> 	
3/2013 British Medical Journal	Increase in emergency admissions to hospital for children aged under 15 in England, 1999–2010: national database analysis	Peter J Gill et al.	Originalarbeit	<p>Es wird über ein stetiges Ansteigen (28% in 10 Jahren) von akuten Spitalsaufnahmen mit extern behandelbaren Erkrankungen wie diversen Infekten berichtet. Als Ursache wird angesehen u.a. ein</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>systematic failure of the NHS in assessing children with acute illness, empfohlen wird u.a.:</i> • <i>restructuring of the way acute paediatric care is delivered, particularly emergency and out-of-hours care</i> 	
4/2011 British Medical Journal	How can we improve child health services?	Ingrid Wolfe et al.	Analyse	<p>Es werden die Mortalitätsraten in UK insgesamt und für Meningokokken-Erkrankungen, Pneumonie und Asthma mit mehreren europ. Ländern verglichen. In allen Bereichen besteht in UK eine erhebliche Übersterblichkeit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>deaths from the diseases cited here should be preventable by healthcare</i> • <i>paediatric expertise is inconsistent and diagnostic resources limited</i> • <i>lack of knowledge or confidence by GPs</i> <p>Empfehlung für UK u.a.: Verbess. der Ausbildung von GPs in Päd., interdisz. Teams mit Päd., Kinderschwestern, <i>mental health professionals</i> u.a.</p>	Die Analyse zeigt klar das Fehlen einer pädiatrischen Expertise der GPs und schwere Defizite in der PHC für Ki und Ju in UK auf

6/2005 Archives de Pediatrie	Comparison of prescriptions by pediatricians and general practitioners: a population-based study in Franche-Comté from the database of Regional Health Insurance Fund	A. Bocquet et al.	Original- arbeit	Analyse von mehr als 1,5 Mio Behandlungen. Unterschiede bei Behandlung durch Pädiater: <ul style="list-style-type: none"> • - 25% Konsultationen, - 6% Hospitalisationen • - 25% Medik.versch., - 17% Labor, • - 42% Logopädie • - 24% Penic., - 74% Cephalosp., - 53% Makrolide • - 50% Cortison und NSAID • mehr Impfungen, bessere Vers. mit VitD und Fluor 	Zeigt ein beträchtliches Einsparungspotential Arbeit alt, aber überzeugend
6/ 2013 Europ. J. of Clinical Microbiol. & Infectious Diseases	Indicators show differences in antibiotic use between general practitioners and paediatricians	C. Pulcini et al.	Original- arbeit	Es wurden retrospektiv die AB-Verordnungen von ca. 5000 GPs und 300 Pädiatern in Südost-Frankreich verglichen. GPs verschrieben 54% mehr AB als Pädiater, die Anteile von Penic., Cephalosp. und Makroliden waren bei den Verschreibungen ähnlich.	
9/2010 Dt. Med. Wochen- schrift	Unterschiede im Verschreibungsverhalten von Antibiotika bei Allgemein- und Kinderärzten in Hessen	S. Abbas et al.	Original- arbeit	Retrospektive Unters. über 47033 K+J 2-18a. Päd. verschrieben deutlich weniger AB als AM bei Diagnosen, die nicht zwingend eine AB-Ther. verlangen. Odds ratio: <ul style="list-style-type: none"> • 0,46 bei Atemwegsinfektionen • 0,40 bei Harnwegsinfektionen • 0,40 bei nicht-eitriger Mittelohrentzündung 	
10/2009 Präsent. Paediatric Meeting Brussels	Comparison of Medical costs between General Practitioner (GPs) vs Primary Care Paediatrician (PCPs) in children between 6 and 16 years of age	Alfred Tenore, Prof. of Paediatrics Univ. of Udine	Vergleichs- studie	Daten über 16.093 Kind. 6-11a und 14.418 11-16a in einer Provinz in Mittelitalien % Spitalweisungen: <ul style="list-style-type: none"> • 6-11a: GP 10,4%, Päd. 5,3% • 11-16a: GP 8,1%, Päd. 4,1% verursachte Kosten pro Kind: <ul style="list-style-type: none"> • 6-11a: GP 133,18 €, Päd. 79,94 € (-40%) • 11-16a: GP 151,76 €, Päd. 71,6 € (-53%) 	Daten nur teilweise publiziert in Leserbrief: Re: Back to red: allowing specialists to provide primary care would be a step backward for Poland. <i>BMJ</i> 2014;348:g3030
4/2015 Lancet	Improving paediatric care in the community	Tom Stiris et al. for the Europ. Acad. of Ped. (EPA)	Statement, in Korres- pondenz	<ul style="list-style-type: none"> • Art der Organisation von PHC für Ki+Ju dürfte für untersch. Outcomes in Europa verantw. sein • Recht der Kinder auf höchste Standards in PHC • wenn möglich Pädiater für PHC von Ki+Ju • wenn PHC durch GP → enge Kooper. mit Päd. 	Neue Zusammenfassung der wichtigsten Argumente für Paediatric PHC

Anhang 3

Primärversorgungsnetz für Kinder und Jugendliche (KJ-PV) mit kooperierendem A-PV-Team

Die Grafik stellt das Versorgungsnetz für und um das Kind und seine Bezugspersonen **exemplarisch** dar, im Mittelpunkt steht immer das Kind oder der/die Jugendliche

