



Health System Watch

Zur Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich

Thomas Czypionka, Gerald Röhrling, Miriam Reiss*

Zusammenfassung

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen (bis zum 19. Lebensjahr) ist ein bisweilen vernachlässigtes Kapitel in der Gesundheitssystemforschung, rückte aber mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdialog und der Frage der Primärversorgung im Kindesalter stärker in den Fokus. Wir gehen der Frage nach, wie die Primärversorgung international in diesem Altersbereich organisiert ist und welche Angebote es für Kinder und Jugendliche in Österreich im Bereich ärztlicher und nichtärztlicher medizinischer Betreuung gibt. Dazu wurden Datenbanken und strukturierte Fragebögen ausgewertet. Die Tatsache, dass eine systematische Erfassung der Angebote mitunter noch gar nicht vorliegt, zeigt, dass noch viel Evidenz im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschaffen werden muss.

Einleitung

Österreich schnitt in der Vergangenheit im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit in Rankings, die auf klassischen Outcome-Indikatoren basieren, stets wenig zufriedenstellend ab, vgl. zum Beispiel dazu OECD (2009) oder UNICEF (2007). Die kritische Auseinandersetzung von IHS HealthEcon mit derartigen Gesundheitsrankings und die daraus resultierenden Adaptierungen hinsichtlich Indikatorenauswahl und Berechnungsmethoden zeigten zwar eine leichte Verbesserung im Ranking für Österreich, trotzdem kommt das Land deutlich hinter anderen deutschsprachigen bzw. anderen vergleichbaren westeuropäischen Ländern zu liegen – und dies stabil, vgl. Röhrling et al. (2010) oder Czypionka et al. (2010).

Dies im internationalen Vergleich schlechte Abschneiden Österreichs im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit war unter anderem Anlass dafür, dass im Jahr 2011 im Rahmen des Kindergesundheitsdialogs die erste Kindergesundheitsstrategie (2012 in Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (KiJuStrategie) umbenannt) für Österreich entwickelt wurde. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erarbeitete gemeinsam mit rund 180 Experten einen umfangreichen Maßnahmenkatalog zur Erreichung von selbst gesetzten Zielen in den fünf Themenfeldern (1) gesellschaftlicher Rahmen, (2) gesunder Start ins Leben, (3) gesunde Entwicklung, (4) gesundheitliche Chancengleichheit und (5) Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen. Der Umsetzungsstand der KiJuStrategie wird jährlich erhoben und in einem KiJuStrategie-Bericht dokumentiert. Dieses „Monitoring“ durch gleich aufgebaute Berichte, die sich auch auf Vorhergehendes beziehen, ist positiv hervorzuheben. Der Schwerpunkt der Förderung von Kinder- und Jugendgesundheit wurde auch in den Rahmengesundheitszielen aus dem Jahr 2012 und in der Gesundheitsförderungstrategie 2014 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission aufgegriffen. Das Rahmengesundheitsziel Nummer 6 „Gesundes Aufwachen für alle Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen“ wurde überdies im Jahr 2013 vom Plenum (bestehend aus ca. 40 Vertretern der verschiedenen Politikbe-

* Alle: Institut für Höhere Studien (IHS); Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: health.econ@ihs.ac.at
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>

Danksagung: Dr. Peter Scholz (Hauptverband), Dr. Lilly Damm (Institut für Umwelthygiene, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien), Dr. Klaus Vavrik (VKKJ), Mag. Andreas Steuer (VKKJ). Ein großes Dankeschön gebührt allen an der Befragung teilgenommenen Ambulatorien.

Bemerkung: Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht.

Zusammenfassung

Einleitung





reiche im österreichischen Gesundheitswesen) zur Umsetzung priorisiert. Weiters ist bemerkenswert, dass hier ein breiter Prozess unter Einbeziehung vieler in Gang gesetzt wurde und durch das hohe Engagement aller Beteiligten beispielsweise im Bereich der „frühen Hilfen“ Erfolge erzielt wurden. An dieser Stelle seien jedoch auch einige kritische Punkte erwähnt: Unseres Erachtens fehlt in bestimmten Bereichen die wissenschaftliche Grundlage, um die Zielsetzungen auch mit der notwendigen Evidenz zu untermauern. Insbesondere fehlt diese auch bei gesundheitsökonomischen Fragestellungen, wie der (begleitenden) Evaluation von Maßnahmen in den Bereichen der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention; auch Kosten-Nutzen-Analysen werden kaum angestellt, obwohl sie wesentliche Entscheidungshilfen darstellen würden. Bei Betrachtung des Maßnahmenkatalogs fällt es schwer, den Überblick zu behalten; für einen echten Zielsteuerungsprozess fehlen klare Vorstellungen von Schwerpunkten und Lenkungsmaßnahmen. Es besteht die Gefahr, dass eine tatsächliche strategische Steuerung dadurch schwierig wird.

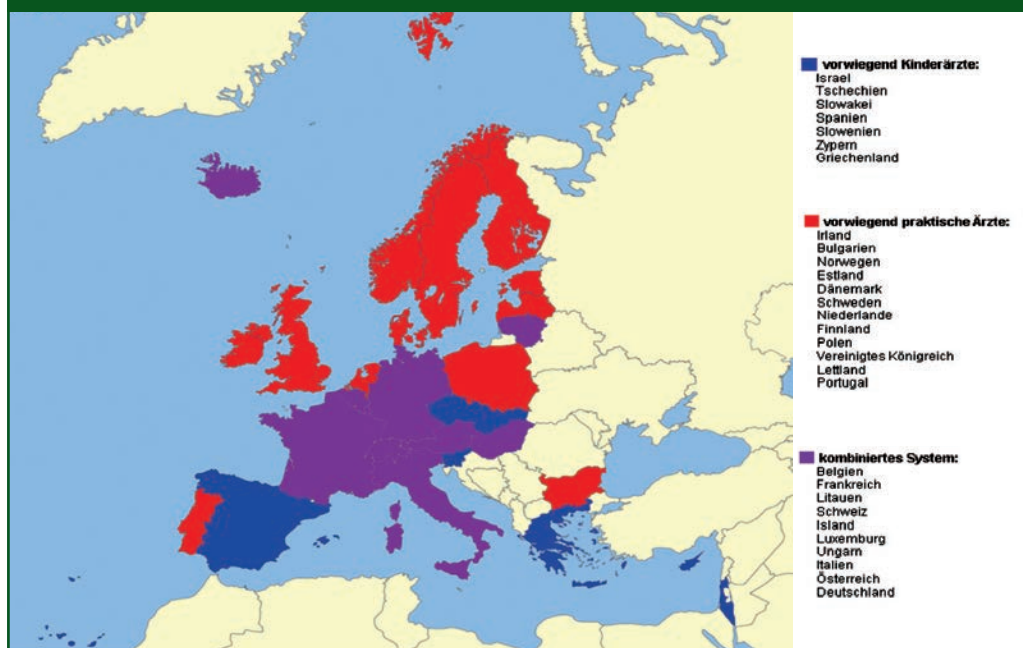
Eine systematischere Suche nach „weißen Flecken“ im Bereich der kinder- und jugendgesundheitlichen Versorgung in Österreich ist wünschenswert. Dazu gehört jedenfalls die detaillierte Analyse der österreichischen (Primär-)Versorgungsstrukturen im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit. In dieser Ausgabe des Health System Watch haben wir uns für den ersten Teil das Ziel gesetzt, die rezentesten Entwicklungen und Erkenntnisse im Bereich der Primärversorgung von Kindern in Europa auf den Punkt zu bringen. Die generelle Stärkung der Primärversorgung ist ja zentrales Herzstück der gegenwärtigen Gesundheitsreform in Österreich. Im zweiten Teil dieser Ausgabe versuchen wir einen Überblick über das Angebot im Bereich der (Primär-)Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich zu geben. Im Zuge dessen nehmen wir insbesondere auch den Bereich der Ambulatorien für Kinder und Jugendliche unter die Lupe bzw. thematisieren die nichtärztliche Versorgungssituation im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit am Beispiel der physio- und ergotherapeutischen sowie logopädischen Versorgung.

Primärversorgung von Kindern in Europa

Die Inanspruchnahme von Primärversorgungsleistungen hat in vielen europäischen Ländern in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen. Gleichzeitig ist auch die Zahl der Spitalsaufnahmen von Kindern in einigen Ländern deutlich gestiegen. Bei vielen dieser Spitalsaufnahmen handelt es sich um vermeidbare Kurzaufenthalte aufgrund von unbedenklichen Infektionen, die auch im Rahmen der Primärversorgung behandelt werden könnten (Thompson et al. 2013: 42).

Primärversorgung von Kindern in Europa

Abbildung 1: Systeme der Primärversorgung von Kindern in Europa



Quelle: van Esso et al. 2010: 794





Betrachtet man diese Entwicklungen, so wird deutlich, dass eine Stärkung der Primärversorgung speziell für Kinder unumgänglich ist. In Europa gibt es große Unterschiede in der Primärversorgung von Kindern, sowohl zwischen verschiedenen Ländern als auch zwischen Regionen innerhalb dieser Länder. Die verwendeten Modelle variieren in erster Linie in Bezug auf die formalen Systeme der Primärversorgung, Art und Umfang der angebotenen Leistungen sowie das Personal, von dem die Leistungen erbracht werden. Tabelle 1 bietet einen Überblick darüber, inwiefern sich diese Aspekte in verschiedenen Primärversorgungsmodellen unterscheiden können. In einer auf Befragungen in 29 europäischen Ländern basierenden Studie stellen van Esso et al. (2010: 792) fest, dass in sieben der 29 Länder Primärversorgung hauptsächlich von Kinderärzten erbracht wird, in zwölf Ländern von praktischen Ärzten und in den übrigen zehn von beiden in einem kombinierten System (vgl. Abbildung 1).

Die jeweiligen Charakteristika der Primärversorgung von Kindern in unterschiedlichen Ländern sind zum Teil historisch und kulturell bedingt. Steigende Qualitätsansprüche und die damit einhergehenden steigenden Kosten verlangen jedoch nach der Entwicklung eines Best-Practice-Modells, das an neue Krankheitsbilder von Kindern und Jugendlichen angepasst ist und eine hochwertige und kosteneffiziente Primärversorgung ermöglicht. Diese neuen Krankheitsbilder beinhalten beispielsweise die Verlagerung von Infektionserkrankungen hin zu chronischen und nicht übertragbaren Erkrankungen, Behinderungen, psychischen Erkrankungen und Entwicklungsstörungen (Tamburlini, Blair und Wolfe 2014: 12). Um die Ausarbeitung von Best-Practice-Lösungen zu erleichtern, wäre ein Vergleich der existierenden Systeme anhand von verlässlichen Indikatoren hilfreich. Leider gibt es Daten für einen solchen Vergleich bislang nur in sehr beschränktem Ausmaß. Eine Ausnahme bildet diesbezüglich unter anderem eine Studie von Lemoine, Lemoine und Cyr (2006), die sich mit der Zufriedenheit von Eltern mit der Primärversorgung in Kanada befasst. Von den Befragten gaben 66 % an, Primärversorgung bei einem prak-

Tabelle 1: Aspekte der Primärversorgung von Kindern

| | |
|-------------------|---|
| Systeme | <p><u>Wahlmöglichkeiten für Eltern in Bezug auf Primärversorger:</u> In manchen Ländern haben Eltern keine Wahlfreiheit, z. B. im Vereinigten Königreich, wo jedes Kind einem praktischen Arzt zugewiesen ist. In Deutschland hingegen können Eltern zwischen der Registrierung bei einem praktischen Arzt oder einem Kinderarzt wählen (wobei es finanzielle Anreize zur Wahl eines praktischen Arztes gibt).</p> <p><u>Umfang der Koordination zwischen Primärversorgung und Sekundärversorgung bzw. Fachärzten:</u> Integrierte Versorgung bzw. Kooperation und Koordination zwischen allgemeinen und spezialisierten Versorgern kann den physischen Standort (d. h. gemeinsame Praxen), gemeinsame klinische Abläufe und Protokolle bzw. Richtlinien, Informationssysteme bzw. gemeinsame Patientenakten, Überweisungssysteme und -abläufe oder die Abwicklung von Akutversorgung beinhalten.</p> |
| Leistungen | <p><u>Umfang von angebotenen Leistungen:</u> Leistungen können beispielsweise in den Bereichen Versorgung akuter und chronischer Erkrankungen, Prävention, Impfungen, psychische Gesundheit oder sexuelle und Jugendgesundheit angeboten werden.</p> <p><u>Akut- und After-Hours-Versorgung:</u> Zusätzlich kann Primärversorgung die Versorgung von Akutfällen, die während oder nach den regulären Praxiszeiten auftreten, inklusive akuter medizinischer und chirurgischer Fälle sowie akuter Traumata, beinhalten.</p> |
| Personal | <p><u>Typ des Arztes, der den Großteil der Leistungen erbringt:</u> Primärversorgung kann überwiegend von praktischen Ärzten (z. B. Niederlande, Vereinigtes Königreich), von Kinderärzten (z. B. Italien) oder von beiden in Kombination erbracht werden.</p> <p><u>Ärztedichte:</u> In der Ärztedichte gibt es große Unterschiede in Europa, sie reicht von 112 (Frankreich) bis 341 (Niederlande) Kinder pro Primärversorger. Die Unterschiede könnten auf ökonomische, geografische oder historische Faktoren zurückzuführen sein.</p> <p><u>Zusammenarbeit in der Primärversorgung:</u> Auch das Ausmaß, in dem Ärzte in der Primärversorgung von Kindern alleine bzw. in Teams arbeiten, variiert. Teams können unter anderem Pflegepersonal, Diätologen, gemeinschaftliche Organisationen, Sozialarbeiter oder Schulkrankenpfleger beinhalten.</p> |

Quelle: Thompson et al. 2013: 32



tischen Arzt in Anspruch zu nehmen, während 19 % einen Kinderarzt aufsuchen und die übrigen 15 % ihre Primärversorgungsleistungen von anderem Gesundheitspersonal (z. B. Krankenpfleger, Hebammen oder Chiropraktiker) beziehen. Die Zufriedenheit der Eltern ist bei praktischen Ärzten und Kinderärzten ähnlich hoch und insgesamt höher als die Zufriedenheit mit der Primärversorgung durch anderes Gesundheitspersonal.

Ein weiterer bedeutender Punkt, der beim Vergleich von unterschiedlichen Primärversorgungssystemen berücksichtigt werden sollte, ist jener der Ausbildung von Ärzten. Trotz gewisser Vorgaben auf europäischer Ebene gibt es zwischen den einzelnen Ländern große Unterschiede in Art und Länge der Ausbildung von praktischen Ärzten und Kinderärzten. Nicht in allen europäischen Ländern müssen angehende praktische Ärzte als Teil ihrer postgradualen Ausbildung auch eine pädiatrische Spezialausbildung absolvieren. In den Niederlanden, wo Primärversorgung für Kinder hauptsächlich von praktischen Ärzten erbracht wird, ist eine solche Spezialausbildung beispielsweise nicht verpflichtend. In Frankreich, wo sowohl Kinderärzte als auch praktische Ärzte in der Primärversorgung von Kindern tätig sind, können Letztere zwischen Pädiatrie und Gynäkologie als Spezialausbildung wählen. In Schweden hingegen, wo ebenfalls ein kombiniertes Modell vorherrscht, durchlaufen alle praktischen Ärzte eine postgraduale pädiatrische Spezialausbildung (Thompson et al. 2013: 37). Im Median über die 29 Länder, die in der Studie von van Esso et al. (2010) betrachtet werden, beträgt die Dauer einer solchen Spezialausbildung vier Monate. Auf der anderen Seite ist auch die Ausbildung von Kinderärzten oft nicht ideal auf die Erfordernisse der Primärversorgung abgestimmt: Sie findet meist in erster Linie in Spitälern statt, wo die angehenden Ärzte möglicherweise nicht die medizinischen und vor allem sozialen Kompetenzen erwerben, die speziell in der Primärversorgung benötigt werden. Die Dauer der Ausbildung von Kinderärzten variiert ebenfalls innerhalb Europas: In 20 von 29 Ländern dauert sie fünf Jahre oder mehr, in neun Ländern sind es weniger als fünf Jahre (van Esso et al. 2010: 793).

Aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen, mit denen die Primärversorgung von Kindern in verschiedenen europäischen Ländern konfrontiert ist, ist es nicht möglich und sinnvoll, aus den bestehenden Modellen ein universell gültiges Best-Practice-Modell abzuleiten. Es muss stets Rücksicht auf die jeweiligen kulturellen und institutionellen Gegebenheiten in einem Land oder auch in einer Region genommen werden. Trotzdem benötigt es einheitliche Indikatoren, die es ermöglichen, diese unterschiedlichen Systeme vergleichbar zu machen und ihre Vor- und Nachteile abzuwägen. Zwar existieren bereits in mehreren europäischen Ländern relativ ausgereifte Systeme zur Leistungsbewertung in der Primärversorgung, jedoch beinhalten diese nur vereinzelt Indikatoren mit speziellem Bezug auf die Versorgung von Kindern. Beispiele für solche Indikatoren sind unter anderem Durchimpfungsraten und Asthma-Mortalität in den OECD-Qualitätsmaßstäben oder Inzidenzraten für akute Mittelohrentzündung, Asthma, akute Diarrhö und Fieber im Richtliniensystem der niederländischen Hausärztegesellschaft (Thompson et al. 2013: 53). In den USA hingegen wurden in den vergangenen Jahren sowohl von staatlicher Seite als auch von privaten Organisationen mehrere Systeme zur Messung der Qualität in der Versorgung von Kindern entwickelt. Ein Beispiel dafür ist die von der *RAND Corporation* gemeinsam mit der *University of California, Los Angeles (UCLA)* entwickelte „*RAND/UCLA Appropriateness Method*“, die über 450 Indikatoren in 22 klinischen Fachbereichen zur Bewertung der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen heranzieht (Mangione-Smith et al. 2007).

Akutversorgung von Kindern

Die häufigsten Ursachen für den Besuch eines praktischen Arztes sind bei Kindern laut Daten aus den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich und Deutschland Erkrankungen der Atemwege, der Haut sowie Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen (Thompson et al. 2013: 39). Die meisten Arztbesuche sind also auf akute Erkrankungen zurückzuführen. Deshalb muss ein Primärversorgungssystem gewisse Voraussetzungen erfüllen, welche die Versorgung solcher akuten Fälle ermöglichen, wie beispielsweise einfacher und schneller Zugang, adäquate Priorisierung von Fällen mit unterschiedlicher Dringlichkeit und gute Koordination mit Fachärzten und Spitälern im Falle der Notwendigkeit weiterer Behandlungen.

Ein besonders bedeutender Aspekt der Akutversorgung von Kindern ist jedoch der Zugang zu





Primärversorgung außerhalb der regulären Praxiszeiten. In Zusammenhang mit dieser Randzeitenversorgung ist der Zielkonflikt zwischen hoher Qualität, einfachem Zugang und Kostenkontrolle sehr relevant. In Europa hat es diesbezüglich in den vergangenen Jahren viele neue Entwicklungen gegeben, und mittlerweile kommen zahlreiche unterschiedliche Modelle der Randzeitenversorgung zum Einsatz. In den Niederlanden beispielsweise wird der Großteil der Primärversorgung außerhalb der normalen Praxiszeiten von Kooperativen, in denen sich praktische Ärzte zusammenschließen, erbracht. Diesen Einrichtungen ähnlich sind Primärversorgungszentren, die teilweise von privaten Organisationen angeboten werden und beispielsweise im Vereinigten Königreich verbreitet sind. Einen anderen Zugang zur Randzeitenversorgung stellen regionale oder nationale Telefondienste dar, die Eltern Beratung bieten und beurteilen, ob eine sofortige Behandlung notwendig ist. Solche Telefondienste werden unter anderem im Vereinigten Königreich sowie in Dänemark angeboten. In Belgien hingegen wird Primärversorgung zu Randzeiten von praktischen Ärzten in ihrer eigenen Praxis bzw. einer kleinen Anzahl lokaler Praxen erbracht. Im Allgemeinen geht der Trend in der Randzeitenversorgung jedoch von der individuellen Versorgung hin zu weniger individuellen Versorgungsformen (Thompson et al. 2013: 46 f.). In einer Metastudie von Leibowitz, Day und Dunt (2003) werden solche unterschiedlichen Randzeitenversorgungsmodelle anhand von internationalen Einzelstudien auf ihre Performance, das damit verbundene Arbeitspensum sowie die Zufriedenheit der Patienten und der involvierten Ärzte hin untersucht. Dabei zeigte sich unter anderem, dass Telefondienste zwar naturgemäß mit weniger Arbeitslast für Ärzte verbunden sind als Modelle mit direktem Kontakt, dass allerdings die Patientenzufriedenheit bei Telefondiensten deutlich niedriger ist. Die Zufriedenheit der Ärzte erwies sich in Kooperativen als besonders hoch, in Bezug auf den medizinischen Erfolg konnten keine eindeutigen Ergebnisse gefunden werden. Bei der Bewertung dieser Resultate ist allerdings zu beachten, dass die Studie sich nicht im Speziellen auf die Versorgung von Kindern bezieht. Auch in dieser Teilproblematik der Primärversorgung von Kindern wären somit weitere empirische Erkenntnisse von Vorteil, um optimale Versorgungsmodelle entwickeln zu können.

Primärversorgung von chronisch kranken Kindern

Obwohl Akuterkrankungen immer noch die häufigste Ursache für Arztbesuche von Kindern sind, nimmt die Bedeutung von chronischen Erkrankungen im Kindesalter deutlich zu. So zeigt eine auf Befragungsdaten aus Oberösterreich basierende Studie von Schernhammer et al. (2008) bei Schulkindern im Alter von 12 bis 14 Jahren im Zeitraum 1995 bis 2003 einen Anstieg in der Prävalenz von Asthma um 32 %, von Heuschnupfen um 19 % sowie von Ekzemen um 28 %. Auch Diabetes wird bei Kindern immer häufiger: Patterson et al. (2009) stellen anhand von Daten aus 17 europäischen Ländern fest, dass die Neuerkrankungsrate von Typ-1-Diabetes bei Kindern unter 15 Jahren im Zeitraum von 1989 bis 2003 jährlich um durchschnittlich 3,9 % gestiegen ist und somit die Versorgungsstrukturen angepasst werden müssten. Darüber hinaus gibt es ein steigendes Bewusstsein für die Tatsache, dass viele Erkrankungen, die im Erwachsenenalter auftreten, ihre Ursprünge bereits im Kindesalter haben. Darunter fallen beispielsweise Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Bluthochdruck und Adipositas. Je nach der Art der chronischen Erkrankung sind die Anforderungen an die Primärversorgung sehr unterschiedlich. Häufige Erkrankungen wie z. B. Asthma, Ekzeme oder chronische Verstopfung können im Wesentlichen im Rahmen der Primärversorgung behandelt werden. Im Falle von selteneren chronischen Erkrankungen wie Epilepsie oder Diabetes wird ein großer Teil der Versorgung zusätzlich von Fachärzten erbracht. Kinder mit äußerst komplexen oder multiplen chronischen Erkrankungen benötigen sehr spezielle und intensive medizinische Betreuung; in solchen Fällen spielt die Primärversorgung eine eher geringere Rolle. Bei noch gesunden Kindern können im Rahmen der Primärversorgung Risikofaktoren für spätere chronische Erkrankungen wie z. B. Übergewicht oder erhöhter Blutdruck früh erkannt und gegebenenfalls auch behandelt werden (Thompson et al. 2013: 47 ff.).

Obwohl chronische Erkrankungen bei Kindern, wie bereits erwähnt, im Zunehmen begriffen sind, ist in den meisten europäischen Ländern die (Primär-)versorgung der betroffenen Kinder bislang nicht ausreichend auf deren Bedürfnisse abgestimmt. Die historisch gewachsenen Primärversorgungssysteme sind den neuen Herausforderungen, die mit chronischen Erkran-



kungen bei Kindern einhergehen, oft noch nicht gewachsen. So zeigt eine Studie von Fuhrman et al. (2011), die in Frankreich durchgeführt wurde, dass bei etwa zwei Dritteln der Kinder mit Asthma, die aufgrund von Beschwerden im Spital aufgenommen wurden, in dem Jahr vor ihrer Aufnahme Kontrolluntersuchungen mangelhaft durchgeführt und nur unzureichende Informationen weitergegeben worden waren. Viele Spitalsaufnahmen aufgrund von chronischen Erkrankungen bei Kindern wären also vermeidbar, wenn die Primärversorgung besser auf solche Fälle eingestellt wäre. Die Gründe für die Probleme in diesem Zusammenhang sind vielfältig, folgende sind besonders bedeutend:

- Dominanz von akuten Erkrankungen: Da der größte Teil der Primärversorgungsleistungen bei Kindern trotz relativ sinkender Inzidenz immer noch auf akute Erkrankungen entfällt, sind die Ressourcen für die Versorgung von chronischen Erkrankungen beschränkt.
- Unterschiedlich hohe Kenntnisse und Erfahrung in der Behandlung von chronisch kranken Kindern: Vor allem bei selteneren Erkrankungen fehlen in der Primärversorgung tätigen Ärzten oft die notwendigen Kenntnisse, um eine adäquate Versorgung gewährleisten zu können.
- Fehlende Versorgungsmodelle: Bislang hat es nur geringe Bestrebungen gegeben, Versorgungsmodelle für chronische Erkrankungen im Kindesalter zu entwickeln.
- Mangelhafte Koordination zwischen Primär- und Sekundärversorgung: Oftmals verlaufen Informationsfluss oder Überweisungssysteme zwischen Ärzten in der Primärversorgung und Fachärzten nicht optimal. (Thompson et al. 2013: 49 f.)

Aufgrund dieser zum Teil systeminhärenten Problematiken ist die Stärkung der Primärversorgung von chronisch erkrankten Kindern eine besonders anspruchsvolle Aufgabe.

Prävention in der Primärversorgung von Kindern

Neben der Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen ist auch die Prävention solcher Erkrankungen ein bedeutsamer Bestandteil der Primärversorgung für Kinder. Wie bereits oben erwähnt, ist Prävention unter anderem deswegen von hoher Bedeutung, weil durch Früherkennung von Risikofaktoren und gesundheitsbewusstes Verhalten im Kindesalter viele Erkrankungen, die erst im Erwachsenenalter auftreten, verhindert werden können. Prävention beinhaltet deshalb heutzutage wesentlich mehr als Impfungen gegen ansteckende Erkrankungen. Im Bereich der Prävention ist die Zusammenarbeit von Primärversorgern mit Institutionen wie Schulen und Jugendzentren und Spezialisten wie Psychologen und Sozialarbeitern von hoher Bedeutung. Diese Zusammenarbeit wird beispielsweise auch in vielen Aktionsprogrammen wie dem umfassenden „Healthy Child Programme“ im Vereinigten Königreich propagiert (Thompson et al. 2013: 51). Solche Aktionsprogramme sind in Europa sehr verbreitet: Van Esso et al. (2010: 793) stellen in ihrer europaweiten Studie fest, dass in 22 von 25 Ländern, aus denen entsprechende Daten generiert werden konnten, spezielle Gesundheitsprogramme für Schulkinder umgesetzt werden, die auch Kinderärzte und Allgemeinärzte außerhalb der Schule einschließen können. Manche dieser Programme werden ausschließlich von Krankenpflegepersonal begleitet, aber in der überwiegenden Mehrheit sind praktische Ärzte oder Kinderärzte für die Umsetzung verantwortlich.

Außerhalb von solchen Programmen gibt es in Europa aber große Unterschiede in der Art und dem Umfang von präventiven Primärversorgungsleistungen für Kinder. Die angebotenen Leistungen können neben den überall in Europa üblichen Impfungen auch Routineuntersuchungen in unterschiedlicher Häufigkeit und Leistungen zur aktiven Gesundheitsförderung, wie beispielsweise Beratung zu Ernährung oder körperlicher Aktivität, beinhalten. In manchen Ländern werden auch finanzielle Anreize geboten, um Eltern zu häufigen Kontrolluntersuchungen zu animieren. Generell bewegt sich der Trend in der präventiven Versorgung und Betreuung von Kindern in den meisten europäischen Ländern jedoch dahin, dass verpflichtende, regelmäßige Kontrolluntersuchungen an Bedeutung verlieren und die Verantwortung für Prävention mehr und mehr den Eltern übertragen wird. Diese Entwicklung ist zwar mit niedrigeren Kosten für das Gesundheitssystem verbunden, hat aber den Nachteil, dass sich soziale Ungleichheiten verstärkt auswirken könnten (Thompson et al. 2013: 50 f.). Da der Primärversorger selbst nur einen Teilbereich sieht, sollten Gesundheitsförderung und Prävention in der Primärversorgung Teil eines umfassenderen Gesamtkonzepts sein.





Das Angebot im Bereich der (Primär-)Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich

Die fachärztliche Versorgung im Bereich der Kindermedizin erfolgt in Österreich durch berufsausübende Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (Statistik Austria 2012: 73,2 pro 100.000 0- bis 19-Jährige), Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Statistik Austria 2012: 9,2 pro 100.000 0-19-Jährige) und Fachärzte für Kinder- und Jugendchirurgie (Statistik Austria 2012: 3,8 pro 100.000 0- bis 19-Jährige). Der jährliche durchschnittliche Output an Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde lag im Zeitraum 2008 bis 2012 bei 47 Ärzten, im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei zehn Ärzten (Österreichische Ärztekammer, Jänner 2014)¹. Somit konnte von 2007 bis 2012 im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde pro 100.000 0 bis 19-Jährige ein Anstieg um 14 % und im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Anstieg um 64 % festgestellt werden. Die Versorgungsdefizite im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie scheinen sich nun langsam zu schließen.

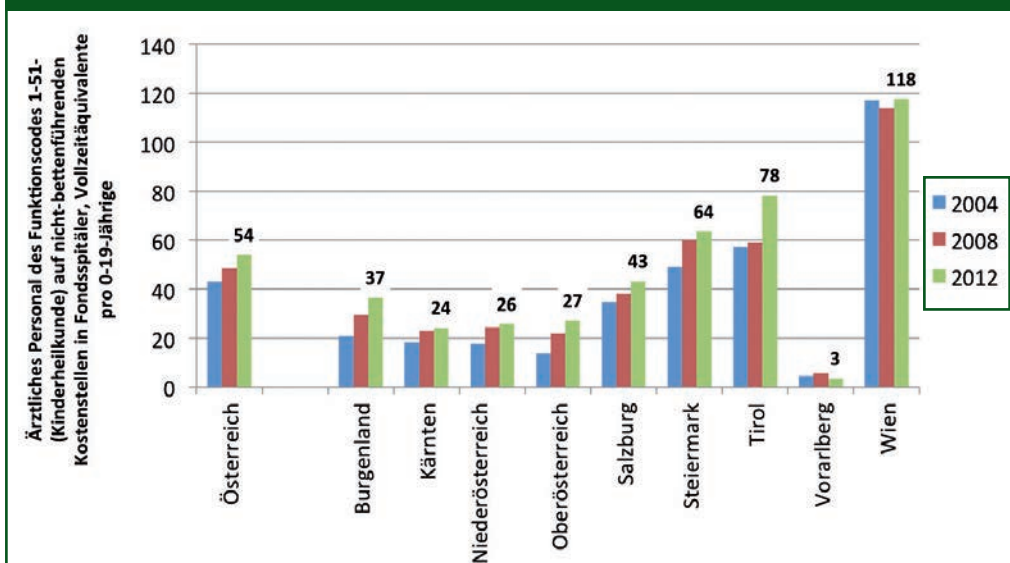
Auf institutioneller Ebene erfolgt die (Primär-)Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich hauptsächlich in (1) niedergelassenen vertrags- bzw. wahlärztlichen Praxen, in (2) Spezialambulanzen in Fondsspitalern und in (3) speziellen Ambulatorien für Kinder und Jugendliche.

Etwa ein Viertel (301 oder 24 %) der berufsausübenden Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde stand 2012 mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern unter Vertrag, bei den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie waren es lediglich 4 % (6 Fachärzte). Im niedergelassenen fachärztlichen Bereich zeigen sich bei einer bundesländerweisen Betrachtung regionale Unterschiede: Wien weist die höchste Dichte auf, Oberösterreich die niedrigste. In allen Bundesländern stieg die Versorgungsdichte von 2002 bis 2012, wobei dies insbesondere auf die Zunahme im wahlärztlichen Bereich zurückzuführen ist, was in erster Linie das Angebot zugunsten der sozioökonomisch besser gestellten Bevölkerungsgruppen verbessert (Ziniel, Winkler 2013: 35).

In den Spezialambulanzen für Kinderheilkunde der österreichischen Fondsspitaler waren 2012 insgesamt rund 921 Ärzte² (gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)) beschäftigt. Dies entspricht einem ärztlichen Angebot in Spitalsambulanzen von rund 54 VZÄ-Ärzten pro 100.000 0- bis 19-Jährige. Es ist davon auszugehen, dass der überwiegende Teil der Ärzte, die dem

Das Angebot im Bereich der (Primär-)Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich

Abbildung 2: Ärztliches Personal des Funktionscodes 1-51 (Kinderheilkunde) auf nichtbettenführenden Kostenstellen in Fondsspitalern, Vollzeitäquivalente pro 0- bis 19jährige, 2004–2012



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (BMG), IHS HealthEcon 2014

¹ Jährlicher Output an Fachärzten (inkl. derzeitige A.O und Nichtmitglieder); Kriterium = Ende der Ausbildung.
² Bundesministerium für Gesundheit (BMG): ärztliches Personal des Funktionscodes 1-51 (Kinderheilkunde) auf nichtbettenführenden Abteilungen in landesfondsfinanzierten Spitalern.



Funktionscode 1-51 (Kinderheilkunde) zugerechnet werden, auch eine dementsprechende Facharztausbildung besitzt oder gerade erwirbt. Generell berücksichtigt die Statistik jenes Personal, für das auch Personalkosten angesetzt sind, also auch Turnusärzte oder „Gegenfachärzte“, die im Zuge ihrer Facharztausbildung eine gewisse Anzahl an Monaten in der Abteilung für Kinderheilkunde verbringen. Seit dem Jahr 2004 wuchs diese Anzahl um etwa 25 %, also um ein Viertel, vgl. Abbildung 1. Zwischen den Bundesländern zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede: Während in Wien 2012 pro 100.000 fast 120 VZÄ-Ärzte für 0- bis 19-Jährige in den Spitalsambulanzen zur Verfügung standen, waren es in Vorarlberg lediglich drei pro 100.000 für 0- bis 19-Jährige. Mit Ausnahme des Bundeslandes Vorarlberg stieg das ärztliche Angebot in den Spitalsambulanzen für Kinderheilkunde, am stärksten in Oberösterreich, wo es auf niedrigem Niveau im Beobachtungszeitraum zu einer Verdoppelung des Angebots pro 100.000 für 0- bis 19-Jährige kam. Neben Wien zeichnen sich auch die Universitätsspitalsbundesländer Tirol und Steiermark durch eine hohe Angebotsdichte in Spitalsambulanzen im Bereich der Kinderheilkunde aus.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Spitalsambulanzen der Fondsspitäler standen 2012 rund 96 vollzeitäquivalente Ärzte oder 5,6 VZÄ-Ärzte pro 100.000 für 0-bis 19-Jährige zur Verfügung.³ Rund zwei Drittel der VZÄ-Ärzte fanden sich 2012 in Wien; die Dichte stieg seit 2004 um knapp 40 %. Im spitalsambulanten Bereich der Kinder- und Jugendchirurgie waren 2012 rund 216 vollzeitäquivalente Ärzte oder 12,6 VZÄ-Ärzte pro 100.000 für 0- bis 19-Jährige beschäftigt⁴; dabei rund 44 % in der Steiermark und 23 % in Wien. Das Angebot pro Kopf stieg von 2004 bis 2012 moderat um rund 12 %.

Ambulatorien für Kinder und Jugendliche in Österreich – eine Fragebogenerhebung

Neben dem niedergelassenen und dem spitalsambulanten Bereich kann (Primär-) Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich auch in speziellen selbstständigen Ambulatorien stattfinden. Da der Informationsstand sowie die Datenlage in diesem Bereich eher dünn ausfallen, war es das Ziel, mithilfe eines kurzen Fragebogens ein flächendeckendes Bild über die derzeitige Situation im Bereich der Ambulatorien für Kinder und Jugendliche zu zeichnen. Zurzeit gibt es keine rezente Übersicht aller selbstständigen Ambulatorien in Österreich, sodass nur auf eine Publikation des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 2008) aus dem Jahr 2008 mit Daten aus 2006 zurückgegriffen werden konnte.⁵ Mithilfe dieser Liste und einer zusätzlichen Internetrecherche wurden folgende Ambulatorien mit Relevanz für eine kinder- und jugendgesundheitliche Versorgung identifiziert, vgl. Tabelle 2. Insbesondere in Wien (11) und Niederösterreich (8) spielt die Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch selbstständige Ambulatorien eine Rolle. In Kärnten gibt es laut unserer Recherche drei Kinderambulatorien (sieben inklusive Außenstellen), in Oberösterreich, in Salzburg und in der Steiermark je eines und im Burgenland, in Tirol und Vorarlberg keines.

Der Fragebogen wurde in Abstimmung mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger⁶ entworfen und beinhaltet fünf Fragenkomplexe:

- (1) Finanzierungsmodalitäten: Wer finanziert? Wie wird finanziert? Ergeben sich Probleme durch die Finanzierung?
- (2) Personal: Welche Berufsgruppen arbeiten in welchem Ausmaß in den Ambulatorien?
- (3) Fallzahlen: Wie viele Säuglinge/Kleinkinder/Kinder/Jugendliche werden betreut?
- (4) Leistungsangebot: Was wird zusätzlich zur ärztlichen Behandlung angeboten?
- (5) Primärversorgung: Sehen sich die Ambulatorien als Primärversorger? Welche Bausteine einer funktionierenden Primärversorgungseinheit sind erfüllt?

Der Verein Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche (VKKJ) ist

3 Bundesministerium für Gesundheit (BMG): ärztliches Personal des Funktionscodes 1-64 (Kinder- und Jugendpsychiatrie) auf nicht-bettenführenden Abteilungen in landesfondsfinanzierten Spitälern.

4 Bundesministerium für Gesundheit (BMG): ärztliches Personal des Funktionscodes 1-27 (Kinder- und Jugendchirurgie) auf nicht-bettenführenden Abteilungen in landesfondsfinanzierten Spitälern.

5 Laut Auskunft des BMG gibt es keine aktuellen Unterlagen, da eine Datenerhebung derzeit aus Zeitmangel nicht möglich ist.

6 Wir danken Dr. Peter Scholz herzlich für seine Unterstützung!



Tabelle 2: Ambulatorien für Kinder und Jugendliche in Österreich

| | | |
|---|--|-------------------|
| Burgenland | – | |
| Kärnten | Hermann-Gmeiner-Sozialzentrum, Moosburg (Außenstelle Villach) www.sos-kinderdorf.at/sos-kinderdorf-erleben/wo-wir-arbeiten/osterreich/karnten/moosburg-villach | Rückantwort |
| | IntegrationsZentrum RETTET DAS KIND – Seebach, Ambulatorium für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, www.rettet-das-kind-ktn.at/integrationszentrum.html | Rückantwort |
| | Mini-Ambulatorium Wolfsberg (Außenstelle Völkermarkt) & Mini-Ambulatorium St. Veit/Glan (Außenstelle Klagenfurt) www.promente-kijufa.at/index.php?lang=deu&subregion=59 www.promente-kijufa.at/index.php?lang=deu&subregion=60 | Rückantwort |
| Niederösterreich | Ambulatorium Sonnenschein – Diagnose- und Behandlungszentrum für behinderte Kinder und Jugendliche www.ambulatorium-sonnenschein.at/index.php | Rückantwort |
| | Haus der Zuversicht: Selbständiges Ambulatorium für Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen, Waidhofen/Thaya, www.zuversicht.at/hdz/ambulatorium/ | Rückantwort |
| | Landesklinikum Baden-Mödling: Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Hinterbrühl www.moedling.lknoe.at/abteilungen/kinder-und-jugendpsychiatrie-und-psychotherapie-standort-hinterbruehl/allgemein.html | Keine Rückantwort |
| | Ambulatorium Eggenburg der VKKJ – Zentrum für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie www.vkkj.at/ambulatorien/eggenburg | Rückantwort |
| | Ambulatorium Amstetten der VKKJ – Zentrum für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie www.vkkj.at/ambulatorien/amstetten | Rückantwort |
| | Ambulatorium Mistelbach der VKKJ – Zentrum für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie www.vkkj.at/ambulatorien/mistelbach | Rückantwort |
| | Ambulatorium Neunkirchen der VKKJ – Zentrum für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie www.vkkj.at/ambulatorien/neunkirchen | Rückantwort |
| | Ambulatorium Wiener Neustadt der VKKJ – Zentrum für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie www.vkkj.at/ambulatorien/wiener-neustadt | Rückantwort |
| Oberösterreich | Ambulatorium St. Isidor – Caritas für Menschen mit Behinderungen www.caritas-linz.at/hilfe-einrichtungen/menschen-mit-behinderungen/therapie-und-beratung/ambulatorium/ | Rückantwort |
| Salzburg | Ambulatorium für Entwicklungsdiagnostik und Therapie, Salzburg www.lebenshilfe-salzburg.at/arzt-und-therapie.html | Rückantwort |
| Steiermark | Kinder- und Jugendtherapiezentrum, Dr. Grohs Kinder- und Jugendtherapie GmbH, www.therapiezentrum.co.at/ | Rückantwort |
| Tirol | – | |
| Vorarlberg | – | |
| Wien | die Boje: Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen, www.die-boje.at/ | Rückantwort |
| | Psychosoziale Dienste Wien: Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik www.psd-wien.at/psd/59.html | Keine Rückantwort |
| | Ambulatorium für Kinderkardiologie, www.kinderkardiologie.at/de/ | Rückantwort |
| | Ambulatorium Fernkorn gasse der VKKJ – Zentrum für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie www.vkkj.at/ambulatorien/fernkorn-gasse | Rückantwort |
| | Ambulatorium Liesing der VKKJ – Diagnostik und Therapie für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 13-30 Jahren, www.vkkj.at/ambulatorien/liesing | Rückantwort |
| | Ambulatorium Strebersdorf der VKKJ – Zentrum für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie www.vkkj.at/ambulatorien/strebersdorf | Rückantwort |
| | Ambulatorium Wiental der VKKJ – Zentrum für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie www.vkkj.at/ambulatorien/wiental | Rückantwort |
| | Zentrum für Entwicklungsförderung der Wiener Sozialdienste – Modecenterstraße www.wienersozialdienste.at/unsere-dienstleistungen/foerderung-und-begleitung/zentren-fuer-entwicklungsforderung/ | Rückantwort |
| | Zentrum für Entwicklungsförderung der Wiener Sozialdienste – Dresdner Straße www.wienersozialdienste.at/unsere-dienstleistungen/foerderung-und-begleitung/zentren-fuer-entwicklungsforderung/ | Rückantwort |
| | Zentrum für Entwicklungsförderung der Wiener Sozialdienste – Langobardenstraße www.wienersozialdienste.at/unsere-dienstleistungen/foerderung-und-begleitung/zentren-fuer-entwicklungsforderung/ | Rückantwort |
| Zentrum für Entwicklungsförderung der Wiener Sozialdienste – Lieblingasse www.wienersozialdienste.at/unsere-dienstleistungen/foerderung-und-begleitung/zentren-fuer-entwicklungsforderung/ | Seit Mai 2014 | |

Quelle: BMG 2008, IHS HealthEcon 2014

der bedeutendste Träger von Ambulatorien für Kinder und Jugendliche in Wien (4) und Niederösterreich (5). Die Vereinigung wurde 1975 als Elternverein mit dem Ziel gegründet, eine geeignete Versorgung für körper- und mehrfachbehinderte Kinder anzubieten. Die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse erfolgt für die Ambulatorien der VKKJ in ihrer Gesamtheit und für die übrigen Ambulatorien, ebenfalls in ihrer Gesamtheit.



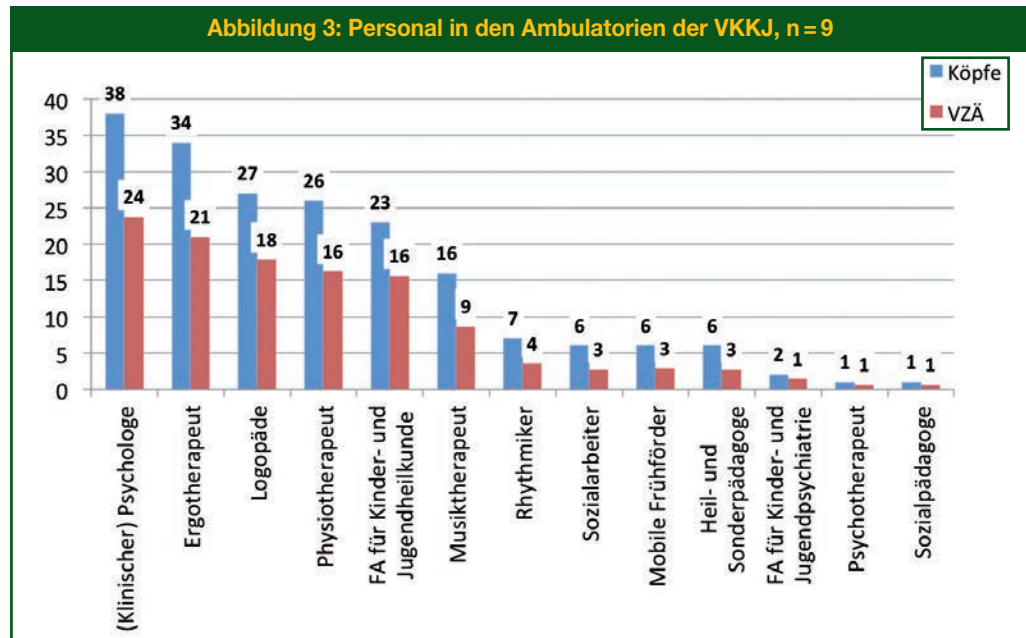
Finanzierungsmodalitäten

Bei Betrachtung der Ambulatorien für Kinder und Jugendliche zeigt sich, dass der Finanzierungsanteil der Sozialversicherung zwischen 25 % und 80 % variiert. Der Landesanteil schwankt zwischen 10 % und 65 %. Die Finanzierung des laufenden Betriebs der Ambulatorien der VKKJ erfolgt zu 50 % durch Verträge mit den Sozialversicherungsträgern und zu 50 % durch Vereinbarungen mit den Ländern (Wien: Fonds Soziales Wien; Niederösterreich: Sozialabteilung der Landesregierung). In 16 der 22 Ambulatorien die geantwortet haben, teilen sich die Sozialversicherung und das Land die Finanzierung im Verhältnis 50 : 50. Hintergrund der Mischfinanzierung ist, dass Ambulatorien auch Leistungen erbringen, für die keine Zuständigkeit der Sozialversicherung, sondern des Landes, besteht. Zur Verwaltungsvereinfachung hat sich zumeist die Ausgabenteilung durchgesetzt. Ein Ambulatorium bezieht seine Finanzierung zu 100 % aus privaten Quellen, eines zu 50 %. Weitere Finanzierungsquellen der Ambulatorien sind Spendengelder oder Mittel der Trägerorganisation.

Die Finanzierung der Ambulatorien ist sehr heterogen. Während die Ambulatorien der VKKJ in Wien ausschließlich pauschal finanziert werden, gibt es bei den VKKJ-Ambulatorien in Niederösterreich eine Mischfinanzierung aus Pauschalfinanzierung, Finanzierung pro Patient und Finanzierung nach erbrachter Leistung. In acht der 13 übrigen Ambulatorien, die den Fragebogen zurückgesendet haben, erfolgt ebenfalls eine Mischfinanzierung aus Pauschalfinanzierung (in Kärnten beispielsweise eine Quartalspauschale), Finanzierung pro Patient und nach erbrachter Leistung. Je ein Ambulatorium wird ausschließlich pauschal bzw. pro Patient bzw. nach erbrachter Leistung finanziert, ein weiteres sowohl pro Patient als auch nach Leistung und ein Ambulatorium über die letztgenannte Mischfinanzierung und eine zusätzliche Selbstbeteiligung, die sonst in keinem anderen Ambulatorium vorgesehen ist.

Einige Ambulatorien geben an, dass es durch die bestehenden Finanzierungsmodalitäten zu Problemen kommt. Beispielsweise wird mehrfach beklagt, dass die Finanzierung pro Jahr fix limitiert ist, aber nicht den tatsächlichen Bedarf bzw. die tatsächliche Nachfrage deckt; hier wird eine Auf- oder Anhebung der Deckelung seitens der Sozialversicherung und des Landes gefordert. Zudem wird kritisiert, dass der aktuelle Bedarf an Fachpersonal und damit einhergehenden therapeutischen Interventionen für Kinder und Jugendliche und deren Familien steigt, aber – aufgrund der statischen Finanzierung – nicht berücksichtigt wird und die Aufwendungen für Personalkosten somit nicht adaptiert werden. Weiters wird angegeben, dass Erstuntersuchungen ohne nachfolgende Therapien gering dotiert sind und Kinder mit erforderlicher Intensivbehandlung bzw. Kinder mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen den finanziellen Rahmen sprengen. Ein anderes Ambulatorium bemängelt die knappe Finanzierung

Abbildung 3: Personal in den Ambulatorien der VKKJ, n = 9



Quelle: IHS HealthEcon 2014





und gibt an, dass der Betrieb nicht wirklich gesichert ist, da 10 % der Finanzierung über Spenden aufgebracht werden müssen.

Personal

Die Betrachtung der Berufsgruppen in den Ambulatorien für Kinder und Jugendliche zeigt sehr deutlich die unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen der Einrichtungen. Insbesondere gibt es im Bereich Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. auf Krisenintervention spezialisierte Ambulatorien.

In den neun Ambulatorien der VKKJ sind insgesamt rund 193 Personen (118 Vollzeitäquivalente (VZÄ)) beschäftigt. Bei Betrachtung der einzelnen Berufsgruppen zeigt sich, dass die am stärksten vertretenen Berufsgruppen in den Ambulatorien der VKKJ (klinische) Psychologen (38 bzw. 24 VZÄ), Ergotherapeuten (34 bzw. 21 VZÄ), Logopäden (27 bzw. 18 VZÄ) und Physiotherapeuten (26 bzw. 16 VZÄ) sind, vgl. Abbildung 3. Die ärztliche Versorgung erfolgt durch 23 Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde (16 VZÄ) sowie zwei Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (1,4 VZÄ); Allgemeinmediziner sind in den Ambulatorien der VKKJ nicht beschäftigt. Neben den erwähnten Berufsgruppen finden sich zudem Musiktherapeuten, Rhythmiker, Sozialarbeiter, mobile Frühförderer, Heil- und Sonderpädagogen, eine Person aus dem Bereich Psychotherapie und eine Sozialpädagogin.

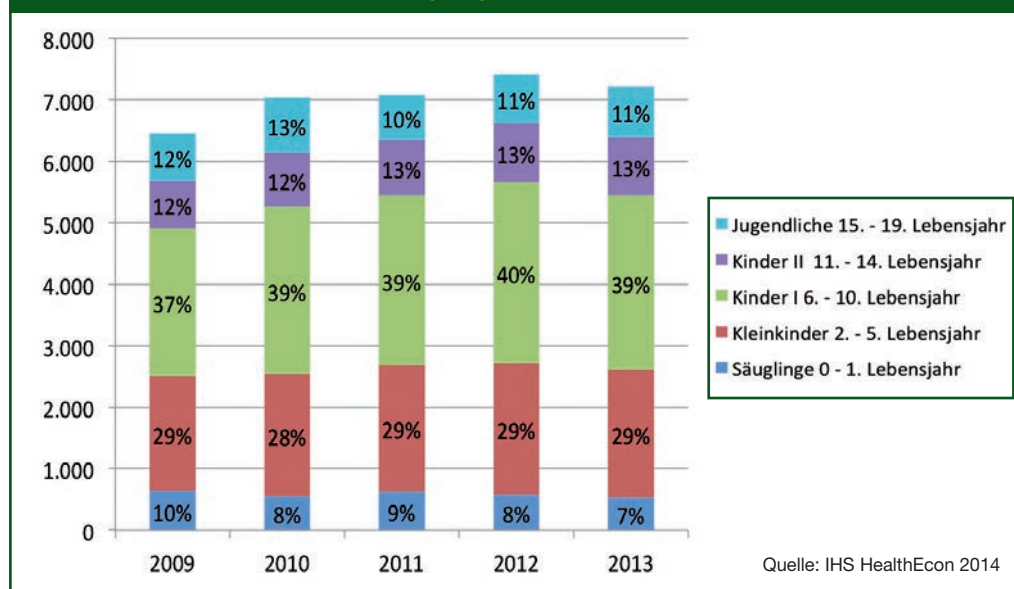
In den übrigen zwölf Ambulatorien für Kinder und Jugendliche sind rund 330 Personen beschäftigt,⁷ etwa 28 davon sind Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, etwa 16 davon Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im therapeutischen Bereich dominieren (klinische) Psychologen (52), Ergotherapeuten (48) und Psychotherapeuten (45); zudem spielen auch Logopäden (33), Physiotherapeuten (31) und Musiktherapeuten (17) eine Rolle.

Fallzahlen

Insgesamt wurden im Jahr 2013 in den Ambulatorien der VKKJ 7.218 Fälle betreut. Die Gesamtzahl der behandelten Fälle stieg von 2009 bis 2012 um 15 %, ehe im Jahr 2013 ein leichter Rückgang festzustellen war, vgl. Abbildung 4. Im Durchschnitt der Jahre 2009 bis 2013 waren knapp 40 % der registrierten Fälle Kinder im Alter zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr und knapp 30 % der Fälle Kleinkinder im Alter zwischen dem 2. und 5. Lebensjahr.

Die Datendokumentation und -verfügbarkeit von Fallzahlen in den anderen Kinder- und Jugendambulatorien sind zum Teil mangelhaft. Altersdifferenzierte oder therapiedifferenzierte Aufzeichnungen sowie Zeitreihen fehlen. Hier wären standardisierte Datenerhebungen sinnvoll. Eine sehr

Abbildung 4: Altersverteilung der betreuten Fälle in den Ambulatorien der VKKJ, (n = 9), 2009–2013



⁷ Eine Angabe der Gesamtzahl in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ist aufgrund teilweise nicht vollständig ausgefüllter Fragebögen nicht möglich.



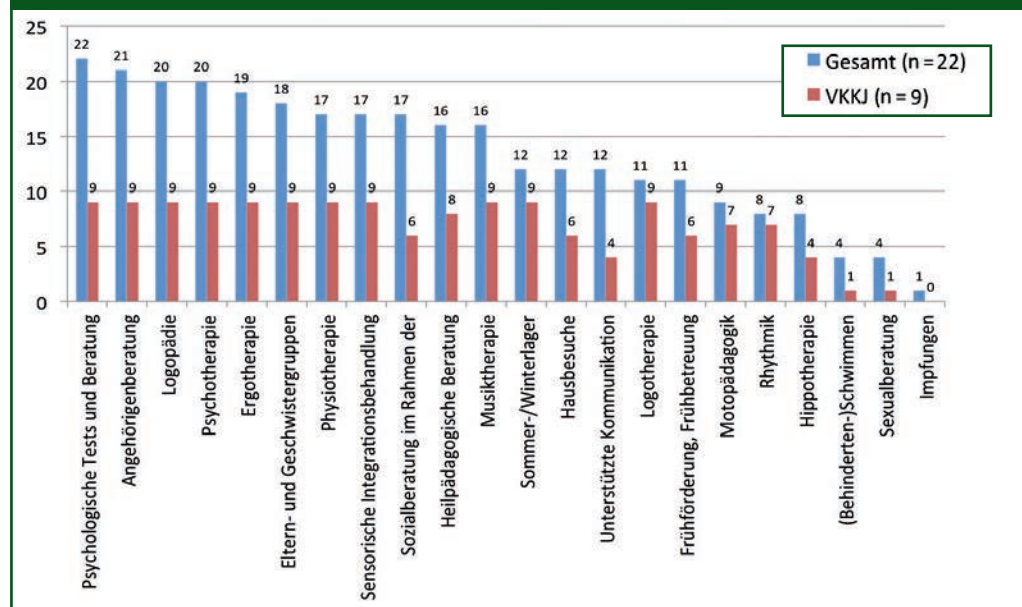
gute Dokumentation ist im Ambulatorium Sonnenschein (Diagnose- und Behandlungszentrum für behinderte Kinder und Jugendliche) in Niederösterreich vorhanden. Im Jahr 2013 wurden in diesem Ambulatorium rund 1.700 Fälle betreut, diese Zahl stieg seit 2009 um beachtliche 54 %. Knapp drei Viertel der Fälle 2013 waren Kinder vom 4. bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und etwa 17 % Kleinkinder vom 2. bis zum vollendeten 3. Lebensjahr. Ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen im Beobachtungszeitraum 2009 bis 2013 ist auch in der Boje (Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen) festzustellen. Die Anzahl der betreuten Fälle wuchs um knapp 30 % auf 1.264 im Jahr 2013. Etwas mehr als die Hälfte (54 %) der Kinder waren 2013 Buben, der Großteil (rund drei Viertel) im Alter zwischen dem 4. und vollendeten 14. Lebensjahr.

Leistungsangebot

Bei gesamthafter Betrachtung all jener Ambulatorien für Kinder und Jugendliche, von denen wir eine Rückantwort erhalten haben, (n=22) zeigt sich das durchaus breite Leistungsangebot, das zusätzlich zur ärztlichen Behandlung angeboten wird, vgl. Abbildung 4. In (fast) allen Ambulatorien werden psychologische Tests und eine Angehörigenberatung angeboten; in rund 90 % aller untersuchten Ambulatorien ist es möglich, dass Kinder und Jugendliche Logopädie, Psychotherapie, Ergotherapie oder Eltern- und Geschwistergruppen in Anspruch nehmen. Etwa in drei Viertel (77 %) der Ambulatorien gibt es Physiotherapie, sensorische Integrationsbehandlung oder eine Sozialberatung im Rahmen der Therapie. In (mehr als) der Hälfte der Einrichtungen umfasst das Leistungsangebot eine heilpädagogische Beratung, Musiktherapie, Sommer-/Winterlager, Hausbesuche, Logotherapie, unterstützte Kommunikation oder Frühförderung/Frühbetreuung. In geringerem Maße werden auch Motopädagogik, Rhythmik, Hippotherapie, (Behinderten-)Schwimmen, Sexualberatung, Impfungen, ein Lokomat für Kinder- und Jugendliche, therapeutisches Klettern, tiergestützte Therapie, Krisenintervention oder ein Programm für übergewichtige Kinder und Jugendliche angeboten.

In allen neun Ambulatorien der VKKJ werden Angehörigenberatung, Eltern- und Geschwistergruppen, Logopädie, Musiktherapie, Logotherapie, Physiotherapie, psychologische Tests und Beratung, Psychotherapie, sensorische Integrationsbehandlung und Sommer-/Winterlager angeboten. In acht VKKJ-Ambulatorien gibt es heilpädagogische Beratung, in sieben Motopädagogik und Rhythmik, in sechs Frühförderung/Frühbetreuung, Hausbesuche und Sozialberatung im Rahmen der Therapie, in vier Hippotherapie und unterstützte Kommunikation und in je einem (Behinderten-)Schwimmen und Sexualberatung. Die Ambulatorien der VKKJ spielen somit insbesondere beim Angebot von Motopädagogik, Rhythmik und Logotherapie eine dominierende Rolle.

Abbildung 5: Leistungsangebot in den Ambulatorien für Kinder und Jugendliche

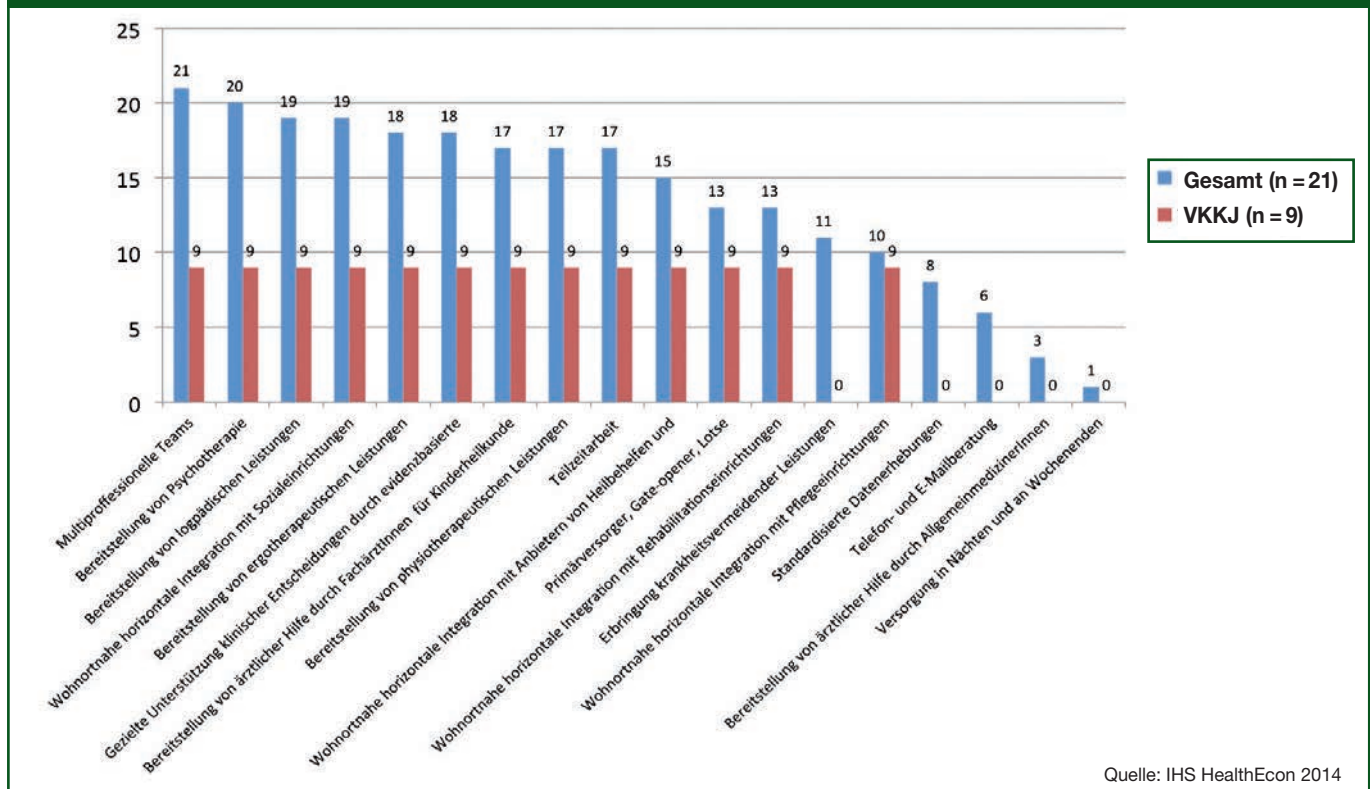


Quelle: IHS HealthEcon 2014





Abbildung 6: Bausteine einer Primärversorgungseinheit



Quelle: IHS HealthEcon 2014

Primärversorgung

Der letzte Fragenkomplex der Erhebung beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit sich die Ambulatorien für Kinder und Jugendliche selbst als Primärversorger sehen bzw. welche Bausteine einer funktionierenden Primärversorgungseinheit erfüllt sind. Knapp zwei Drittel der Ambulatorien (13 von 21 Ambulatorien, die diesen Fragenkomplex beantwortet haben) sehen sich selbst als Primärversorger, sind also erste Anlaufstelle im Krankheitsfall von Kindern und Jugendlichen, vgl. Abbildung 6. In allen Ambulatorien wirken multiprofessionelle Teams, die Bereitstellung von ärztlicher Hilfe erfolgt primär durch Fachärzte und die überwiegende Anzahl der Ambulatorien stellt therapeutische Behandlungsformen wie Physio-, Ergo-, Psychotherapie sowie Logopädie bereit. Rund 50 % der untersuchten Ambulatorien erbringen krankheitsvermeidende Leistungen. Eine wohnortnahe horizontale Integration, also die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, durch die die Ambulatorien auf bestehende Netzwerke und Erfahrungen zurückgreifen können, erfolgt insbesondere mit Sozialeinrichtungen (19 von 21 Ambulatorien). Immerhin die Hälfte der Ambulatorien sieht sich auch mit Pflegeeinrichtungen wohnortnah horizontal integriert. In lediglich acht von 21 Ambulatorien, die diesen Fragekomplex beantwortet haben, gibt es standardisierte Datenerhebungen; diese könnten jedoch eine zentrale Rolle bei Finanzierungsproblemen des Ambulatoriums spielen. Eine Randzeitversorgung von Kindern und Jugendlichen an Wochenenden oder in Nächten ist nur in einem Ambulatorium vorgesehen.

Nach eigener Einschätzung fungieren alle Ambulatorien der VKKJ als Primärversorger. Aus Fachärzten und nichtärztlichen Therapeuten (Physio-, Ergo-, Psychotherapie sowie Logopädie) gebildete multiprofessionelle Teams können vor Ort bereitgestellt werden. Die Lotsen- oder Gate-Opener-Funktion ist durch die horizontale Integration mit wohnortnahen Pflege-, Sozial-, Rehabilitationseinrichtungen und Anbietern von Heilbehelfen und Hilfsmitteln erfüllt. In den Ambulatorien der VKKJ erfolgt eine gezielte Unterstützung klinischer Entscheidungen durch evidenzbasierte Leitlinien. Krankheitsvermeidende Leistungen werden nicht erbracht, es erfolgen keine standardisierten Datenerhebungen, eine Versorgung in der Nacht und am Wochenende sowie eine Telefon- oder E-Mail-Beratung ist nicht vorgesehen.



Nichtärztliche Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Krankheitsfall darf ergänzend zur (fach-)ärztlichen Versorgung keinesfalls auf nichtärztliche Berufsgruppen vergessen werden. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Psychotherapeuten/Psychologen leisten einen entscheidenden Beitrag zur Genesung der Kinder und Jugendlichen. Völlig unbekannt ist die derzeitige österreichische Versorgungssituation in diesem Bereich. Ziel der folgenden Erhebung war es, mithilfe einer Auswertung von Online-Datenbanken einen Eindruck über den Versorgungsstand in ausgewählten nichtärztlichen Fachbereichen zu erhalten. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Versorgung, eine Analyse der psychotherapeutischen/psychologischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen war nicht Gegenstand dieser Erhebung.

Die Auswertung erfolgte im Juli 2014 für den physiotherapeutischen Bereich über das Internetportal für Physiotherapie „physiotherapie.at“, für den Fachbereich Ergotherapie über das Internetportal für Ergotherapie „ergotherapeuten.at“ und für die Logopäden über das Internetportal für Logopäden „logopaeden.at“. Dabei wurde folgendermaßen vorgegangen: Die „Detailsuche“ der Internetportale bietet unter anderem die Möglichkeit, bundeslandweise nach dem Fachgebiet „Pädiatrie“ zu suchen. Neben dieser Auswertungsschiene erfolgte zudem eine Auswertung nach dem Suchkriterium „Alterszielgruppe“. Die für uns relevanten Selektionsmöglichkeiten waren im Falle der Physiotherapeuten und Ergotherapeuten „Frühgeborene“, „Säuglinge“, „Kleinkinder“, „Kinder“ und „Jugendliche“, im Falle der Logopäden „Kleinkinder“, „Kinder“ und „Jugendliche“. Die Ergebnisse wurden auch dahingehend überprüft, ob es sich um Gruppenpraxen handelt; mit diesen Einrichtungen wurde via E-Mail und/oder telefonisch Kontakt aufgenommen, um abzuklären, wie viele Physiotherapeuten/Ergotherapeuten/Logopäden im entsprechenden Zusammenschluss für die jeweiligen Alterszielgruppen zur Verfügung stehen. Die in Anhangstabelle 1 dargestellten Ergebnisse sind freilich trotzdem als Schätzwerte zu verstehen.

Physiotherapeutische Versorgung

Laut IHS-Erhebung gibt es in Österreich 91 selbstständige Physiotherapeuten, die explizit angeben, auf dem Fachgebiet Pädiatrie tätig zu sein, vgl. Anhangstabelle 1. Bei Betrachtung der Alterszielgruppen zeigt sich, dass die meisten Physiotherapeuten für Jugendliche (rund 600) und Kinder (rund 400) zur Verfügung stehen. Insgesamt konnten wir rund 670 Physiotherapeuten in ganz Österreich identifizieren, die als Fachgebiet „Pädiatrie“ angeben oder auf eine der oben genannten Alters-Zielgruppen fokussieren. Auf ganz Österreich bezogen ergibt sich somit eine Versorgungsdichte von rund 4,0 Physiotherapeuten pro 10.000 0- bis 19-Jährige. Das Bundesland Wien weist eine mehr als doppelt so hohe Versorgungsdichte (rund 8,3 pro 10.000 0-19-Jährige) auf. Hingegen zeigen insbesondere Tirol und Vorarlberg Versorgungslücken, hier stehen durchschnittlich weniger als 2,0 Physiotherapeuten pro 10.000 0- bis 19-Jährige zur Verfügung.

Ergotherapeutische Versorgung

Im Bereich der Ergotherapie geben 244 selbstständige Therapeuten das Fachgebiet „Pädiatrie“ an, also deutlich mehr als im physiotherapeutischen Bereich, vgl. Anhangstabelle 1. Für Kinder und Jugendliche stehen jeweils rund 200 Ergotherapeuten zur Verfügung. Insgesamt zählen wir knapp mehr als 360 Ergotherapeuten in Österreich, die als Fachgebiet „Pädiatrie“ angeben oder auf eine der oben genannten Alterszielgruppen abzielen. Die Versorgungsdichte pro 10.000 0- bis 19-Jährige ist bei der Ergotherapie also ungefähr halb so hoch wie bei der Physiotherapie. Das Burgenland, Wien, Tirol und Niederösterreich rangieren mit ihrer Versorgungsdichte über dem österreichischen Durchschnitt; für Vorarlberg wurden über das Internetportal lediglich zwei Ergotherapeuten gefunden, die im Fachgebiet Pädiatrie tätig sind oder die ausgewählten Alterszielgruppen behandeln.

Logopädische Versorgung

Über das entsprechende Internetportal konnten insgesamt 38 Logopäden mit dem Fachgebiet Pädiatrie identifiziert werden, vgl. Anhangstabelle 1. Etwa 200 Therapeuten geben als Alterszielgruppe Kinder und Jugendliche an, rund 150 die Zielgruppe Kleinkinder. Insgesamt stehen in Österreich knapp mehr als 200 selbstständige Logopäden oder rund 1,3 pro 10.000 0- bis 19-



Jährige zur Verfügung. Wien und Tirol weisen überdurchschnittliche Versorgungsdichten auf, während es in Salzburg, Oberösterreich, Kärnten und Vorarlberg Versorgungslücken gibt.

Fazit

Die präsentierten internationalen Vorbilder der Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen können mithelfen, diesen nach wie vor nicht ganz geformten Teil der Gesundheitsreform zu gestalten. Leider besteht insgesamt in Österreich nur wenig Expertise und Evidenz in den mehr Public-Health-orientierten Fragen der Kinder- und Jugendgesundheit. Die Versorgungsforschung steckt in diesem Bereich noch mehr in den Kinderschuhen als im übrigen Gesundheitssystem. Dies ist umso weniger verständlich, als Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter sich nicht nur unmittelbar auf die Gesundheit des Kindes auswirken, sondern auch seine Entwicklung und damit seine Lebenschancen beeinflussen, also auch über den Beitrag bestimmen, den es für die Gesellschaft zukünftig leisten kann; ein schlechter Gesundheitszustand wirkt sich negativ auf Aufmerksamkeit und Lernfähigkeit und damit auf die späteren Arbeitsmöglichkeiten und die Sozialkompetenz aus. Andererseits soll eine Pathologisierung von Kindern und Jugendlichen vermieden werden. Es muss also – evidenzbasiert – die richtige Versorgung und das richtige Versorgungsmaß gefunden werden.

Um diese Lücke schließen, haben wir versucht, einen Beitrag zur Erfassung der Strukturen in der Versorgung zu leisten. Ein Problempunkt scheint bei den einschlägigen Ambulatorien laut deren Aussage noch immer die Finanzierung bzw. Bezahlung zu sein, die sehr heterogen gehandhabt wird. Ein leistungsgerechtes Abgeltungssystem könnte die Versorgung hier auf ein sichereres Fundament stellen. Ein solches Abgeltungssystem müsste aber auch unter Berücksichtigung der einfacheren Verwaltung des bisherigen Budgetierungssystems diesem überlegen sein.

Fazit

LITERATUR

- Bundesministerium für Gesundheit (2008): Selbstständige Ambulatorien in Österreich.
- Czypionka T, Röhring G, Kalmar M (2012): Performance von Gesundheitssystemen, Health System Watch IV/2010, in Soziale Sicherheit 12/2010. Abrufbar auf: https://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw10_4d.pdf
- Fuhrman C, Dubus JC, Marquet C, Delacourt C, Thumerelle C, de Blic J, Delmas MC (2011): Hospitalizations for asthma in children are linked to undertreatment and insufficient asthma education. *Journal of Asthma*. 48 (6): 565–571.
- Leibowitz R, Day S, Dunt D (2003): A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Family Practice*. 20 (3): 311–317.
- Lemoine MH, Lemoine C, Cyr C (2006): Paediatric primary care quality and accessibility: Parents' perspective. *Paediatrics and Child Health*. 11 (1): 25–28.
- Mangione-Smith R, DeCristofaro AH, Setodji CM, Keesey J, Klein DJ, Adams JL, Schuster MA, McGlynn EA (2007): The Quality of Ambulatory Care Delivered to Children in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 357: 1515–1523.
- OECD (2009): Doing Better for Children.
- Patterson CC, Dahlquist GG, Gyürüs E, Green A, Soltész G (2009): Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989–2003 and predicted new cases 2005–20: a multicenter prospective registration study. *The Lancet*. 373: 2027–2033.
- Röhring G, Czypionka T, Riedel M (2010): Gesundheitsausgaben und -indikatoren im Kindesalter, Monatschrift Kinderheilkunde Vol. 158 (4), 04/2010, 338–347.
- Schernhammer ES, Vutuc C, Waldhör T, Haidinger G (2008): Time trends of the prevalence of asthma and allergic disease in Austrian children. *Pediatric Allergy and Immunology*. 19: 125–131.
- Statistik Austria (2012): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012.
- Thompson M, Gill P, van den Bruel A, Wolfe I (2013): Primary care for children. In: Wolfe I, McKee M (Hg.): *European Child Health Services and Systems. Lessons without borders*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press/McGraw Hill Education.
- Tamburini G, Blair M, Wolfe I (2014): Child Public Health in Europe. *Eurohealth*. 20 (1): 12–15.
- UNICEF (2007): An overview of child well-being in rich countries: a comprehensive assessment of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations, Innocenti Report Card 7.
- Van Esso D, del Torso S, Hadjipanayis A, Biver A, Jaeger-Roman E, Wettergren B, Nicholson A (2010): Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Archives of Disease in Childhood*. 95: 791–795.
- Zinl G, Winkler P (2013): Kindergesundheit: Daten und Fakten zur Primärversorgung. In *Pädiatrie & Pädologie*, Supplement 1, 2013: 30–41.



Anhangstabelle 1: Physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Versorgung in Österreich, Schätzwerte (inklusive Personen, die sich derzeit in Karenz befinden)

| PHYSIOTHERAPIE | | | | | | | | | |
|------------------|----------------------|--------------|-----------|-------------|--------|-------------|--------------------|--|------------------------|
| | Fachgebiet Pädiatrie | Frühgeborene | Säuglinge | Kleinkinder | Kinder | Jugendliche | Personen insgesamt | Personen insgesamt pro 10.000 0 bis 19-Jährige | Index Österreich = 100 |
| Burgenland | 5 | 2 | 2 | 4 | 9 | 12 | 15 | 2,9 | 73 |
| Kärnten | 0 | 2 | 4 | 4 | 16 | 22 | 22 | 2,1 | 53 |
| Niederösterreich | 26 | 12 | 24 | 29 | 85 | 129 | 142 | 4,4 | 111 |
| Oberösterreich | 12 | 8 | 12 | 20 | 40 | 52 | 59 | 2,0 | 50 |
| Salzburg | 5 | 11 | 15 | 24 | 45 | 50 | 51 | 4,7 | 118 |
| Steiermark | 8 | 13 | 14 | 21 | 39 | 46 | 52 | 2,3 | 58 |
| Tirol | 0 | 4 | 7 | 9 | 18 | 23 | 23 | 1,6 | 40 |
| Vorarlberg | 0 | 0 | 0 | 8 | 15 | 16 | 16 | 1,9 | 48 |
| Wien | 35 | 25 | 36 | 51 | 149 | 267 | 286 | 8,3 | 211 |
| Österreich | 91 | 77 | 114 | 170 | 416 | 617 | 666 | 4,0 | 100 |

| ERGOTHERAPIE | | | | | | | | | |
|------------------|----------------------|--------------|-----------|-------------|--------|-------------|--------------------|--|------------------------|
| | Fachgebiet Pädiatrie | Frühgeborene | Säuglinge | Kleinkinder | Kinder | Jugendliche | Personen insgesamt | Personen insgesamt pro 10.000 0 bis 19-Jährige | Index Österreich = 100 |
| Burgenland | 14 | 3 | 4 | 9 | 11 | 11 | 19 | 3,6 | 169 |
| Kärnten | 15 | 2 | 2 | 9 | 10 | 13 | 21 | 2,0 | 93 |
| Niederösterreich | 55 | 12 | 12 | 32 | 40 | 46 | 84 | 2,6 | 120 |
| Oberösterreich | 33 | 5 | 7 | 11 | 15 | 19 | 42 | 1,4 | 66 |
| Salzburg | 16 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 20 | 1,8 | 84 |
| Steiermark | 15 | 6 | 7 | 13 | 14 | 12 | 27 | 1,2 | 56 |
| Tirol | 13 | 3 | 2 | 33 | 34 | 34 | 41 | 2,8 | 129 |
| Vorarlberg | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0,2 | 11 |
| Wien | 82 | 15 | 18 | 53 | 65 | 71 | 108 | 3,2 | 146 |
| Österreich | 244 | 48 | 55 | 165 | 195 | 212 | 364 | 2,2 | 100 |

| LOGOPÄDIE | | | | | | | | | |
|------------------|----------------------|--------------|-----------|-------------|--------|-------------|--------------------|--|------------------------|
| | Fachgebiet Pädiatrie | Frühgeborene | Säuglinge | Kleinkinder | Kinder | Jugendliche | Personen insgesamt | Personen insgesamt pro 10.000 0 bis 19-Jährige | Index Österreich = 100 |
| Burgenland | 1 | - | - | 4 | 6 | 6 | 6 | 1,1 | 89 |
| Kärnten | 3 | - | - | 7 | 8 | 7 | 8 | 0,8 | 59 |
| Niederösterreich | 5 | - | - | 21 | 29 | 30 | 34 | 1,0 | 81 |
| Oberösterreich | 5 | - | - | 12 | 16 | 17 | 19 | 0,6 | 50 |
| Salzburg | 2 | - | - | 4 | 6 | 4 | 6 | 0,5 | 43 |
| Steiermark | 5 | - | - | 14 | 18 | 16 | 20 | 0,9 | 69 |
| Tirol | 1 | - | - | 35 | 41 | 34 | 42 | 2,9 | 222 |
| Vorarlberg | 1 | - | - | 5 | 5 | 5 | 6 | 0,7 | 56 |
| Wien | 15 | - | - | 46 | 67 | 71 | 76 | 2,2 | 172 |
| Österreich | 38 | - | - | 148 | 196 | 190 | 217 | 1,3 | 100 |

Quelle: Auswertung der Internetportale „physiotherapie.at“, „ergotherapeuten.at“ und „logopaeden.at“; IHS HealthEcon 2014

Anhangstabelle 2: Angeborene Fehlbildungen pro 1.000 Lebendgeburten

| | Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (ICD-10 Kapitel 17, Q00-Q99) pro 1.000 Lebendgeburten | | | | Geburten mit Down-Syndrom (ICD-10 Q90), pro 1.000 Lebendgeburten | | | |
|--------------------|---|----------------------|-----------|---------------|--|----------------------|-----------|---------------|
| | Mittelwert 2000-2006 | Mittelwert 2006-2012 | EU-28=100 | 2000-2006=100 | Mittelwert 2000-2006 | Mittelwert 2006-2012 | EU-28=100 | 2000-2006=100 |
| Österreich | 384 | 321 | 21 | 83 | 16 | 13 | 19 | 82 |
| Belgien | 2.621 | 2.267 | 140 | 86 | 165 | 182 | 192 | 110 |
| Bulgarien | 1.334 | 617 | 71 | 46 | 57 | 41 | 67 | 72 |
| Dänemark | 6.460 | 8.117 | 345 | 126 | 95 | 73 | 111 | 77 |
| Deutschland | 1.004 | 1.661 | 54 | 165 | 30 | 41 | 35 | 138 |
| Estland | 2.624 | 3.918 | 140 | 149 | 88 | 71 | 103 | 81 |
| Finnland | 3.527 | 4.565 | 188 | 129 | 135 | 131 | 157 | 97 |
| Frankreich | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Griechenland | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Irland | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Italien | 567 | 805 | 30 | 142 | 18 | 18 | 21 | 98 |
| Kroatien | 1.818 | 2.094 | 97 | 115 | 105 | 74 | 122 | 71 |
| Lettland | 3.582 | 2.936 | 191 | 82 | 123 | 107 | 143 | 87 |
| Litauen | 4.478 | 3.775 | 239 | 84 | 108 | 107 | 125 | 99 |
| Luxemburg | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Malta | 3.313 | 2.527 | 177 | 76 | 207 | 177 | 240 | 86 |
| Niederlande | 2.830 | 3.004 | 151 | 106 | 131 | 146 | 152 | 112 |
| Polen | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Portugal | 1.003 | 709 | 54 | 71 | 73 | n. v. | 85 | n. v. |
| Rumänien | 757 | 941 | 40 | 124 | 67 | 40 | 78 | 60 |
| Schweden | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Slowakei | 2.672 | 2.616 | 143 | 98 | 65 | 59 | 76 | 90 |
| Slowenien | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Spanien | 2.246 | 1.988 | 120 | 89 | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| Tschechien | 3.904 | 4.086 | 209 | 105 | 54 | 42 | 63 | 77 |
| Ungarn | 4.362 | 5.074 | 233 | 116 | 155 | 198 | 180 | 128 |
| Verein. Königreich | 1.089 | 782 | 58 | 72 | 63 | 53 | 73 | 84 |
| Zypern | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. | n. v. |
| EU-28 | 1.872 | 1.934 | 100 | 103 | 86 | 78 | 100 | 90 |
| EU-15 (vor 2004) | 1.475 | 1.552 | 79 | 105 | 68 | 69 | 79 | 101 |
| EU-13 (nach 2004) | 3.206 | 3.275 | 171 | 102 | 83 | 74 | 97 | 89 |

Quelle: WHO Health for all database, April 2014; IHS HealthEcon 2014

