

13. Kinder- und Jugendgesundheit

» Rehabilitation – Versorgung – Gesundheitskompetenz – Corona-Learnings «

13.1 PRAEVENIRE FORDERT:

- ✔ Den Mutter-Kind-Pass in einen **bis zu einem Alter von 18 Jahren gültigen Eltern-Kind-Pass** umwandeln!
- ✔ Raum für den **Bewegungsdrang** von Kindern schaffen!
- ✔ Die **Schularzt Kompetenzen** klar regeln und erweitern!
- ✔ Das **Versorgungsdefizit** im Kassenarztbereich beheben!
- ✔ Anspruch auf **Dienstfreistellung mit Entgeltfortzahlung für Begleitpersonen** für Kinder- Jugendlichenrehabilitation schaffen!
- ✔ Eine **Nach- und Weiterbetreuung** infolge eines Reha-Aufenthalts wohnortnahe ermöglichen!

13.2 IM FOKUS

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist dem 2009 gegründeten Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich ebenso wie dem PRAEVENIRE Gesundheitsforum ein wichtiges gemeinsames Anliegen. Um der Dringlichkeit dieses Themas Ausdruck zu verleihen und diesem Bereich das notwendige Gewicht und den notwendigen Raum zu geben, initiierte der Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich in Kooperation mit PRAEVENIRE die Initiative „Kinder- und Jugendgesundheit 2030“. Gemeinsam wurden Expertinnen und Experten sowie relevante Stakeholder im Juni 2021 zu einem eintägigen Gipfelgespräch am Fuße der Rax eingeladen. Die Auftaktveranstaltung zielte darauf ab, die jeweiligen Problemfelder zu den vier vordefinierten Themenfeldern Kinder- und Jugendrehabilitation, Sicherstellung pädiatrischer Grundversorgung, Gesundheitskompetenz sowie Coronafolgen zu benennen und Lösungsansätze zu finden. Auf Basis der Impulsvorträge und in den dazu korrespondierenden Workshops kristallisierten sich die Ideen und Visionen der teilnehmenden Expertinnen und Experten heraus.

Die **Komplexität** der Thematik Kinder- und Jugendgesundheit ergibt sich nicht zuletzt aufgrund der durch die **Altersspanne** bedingten medizinischen **Breite des Fachs** und der **dualen Funktion von Pädiaterinnen und Pädiatern**. Sie agieren als Hausärztin, Hausarzt für bis zu 18-Jährige und sind gleichzeitig in ihrem ausgewählten Fachbereich spezialisiert. Deshalb ist es wünschens- und empfehlenswert, diese vorhandene Expertise in gesundheitspolitische Planungen und Entscheidungen sowie bei Stellungnahmen (Mutter-Kind-Pass, Arzneimittelkommission, Versorgung, Ausbildung etc.) mit einzubinden. Die Regelversorgung durch Pädiaterinnen und Pädiater steht – zumindest im kassenärztlichen Setting – in Österreich zunehmend unter Druck. So waren laut einer Studie im Jahr 2019 im österreichischen Schnitt zwölf Prozent der Planstellen unbesetzt. Dies stellt laut Österreichischer Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) keinen vorübergehenden Engpass dar; mit einer Verschärfung dieses Umstandes ist in bestimmten Regionen konstant zu rechnen.

Die von den Expertinnen und Experten ausgearbeiteten Lösungsansätze zu diesen Frage- und Problemstellungen wurden vom Verein PRAEVENIRE in folgende Handlungsempfehlungen für die gesundheitspolitischen Entscheidungsträgerinnen und -träger übersetzt.

Erfreulich ist, dass bereits **weitere Erfolge und Fortschritte** in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation erreicht werden konnten:

Der Förderverein für Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich unter Obmann Markus Wieser hat sich besonders der Problematik der nicht bedarfsentsprechend in Anspruch genommenen bestehenden Einrichtungen für stationäre Rehabilitation für Kinder und Jugendliche gewidmet. Die Herausforderung besteht insbesondere darin, dass es vielen betroffenen Eltern nicht möglich ist, im Ausmaß von bis zu vier Wochen, der durchschnittlichen stationären Verweildauer, vom Arbeitsplatz fernbleiben zu können. Der Verein hat durch Vorarbeiten und Beratung den parlamentarischen Initiativantrag 2127/A vom 15. Dezember 2021 zur **Änderung des Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetzes** unterstützt. Kern der vorgeschlagenen Gesetzesänderung ist der Anspruch auf Dienstfreistellung zur Begleitung und Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen unter Fortzahlung des Entgelts für Eltern, deren Kindern vom zuständigen Sozialversicherungsträger ein (stationärer) Aufenthalt im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation bewilligt wurde.

Einen weiteren erfolgreichen Fortschritt stellt die Entscheidung der ÖGK dar, die Bewilligung einer weiteren Begleitperson für Begleitkinder im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen. Begleitkinder sind (unbetreute) Kinder, im Regelfall ohne Behandlungsbedarf, während Begleitpersonen Erwachsene sind, die rehabilitationsbedürftige Kinder bzw. Begleitkinder während des Aufenthalts begleiten.

Im Rahmen von Einzelfallentscheidungen kann nunmehr die Bewilligung für eine weitere Begleitperson durch die ÖGK erteilt werden; dies vor allem dann, wenn eine besondere soziale, familiäre oder medizinische Begründung für das Begleitkind vorliegt, wenn es zur Sicherung des Therapieerfolges des zu rehabilitierenden Kindes oder Jugendlichen erforderlich ist oder wenn im Sinne der Familienorientierung durch die Mitaufnahme eine positive Auswirkung auf den Therapieerfolg anzunehmen ist.

13.3 GENERELLE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN DES VEREINS PRAEVENIRE

Der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation in Österreich kann ein gutes Zeugnis ausgestellt werden. Zu verbessern sind der familienzentrierte Ansatz in der Rehabilitation und die Versorgungsgrundlagen, die noch mehr auf die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen eingehen müssen. Die PRAEVENIRE Initiative Gesundheit 2030 empfiehlt daher folgende Optimierungsprogramme mit konkreten Handlungsempfehlungen.

I. Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Nach großen Fortschritten gilt es nun, die nächsten Meilensteine zu setzen.

1. Auf Basis einer Bedarfszahlenermittlung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und der ÖGKJ erfolgte sukzessive der Auf- und Ausbau der Kinderrehabilitationseinrichtungen, deren Grundlage der seitens Österreichischem Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012 erstellte Rehabilitationsplan darstellt.

Nach der von Bund und Ländern ausverhandelten Finanzierungsregelung und einem EU-weiten, zweistufigen Vergabeverfahren ging 2018 die erste Einrichtung in Betrieb. Derzeit sieht der Rehabilitationsplan für elf Indikationsgruppen 343 Betten in vier Versorgungszonen vor. Diese breite Entwicklung war wichtig, um jene Qualitäten und Quantitäten abzubilden, die über die medizinische und therapeutische Betreuung hinaus auch eine entsprechende Ausstattung bieten.

2. Ein **pädagogisches Setting in den Einrichtungen** ist wesentlich, um den Kindern nach ihrem Aufenthalt einen nahtlosen schulischen Anschluss zu ermöglichen. Zu verbessern sind allerdings die Spezifizierung der Ausbildung der Gesundheitsberufe, die Unterstützung der extrem belasteten Betreuungspersonen (meist Mütter) und die pädagogischen Rahmenbedingungen. Denn ein körperliches Handicap ist keinesfalls mit einer kognitiven Beeinträchtigung gleichzusetzen. Notwendige **Adaptierungen** für die Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sind daher:

- a) Freistellung von Begleitpersonen (Z-Diagnosen)
 - b) Ausweitung der Familienorientierung (FOR) über die hämatoonkologischen Indikationen hinaus, indikationsspezifisch z. B. Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP), Kardiologie
 - c) Bündelung von Indikationen z. B. Kardiologie, Pulmonologie, cystische Fibrose
 - d) Gründung einer Arbeitsgruppe mit Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP), Abstimmung stationär/ambulant und Entwicklung von Rehabilitation in Zentren
 - e) Mutter-und-Kind-Therapie: beide mit Diagnose; Regelung der Therapie ist unklar
 - f) Rehabilitationskultur: Zuweisung seitens niedergelassener Medizinerin oder niedergelassenem Mediziner und Kinder- und Jugendfachärztin, -facharzt (vgl. Rehabilitationskatalog für Erwachsene)
 - g) Zentrale Koordinationsstelle (vgl. Erwachsene), regelmäßige Vernetzungstage
 - h) Analyse und Adaptierung der Tagsätze mit Ziel einer annähernden Vollauslastung
 - i) Evaluierung bisheriger Erfahrungen und Berücksichtigung in Folgeplanungen: z. B. höherer Bedarf an Pädagoginnen und Pädagogen als angenommen, in der FOR mehr Begleitpersonen als angenommen (>1:2,5), im Leistungsprofil Abbildung zusätzlicher Schulungen
 - j) Einbezug von Begleitpersonen in den Therapieprozess
 - k) Thematisierung von Transition und Aufbau entsprechender Versorgungsstruktur, insbesondere relevant z. B. bei chronischen Krankheiten, Krebs, angeborenen Stoffwechselstörungen
 - l) Qualitätssicherung der Outcomes der Rehabilitationszentren in Österreich, interdisziplinäre Abstimmung (Rehabilitationswissenschaft, Forschungsprojekte)
3. Eine Lücke besteht nach wie vor in der **Nachbetreuung**, die an einen erfolgten Rehabilitationsaufenthalt anschließt, da es an entsprechender Information, Versorgung und Betreuung fehlt. Eltern müssen über die weitere Vorgehensweise für die Verbesserung des Gesundheitszustandes ihres Kindes Bescheid wissen und brauchen ambulante Rehabilitationseinrichtungen und/oder telemedizinische Weiterbetreuung.
 4. Das dringlichste Problem in der Kinder- und Jugendrehabilitation stellt die **Regelung für Begleitpersonen**

dar. Für sie fehlt eine rechtliche bzw. finanzielle Absicherung (z. B. Freistellung von der Arbeit), die durch einen oft wochenlang dauernden Rehabilitationsaufenthalt eines Kindes notwendig wird. Die Kriterien der FOR sind klar definiert. Diese braucht es jetzt auch für die Begleitperson. Dazu müssen die Zuständigkeiten klar geregelt sein und Leistungsprofile für Zahlende, Versichernde, Träger etc. in Expertengruppen spezifisch für jede medizinische Indikation erstellt werden. Für die Nachsorge müssen Bund und Länder für eine österreichweit einheitliche Erhebung des Bedarfs zusammenarbeiten.

5. Es ist ebenso wie im Erwachsenenbereich eine **Resilienz-Strategie** zu erstellen, um für kommende Krisen gerüstet zu sein. Für alle Maßnahmen gilt die Notwendigkeit der Aufsetzung eines strikten Zeitplans, um die nächsten Schritte frühzeitig setzen und das Ziel möglichst vor 2030 erreichen zu können.

II. Sicherstellung pädiatrischer Grundversorgung

Beste Betreuung gewährleisten.

1. Das im **Kassenarztbereich akut bestehende Versorgungsdefizit** könnte rasch durch eine Teilaufhebung der Deckelung erreicht werden. Dies ermöglicht eine Anstellung einer zweiten Ärztin bzw. eines Arztes. Damit wäre die Betreuung einer höheren Anzahl an Kindern und Jugendlichen möglich. Mittel- und langfristig ist auch Folgendes hervorzuheben: Die Erweiterung parallel angebotener kassenärztlicher Arbeitsmodelle könnte durch eine Zusammenarbeit in Gruppenpraxen und eine Einbindung in Primärversorgungseinheiten (PVE) etc. erfolgen. Die Entscheidung für ein bestimmtes Modell sollte die jeweilige Region flexibel treffen können. Mehrere Modelle sollten nebeneinander möglich sein.
2. Die **Lehrpraxis ist zu fördern**, um während der Facharztausbildung die Arbeit in der Praxis kennenzulernen, um im Anschluss an die Facharztausbildung z. B. eine einjährige Mitarbeit zu ermöglichen oder um Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner anzubieten, pädiatrische Erfahrung zu sammeln.
3. Die **Durchlässigkeit** zwischen intramuralem und extramuralem Bereich sollte gegeben sein, sodass Pädiaterinnen und Pädiater in einem Spital und z. B. einmal wöchentlich in einer Praxis (vor allem in der

Peripherie ein wesentlicher Punkt) tätig sein können. Zudem können richtungweisende neue Organisationsformen als Inspiration für neue und effizientere Wege der Versorgung dienen. Als Beispiel sei ein Pilotprojekt im Klinikum Kirchdorf (OÖ) genannt, bei dem die Zusammenlegung von pädiatrischer Facharzt-Praxis und Spitalsambulanz gewagt und damit die Grenzen zwischen intra- und extramuralem Raum überwunden wurden. Ziel war die Errichtung eines innovativen integrierten Versorgungsmodells, das Sektorengrenzen überschreitet und die Versorgung im Sinne der Betroffenen am Best Point of Service ausrichtet. Evaluierungen zum Pilotprojekt zeigten erfreuliche Ergebnisse: So wurden die Zielvorgaben für Patientenzufriedenheit erfüllt und eine Attraktivierung des Versorgungsstandortes Klinikum Kirchdorf für Leistungserbringer erreicht, gleichzeitig konnte aus Sicht der Kostenträger im Vergleich zur vorigen eine effektivere und effizientere Versorgungsstruktur am Standort geschaffen werden. [1]

4. Zur Deckung der Versorgung sollte auch die **Einbindung nichtmedizinischer Berufsgruppen** (Apotheke, Gesundheitspflege, Therapeutinnen und Therapeuten etc.) mitgedacht werden.
5. Als mittel- und langfristiges Ziel **zur Sicherstellung der pädiatrischen Grundversorgung** werden die Aufhebung föderalistischer „Grenzen“ und damit einhergehend die **Finanzierung aus einer Hand** gesehen. Die bestmögliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen sollte vorrangig sein – nicht jedoch die Tatsache, ob sie stationär oder ambulant betreut werden.
6. Das Honorarsystem ist soweit zu vereinfachen, dass es zu einer spürbaren Reduktion der Administration kommt. Bei der Honorierung sind die Basisversorgung und der Faktor „Zeit“ aufzuwerten.
7. Eine Valorisierung der seit 1994 nicht angepassten Mutter-Kind-Pass-Honorare ist anzustreben.

III. Gesundheitskompetenz

Das intrinsisch gut ausgeprägte Gesundheitsgefühl ist zu fördern.

1. Die Gesundheitsbildung in Österreich ist unzureichend, Health Literacy aber eine wesentliche Voraussetzung, um eigenverantwortlich die richtigen Gesundheitsentscheidungen (gesunde Lebensweise,

Wahrnehmung von Präventionsangeboten etc.) treffen zu können. Deshalb empfiehlt es sich, ein **Schulfach Gesundheitskompetenz** in die Lehrpläne zu integrieren.

2. **Kinder und Jugendliche haben ein intrinsisch gut ausgeprägtes Gesundheitsgefühl.** Dieses wird aber aufgrund verschiedenster gesellschafts- und sozialpolitischer Einflüsse aberzogen. Das Bewusstsein der Erwachsenen für die Bedeutung der Gesundheitskompetenz ist zu fördern, um eine **„GesundheitsVERziehung“ zu vermeiden.** Eltern, erziehungsrelevanten Personen (Schule) und Bezugspersonen ist bewusst zu machen, wieder vermehrt auf die Probleme von Kindern und Jugendlichen (Bauchweh, „mir ist fad“) zu hören und sich die Zeit zu nehmen, darauf einzugehen, um gezielt Ursachen herauszufinden, anstatt Symptome zu bekämpfen („Lifestyleproblematik“). Konkret bedeutet dies: Anstatt Kinder durch Medienkonsum oder „süße Belohnungen“ „glücklich“ zu machen, gilt es, ihnen nachhaltig Zeit und Gehör zu schenken und ein etwaiges Gesundheitsproblem gemeinsam zu erkennen und anzugehen.
3. Die Pädiatrie sieht sich mit einer Vielfalt von Problemfeldern konfrontiert, die einer **großen abzudeckenden Altersspanne** geschuldet sind. Deshalb sind für die Etappen bis zur Adoleszenz viele Zugänge nötig. Um den unterschiedlichen Problemstellungen gerecht zu werden, muss die Gesundheitskompetenz bereits in der Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen und den Gesundheitsberufen einen höheren Stellenwert erhalten. Ein Lösungsansatz ist es, Health Literacy und Gesundheitswissensvermittlung stärker in (pädagogische) Ausbildungscurricula zu integrieren.
4. Der natürliche Bewegungsdrang wird sowohl im Laufe der Erziehung („Stillsitzen ab der Volksschule“) als auch durch **bauliche Umgebungsfaktoren** („Ballspielen am Rasen verboten“) eingedämmt. Es sollten daher sowohl in der Stadt als auch am Land mehr Bewegungsraum und -freiheit geschaffen werden, wo – über schulische Initiativen und Sportvereinsaktivitäten hinausgehend – die eigen- und selbständige Aktivität von Kindern gefördert wird.
5. Aufgrund ökonomischer, sozialer und politischer Einflussfaktoren ist das Zusammenleben in einer Großfamilie weggebrochen. Dadurch gehen einerseits die Wissensweitergabe von Generation zu Generation und andererseits innerfamiliäre Be-

treuungsmöglichkeiten verloren. Daher sind die Kommunen bzw. die öffentliche Hand gefordert, ihre **gesellschaftliche Verantwortung** wahrzunehmen und Einrichtungen von Grünflächen und Bewegungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum als lebenswertes Umfeld zur Förderung körperlichen und geistigen Wohlbefindens zu gestalten.

6. Sozioökonomische und kulturelle Einflüsse können Gesundheitsbildung erschweren. Auf **Sprachbarrieren und Migrationshintergrund** ist im Zuge der Gesundheitsbildung gesondert zu achten.
7. Der Mutter-Kind-Pass sollte stärker auf Gesundheitsbildung ausgerichtet sein. Die Bezeichnung **Eltern-Kind-Pass** statt Mutter-Kind-Pass fördert ein gendergerechtes Agieren und Ansprechen beider Elternteile zu gleichen Teilen. Inhaltlich sollte der Pass adaptiert (Erweiterung um u. a. Ergotherapie) und bis zum 18. Lebensjahr geltend gemacht werden. Damit kann eine Motivation für Gesundenuntersuchungen und Impfungen durch „Nudging“ erfolgen.

IV. Corona-Learnings

Rasch und aktiv handeln, um psychische Belastung zu minimieren.

1. Zu beginnen ist bei der **Ausbildung** von Pädagoginnen und Pädagogen **zum Thema Krisenmanagement**. Bis dato gibt es zu diesem Gebiet keine Lehrangebote. Beispielsweise wären Volksschullehrerinnen und Volksschullehrer eine anzusprechende Zielgruppe.
2. **Gesundheitskompetenzvermittlung** in der Schule ist wesentlich. Sie sollte kreative Lösungsansätze aufweisen; Lehrpläne sind im Zuge dessen auf den aktuellen Stand zu bringen.
3. Das Thema Bildung erfasst mehr als die reine Wissensvermittlung: Es geht auch um **„Herzensbildung“ und psychosoziale Bildung**. Von Seiten des Bildungsministeriums kamen Stimmen, auch Home-schooling könne dies vermitteln. Aber die Realität während der Coronakrise sah anders aus, denn der Stress für Eltern und Kinder, z. B. aufgrund fehlender Räumlichkeiten und Infrastruktur (Laptop), war enorm. Das Bildungssystem muss an aktuelle Gegebenheiten angepasst werden – umfassender und weitgreifender als bisher.
4. Einen wichtigen Weg aus der Krise stellt die **Impfung** dar. Grundlegend ist eine evidenz- und faktenbasierte Informationsvermittlung, um dem „Glaubenswissen“ und der (Impfreaktion- und) Nebenwirkungsdiskussion erfolgreich entgegenzuwirken.
5. Es befinden sich viele Konzepte und Kontrakte in den Schubladen. Man muss das Rad nicht unbedingt neu erfinden. Einfacher in der Umsetzung ist es, **Bestehendes einem Update zu unterziehen**: Medizinische State-of-the-Art-Behandlung, innovative Therapien, Bürokratieabbau, Vereinfachungen der Zuständigkeiten, mehr Transparenz und einfacherer Zugang (am Patientenpfad zu Diagnose und früher Therapie, Rehabilitation und Nachsorge) für Betroffene, Angehörige und Bezugspersonen sollten berücksichtigt werden. **[2]**
6. Es darf nicht an der **Finanzierung**, an den Kosten liegen, dass gesundheitsförderliche Agenden nicht umgesetzt werden. Einiges muss leichter, demnach niederschwelliger und transparenter zugänglich gemacht werden (wie Diagnose und Therapie), die **Zuständigkeiten** verschiedener Träger auf Doppeltgleisigkeiten sind zu überprüfen, Länderspezifika aufzulösen (Stichwort Föderalismus) und Patientenwege zu optimieren (im Sinne von Informationsbereitstellung und Vereinfachung).

[1] ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER » siehe 13.4 auf der folgenden Seite

Kooperationspartner des Vereins PRAEVENIRE für den Themenkreis Kinder- und Jugendgesundheit



FÖRDERVEREIN
Kinder- und
Jugendlicherrehabilitation
in Österreich



13.4 ERGÄNZUNGEN UND DISSENSPOSITIONEN DER KOOPERATIONSPARTNER

Ergänzungen der Oberösterreichischen Gesundheitsholding (OÖG)

[1] Zu II.3.: Neue Konzepte der extramuralen Versorgung am Beispiel des Pädiatriemodells Klinikum Kirchdorf:

Es ist Faktum, dass insbesondere in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten die kassenärztliche pädiatrische Grundversorgung zunehmend zur Herausforderung wird – sowohl für die Pädiaterinnen, Pädiater als auch die Eltern mit ihren Kindern. Spitalsambulanzen werden dadurch verstärkt in Anspruch genommen, wieviele Tätigkeiten, die in österreichischen Spitalsambulanzen erbracht werden, auch extramural geleistet werden könnten. Eine Verlagerung in diesen Bereich muss allerdings strukturell und organisatorisch vorbereitet werden. Wichtigster Punkt ist dabei die Schaffung von Angeboten, die für Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall niederschwellig und unmittelbar bereitstehen.

Besonders der pädiatrische extramurale kassenärztliche Bereich ist allerdings schon heute von hoher Auslastung und langen Wartezeiten betroffen. Die Übernahme zusätzlicher Aufgaben aus dem ambulanten oder stationären Bereich ist angesichts der Ressourcenauslastung in diesem Feld unrealistisch.

Die OÖG (früher gspag) hat daher 2011 in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für OÖ und der damaligen OÖGKK das pädiatrische Pilotprojekt im Klinikum Kirchdorf gestartet und damit die Grenzen zwischen intra- und extramuralem Sektor überwunden – mit dem Ziel, ein innovatives Modell für integrierte Versorgung in einem herausfordernden Fachgebiet zu etablieren. Die Kinderambulanz aus dem Klinikum Kirchdorf wurde im Zuge dessen in eine Kassengruppenpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde ausgelagert. Im Krankenhaus verblieben die Notfallambulanz sowie die stationäre Abteilung mit dem Ziel, die pädiatrische Versorgung im Klinikum Kirchdorf zu stärken und gleichzeitig Kostendämpfungspotenziale, etwa durch Synergien in der Raum- und Gerätenutzung, zu luk-

rieren. Diese Kassengruppenpraxis wird vom Pädiatrieteam des Klinikums Kirchdorf geführt. Es besteht daher Personalunion zw. der Pädiatrischen Abteilung des Klinikums Kirchdorf und der Kindergruppenpraxis. Beide Einheiten sind örtlich am Klinikum Kirchdorf situiert.

Aus Krankenhausträgersicht wurde damit auf eine vor allem für Krankenanstalten außerhalb von Zentralräumen entstandene Situation reagiert: Sinkende Fallzahlen und Geburtenraten bei gleichzeitig hohem Personalaufwand für ärztliche und pflegerische Betreuung führten zu einer ökonomisch herausfordernden Situation. Daher wurden innovative Wege gesucht, bei optimalem Ressourceneinsatz eine dauerhafte Sicherstellung der (regionalen) stationären und ambulanten Versorgung im kindermedizinischen Bereich zu erreichen.

Aus Sicht der OÖG konnte damit eine effektivere und effizientere pädiatrische Versorgungsstruktur geschaffen werden. Weiters konnten die Patientenzufriedenheit und die Attraktivität des Versorgungsstandortes für Gesundheitsberufe gestärkt werden. Nicht zuletzt konnten mit Hilfe des Pilotmodells auch Herausforderungen und zu lösende Problematiken erforscht werden (z. B. im Hinblick auf die Ausbildung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten, rechtliche Fragestellungen) etc., die wertvolle Learnings für eine Verbesserung von Modellen dieser Art gewährt haben.

[2] Zu IV.5.: Auch aufgrund der exorbitanten Bedarfssteigerung und massiven Belastung bedarf es einer Schwerpunktsetzung im Bereich der psychischen Kinder- und Jugendgesundheit beginnend von Schulpsychologischen Diensten (Mobbing) über verstärkte Angebote von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanzen, den Ausbau der KJP-Abteilungen und Ausbildung hin zu Reha-Angeboten wie sie z. B. in unserer Kinder-Reha kokon Rohrbach-Berg bestehen und vertieft angeboten werden. Prävention, Resilienz und Therapie müssen gleichermaßen gestärkt werden.