

Johannes Rauch
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2022-0.054.428

Wien, 17.3.2022

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an meinen Amtsvorgänger gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 9530/J des Abgeordneten Kaniak und weiterer Abgeordneter betreffend Dramatischer Kinderärzte-Mangel in Österreich** wie folgt:

Zu den Fragen 1 bis 30 ist aufgrund der vom Dachverband der Sozialversicherungsträger eingeholten Äußerung Folgendes vorzuschicken:

Der Dachverband teilte mit, dass diese Fragen von den Krankenversicherungsträgern und dem Dachverband mangels auswertbarer Daten in der gewünschten Form nicht beantwortet werden können. Mangels einer verpflichtenden Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich liegen keine Zahlen zu Depressionen, Angststörungen, anderen psychischen Beeinträchtigungen, Adipositas oder Diabetes bei Kindern und Jugendlichen vor.

Hinsichtlich der diesbezüglich gesetzten Maßnahmen kann aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht lediglich angemerkt werden, dass dem ho. Bundesministerium in diesem Zusammenhang kompetenzbedingt nur die Möglichkeit zukommt, strategische Grundlagen zu schaffen und es letztlich in der Ingerenz der Krankenversicherungsträger liegt, im Rahmen der ihnen vom Gesetzgeber, insbesondere hinsichtlich des Vertragsrechts,

eingeräumten Selbstverwaltung Maßnahmen betreffend den Ausbau des Versorgungsangebots für Kinder und Jugendliche zu setzen. Angemerkt wird auch, dass sich die Kompetenz der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zur Schaffung von Behandlungsmöglichkeiten auf den niedergelassenen Bereich bezieht, während für entsprechende Maßnahmen im intramuralen Bereich das jeweilige Bundesland zuständig ist.

Ergänzend merkte die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) an, dass – aufgrund der aktuellen Situation im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie und des dadurch erhöhten Versorgungsbedarfes – im Jahr 2021 der Ausbau der psychosozialen Therapieangebote und der Versorgung für Kinder und Jugendliche durch Aufstockung der psychotherapeutischen Versorgungsangebote beschlossen wurde. Konkret wurde das Stundenkontingent erhöht und der Ausbau der psychosozialen Versorgung beschlossen. Alle weiteren Schritte und Maßnahmen dazu befinden sich derzeit in Umsetzung. Generell ist darauf zu achten, dass eine ausreichende und dem Bedarf entsprechende Versorgung durch Vertragspartner:innen im Fachgebiet der Kinder- und Jugendheilkunde österreichweit sichergestellt ist und zur Verfügung steht.

Im Bereich der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) ist unter gewissen Voraussetzungen auch eine Überschreitung der Kontingente für kassenfinanzierte Psychotherapie zulässig. Auch wurden mit einigen Vertragspartner:innen eigene COVID-19-Kontingente vereinbart.

Frage 1: *Welche Zahlen liegen Ihnen derzeit zu Depressionen bei Kindern und Jugendlichen vor?*

Die in den Jahren 2013-2015 durchgeführte Studie „Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)“ ist die erste und einzige repräsentative epidemiologische Studie für Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 18 Jahren in Österreich (*Wagner et al. 2017 bzw. Zeiler 2018*). Es wurde sowohl die Punktprävalenz (PP, Anteil der Personen mit einer aktuellen psychischen Erkrankung) als auch die Lebenszeitprävalenz (LP, Anteil der Personen, die irgendwann in ihrem bisherigen Leben die Diagnosekriterien einer psychischen Erkrankung erfüllt haben) erfasst. In Bezug auf die Häufigkeit bestimmter psychischer Erkrankungen waren die größten Gruppen Angststörungen (PP 10 Prozent) und Störungen der neurologischen und psychischen Entwicklung (PP 6,5 Prozent; z.B. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Störung ADHS). An dritter Stelle standen depressive Störungen mit einer Punktprävalenz von rund 1,5 Prozent und einer

Lebenszeitprävalenz von rund 5 Prozent (Zeiler 2018). Im Vergleich zu Studien aus Deutschland waren die Zahlen für Österreich deutlich geringer. Die Ursache dafür kann in den unterschiedlichen Erhebungsmethoden verortet werden, da in den deutschen Studien klinisch bedeutsame Anzeichen von Depression erhoben wurden, während die österreichische Studie von Wagner et al. (2017) ein strukturiertes klinisches Interview an die erste Screening-Phase anschloss und somit eventuell spezifische Fälle herausfilterte (Piso et al. 2020).

Zur Bewertung der aktuellen Lage können einzelne Studien wie z.B. jene von Pieh et al 2021 oder die Tiroler COVID-19 Kinderstudie (<https://www.i-med.ac.at/mypoint/news/749744.html>) herangezogen werden, die allerdings andere Erhebungsinstrumente und Methoden als die MHAT-Studie verwenden. Bei Pieh et al zeigten 55% der Befragten (Durchschnittsalter, 16,5 Jahre) klinisch relevant erhöhte Depressionswerte. In der Tiroler Studie waren v.a. die Werte für Trauma-Symptome und Angst erhöht.

Die Statistik der Hotline „Rat auf Draht“ weist zwar die Kategorie „Depression“ nicht eigens auf, allerdings deuten die erhöhten Werte bei „Schlafproblemen“ bzw. bei „Suizidgedanken“ in eine ähnliche Richtung.

Die Auswertungen der vorläufigen und noch nicht validierten Spitalsdaten deuten ebenfalls auf eine Zunahme im Bereich der affektiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen hin.

In allen Datenquellen scheinen die Anstiege bei Mädchen/jungen Frauen stärker ausgeprägt zu sein als bei Burschen/jungen Männern.

Frage 2: *Wie viele dieser Fälle sind mit der Corona-Pandemie in Zusammenhang zu bringen?*

Eine genaue Bezifferung ist wissenschaftlich seriös nicht möglich. Aus zahlreichen Studien in Österreich wie auch in anderen Ländern geht aber hervor, dass die mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Veränderungen, Ängste, Sorgen und Kontaktbeschränkungen das psychische Wohlbefinden von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in vielen Ländern stark negativ beeinflusst haben. Diese traurige Pandemiefolge ist damit keine österreichische Besonderheit.

Vgl. dazu auch die Beantwortung der folgenden Frage 3 sowie nähere Ausführungen bei der Beantwortung zu Frage 14.

Frage 3: *Wie viele dieser Fälle sind mit den Corona-Maßnahmen der Bundesregierung in Zusammenhang zu bringen?*

Diese Frage ist zahlenmäßig nicht zu beantworten. Es ist darauf zu verweisen, dass in zahlreichen internationalen Studien gezeigt wurde, dass auf der ganzen Welt die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch die Pandemie und die mit ihr verbundenen Einschränkungen beeinträchtigt wurde (s. z.B: UNICEF Report „On my Mind“: <https://www.unicef.org/media/114636/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf> oder „Mental Health Effects of the COVID-19 Pandemic on Children and Adolescents: A Review of the Current Research“ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34538305/>).

Es handelt sich also um ein weltweites und kein rein österreichisches Phänomen, relativ unabhängig von den jeweiligen nationalen Maßnahmen.

Frage 4: *Wie entwickelte sich die Zahl depressiver Kinder und Jugendlicher im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie?*

Eine laufende Studie der Medizinischen Universität Innsbruck (COVID-19 Kinderstudie <https://www.i-med.ac.at/mypoint/news/749744.html>) erhebt die psychische Befindlichkeit von Kindern durch Selbsteinschätzung von 8-12-jährigen Kindern (n=220) und Eltern von 3-12-jährigen Kindern (n=438/703) seit März 2020. Anfang Dezember 2021 startete die 4. Erhebung. Bei der 1. Befragungsrunde im März 2020 war die Mehrheit der Kinder noch im Normalbereich verortet (6 Prozent mit klinisch relevanten Krankheitszeichen). Im zweiten Teil wiesen bereits 16 Prozent Krankheitszeichen auf. Im Juni 2021 hatte sich der Anteil der Kinder, die vom Normalbereich in den klinischen Bereich gerutscht sind, seit der ersten Erhebung bereits auf 23 Prozent vervierfacht. Anstiege zeigen sich bei Angst, Aufmerksamkeitsproblemen sowie somatischen Beschwerden (Bauchweh, Schlafstörungen).

Eine weitere Studie aus Österreich an Jugendlichen kam auf noch deutlich höhere Prävalenzen während der Pandemie (Pieh et al. 2021). Demnach zeigten 55 Prozent der Jugendlichen depressive Symptome, 47 Prozent Angstsymptome, 23 Prozent Schlafstörungen, 64 Prozent Symptome von Essstörungen, und 16 Prozent der Jugendlichen wiesen wiederholte Suizidgedanken auf (Selbsteinschätzung anhand Patient Health Questionnaire - PHQ-9).

Die deutsche Studie „Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der COVID-19 Pandemie“ (COPSY Studie) (Ravens-Sieberer et al. 2021) ist eine repräsentative Längsschnittstudie und wurde in Deutschland als Online-Befragung durchgeführt (n= 1.040 Personen zwischen 11 und 17 Jahren und n=1.586 Eltern von Kindern und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren). Unter Verwendung von international etablierten Instrumenten zur Selbsteinschätzung von gesundheitsbezogener Lebensqualität, psychischen Auffälligkeiten, Angstsymptomen und depressiven Symptomen wurden Vorher-Nachher-Vergleiche angestellt (Referenzstudie dafür ist die BELLA-Studie (Ravens-Sieberer et al., 2015)). Demnach stieg in Deutschland die Prävalenz für psychische Auffälligkeiten von 17,6 Prozent vor der COVID-19 Pandemie auf 30,4 Prozent während der Krise. Damit wurden während der Pandemie für fast jedes 3. Kind psychische Auffälligkeiten erhoben, während vor der Pandemie etwa jedes 5. Kind betroffen war. 24 Prozent zeigen eine generalisierte Angststörung (vor Pandemie 14,9 Prozent). Die Zunahmen betreffen weiters depressive Symptome und psychosomatische Beschwerden. Betroffen sind vor allem Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Verhältnissen oder mit Migrationshintergrund.

Fazit: Alle Studien zeigen einen Anstieg psychischer Symptome bzw. Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen vor und während der COVID-19 Pandemie bzw. zeigen junge Menschen als besonders belastet. Alle Studien weisen darauf hin, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen besonders betroffen sind: Kinder/Jugendliche aus sozial schwächeren Verhältnissen und Kinder/Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund. Weiters deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Jugendliche und Adoleszente stärker belastet sind als Kinder. Einschränkungen in der Interpretation ergeben sich dadurch, dass die vorhandenen nationalen und internationalen Studien aufgrund unterschiedlicher Studiendesigns und befragter Altersgruppen nur bedingt vergleichbar sind.

Frage 5: Welche Maßnahmen setzen Sie, um dem entgegenzuwirken?

Die COVID-19-Pandemie führt zu vielfältigen psychosozialen Belastungen. Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche besonders betroffen sind. Ziel des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) ist es, ehestmöglich entsprechende Maßnahmen zu setzen, um die krisenbedingten psychosozialen Belastungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen möglichst frühzeitig Beratung und Behandlung zuzuführen und dadurch Aggravierung, Chronifizierungen und Langzeitfolgen vorzubeugen.

- Das BMSGPK hat in Zusammenarbeit mit dem FGÖ einen **Fördercall für die psychosoziale Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen** auf den Weg gebracht (vgl. https://fgoe.org/psychosoziale_gesundheit_kinder_jugendliche)
- Substanziell aufgestockt wurde **die Förderung der Hotline für Jugendliche, Rat auf Draht** als niedrigschwellige Erstanlaufstelle. Ebenso aufgestockt wurde die **Förderung für das Kriseninterventionszentrum**, das zuletzt neben persönlichen Angeboten auch seine Telefon- und Chat-Angebote deutlich erweitert hat. Nicht zuletzt fördert das BMSGPK auch die Entwicklung eines **Online-Suizidpräventionsprogramms für Kinder und Jugendliche**.
- Im Zuge dieser Förderung wird die **"Entwicklung eines Online-Selbsthilfeprogrammes zur Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen"** unterstützt. Hierbei handelt es sich um ein Projekt der Medizinischen Universität Wien, das sich zum Ziel setzt, mit Hilfe des Online-Selbsthilfeprogrammes suizidgefährdeten Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund Handlungskompetenzen zu vermitteln, um mit Krisen besser umgehen und ihre suizidalen Tendenzen bewältigen zu können. Weitere Infos finden sich unter: <https://fgoe.org/projekt/entwicklung-eines-online-sebsthilfeprogrammes-zur-suizidpraevention-bei-kindern-und-jugendlichen>
- Zur Verbesserung der Datenlage wurde ein **Monitoring der psychosozialen Gesundheit** etabliert:
Die psychosozialen Belastungen und Folgen der COVID-19-Krise konnten bisher nur geschätzt werden. Im Herbst 2020 wurde daher ein Projekt mit der Zielsetzung gestartet, zur Verbesserung der Datenlage im Bereich der psychosozialen Gesundheit ein Konzept zu erarbeiten, das basierend auf ausgewählten Indikatoren und Datengrundlagen für eine regelmäßige Auswertung im Sinne eines „Frühwarnsystems“ geeignet ist und der Politik datenbasierte Entscheidungsgrundlagen liefert.
- Für die niederschwellige Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Zusammenhang mit der Covid-19 Krise wurde das **Projekt „Gesund aus der Krise“** aufgesetzt. Bis Juni 2023 werden 12,2 Millionen Euro als zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt. Damit wird Kindern und Jugendlichen mit krisenbedingten psychosozialen Belastungen möglichst frühzeitig, niederschwellig, zielgruppenspezifisch, kostenfrei und ergänzend zur Regelversorgung eine Bedarfsklärung, Beratung bzw. Behandlung ermöglicht, um Chronifizierungen und Langzeitfolgen vorzubeugen. Diese Unterstützung erfolgt durch Psycholog:innen

bzw. Psychotherapeut:innen, die dafür Fördermittel durch das BMSGPK zur Verfügung gestellt bekommen.

- Dem bestehenden Fachkräftemangel in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen soll mit Maßnahmen zur **Attraktivierung der Mangelberufe** begegnet werden. Das BMSGPK arbeitet aktuell gemeinsam mit Ländern und Sozialversicherung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit an Empfehlungen für den Bereich der entwicklungs- und sozialpädiatrischen Einrichtungen sowie für kinder- und jugendpsychiatrische Netzwerke. Zielsetzung ist, diese Bereiche klarer zu definieren und damit für Menschen, die berufliche Entscheidungen treffen, fassbarer zu machen. Mit Vorliegen erster abgestimmter Empfehlungen für die entwicklungs- und sozialpädiatrischen Einrichtungen ist bis Mitte 2022 zu rechnen.
- Einstufung der **Kinder- und Jugendpsychiatrie als Mangelfach** – dies ermöglicht, durch Erweiterung des Ausbildungsschlüssels mehr Kinder- und Jugendpsychiater:inn:en ausbilden zu können. Dies ist eine der Maßnahmen, die dazu beitragen sollen, mehr Anwärter:innen in diesen Beruf zu bringen. Insgesamt ist es aber wichtig, das gesamte Spektrum der psychosozialen Berufe zu stärken.

Frage 6: *Welche Erfolge zeigen diese Maßnahmen?*

Eine Messung der Erfolge der oben angeführten Maßnahmen ist aufgrund der Dauer, bis Maßnahmen greifen, aktuell nicht möglich.

Fragen 7 bis 12:

- *Welche Zahlen liegen Ihnen derzeit zu Schulangst und Schulverweigerung bei Kindern und Jugendlichen vor?*
- *Wie viele dieser Fälle sind mit der Corona-Pandemie in Zusammenhang zu bringen?*
- *Wie viele dieser Fälle sind mit den Corona-Maßnahmen der Bundesregierung in Zusammenhang zu bringen?*
- *Wie entwickelte sich die Zahl von Kindern und Jugendlichen mit Schulangst, auch in Bezug auf Schulverweigerung, im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie?*
- *Welche Maßnahmen setzen Sie, um dem entgegenzuwirken?*
- *Welche Erfolge zeigen diese Maßnahmen?*

Es wird auf die Zuständigkeit des Bundesministers für Bildung, Wissenschaft und Forschung verwiesen.

Frage 13: Welche Zahlen liegen Ihnen derzeit zu psychischen Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen vor?

Siehe dazu auch die Beantwortung zu Frage 1.

Die in den Jahren 2013-2015 durchgeführte Studie „Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)“ ist die erste und einzige repräsentative epidemiologische Studie für Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 18 Jahren in Österreich (Wagner et al. 2017 bzw. Zeiler 2018). Dabei handelte es sich um eine umfangreiche und repräsentative Studie, die die Prävalenz verschiedener Indikationen erhob. Laut Zeiler (2018) erfüllten auf Basis der MHAT-Studie im Jahr 2014 rund ein Fünftel der Altersgruppe der 10 bis 18-Jährigen die Diagnosekriterien gemäß DSM-5 für zumindest eine psychische Erkrankung (Punktprävalenz). Rund 13 Prozent sollten aufgrund des Schweregrades unbedingt eine professionelle Behandlung erhalten.

Für die Zeit der Pandemie liegt keine vergleichbare epidemiologische Repräsentativerhebung vor. Zur Bewertung der aktuellen Lage können einzelne Studien dienen wie z.B. jene von Pieh et al 2021 oder die Tiroler COVID-19 Kinderstudie (<https://www.i-med.ac.at/mypoint/news/749744.html>), die allerdings andere Erhebungsinstrumente und Methoden als die MHAT-Studie verwenden. Bei Pieh et al zeigten 55% der Befragten relevante depressive Symptome, 47% zeigten Angstsymptome, 23% Schlaflosigkeit und 64 % Essstörungssymptome. Bei der Tiroler Studie hatte sich im Juni 2021 der Anteil der Kinder, die vom Normalbereich in den klinischen Bereich gerutscht sind, seit der ersten Erhebung (März 2020) bereits auf 23 Prozent vervierfacht. Anstiege zeigen sich bei Angst, Konzentrationsproblemen sowie somatischen Beschwerden (Bauchweh, Schlafstörungen).

Die Statistik der Hotline „Rat auf Draht“ zeigte zuletzt Anstiege bei den Unterkategorien Schlafstörungen, Überforderung in der Schule, sonstige psychische Erkrankungen, Suizidgedanken, Essstörungen und Autoaggression.

Die Auswertungen der vorläufigen und noch nicht validierten Spitalsdaten der Aufenthalte in allen Fonds-Krankenhäusern aufgrund von F-Diagnosen lässt seit dem Beginn der Pandemie (vor allem aber im Jahr 2021) eine teils massive Steigerung bei den folgenden Entlassungsdiagnosen bei Kindern und Jugendlichen erkennen:

- F30-F39 Affektive Störungen
- F50 Essstörungen
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 931.9 und Z915 Suizid-Versuch oder absichtliche Selbstverletzung bzw. Selbstbeschädigung in der Eigenanamnese

In allen Datenquellen scheinen die Anstiege bei Mädchen stärker ausgeprägt zu sein als bei Burschen.

Frage 14: *Wie viele dieser Fälle sind mit der Corona-Pandemie in Zusammenhang zu bringen?*

Siehe dazu auch die Beantwortung zu den Fragen 3 und 13.

Eine genaue Bezifferung ist wissenschaftlich seriös nicht möglich. Aus zahlreichen nationalen und internationalen Studien geht hervor, dass die mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Veränderungen und Kontaktbeschränkungen das psychische Wohlbefinden von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in vielen Staaten und damit in Ländern mit sehr unterschiedlichen Maßnahmen stark beeinträchtigt haben. Es handelt sich dabei um keine österreichische Besonderheit.

Demnach hat sich der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in etwa verdoppelt und ihr Gesundheitsverhalten hat sich signifikant verschlechtert. Bei sozial benachteiligten Kindern sowie Kindern mit Migrationshintergrund zeigen sich die Belastungen besonders deutlich.

Nach (Medien-)Berichten der zuständigen Psychiater:innen zeigt sich in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine zunehmende Überlastung seit Beginn der Corona Pandemie. Auch die noch unvalidierten Aufenthaltszahlen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie der Diagnosen und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten zeigen für das Jahr 2021 eine Zunahme. Bei der Betrachtung der Aufenthalte in allen Fonds-Krankenhäusern aufgrund von F-Diagnosen lässt sich seit dem Beginn der Pandemie (vor allem aber im Jahr 2021) eine teils massive Steigerung bei den folgenden Entlassungsdiagnosen bei Kindern und Jugendlichen erkennen:

- F30-F39 Affektive Störungen
- F50 Essstörungen
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 931.9 und Z915 Suizid-Versuch oder absichtliche Selbstverletzung bzw. Selbstbeschädigung in der Eigenanamnese

Ebenso ist eine deutliche Steigerung der Unterbringungen ohne Verlangen in der Altersgruppe der unter 18-Jährigen erkennbar.

Frage 15: *Wie viele dieser Fälle sind mit den Corona-Maßnahmen der Bundesregierung in Zusammenhang zu bringen?*

Siehe dazu auch die Beantwortung zu den Fragen 3, 13 und 14.

Diese Frage ist zahlenmäßig nicht zu beantworten. Es ist darauf zu verweisen, dass in zahlreichen internationalen Studien gezeigt wurde, dass auf der ganzen Welt die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von der Pandemie und den damit verbundenen Einschränkungen beeinträchtigt wurde. Es handelt sich also um ein weltweites und kein rein österreichisches Phänomen.

Frage 16: *Wie entwickelte sich die Zahl psychisch beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie?*

Siehe Beantwortung zu den Fragen 4 und 13.

Frage 17: *Welche Maßnahmen setzen Sie, um dem entgegenzuwirken?*

Siehe Beantwortung zu Frage 5.

Frage 18: *Welche Erfolge zeigen diese Maßnahmen?*

Eine bisherige Messung der Erfolge der oben angeführten Maßnahmen ist, aufgrund der Dauer bis Maßnahmen greifen, aktuell nicht möglich.

Frage 19: *Welche Zahlen liegen Ihnen derzeit zu Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen vor?*

Die Ergebnisse der Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) des Regionalbüros Europa der WHO im Erhebungszeitraum 2019/20 zeigen, dass in Österreich 25% der Jungen bzw. 23,6% (nach WHO-Referenzwerten gemessen) der Mädchen im Alter von 8 Jahren an Übergewicht oder Adipositas leiden (BMSGPK, 2021). Im Vergleich zur Erhebung aus dem Jahr 2016/17 konnte ein leichter Anstieg normalgewichtiger Kinder gezeigt werden, so waren im Erhebungszeitraum 2016/17 etwa 29,2% der Jungen bzw. 24,2% der Mädchen im Alter von 8 Jahren von Übergewicht oder Adipositas betroffen (BMGF, 2017).

Frage 20: *Wie viele dieser Fälle sind mit der Corona-Pandemie in Zusammenhang zu bringen?*

Dem BMSGPK sind keine aktuellen bundesweit-erfassten Daten nach 2019/20 bekannt, weswegen diese Frage für Österreich nicht beantwortet werden kann. In mehreren internationalen Studien wie z.B. auch in einer repräsentativen Erhebung aus Deutschland (COPSY-Studie) konnte jedoch während der Corona-Pandemie ein Anstieg von Übergewicht und Adipositas bei Kindern beobachtet werden.

Frage 21: *Wie viele dieser Fälle sind mit den Corona-Maßnahmen der Bundesregierung in Zusammenhang zu bringen?*

Durch die Maßnahmen, die in erster Linie der Bekämpfung der Sars-CoV-2 Pandemie dienten, wie u.a. Schulschließungen, Schließungen der Sportstätten und Ausgangsbeschränkungen, waren Kinder und Jugendliche vermehrt Risikofaktoren ausgesetzt, welche eine Gewichtszunahme begünstigen können. Zu diesen Risikofaktoren zählen zum Beispiel eine Steigerung der Screen Time und damit einhergehend eine erhöhte Exposition von Lebensmittelwerbung, vermehrt sitzende Tätigkeiten, weniger Möglichkeit zur körperlichen Aktivität oder unregelmäßige Schlafrythmen. Allerdings lässt das Fehlen einer Datenbasis zu einer erhöhten Exposition dieser Risikofaktoren keinen Schluss auf einen kausalen Zusammenhang zwischen den Corona-Maßnahmen der Bundesregierung und einer möglichen Steigerung der Fälle an Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen zu.

Frage 22: *Wie entwickelte sich die Zahl übergewichtiger Kinder und Jugendlicher im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie?*

Wie bei Frage 20 beschrieben, sind keine bundesweit-erfassten Daten verfügbar für eine solche Aussage. Einzelne Studien zeichnen ein Bild der post-pandemischen Situation in bestimmten Gebieten Österreichs. Wie z.B. eine Studie aus Klagenfurt, die 738 Volksschulkinder im Alter von 7-10 untersuchte. In dieser Studie konnte ein Anstieg von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas über die Zeit der Pandemie beobachtet werden (Jarnig et al. 2022).

Frage 23: *Welche Maßnahmen setzen Sie, um dem entgegenzuwirken?*

Das BMSGPK engagiert sich derzeit bei der EU-Joint Action BestReMaP im Bereich der verhältnispräventiven Maßnahmen zur Eindämmung der Adipositas-Epidemie bei Kindern und Jugendlichen. In diesem Rahmen arbeitet mein Ressort an den Themen der Lebensmittel-Reformulierung, Einschränkung von Lebensmittel-Werbung, die an Kinder gerichtet ist, und an der Verbesserung der Qualität der Gemeinschaftsverpflegung in Kindergärten und Schulen.

Durch die Erstellung des österreichischen Nährwertprofils und die Verabschiedung durch die Nationale Ernährungskommission wurden die Grundsteine für die Umsetzung der erwähnten Maßnahmen bereits gesetzt.

In den letzten Monaten konnten ebenso konkrete und zielgruppen-orientierte Qualitätsstandards zu diversen Settings der Gemeinschaftsverpflegung erstellt werden, an deren Veröffentlichung und Disseminierung derzeit gearbeitet wird.

Weiters wird derzeit in enger Kooperation mit Expert:innen an der Erstellung von „Handlungsempfehlungen und Maßnahmen zur Stillförderung“ gearbeitet. Dadurch wird ein Anstieg der Stillrate erwartet und ein wichtiger Beitrag zur Prävention von kindlichem Übergewicht und Adipositas geleistet. Auch die strengere Kontrolle von Werbung für Muttermilch-Ersatzprodukte steht im Focus. Bestrebungen zur Reduktion von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sind ebenfalls in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie als auch in der EU-Kindergarantie verankert.

Das erfolgreiche Programm „Richtig Essen von Anfang an“ wird weitergeführt.

Frage 24: *Welche Erfolge zeigen diese Maßnahmen?*

Um eine mögliche Trendumkehr der Zahlen von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen erkennen zu können ist eine neuerliche Teilnahme des BMSGPK auch in der nächsten Erhebungsrunde der Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) des WHO Regionalbüros für Europa sowie an der HBSC-Studie (Health-Behaviour in school-aged children) geplant. Weiters ist zu erwähnen, dass Veränderungen stark abhängig von der Umsetzung der Maßnahmen durch diverse verantwortliche Stakeholder auf Bundesländer- und anderen Ebenen sind und der Effekt dieser Strategien erst längerfristig sichtbar wird.

Fragen 25 bis 30:

- Welche Zahlen liegen Ihnen derzeit zu Diabetes bei Kindern und Jugendlichen vor?
- Wie viele dieser Fälle sind mit der Corona-Pandemie in Zusammenhang zu bringen?
- Wie viele dieser Fälle sind mit den Corona-Maßnahmen der Bundesregierung in Zusammenhang zu bringen?
- Wie entwickelte sich die Zahl von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie?
- Welche Maßnahmen setzen Sie, um dem entgegenzuwirken?
- Welche Erfolge zeigen diese Maßnahmen?

Hier liegen meinem Ressort keine aktuellen Zahlen vor.

Fragen 31 und 32:

- Wie viele Kassen-Kinderarztpraxen sind derzeit in den einzelnen Bundesländern unbesetzt?
- Wie hoch ist hier jeweils der prozentuelle Anteil unbesetzter Praxen?

Der Dachverband übermittelte nachstehende Tabellen/zahlenmäßige Aufstellung mit Stichtag 1. Oktober 2021 samt Erläuterungen:

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK):

Anzahl der besetzten und unbesetzten Planstellen sowie der prozentuelle Anteil der unbesetzten Planstellen in der Kinder- und Jugendheilkunde zum 1. Oktober 2021					
Bundesländer	Planstellen gesamt	Planstellen besetzt	gebundene Planstellen / in Besetzung	Planstellen unbesetzt	unbesetzt in %
Burgenland	8,0	8,0	0,0	0,0	0,0 %
Kärnten	17,5	17,0	0,5	0,0	0,0 %
Niederösterreich	43,0	29,5	5,5	8,0	18,6 %
Oberösterreich	38,5	33,5	3,0	2,0	5,2 %
Salzburg	20,0	17,0	1,0	2,0	10,0 %
Steiermark	36,0	31,0	3,0	2,0	5,6 %

Anzahl der besetzten und unbesetzten Planstellen sowie der prozentuelle Anteil der unbesetzten Planstellen in der Kinder- und Jugendheilkunde zum 1. Oktober 2021					
Bundesländer	Planstellen gesamt	Planstellen besetzt	gebundene Planstellen / in Besetzung	Planstellen unbesetzt	unbesetzt in %
Tirol	25,0	21,0	1,0	3,0	12,0 %
Vorarlberg	20,8	18,8	1,0	1,0	4,8 %
Wien	91,0	72,0	6,0	13,0	14,3 %
Österreich	299,8	247,8	21,0	31,0	10,3 %

Erläuternd merkte der Dachverband an, dass man grundsätzlich unter unbesetzten bzw. potentiell verfügbaren Planstellen alle laut den jeweiligen Stellenplänen zu einem Erhebungszeitpunkt nicht besetzten Planstellen versteht. Hierbei wird jedoch außer Acht gelassen, dass nicht alle unbesetzten Planstellen auch ausgeschrieben sind bzw. eine Versorgungslücke darstellen. So gibt es beispielsweise Fälle, in denen hinsichtlich einer Planstelle eine Vereinbarung zwischen der ÖGK und der Ärztekammer getroffen wurde, diese Planstelle für einen begrenzten Zeitraum nicht auszuschreiben bzw. für eine andere Verwendung zu reservieren (in der Darstellung: „gebundene Planstellen/in Besetzung“). Eine aggregierte Darstellung dieser unbesetzten Planstellen könnte zu falschen Rückschlüssen führen, weil sie nichts über die Problemlage in Zusammenhang mit der Besetzung von Planstellen aussagt, weshalb unter „*unbesetzten Planstellen*“ im Sinne der obigen Tabelle jene Stellen zu verstehen sind, die mindestens seit einem Quartal nicht besetzt werden können („Planstellen unbesetzt“).

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS):

Anzahl der besetzten und unbesetzten Planstellen sowie der prozentuelle Anteil der unbesetzten Planstellen in der Kinder- und Jugendheilkunde zum 1. Oktober 2021				
Bundesländer	Planstellen gesamt	Planstellen besetzt	Planstellen unbesetzt	unbesetzt in %
Burgenland	8	8	0	0,0 %
Kärnten	18	18	0	0,0 %

Anzahl der besetzten und unbesetzten Planstellen sowie der prozentuelle Anteil der unbesetzten Planstellen in der Kinder- und Jugendheilkunde zum 1. Oktober 2021				
Bundesländer	Planstellen gesamt	Planstellen besetzt	Planstellen unbesetzt	unbesetzt in %
Niederösterreich	40	36	4	10,0 %
Oberösterreich	37	32	5	13,5 %
Salzburg	21	19	2	9,5 %
Steiermark	36	33	3	8,3 %
Tirol	27	23	4	14,8 %
Vorarlberg	17	19	0	0,0 %
Wien	107	63	44	41,1 %
Österreich	311	251	62	19,9 %

Angemerkt wird, dass die von der ÖGK genannte Kategorie „gebundene Planstellen/in Besetzung“ grundsätzlich auch für den Bereich der SVS gilt, weil die ÖGK-Planstellen nie alleine, sondern immer auch gemeinsam mit Planstellen der BVAEB und SVS vergeben werden. Wenn also die bundesweit 21 gebundenen bzw. in Besetzung befindlichen Planstellen der ÖGK mit neuen Ärztinnen und Ärzten besetzt werden, sind diese 21 Ärztinnen und Ärzte auch Vertragsärztinnen und -ärzte der SVS.

Nach Mitteilung des Dachverbands verweist die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) ihrerseits auf die Stellungnahme der ÖGK.

Frage 33: *Wie beurteilen Sie die Versorgung der kassenärztlichen Kindermedizin?*

Österreich verfügt im europaweiten Vergleich über eine besonders hohe ärztliche Versorgungsdichte. Es ist jedoch nicht von der Hand zu weisen, dass es in Österreich derzeit stellenweise zu Nachbesetzungs- und Verteilungsproblemen kommt, die auf unterschiedlichen Ursachen beruhen. Zum einen gibt es durch den Generationenwechsel aktuell mehr nachzubesetzende Stellen. Zum anderen schließen aktuell auch weniger Mediziner:innen ihre Ausbildung ab bzw. wollen viele nicht als Vertragsärztinnen und -ärzte arbeiten, weil vielerorts ein negatives Berufsbild gezeichnet wird.

Die Kinder- und Jugendheilkunde ist gemeinsam mit der Allgemeinmedizin erste und zentrale Anlaufstelle für die Patient:innen und damit für eine hochwertige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung essenziell. In den letzten Jahren ist die Anzahl der Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde zwar gestiegen, im vertragsärztlichen Bereich führte dies aber nicht zu einer deutlichen Steigerung. Dies ist keine wünschenswerte Entwicklung. Daher ist es besonders wichtig, diesen Bereich zu stärken und aufzuwerten. Um diese Thematik in all ihrer Komplexität zu bearbeiten und dem Bedarf auch zukünftig gerecht zu werden, werden viele Anstrengungen unternommen. Die Sozialversicherung versucht beispielsweise durch attraktivere Verträge (z.B. Teilzeitmöglichkeiten, überdurchschnittliche Tarifierhebungen) mehr Kassenärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde zu gewinnen. Weiters werden von der Sozialversicherung auch Kinderzentren, die von Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde unter Einbeziehung anderer Berufsgruppen (z.B. Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie) betrieben werden, forciert.

Wie bereits festgehalten, setzen die Krankenversicherungsträger laufend Maßnahmen, um eine ausreichende Verfügbarkeit des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals sicherzustellen (näheres dazu siehe Fragen 34 bis 36).

Die ÖGK teilte diesbezüglich mit, dass die Vertragsärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde sowie jene für Allgemeinmedizin der ÖGK ein bundesweit dichtes Netz an Anlaufstellen für Kinder- und Jugendliche mit entsprechendem Behandlungsbedarf bilden. Zum Stichtag 1. Oktober 2021 waren in Österreich gemäß der gemeinsamen Stellenplanung mit den Ärztekammern 18,4 Planstellen für Kinder- und Jugendheilkunde pro 100.000 Einwohner:innen im Alter von 0 bis 18 Jahren vereinbart. Der Besetzungsstand liegt bei 89,7 %. Können die vakanten Stellen besetzt werden, ist eine entsprechende Versorgung im extramuralen Bereich in allen Bundesländern sichergestellt.

Von Seiten der SVS wurde darauf hingewiesen, dass der isolierte Blick auf die Stellenplanbesetzung bei der Frage nach der Versorgungslage jedenfalls zu kurz greift, was insbesondere am Beispiel Wiens sehr deutlich wird. So erfolgt nämlich die kinderfachärztliche Versorgung nicht nur durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte, sondern auch durch selbständige Ambulatorien, mit denen die Sozialversicherungsträger ebenfalls Sachleistungsverträge abschließen. Diese sind ebenso versorgungsrelevant und decken aufgrund ihrer Größe und Öffnungszeiten mitunter mehr ab als eine Einzelordination.

In anderen Bundesländern wird versucht, unbesetzte Planstellen im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde durch Kooperation mit dem jeweiligen Bundesland zu kompensieren. In der Steiermark etwa soll die Versorgung in einer Region, in der die Nachbesetzung der Planstelle schon seit längerem nicht möglich war, in Kooperation mit der KAGes (Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft) in Form einer dislozierten Ambulanz erfolgen.

Ferner darf nicht übersehen werden, dass auch die Primärversorgungseinheiten (PVE) eine nicht unwesentliche Rolle in der kinderärztlichen Versorgung spielen. So ist etwa die Kinder- und Jugendheilkunde das einzige fachärztliche Gebiet, das im Kernteam einer PVE mitarbeiten darf. In St. Pölten werden beispielsweise im Rahmen eines Pilotprojektes mehrere Kinder- und Jugendfachärztinnen und -ärzte beschäftigt, die ab April 2022 zwei bis drei klassische Kassenplanstellen abdecken sollen. Um die Versorgung in der Kinder- und Jugendheilkunde zu verbessern, wird weiters im Zuge der derzeit stattfindenden Abstimmungsgespräche zu den rechtlichen Grundlagen von Primärversorgungseinheiten (PVE) die Möglichkeit eigener PVE für Kinder und Jugendliche geprüft. Die Primärversorgung im allgemeinen und insbesondere PVE sollen bis 2026 mit gezielten Maßnahmen und Förderungen im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans deutlich gestärkt und ausgebaut werden.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass sowohl die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) als auch die zwischen den Ärztekammern und den Krankenversicherungsträgern zu vereinbarenden Stellenpläne im Rahmen der von ihnen abzuschließenden Gesamtverträge auf den tatsächlichen Bedarf bei der Versorgung mit ärztlichen Leistungen hinreichend Bedacht nehmen. Es besteht Anlass zur Zuversicht, dass mit den gesetzten Maßnahmen der Krankenversicherungsträger (vgl. Fragen 34 bis 36) dem derzeitigen Verteilungs- und Nachbesetzungsproblem effektiv entgegengewirkt wird und die ärztliche Versorgung jedenfalls auch in Zukunft sichergestellt ist.

Fragen 34: *Welche Schritte setzen Sie, um die Versorgung zu erhöhen?*

Vorab ist neuerlich allgemein festzuhalten, dass die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen bzw. deren Verbesserung im niedergelassenen Bereich der Sozialversicherung und im Krankenanstaltenbereich den Ländern obliegt. Es wird in weiterer Folge ausschließlich auf den niedergelassenen Bereich eingegangen.

Die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu den freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie den Gruppenpraxen werden durch privatrechtliche Verträge (Gesamtverträge) geregelt. Durch diese Verträge ist die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen. Unter anderem haben die Gesamtverträge die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte (Vertragsgruppenpraxen) unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) mit dem Ziel zu regeln, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur eine ausreichende ärztliche Versorgung sichergestellt ist.

Die ÖGK hielt in diesem Zusammenhang fest, dass zur Verbesserung der Versorgung mehrere Strategien verfolgt werden:

- Zahlenmäßige Ausweitung der Planstellen. In Oberösterreich ist im Stellenplan von 2021 bis 2025 beispielsweise ein Ausbau um weitere 3,8 Stellen (plus 9,87 %) vorgesehen.
- Setzung von Anreizen für die besetzten Planstellen, die zeitliche Versorgung auszuweiten: Ein Beispiel dafür ist in Wien die Schaffung eines Bonusmodells für erweiterte Öffnungszeiten mit Zuschlägen in Höhe von € 3,-- bis € 6,-- pro Fall, wenn die Mindestöffnungszeit der Ordination 25 Stunden beträgt. Außerdem gibt es in Wien seit 2019 zusätzlich eine sehr gut bezahlte Wochenend- und Feiertagsversorgung (zusätzlich € 1.000,-- pro Tag).
- Etablierung multiprofessioneller Modelle wie Kindergesundheitszentren und PVE mit kinderärztlicher Beteiligung, in denen die ärztlichen Teams durch weitere Gesundheitsberufe unterstützt und ergänzt werden. Entsprechende Pilotprojekte und Pläne gibt es bereits in Niederösterreich, Wien und Oberösterreich.
- In Salzburg und Oberösterreich hat die ÖGK das Projekt „Lehrpraxis Kinderheilkunde“ ins Leben gerufen, um das Interesse an der Niederlassung zu wecken.

Nach den dem BMSGPK vorliegenden Informationen sind die Krankenversicherungsträger jedenfalls bemüht, die (kinder-)ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich stetig zu verbessern. Es ist davon auszugehen, dass die von den Trägern gesetzten und geplanten Maßnahmen zu einer Verbesserung der kinderärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich beitragen.

Nach Befassung der Österreichischen Ärztekammer wird in Bezug auf die Versorgungserhöhung und weiters in Bezug auf die Besetzung der freien Praxen zusammenfassend und aufgeschlüsselt nach ausgewählten Bundesländern Folgendes festgehalten:

Burgenland

Das Burgenland gewährt eine Landarztförderung auch für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde. Übernimmt eine Ärztin bzw. ein Arzt eine Kassenstelle für Kinder- und Jugendheilkunde und verpflichtet sich, zumindest fünf Jahre dort tätig zu sein, zahlt das Land eine Förderung bis zu Euro 30.000,00 aus, unter der Voraussetzung, dass die Sitzgemeinde ebenfalls eine Förderung in diesem Ausmaß gewährt (z.B. durch Übernahme der Mietkosten etc.).

Niederösterreich

Um die Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde zu erhöhen und freie Praxen zu besetzen, ist in Niederösterreich die Möglichkeit der Jobsharing-Gruppenpraxis und die Ausschreibung halber Planstellen vorhanden. Zur zusätzlichen Attraktivierung der Kassenplanstellen wird über eine Anschubfinanzierung für diese Stellen diskutiert. Zusätzlich können Gemeinden ihre Unterstützungsangebote in der Ausschreibung vermerken lassen. Niederlegungswilligen Kassenärzten ist es möglich im Wege der Kammer-Jobbörse einen Nachfolger zu suchen.

Oberösterreich

Für den Stellenplan 2025 sind zusätzliche 2,8 Kassenplanstellen für das Fach Kinder- und Jugendheilkunde vorgesehen. Zusätzlich ist eine Stellenerweiterung auch in Form von Bruchstellengruppenpraxen möglich. In Oberösterreich wurden folgende Möglichkeiten geschaffen, um freie Praxen für das Fach Kinder- und Jugendheilkunde zu besetzen:

- Die Information über die Ausschreibung der Kassenplanstellen ergeht auch an die zuständigen Gemeinden. Somit besteht die Möglichkeit, eine allfällige Unterstützung durch die Gemeinde bei der Ausschreibung zu veröffentlichen.
- Die Information über die Ausschreibung ergeht auch an Bezirksärztevertreter und Fachgruppenvertreter.
- Es wurde ein Aboservice für Interessenten eingerichtet: Interessenten können sich zum Veröffentlichungszeitpunkt von Kassenstellen automatisiert über das Abo informieren lassen. Das Aboservice kann für eine oder mehrere Fachrichtungen, Bezirke oder Gemeinden ausgewählt werden.
- Des Weiteren sind finanzielle Unterstützungen für die Errichtung einer Gruppenpraxis zur Abdeckung einer vakanten Kinderarztstelle vorhanden.

- Eine Überbrückungshilfe ist vorhanden; somit kann eine zusätzliche Vorauszahlung bei Ordinationsbeginn ermöglicht werden.
- In Oberösterreich ist eine Vorfinanzierung der Ablöse für Juniorpartner in einer Nachfolgegruppenpraxis möglich.
- Die Abgeltung für die Behandlung von zusätzlichen Patienten an ordinationsfreien Tagen zum Abbau von langen Wartezeiten ist möglich.
- Die Abgeltung der Beiziehung einer erweiterten Vertretung oder Anstellung zum Abbau von langen Wartezeiten bzw. Abdeckung einer vakanten Stelle ist in diesem Bundesland möglich.

Salzburg

In Salzburg werden folgende Schritte gesetzt, um die Versorgung in diesem Bereich zu stärken:

- Flächendeckender Hausärztlicher Bereitschaftsdienst nachts und an Feiertagen und Wochenenden
- Transmuraler Kindernotdienst im LKH

Für Salzburger Kassenärzte gibt es eine Vielzahl an flexiblen gesamtvertraglich geregelten Kooperationsmöglichkeiten und Einstiegsmöglichkeiten, die auch oder gerade der Fachgruppe Kinderheilkunde offenstehen. Die Kooperationsmöglichkeiten werden im Vergleich zu anderen Fachgruppen von der Fachgruppe der Kinderfachärzte derzeit kaum nachgefragt. Zur Ankurbelung der Nachfrage werden Spezialseminare angeboten. Seit Beginn 2022 gibt es zudem die geförderte Lehrpraxis auch für Kinderärzte im Bundesland Salzburg mit dem Ziel, Nachfolger für ÖGK-Kassenstellen zu gewinnen.

Vorarlberg

In Vorarlberg wurden folgende Anreizsysteme zur Besetzung von unbesetzten Kassenstellen eingerichtet:

- Zurverfügungstellung von verschiedenen Jobsharing-Modellen
- die Schaffung von Teil-Kassenvertragsfacharztstellen und
- eine Niederlassungsprämie in Höhe von Euro 44.000,00 wenn dreimal erfolglos ausgeschrieben wurde.

Fragen 35 und 36:

- *Welche Schritte setzen Sie, um die freien Praxen zu besetzen?*
- *Welche Anreize bieten Sie hierzu infrage kommenden Mediziner?*

Inhaltlich kann aus Sicht der Sozialversicherung lediglich ein weiteres Mal festgehalten werden, dass es hinsichtlich des niedergelassenen Bereichs in der Ingerenz der Krankenversicherungsträger liegt, im Rahmen der ihnen vom Gesetzgeber insbesondere hinsichtlich des Vertragsrechtes eingeräumten Selbstverwaltung Maßnahmen zu setzen und Anreize zu schaffen, um das Interesse der Ärztinnen und Ärzte zu wecken, in diesem Bereich und in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger tätig zu sein.

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung hat für die Krankenversicherungsträger oberste Priorität. In diesem Sinn haben die Träger – federführend durch die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) – in den vergangenen Jahren in vielfältiger Weise Anstrengungen unternommen, um den Arztberuf (insbesondere auch am Land) zeitgemäß und attraktiv zu halten, um im Endeffekt möglichst alle offenen Kassenstellen neu zu besetzen und dem Trend zu Wahlärztinnen und Wahlärzten effektiv entgegenzuwirken.

Die ÖGK teilte diesbezüglich mit, dass freiwerdende Praxen rechtzeitig ausgeschrieben werden. Die Ausschreibung erfolgt im jeweiligen Regionalbereich, österreichweit und bei Bedarf auch international.

Um Medizinerinnen und Mediziner, die nicht im klassischen Vollzeit-Einzelvertragsverhältnis arbeiten wollen, Gelegenheit zu bieten, an der kassenärztlichen Versorgung mitzuwirken, werden die Möglichkeiten hierfür laufend erweitert. In diesem Zusammenhang sind beispielsweise Gruppenpraxen, Job-Sharing-Modelle und die Möglichkeit der Anstellung von Ärztinnen und Ärzten bei Kassenvertragsärztinnen und -ärzten zu erwähnen.

Weitere Lösungswege sind neue Kooperationsformen – von der Integration von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde in PVE (z.B. Enns, St. Pölten und ab 2023 Traun) über eigene Kindergesundheitszentren bzw. „kinderfachärztliche PVE“ (Piloten und Pläne in Wien, NÖ und OÖ) bis hin zu Kooperationen mit Spitalsträgern.

Eine Investition in die Ausbildung von Kinderfachärztinnen und -ärzten ist die Schaffung einer (geförderten) Lehrpraxis für Kinder- und Jugendheilkunde, die aktuell in Vorarlberg und Oberösterreich etabliert ist.

Weiters bietet die ÖGK den Kinderfachärztinnen und -ärzten ein attraktives Honorierungssystem an. Hinsichtlich der Höhe der kassenvertraglichen Honorare hielt der

Rechnungshof im Bericht zur ärztlichen Versorgung im niedergelassenen Bereich 2021 fest, dass Vertragsärztinnen und -ärzte höhere Medianeinkünfte als andere Berufsgruppen der selbstständig und unselbstständig Erwerbstätigen sowie andere freie Berufe (z.B. Rechtsanwält:innen oder Wirtschaftsprüfer:innen) aufweisen und damit ein wirtschaftlich attraktives Umfeld vorfinden.

Die Kassenverträge ermöglichen neben der Berufsausübung außerdem ausreichend Zeit für Familie und Freizeitaktivitäten. Vollzeit bedeutet rund 20 Stunden vertragliche Mindestöffnungszeit und ermöglicht somit eine gute Work-Life-Balance. Zudem gibt es bei einzelnen schwer nachbesetzbaren Kassenstellen in einigen Bundesländern (z.B. Wien und Vorarlberg) erhebliche Beiträge zur Anschubfinanzierung.

Siehe außerdem die Beantwortung zu Frage 34.

Frage 37: *Wissen Sie von der in der Ausendung genannten Petition Bescheid?*

Dazu liegen dem BMSGPK keine Informationen vor.

Fragen 38 bis 42:

- *Welche inhaltliche Stellungnahme geben Sie zu dieser Petition ab?*
- *Wie bewerten Sie die Forderung dieser Petition, wonach bei einer unzureichenden Versorgung kassenärztlicher Kindermedizin, die Krankenkassen private Leistungen zur Gänze übernehmen sollen?*
- *Können Sie diese Petition inhaltlich unterstützen?*
- *Wenn nein, warum nicht?*
- *Wenn ja, welche Maßnahmen ergreifen Sie bzw. wollen Sie ergreifen, um diese Forderung umzusetzen?*

Eine gänzliche Übernahme von bezahlten Rechnungen durch die Krankenversicherungsträger bei Inanspruchnahme von privaten Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringern ist durch die geltende Rechtslage nicht gedeckt. Die Bestimmungen des ASVG sehen ausschließlich die in den §§ 131 ff ASVG verankerten Regelungen zur Kosten-erstattung bei Inanspruchnahme von Wahlbehandlerinnen und Wahlbehandlern bzw. zu Kostenzuschüssen bei gänzlichem Fehlen von

Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern vor. Im Ergebnis gleichartige Regelungen finden sich auch in den sozialversicherungs-rechtlichen Parallelgesetzen.

Eine gänzliche Übernahme der von den Patientinnen und Patienten privat bezahlten Rechnungen in Höhe der Rechnungssumme ist daher derzeit rechtlich nicht möglich – und bedürfte dies einer entsprechenden Gesetzesänderung.

In Anbetracht dessen, dass Privattarife von Wahlärztinnen und -ärzten keinerlei Regelung unterliegen und daher nach freien Marktpreisen festgelegt werden können, wäre eine volle Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft in keiner Weise zu rechtfertigen. Im System der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein solcher Kostenersatz nach Marktpreisen nicht vorgesehen, würde im Übrigen das Vertragsarztsystem untergraben und damit die Finanzierbarkeit einer allen sozialen Gruppen zugänglichen medizinischen Sachleistungsversorgung nachhaltig schädigen.

Die ÖGK merkte ergänzend an, dass diese Petition von einer massiv unzureichenden kinderfachärztlichen Versorgung ausgeht. Tatsächlich liegt eine solche nach Einschätzung der ÖGK unter Hinweis auf die von ihr dazu gemachten Ausführungen nicht vor.

Frage 43: *Welche anderen, kurz- und mittelfristigen Lösungen bieten Sie den Betroffenen an, um die Versorgung sicherzustellen?*

Nach Mitteilung der ÖGK wird in jeder der betroffenen Regionen intensiv nach Lösungen und Versorgungsalternativen gesucht, die beispielhaft und konkret bereits in den Fragen 34 bis 36 skizziert sind. Nachstehend führte die ÖGK zwei weitere kurz- und mittelfristige Lösungsansätze in Oberösterreich und der Steiermark an:

Oberösterreich

In der Überbrückungsphase bis zur Nachbesetzung vakanter Stellen wird den umliegenden Vertragsärztinnen und -ärzten eine Sonderhonorierung angeboten, um den zusätzlichen Aufwand finanziell abzugelten. In Linz konnte mit den PVE vereinbart werden, dass Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen ersatzweise in den PVE in Anspruch genommen werden können.

Steiermark

In der Steiermark beabsichtigt die ÖGK Verträge mit dislozierten Krankenanstaltenambulanzen abzuschließen, um die Versorgung sicherzustellen. Auf dem

Gebiet der Kinderheilkunde ist die Eröffnung einer solchen dislozierten Ambulanz im Juni 2022 in Liezen geplant.

Darüberhinausgehend wird auf die Ausführungen zu den Fragen 34 bis 36 verwiesen.

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Rauch

