

Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Anforderungen an ein Idealmodell einer integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen in Österreich – Kurzfassung

Impressum

Herausgeber & Druck:

Competence Center Integrierte Versorgung
Wiener Gebietskrankenkasse
Wienerbergstraße 15-19
1100 Wien

2015

Redaktion & Gestaltung:

Competence Center Integrierte Versorgung
Abteilung Versorgungsmanagement (WGKK)

Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Wiener Gebietskrankenkasse gestattet.

Satz- und Druckfehler vorbehalten

Titelbild Copyright: Lightspring/Shutterstock.com

Offenlegung gemäß §25 Mediengesetz siehe www.wgkk.at → Impressum

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
1.1.	Zielsetzung	6
1.2.	Methodik	6
2.	Zentrale Ergebnisse	8
2.1.	Anforderungen an eine idealtypische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen	8
2.1.1.	Intersektorale Kooperation	9
2.1.2.	Strukturelle Rahmenbedingungen	11
2.1.3.	Kontinuität in der Versorgung	12
2.1.4.	Qualitätsmanagement und Evaluation	13
2.1.4.1.	Prozessqualität	13
2.1.4.2.	Ergebnisqualität	14
2.1.4.3.	Strukturqualität	14
2.1.4.4.	Pfadkonzepte	14
2.1.5.	Versorgung der Einheit Kind-Familie	15
2.2.	Entwicklungsstörungen und die Bedeutung der Primary Health Care	16
2.2.1.	Anspruch an eine erste Anlaufstelle bei Entwicklungsstörungen	16
2.2.2.	Mögliche Integration der neuen Strukturen der Primärversorgung	18
3.	Conclusio	21
3.1.	Ergebniszusammenfassung	21
3.2.	Empfehlungen für Praxis, Politik und Forschung	22
4.	Literaturverzeichnis	26

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Relevante Akteurinnen und Akteure bei Entwicklungsstörungen	8
Abbildung 2: Zentrale Komponenten in einer integrierten Versorgung von Entwicklungsstörungen	9
Abbildung 3: PHC und spezialisierte Einrichtung als Knotenpunkte der Versorgung mit Teilung von Managementaufgaben	19
Tabelle 1: Voraussetzungen für eine funktionierende Kooperation	10
Tabelle 2: Anforderungen an einen „First Point of Service“ hinsichtlich Entwicklungsstörungen	17
Tabelle 3: Versorgung entwicklungsbeeinträchtigter Kinder und Jugendlicher – Empfehlungen für die Praxis	23
Tabelle 4: Versorgung entwicklungsbeeinträchtigter Kinder und Jugendlicher – Empfehlungen an Verantwortungs- und Entscheidungsträger	24
Tabelle 5: Versorgung entwicklungsbeeinträchtigter Kinder und Jugendlicher – Empfehlungen an die Forschung	25

Abkürzungsverzeichnis

CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
GFGF	Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
PHC	Primary Health Care
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WHO	World Health Organisation

1. Einleitung

Die vorliegende Kurzfassung des Berichtes zur integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen als Ergänzung zur Langversion bietet einen komprimierten Blick auf die wesentlichen Ergebnisse der Arbeiten des Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) zu diesem Thema im Jahr 2015.

1.1. Zielsetzung

Ausgehend von der CCIV-Definition von integrierter Versorgung als eine „*patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre und nach standardisierten Behandlungskonzepten (Guidelines, Behandlungspfade, ...) ausgerichtete Versorgung*“¹ war es das Ziel, Anforderungen an eine Idealversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen zu beschreiben und die Frage nach einer möglichen Integration der im Jahr 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Primärversorgungsstrukturen zu stellen.

Der Begriff Entwicklungsstörung wird dabei umfassend verstanden und schließt alle Bereiche der Entwicklung (Sprache, Motorik, Kognition, Psyche, Kontaktverhalten, Sozialverhalten) mit ein.

Grundsätzlich findet sich in Österreich ein vielfältiges Spektrum an Angeboten für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen. Da sich diese jedoch auf die verschiedensten Politikbereiche (Gesundheit, Soziales, Jugendwohlfahrt, Schule/Kindergarten) verteilen, stellen die Aufbereitung der aktuellen Versorgungssituation und insbesondere die gemeinsame Planung und Vernetzung eine Herausforderung dar.² Daher lag der Fokus auf dem Thema Kooperations- und Vernetzungsstrukturen auch über die Grenzen des Gesundheitswesens hinaus unter Berücksichtigung der bestehenden Versorgungslandschaft.

1.2. Methodik

Um Anforderungen an ein Idealmodell beschreiben zu können, wurde folgende Methodik angewandt:

¹ (Competence Center Integrierte Versorgung, 2015)

² (Kern, Hagleitner, & Valady, 2013, S. 2)

- **Recherche zu bestehenden Konzepten und Vorhaben**

Die Basis bildeten, neben allgemeiner Rechercheergebnisse zu den Themen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen sowie Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen, bereits durchgeführte Erhebungen des IST-Standes mit darauf aufbauender Identifizierung diverser Problemfelder. Zudem wurden schon entwickelte und realisierte Pläne zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen miteingebunden.

- **Expertinnen- und Expertenbefragung unter Verwendung der Delphi-Methode**

Das Hauptaugenmerk lag auf der Ermittlung der Sichtweisen von acht Expertinnen bzw. Experten mit breiter Expertise zu den Themen Entwicklungsstörungen und Kooperationsmodelle. In drei Befragungsrunden (April bis Juli 2015) wurde mit Hilfe der Delphi-Methode, die als Entscheidungsverfahren definiert werden kann³, versucht, die Meinungen dieser Expertinnen und Experten zu einem unklaren Sachverhalt, nämlich welche Akteurinnen und Akteure bzw. welche sektorenübergreifenden Kooperationen für eine optimale Versorgung notwendig sind und wie Übergänge an Versorgungsschnittstellen bestmöglich gestaltet werden können, zu ermitteln.⁴ Zudem wurde die Frage nach einer möglichen Berücksichtigung des neuen Konzepts der Primärversorgung gestellt.

Die Ergebnisse der Gespräche mit folgenden Personen flossen in die Arbeit ein:

- Frau Mag.^a Natascha Almeder, MA – Pädagogische Assistenz der Geschäftsführung der Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie NÖ/OÖ GmbH (GFGF)
- Herr Prim. Dr. Friedrich Brandstetter – Ärztliche Leitung des Zentrums für Entwicklungsförderung am Standort Langobardenstraße
- Frau DDr.ⁱⁿ Andrea Fleischmann – WGKK, Abteilung Vertragspartnerverrechnung
- Frau Prim.^a Dr.ⁱⁿ Sonja Gobara – Ärztliche Leitung des Ambulatoriums Sonnenschein (NÖ)
- Frau Irmgard Himmelbauer, MSc – Niedergelassene Ergotherapeutin, Leitung „Praxis Naschmarkt“
- Herr Univ. Doz. Dr. Georg Spiel – Obmann, Geschäftsführer und ärztlicher Leiter von promente: kinder-jugend-familie, Obmann von promente kärnten, Obmann von promente forschung
- Frau Dr.ⁱⁿ Sylvia Stein-Krumholz – Niedergelassene Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde
- Herr Prim. Dr. Klaus Vavrik – Präsident der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

³ (Institut für Medien und Bildungstechnologie, 2015)

⁴ (Häder, 2009, S. 65)

2. Zentrale Ergebnisse

Aufgrund der bestehenden heterogenen Versorgungsstruktur konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht das bundesweit gültige Erfolgsrezept abgeleitet werden. Vielmehr war es durch die durchgeführte Recherchetätigkeit und die schrittweise Analyse der unterschiedlichen Aussagen der zuvor genannten acht Expertinnen und Experten hinsichtlich einer Idealversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen möglich, zentrale Elemente zu identifizieren, die in einer integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen essentiell sind.

2.1. Anforderungen an eine idealtypische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen

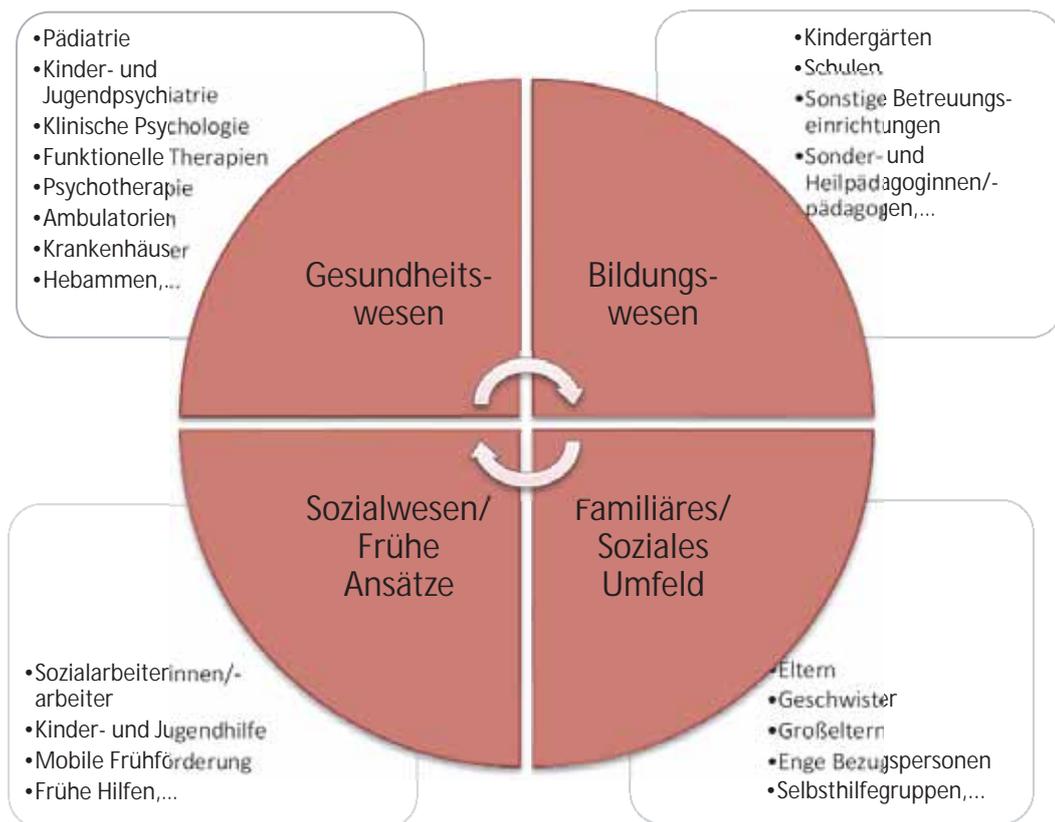


Abbildung 1: Relevante Akteurinnen und Akteure bei Entwicklungsstörungen⁵

Für eine gelingende umfassende Versorgung von entwicklungsbeeinträchtigten jungen Menschen ist isoliertes Agieren wenig zielführend. Vielmehr ist, wie Abbildung 1 verdeutlicht, das Zusammenspiel mehrere Ressorts (Gesundheits-, Bil-

⁵ Eigene Darstellung

dungs- und Sozialwesen) entscheidend. In Abhängigkeit vom Störungsbild, möglichen Komorbiditäten und den jeweiligen Auswirkungen auf den Lebensalltag des betroffenen Kindes/Jugendlichen im Einzelfall, ist die Beteiligung und Bedeutung der in Abbildung 1 dargestellten Personen und Institutionen im Betreuungs- und Behandlungsprozess variabel. Jedenfalls benötigt es einen angemessenen Mit-einbezug des familiären Umfelds des entwicklungsauffälligen Kindes/Jugendlichen in Form von Eltern- bzw. Geschwisterarbeit sowie Teamentscheidungen mit den Eltern. Denn die Effektivität von therapeutischen Maßnahmen ist minimal, wenn diese von den Eltern nicht mitgetragen werden.

Die folgende Grafik (Abbildung 2) bildet die identifizierten und im Folgenden beschriebenen wesentlichen Elemente in einer integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen (intersektorale Kooperation, strukturelle Rahmenbedingungen, Kontinuität in der Versorgung, Qualitätsmanagement und Evaluation) ab. Wobei Maßnahmen hinsichtlich dieser vier relevanten Komponenten immer auf das System Kind-Familie auszurichten sind.

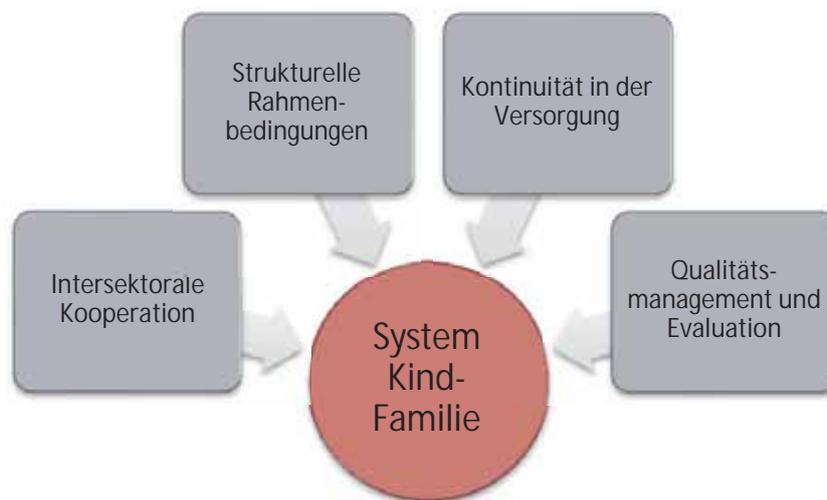


Abbildung 2: Zentrale Komponenten in einer integrierten Versorgung von Entwicklungsstörungen⁶

2.1.1. Intersektorale Kooperation

In Anlehnung an das Gesundheitsverständnis der WHO sind bei Kindern und Jugendlichen in der diagnostischen Phase drei Ebenen – die biomedizinische, die psychologische und ökosoziale Dimension – zu beachten und bei Bedarf entsprechende Interventionen in diesen Bereichen durchzuführen.⁷ Das bedeutet, es benötigt ein ausgewogenes Zusammenspiel von Gesundheits- und Sozialberufen, um dieser multidimensionalen Vorstellung von Gesundheit angemessen begegnen und ein abgestimmtes Paket an (medizinischen als auch nichtmedizinischen) Maßnahmen bieten zu können.

Aufgrund der dadurch großen Anzahl möglicher Stakeholder in der Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen (vgl.

⁶ Eigene Darstellung

⁷ (Damm, 2013a, S. 52)

Abbildung 1) mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen, Ausbildungen und theoretischen Arbeitskonzepten benötigt es besonders bei komplexem Hilfebedarf eine professionelle Kommunikation sowie Koordination der Leistungen. Durch eine am Einzelfall orientierte Zusammenarbeit soll eine kontinuierliche Versorgung ohne Brüche (horizontal als auch vertikal) gewährleistet werden. Für den erforderlichen direkten Datenaustausch innerhalb dieses Systems ist das Einverständnis der Eltern (Zustimmungserklärung) einzuholen.

Um Informationsasymmetrien, die durch eine nicht ausreichende Kommunikation und Informationsweitergabe entstehen, entgegenwirken zu können und um sicherzustellen, dass gemeinsame Ziele verfolgt werden, braucht es ein auf regionale Besonderheiten abgestimmtes Kooperationskonzept. Die Voraussetzungen hinsichtlich einer funktionierenden Kooperation wurden von der Expertinnen- und Expertenbefragung abgeleitet und in der folgenden Tabelle 1 zusammengefasst.

Klarheit	<ul style="list-style-type: none"> • Commitment aller Akteurinnen und Akteure • Intensität/Ziel des Austausches • Eindeutige Berufsprofile und Verantwortlichkeiten • Anforderungen an Dokumentation • Gemeinsame Qualitätsstandards
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Berichtswesen • Verbindliche Treffen/persönlicher Austausch • Gemeinsame Sprache (von Medizin, Pädagogik, Sozialwissenschaft) • Risikomanagement
Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Ausreichende, aber überschaubare Anzahl an Partnerinnen/Partnern • Kompetenzen (professionsspezifische Fähigkeiten, Kooperationskompetenz, Systemwissen) • Technische Voraussetzungen (kompatible IT)
Haltung	<ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzung • Respekt • Vertrauen (z.B. Berücksichtigung bereits erhobener Befunde) • Entwicklung einer gemeinsamen Kultur

Tabelle 1: Voraussetzungen für eine funktionierende Kooperation⁸

Demnach benötigt es, um im konkreten Fall zielgerichtet zusammenarbeiten zu können, die Klarheit hinsichtlich der Art und Weise des Zusammenspiels (durch die Beschreibung organisatorischer Prozesse, einer Definition von Schnittstellen sowie der Rollenverteilung), Kommunikationsregeln sowie entsprechende Ressourcen. Die Basis bildet eine respektvolle und wertschätzende Haltung.

Um nicht nur punktuell und zufällig zu kooperieren, wären Netzwerke die als „Strukturen zur Zusammenarbeit“⁹ verstanden werden können, zu schaffen.

⁸ Eigene Darstellung

⁹ (Damm, Fliedl, Katzenschläger, Tatzer, & Winter, 2012, S. 2)

Netzwerke streben einen spürbaren Mehrwert durch eine zielgerichtete Verknüpfung zuvor isolierter Einzelbereiche an.¹⁰ Für die Leistungserbringerinnen und -erbringer sollen durchgängige Informations- und Kommunikationsebenen Transparenz erwirken und aufgrund der dadurch vermeidbaren doppelten Handlungsansätze eine Entlastung in der täglichen Arbeit schaffen. Diese Form von Zusammenarbeit zwischen einzelnen Personen und/oder Helfersystemen benötigt neben persönlichem Engagement und Raum für Selbstgestaltung ebenso Stabilität in den Abläufen sowie Klarheit in den Zuständigkeiten im Hintergrund.

Die Bereitschaft bzw. die anzustrebende Selbstverständlichkeit zu Kooperation und Netzwerkarbeit der leistungserbringenden Personen gemeinsam mit einem etablierten Netzwerkmanagement reicht nicht aus, um die Herausforderungen bei der Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit besonderem Versorgungsbedarf bewältigen zu können. Neben der Kompetenz der einzelnen Akteurinnen und Akteure sich im Netzwerk zurechtzufinden und konkreter Zusammenarbeit auf persönlicher und interinstitutioneller Ebene braucht es auch Kooperationen auf der Stufe der Gesamtversorgung.

2.1.2. Strukturelle Rahmenbedingungen

Es benötigt strukturelle Rahmenbedingungen in Form einer ausreichenden, entsprechend abgestimmten Angebots- sowie einer geklärten Finanzierungssituation. Fehlende mögliche Netzwerkpartnerinnen und -partner in regionaler Nähe erschweren integrierte Versorgung nicht nur für die versorgungsrelevanten Akteurinnen und Akteure. Ebenso stellen mangelnde wohnortnahe Angebote und eine begrenzte öffentliche Erreichbarkeit für die betroffenen Familien eine Herausforderung dar.

Es müsste eine intensive Verknüpfung der bestehenden Einrichtungen und Strukturen erfolgen, um den besonderen Aufgaben bei der Versorgung von komplexen Fällen im Bereich der Entwicklungsstörungen adäquat begegnen zu können. Welche Rolle multidisziplinär ausgestattete Einrichtungen (wie sozialpädiatrische Ambulatorien, Förder- und Therapiezentren etc.) und einzelne niedergelassene Akteurinnen und Akteure (Pädiaterinnen/Pädiater, Therapeutinnen/Therapeuten, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater etc.) in der Netzwerkstruktur in den einzelnen Versorgungsregionen einnehmen, muss auf regionaler Ebene, auf die Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung abgestimmt, definiert werden.

Der Vorteil des Arbeitens in einer zentralen Einrichtung liegt für die einzelnen Akteurinnen und Akteure durch die räumliche Nähe im jederzeit möglichen Austausch mit Teamkolleginnen und -kollegen unterschiedlicher Profession. Ob in den beschlossenen Primärversorgungsstrukturen oder in niederschweligen spezialisierten Einrichtungen kann durch die Einschätzung und das Wissen anderer Berufsgruppen die persönliche Wahrnehmung einer Patientin bzw. eines Patienten ergänzt bzw. korrigiert werden und dadurch eine passgenaue Planung von Interventionen erfolgen. Für „Einzelkämpfer“ im niedergelassenen Bereich ist eine adäquate Versorgung von Fällen mit breitem Versorgungsbedarf schwierig.

¹⁰ (Damm, Fliedl, Katzenschläger, Tatzer, & Winter, 2012, S. 2)

Eine umfassende Vernetzung mit Austausch, Zusammenarbeit und Abstimmung wäre Voraussetzung.

Für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsbeeinträchtigungen und ihre Familien bedeutet eine zentrale Anlaufstelle in den einzelnen Regionen oftmals ein Vermeiden von Doppeluntersuchungen, ein breites Spektrum an Angeboten sowie die Sicherstellung von Organisationsleistungen und einer Begleitung über den gesamten Behandlungsweg. Jedoch können ebenso durch kürzere Anfahrtswege, aufgrund zeitlicher Flexibilität, Wartezeiten bei Kapazitätsgrenzen in Ambulatorien oder bei persönlichen Präferenzen der Familie beispielsweise niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten bei bestimmten Indikationen ein attraktives Angebot bieten und durch erweiterte Öffnungszeiten (Gruppenpraxen) ein optimierter Zugang zu Leistungen erreicht werden. Genauso kann sich ein Förderprogramm in Kindergärten oder Schulen als zentrale Hilfestellung sinnvoll erweisen.

Daher sind diese eben genannten Strukturen regional bestmöglich aufeinander abzustimmen und es wäre ein enger Austausch zwischen spezialisierten Institutionen, niedergelassenen Leistungsanbieterinnen und -anbietern sowie Einrichtungen außerhalb des Gesundheitssektors zu forcieren. Dabei ist den Schnittstellen entwicklungspädiatrische Ambulatorien/Zentren – Niedergelassene sowie Gesundheitswesen – Bildungsbereich jedenfalls eine besondere Beachtung zu schenken und eine Klärung spezifischer Fragen hinsichtlich einer Zusammenarbeit erforderlich.

2.1.3. Kontinuität in der Versorgung

Integrierte Versorgung bedeutet ebenso Kontinuität in der Betreuung. Diese wäre hinsichtlich entwicklungs auffälliger Kinder und Jugendlicher sicherzustellen

- a) in Form einer Behandlung ohne Brüche durch eine angepasste ausreichende Angebotslage (Förderung, Diagnostik, Therapie) mit geringen Wartezeiten sowie einem Kooperationskonzept (vgl. Kapitel 2.1.1),
- b) durch eine auf die Bedürfnisse der Familie abgestimmte Begleitung und Beratung während des gesamten Behandlungsprozesses,
- c) durch eine vorausschauende Wachsamkeit hinsichtlich möglicher Risiken, um frühzeitig intervenieren zu können sowie
- d) durch die Gewährleistung einer adäquaten Weiterbetreuung bei bestehendem Bedarf über das 18. Lebensjahr hinaus.

Ad b)

Der Bedarf an Begleitung kann sehr unterschiedlich sein. Manche Familien werden beispielsweise Koordinationstätigkeiten selbstverständlich übernehmen und über hilfreiche Förderungsmaßnahmen im Alltag informiert sein. Bei komplexem Versorgungsbedarf und/oder strukturschwachen Familien wird es möglicherweise eine begleitende, organisierende und unterstützende Person über einen langen Zeitraum und in hoher Intensität benötigen.

Bis dato werden diese Aufgaben (Beratung, Koordination, Organisation) je nach Versorgungsbereich und Schwerpunkt der Beeinträchtigung durch unterschiedliche Berufsgruppen unter verschiedenen Bezeichnungen (Fallführung, Fallbegleitung, Fallkoordination, Therapiebegleitung, Lotse, Familienbegleitung) über-

nommen. Die Klärung des Fallmanagements und somit die fachliche und organisatorische Begleitung im Bereich der Kinder und Jugendlichen, wie im Rahmen der Delphi-Befragung angemerkt, wäre daher anzustreben. Demnach sollten die Anforderungen an ein Case Management im Kinderbereich geklärt, die zeitlichen und finanziellen Voraussetzungen bestimmt, sowie die Aufgaben und notwendigen Qualifikationen festgelegt werden.

Ad c)

Um möglichen Risiken entgegenwirken bzw. frühzeitig intervenieren zu können, sind eine entsprechende Bewusstseins-schärfung und Aufklärung der Eltern sowie eine Wachsamkeit relevanter „Stakeholder“ (beispielsweise im Rahmen von Mutter-Kind-Pass Untersuchungen, Frühe Hilfen) anzustreben.

Mit Hilfe von Vorträgen an Schulen und pädagogischen Hochschulen, durch die Bereitstellung von Informationsbroschüren für Pädagoginnen und Pädagogen und die dadurch angestrebte Schulung der Aufmerksamkeit sowie Aufklärung über die regionale Angebotslage (spezialisierte Einrichtungen, Anlaufstellen) wäre es beispielsweise möglich, ein frühes Ansetzen bei Lern- oder Sprachstörungen zu unterstützen. Ebenso können Eltern-Ratgeber helfen, Unsicherheiten und Ängste abzubauen sowie die Gesundheits- und Erziehungskompetenz zu stärken.

Ad d)

Um den jungen Patientinnen und Patienten eine adäquate Weiterbetreuung bei bestehendem Bedarf über das 18. Lebensjahr hinaus (Transition) bieten zu können, sind organisierte Übergaben von Jugendlichen in die Erwachsenenversorgung essentiell. Voraussetzung dafür sind vorhandene Betreuungsstrukturen für junge Erwachsene.

2.1.4. Qualitätsmanagement und Evaluation

Die Themen Qualität und Patientensicherheit sind von entscheidender Bedeutung hinsichtlich einer integrierten Versorgung. Es wäre demnach durch definierte Mindeststandards sicherzustellen, dass Kinder und Jugendliche unabhängig vom Wohnort eine qualitativ hochwertige Versorgung in Österreich erhalten.

In Anlehnung an Donabedian¹¹ und seiner Unterteilung in Prozess-, Ergebnis- und Strukturqualität sind diese drei Dimensionen zu beurteilen.

2.1.4.1. Prozessqualität

Demnach wäre anzustreben, die im Rahmen des Versorgungsprozesses notwendigen Diagnostik- und Therapieschritte evidenzbasiert, nach dem aktuellen konsentierten Wissensstand (Leitlinien) aus der systematischen Forschung zu erbringen. Dadurch kann gewährleistet werden, eine adäquate medizinische und therapeutische Versorgung nicht nur basierend auf individueller Expertise und Erfahrung, sondern auch mit der besten externen wissenschaftlichen Evidenz, anzubieten.

¹¹ (Donabedian, 2005, S. 691ff)

2.1.4.2. Ergebnisqualität

Die Ergebnisse der Interventionen sind zu beurteilen und damit die Effektivität sowie Effizienz von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu bewerten. Aufgrund der durch eine Outcome-orientierte Evaluation möglichen Aussagen hinsichtlich geeigneter Interventionen im Rahmen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, kann eine Optimierung der angebotenen Leistungen im Sinne der jungen Patientinnen und Patienten wie auch der Finanzierungsträger vorgenommen werden. Das bedeutet langfristig wirksame Betreuungsmaßnahmen wie auch wenig effektive Vorgehensweisen können identifiziert, das Angebot sowie der gesamte Betreuungsprozess entsprechend angepasst und weiterentwickelt und durch die Forcierung effektiver und effizienter Interventionen der Einsatz finanzieller Mittel gerechtfertigt werden.

2.1.4.3. Strukturqualität

Ebenso ist eine hohe Qualität in Form einer entsprechenden Qualifikation der behandelnden Personen (beispielsweise mit Kompetenzen hinsichtlich Netzwerkarbeit, mit kinderspezifischer Kompetenz durch eine anzudenkende zertifizierte Kinder- und Jugendtherapie, Transparenz von Qualifikationen durch eine anzustrebende Registratur der Therapeutinnen und Therapeuten etc.) bzw. bezüglich des Angebotes an Fortbildungen (evaluiert, praxisrelevant) sicherzustellen.

Diese Strukturqualität ist nicht nur hinsichtlich der personellen Ressourcen (wie die genannte Qualifikation oder eine Mindestanzahl) zu gewährleisten, sondern betrifft auch die technischen (wie unterstützende EDV) und finanziellen Rahmenbedingungen. An dieser Stelle soll betont werden, dass es wenig sinnvoll erscheint, spezifische Kosten- und Finanzierungserfordernisse darzulegen. Vielmehr wären diese im konkreten Rahmen, das heißt in der tatsächlichen Kooperation, dem bestimmten Projekt und Zusammenwirken, zu klären. Wobei sicherzustellen ist, dass diese nicht zulasten der Kinder und Familien gehen, um einen niederschweligen Zugang und Chancengleichheit zu gewährleisten.

2.1.4.4. Pfadkonzepte

Zur Strukturierung der (vor allem ambulanten) Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ist die Etablierung von Behandlungspfaden anzudenken. Da die behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten oftmals aufgrund ihres großen Behandlungsspektrums nicht das spezifische Wissen und die Erfahrung im Entwicklungsbereich wie entwicklungspädiatrische Spezialeinrichtungen besitzen, können Pfadkonzepte als Orientierung dienen und helfen die Ergebnisqualität zu verbessern.

Eine solche leitende Funktion strebt durch die klare Systematik der Verordnungskatalog an. Dieser beinhaltet einen sektorenübergreifenden Behandlungspfad (niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten sowie spezialisierte Einrichtungen) im Versorgungsprozess von Kindern und Jugendlichen mit therapie relevanten Störungen. Konkret fokussiert der im Moment in der Testphase befindliche Katalog mit seinem Verordnungsalgorithmus auf funktionelle Therapien und ist daher für bestimmte Problematiken im Kindes- und Jugendalter konzipiert. Durch die definierten Schritte bringt dieses Instrument Transparenz in die Verordnung von funktionellen Therapien, schafft Verbindlich-

keit (obligates Berichtswesen) und kann dadurch zu einer bundesweit einheitlichen Vorgehensweise beitragen.

Durch diesen Katalog werden Zuständigkeiten bzw. die Grenzen des eigenen Verantwortungsbereiches definiert. Im Verordnungsalgorithmus des Kataloges findet sich der notwendige Verweis auf spezialisierte Einrichtungen, falls es im konkreten Fall einer weiteren Abklärung bedarf und es eine hochspezialisierte Versorgung benötigt (multidimensionale Diagnostik, Befund, Therapieplanung etc.).

Vor allem bei komplexen Fällen braucht es nach einer umfassenden ärztlichen/psychologischen Diagnosephase in kompetenten Einrichtungen die Erarbeitung eines passgenauen Lösungsweges aus dem Pool an wirksamen und anerkannten Verfahren im Team. Diese Interventionen sind demnach grundsätzlich maßgeschneidert (unter Berücksichtigung des Schweregrads der Störung, Ursache, Prognose, Leidensdruck) und stellen somit individuelle Pfade dar. Diese auf die einzelnen jungen Patientinnen und Patienten sowie die spezifischen Versorgungsbedürfnisse abgestimmten „Pfadäquivalente“ werden dabei im Idealfall in Ambulatorien bzw. spezialisierten Zentren mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen selbst, ihren Eltern/Angehörigen sowie verschiedenen Helfersystemen (Schule, Kindergarten, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Jugendamt,...) erstellt und bei Bedarf adaptiert. Solche Pfadäquivalente bieten für die an der Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteure Klarheit hinsichtlich des eigenen Verantwortungsbereiches und definieren die Ausgestaltung der notwendigen Kooperation.

2.1.5. Versorgung der Einheit Kind-Familie

Die durchgeführten Erhebungen zeigen, dass alle Optimierungsmaßnahmen hinsichtlich einer integrierten Versorgung von jungen Menschen mit Entwicklungsstörungen nicht ausschließlich auf das Kind, sondern auf das System Kind-Familie auszurichten sind. Eltern benötigen verschiedenste Fähigkeiten und Kenntnisse, um ihre Aufgaben hinsichtlich des Kindes wahrnehmen zu können und um die gesetzten therapeutischen Maßnahmen durch fördernde Aktivitäten im familiären Alltag ergänzen und dadurch einen langfristigen Behandlungserfolg sichern zu können. Es ist demnach essentiell, das gesamte System Kind-Familie je nach Bedarf zu betreuen (vgl. Kapitel 2.1.3). In Abhängigkeit von der Familiensituation unter Berücksichtigung verschiedenster Faktoren wie den sozioökonomischen Lebensbedingungen, dem Bildungs- und Migrationshintergrund, der Gesundheitskompetenz sowie einer möglichen Schocksituation aufgrund einer schwerwiegenden Diagnose kann es daher nötig sein, die Eltern in Gesprächen zu stärken, zu unterstützen, zu beraten oder parallel zum Kind und zum Teil gemeinsam zu behandeln.

Ideal versorgt sind die jungen Patientinnen und Patienten dann, wenn eine abgestimmte, kontinuierliche und qualitativ hochwertige Betreuung und Behandlung stattfindet. Dabei ist auf eine kindgerechte Kommunikation sowie eine die Wünsche und Bedürfnisse des Kindes berücksichtigende, altersgemäße und partizipative Gestaltung des Versorgungsprozesses zu achten. Eine solche Orientierung an den konkreten individuellen Erfordernissen benötigt es nicht nur im direkten Kontakt mit den betroffenen Familien, sondern auch auf organisationaler Ebene

der Finanzierung und Leistungserbringung sowie auf der Stufe des Gesamtsystems.

Da die frühe Kindheit bestimmend ist im Hinblick auf Gesundheit, soziale Integration und Teilhabe, ist es entscheidend, die Kinder in diesem Zeitraum mit Ressourcen auszustatten, die es ermöglichen, Herausforderungen in einer späteren Lebensphase besser bewältigen zu können. Durch frühzeitige Interventionen in Form eines passgenauen Versorgungsangebotes (Diagnostik, Therapie und Förderung) mit ausreichend bereitgestellten Kapazitäten (qualifiziertes Personal, finanzierte Therapieplätze) und einer adäquaten Mitbetreuung der Eltern können negative Effekte reduziert und somit kann auch möglichen späteren finanziellen Aufwendungen entgegengewirkt werden.^{12 13}

Jedoch sollte darauf geachtet werden, dass Kinder mit Entwicklungsbesonderheiten, die noch im Rahmen der normalen Variationsbreite liegen, auch als solche erkannt werden und nicht unnötigerweise behandelt werden.

2.2. Entwicklungsstörungen und die Bedeutung der Primary Health Care

Da das Erkennen eines potentiellen Versorgungsbedarfs und somit das frühzeitige Einleiten eines möglichen Betreuungs- und Behandlungsprozesses essentiell ist, um entsprechende Erfolge erzielen zu können, ist davon auszugehen, dass die Primärversorgung und damit einhergehend auch die neue Versorgungsform PHC-Einrichtung als erste allgemeine Kontaktstelle in Gesundheitsfragen eine wichtige Rolle in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsauffälligkeiten einnehmen kann.

2.2.1. Anspruch an eine erste Anlaufstelle bei Entwicklungsstörungen

Je nach Problemstellung (Auffälligkeiten im Bereich der Sprache, des Sozialverhaltens, der Motorik etc.) können die Funktion des kompetenten Erstkontaktes mehrere Stellen übernehmen. Die in der folgenden Tabelle 2 gelisteten Anforderungen an einen „First Point of Service“ hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen konnten basierend auf den durchgeführten Erhebungen formuliert werden (jedoch ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

Entscheidend scheint jedenfalls die Gewährleistung eines niederschweligen, unabhängig von der sozialen Lage leicht erreichbaren und raschen Zugangs zu Leistungen in Form von Unterstützung und Hilfestellung im Bedarfsfall. Dafür benötigt es auch strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen, die eine Niederschwelligkeit sicherstellen. Ein auf das Kindes- bzw. Jugendalter angepasstes Setting ist entscheidend, um in einer vertrauensvollen Umgebung gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen erste Schlüsse hinsichtlich eines möglichen Handlungsbedarfes ziehen zu können.

¹² (Barnett, 2000, S. 589ff)

¹³ (Ziniel & Winkler, 2013, S. 39f)

Niederschwelligkeit (weite Ansprechzeiten, Ressourcen für Erstgespräche etc.)
Kindergerechtes Setting (Ausstattung entsprechend kindlicher Bedürfnisse)
Grundwissen hinsichtlich des kindlichen Entwicklungsprozesses
Wachsamkeit und Sensibilität für den Entwicklungsbereich
Präventionsarbeit (Erziehungsberatung etc.)
Einleitung des Versorgungsprozesses
Filterung von Entwicklungsauffälligkeiten, Überweisung bei Kompetenzgrenzen
Kompetenz hinsichtlich Kooperation und Vernetzung (wesentliches Element regionaler Netzwerke)

Tabelle 2: Anforderungen an einen „First Point of Service“ hinsichtlich Entwicklungsstörungen¹⁴

Die Qualität in Form eines kompetenten Erstkontaktes ist wesentlich, denn die primärversorgende Stelle informiert in Gesundheitsfragen und koordiniert im Optimalfall die weiteren Schritte. Zur Erfüllung dieser Aufgaben benötigt es professionelle Ansprechstrukturen mit spezifischen Kompetenzen und Qualifikationen. Weniger ein detailliertes medizinisches Fachwissen als implementierte Werkzeuge (Übersichten von spezifischen Angeboten in der Region, Checklisten etc.) werden notwendig sein, um rasch und flexibel kritische Konstellationen und individuelle Fragestellungen bearbeiten zu können. Demnach braucht es ein kinderspezifisches Grundwissen sowie die Etablierung von Tools und Schulungen zur Sicherstellung einer Sensibilität für den Entwicklungsbereich. Dadurch wird eine Filterung von Störungsbildern möglich und kann frühzeitig eine notwendige weitere Abklärung erfolgen.

Darüber hinaus sollte die Aufgabe einer ersten Kontaktstelle darin liegen, Präventionsarbeit zu leisten und insbesondere der Verhältnisprävention einen besonders hohen Stellenwert (beispielsweise in Form von Elternberatung, um einer möglichen Überforderung bzw. Schwierigkeiten entgegenzuwirken) zu geben. Kompetenzen für Vernetzungstätigkeiten schaffen die Basis für konkrete Zusammenarbeit, die als wesentlich zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Betreuung ohne Brüche im Bedarfsfall zu sehen ist. Darüber hinaus stellen Austausch und Kooperation sicher, über aktuelle, relevante Angebote in Bezug auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen informiert zu sein (und zu bleiben) und dadurch zielgerichtet überweisen zu können.

¹⁴ Eigene Darstellung

2.2.2. Mögliche Integration der neuen Strukturen der Primärversorgung

Die erklärte Absicht war es, der Bedeutung der im Jahr 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Primärversorgungsstrukturen, in denen bis Ende 2016 ein Prozent der österreichischen Bevölkerung versorgt werden soll¹⁵, im Hinblick auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen nachzugehen. Ziel dieses neuen Konzeptes ist es, durch eine möglichst breite Vernetzung des Primärversorgungskernteams mit primärversorgungsrelevanten Berufsgruppen und ergänzend dazu Primärversorgungspartnerinnen und -partnern (wie Schulen, Apotheken) eine umfassende Betreuung von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen.¹⁶

In Abhängigkeit des Störungsbildes, eventuellen Komorbiditäten und den konkreten Lebensbedingungen des Kindes sowie der Qualifikation des Primärversorgungsteams ist in diesen Einrichtungen eine Früherkennung von Entwicklungsproblemen, eine diagnostische Abklärung, die Behandlungsplanung und/oder Therapie denkbar. Ergänzend dazu bietet sich durch die Struktur mit Sozialarbeiterinnen/-arbeitern oder Psychologinnen und Psychologen die Möglichkeit, Eltern oder beispielsweise auch Pädagoginnen und Pädagogen als weite Bezugspersonen zu informieren und zu beraten.

Eine solche Gestaltung mit einem Team aus Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens mit geteilter Verantwortung und geteilten Zuständigkeiten sowie der geplanten Übernahme einer Koordinierungs- und Lotsenfunktion finden sich beispielsweise ebenso in entwicklungs- und sozialpädiatrischen Ambulatorien und Zentren. Daher wären eine regionale Vernetzung dieser multiprofessionellen Systeme sowie eine Klärung von Zuständigkeiten im Hinblick auf das gemeinsame Ziel, die adäquate Versorgung von entwicklungsbeeinträchtigten Kindern und Jugendlichen, sinnvoll und erstrebenswert.

Abbildung 3 stellt eine mögliche Kooperation, in der die Primärversorgungseinheit sowie die spezialisierte Institution als Knotenpunkte fungieren, grafisch dar. Demnach könnten durch eine enge Zusammenarbeit dieser beiden organisatorischen Einheiten, PHC und spezialisierte Einrichtung, sowie einem weiten Netzwerk von Partnerakteurinnen und -akteuren, Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse versorgt werden. Managementaufgaben (Fallmanagement, Lotsenfunktion etc.) könnten je nach Komplexität des Falles entweder von der allgemeinen Primärversorgungsstruktur oder von der auf Entwicklungsstörungen spezialisierten Institution übernommen werden.

¹⁵ (Bundes-Zielsteuerungskommission, 2014b, S. 37)

¹⁶ (Bundes-Zielsteuerungskommission, 2014a)

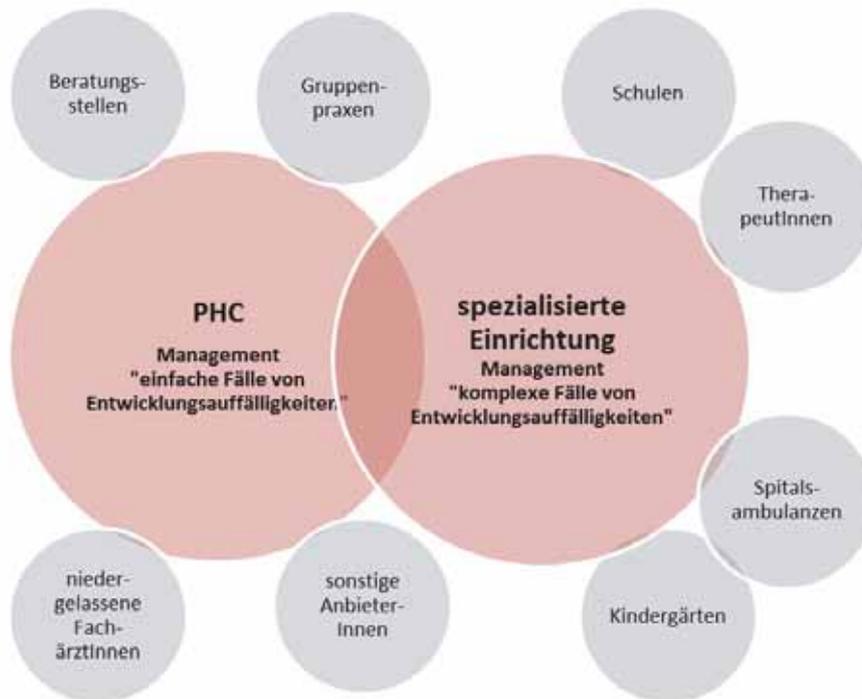


Abbildung 3: PHC und spezialisierte Einrichtung als Knotenpunkte der Versorgung mit Teilung von Managementaufgaben¹⁷

Daher kann festgehalten werden, dass es von besonderer Relevanz ist und gleichzeitig durchaus eine besondere Herausforderung darstellt, im bestehenden System und somit in den politisch akkordierten neuen Primärversorgungsstrukturen Raum für Kinder und Jugendliche zu schaffen und ergänzend dazu den spezifischen Blick für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen zu integrieren. Da die kindliche Entwicklung nicht nur von der allgemeinen Gesundheit des Kindes bestimmt wird, sondern besonders von der psychischen Gesundheit¹⁸, muss auch dieser Bereich in den neuen Primärversorgungsstrukturen die entsprechende Berücksichtigung finden.

Klar ist, eine optimale Versorgung umfasst nicht nur eine spezifische, auf die Bedürfnisse des Kindes bzw. des Jugendlichen und auf die Problemstellung angepasste Behandlung und Betreuung, wenn nötig auch über die Grenzen des Gesundheitssektors hinaus, sondern beinhaltet auch einen kompetenten Erstkontakt mit Sensibilität für den Entwicklungsbereich sowie dem Wissen um die Versorgungsstruktur mit Angeboten und Zuständigkeiten hinsichtlich Entwicklungsstörungen in der Region.

Das bedeutet, in jenen Regionen, wo aktuell eine Lücke bei der (integrierten) Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen besteht, sollte bei der Implementierung von PHC-Einrichtungen Bedacht darauf genommen werden, auch die notwendige Expertise für diese jungen Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Gemäß der Fragestellung „Was braucht es regional unter Berücksichtigung der aktuellen Gegebenheiten?“ sind die neuen Primärver-

¹⁷ Eigene Darstellung

¹⁸ (Schlack, Thyen, & von Kries, 2009, S. 6)

sorgungsstrukturen in die bestehende Landschaft zu integrieren. Konkret wäre zu überprüfen, ob und in welchem Umfang bereits spezialisierte niederschwellige Einrichtungen wie beispielsweise Ambulatorien in der Umgebung zu finden sind und diese als zentrale Anlauf-, Versorgungs- und Koordinierungsstelle für entwicklungsauffällige Kinder und Jugendliche fungieren oder ob einzelne niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte, Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und nichtärztliche Berufsgruppen oder auch Gruppenpraxen vorwiegend die Behandlung und Betreuung dieser jungen Patientinnen und Patienten übernehmen. Je nach regionalen Gegebenheiten, identifizierten Lücken und den abgeleiteten Erfordernissen wären die jeweiligen Komponenten zu stärken bzw. durch neue Primärversorgungsstrukturen mit definierten Anforderungen und Aufgaben zu ergänzen.

3. Conclusio

3.1. Ergebniszusammenfassung

Es hat sich bestätigt, dass es aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen sowie der vielfältigen bereits existierenden Versorgungsmodelle nicht möglich ist, das „best-practice-Modell“ einer integrierten Versorgung abzuleiten und darzustellen. Es kann daher lediglich Anforderungen geben, die es im Rahmen der bestehenden integrierten Versorgungsformen und insbesondere des Ausbaus derartiger Strukturen für eine bestmögliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen zu beachten bzw. zu realisieren gilt.

Von zentraler Bedeutung in einer integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen, wie sie das CCIV versteht, ist es, sich mit den in Kapitel 2.1 näher beschriebenen und im Folgenden gelisteten fünf Punkten auseinanderzusetzen und diese als wesentliche Anforderungen und Handlungsfelder für eine optimierte Versorgung anzusehen:

- Intersektorale Kooperation
- Strukturelle Rahmenbedingungen
- Kontinuität in der Versorgung
- Qualitätsmanagement und Evaluation
- Betreuung der Einheit Kind-Familie

Um das übergeordnete Behandlungsziel von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen – eine gesteigerte Handlungskompetenz, Partizipation im Alltag und damit einhergehend eine höhere Lebensqualität (nach den Kriterien der ICF) – zu erreichen, benötigt es passgenaue familienorientierte Interventionen. Da es vielfach einer Begleitung, Unterstützung und Stärkung von Ressourcen bedarf, um Entwicklungsaufgaben bewältigen zu können, sowie in manchen Fällen die qualifizierte Elternberatung eine geeignete Maßnahme darstellt, sind verschiedenste Berufsgruppen geeignet, diese Funktionen zu übernehmen. Es ist daher eine an den Bedürfnissen der Familien ausgerichtete Versorgungsstruktur mit Beteiligung unterschiedlichster Professionen und variablen Managementstrukturen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Faktoren zu forcieren. Durch die Stärkung solcher Strukturen kann es für betroffene Kinder und Jugendliche einfacher sein, individuelle Herausforderungen positiv zu bewältigen sowie negativen Folgen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt deutlich werden (wie begrenzte Chancen auf dem Arbeitsmarkt aufgrund von Lern- oder Sprachstörungen), entgegenzuwirken.

Ein wichtiges Qualitätskriterium in der Versorgung von entwicklungsbeeinträchtigten Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf, die Unterstützung aus mehreren Versorgungssystemen (Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich)

benötigen, stellt demnach eine adäquate und zielgerichtete Zusammenarbeit einer größeren Anzahl an Personen und Einrichtungen sowie die ständige angemessene Einbindung von engen Bezugspersonen der jungen Patientinnen und Patienten dar. Da oftmals eine koordinierende Person sowie Vereinbarungen fehlen, wurden bereits Projekte initiiert, die Themen im Bereich der Kooperation behandeln und die Verbesserung der Organisation und Kommunikation im Netzwerk anstreben (durch die Erstellung von Leitfäden, Manuals etc.). Die Ergebnisse diverser Projektarbeiten können wertvolle Anregungen für konkrete Umsetzungsmaßnahmen in den jeweiligen Regionen liefern und sollten daher die notwendige Beachtung finden.

Ergänzend dazu stellt die Idee einer Kooperation von Primärversorgungseinrichtungen und entwicklungspädiatrischen Ambulatorien einen möglichen Ansatz hinsichtlich eines verbesserten Zusammenwirkens in der Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen dar. Spezialisierte Einrichtungen, wie entwicklungspädiatrische Ambulatorien, die durch eine Arbeitsweise im Team, mit multidimensionaler Diagnostik und breiten Therapieleistungen, der Vernetzung mit Bildungs- und Sozialeinrichtungen sowie durch aufsuchende Angebote sowohl ein hochspezialisiertes Leistungsspektrum bieten, als auch eine niederschwellige, wohnortnahe laufende Betreuung der gesamten Familie ermöglichen, könnten sich gemeinsam mit den im Jahr 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Primärversorgungsstrukturen künftig noch stärker als die zentralen Plattformen hinsichtlich einer integrierten Versorgung mit einem abgestimmten und qualitätsgesicherten Angebot an Präventions-, Behandlungs- und Betreuungsleistungen etablieren.

Die dargelegten Ergebnisse dieser theoretischen, konzeptionellen Arbeit im Jahr 2015 bieten sich als Grundlage für nachfolgende konkrete Umsetzungsschritte hinsichtlich integrierter Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen an. Zu beachten ist, dass die praktische Umsetzung sektoren- und systemübergreifender Versorgungsansätze immer auf die regionalen Möglichkeiten und Verfügbarkeiten sowie auf bereits etablierte Kooperationsinitiativen abzustimmen ist und diese nur dann erfolgsversprechend ist, wenn sie den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung angepasst wird.

3.2. Empfehlungen für Praxis, Politik und Forschung

Die im Folgenden in komprimierter Form gelisteten Empfehlungen (Tabellen 3-5) wurden von den Anforderungen an eine Idealversorgung abgeleitet, nach Adressaten geordnet und können als zentrale Ansatzpunkte für die weitere Bearbeitung gesehen werden.

Empfehlungen an die Leistungserbringung
Vernetzung
Vergrößerung der Wissensbasis über die jeweils vor- und nachgelagerten Strukturen sowie über das regionale Angebotsspektrum.
Etablierung von institutionalisierten Formen von Vernetzung mit einem Netzwerkmanagement.
Sicherstellung strukturierter Übergaben (Berichtswesen).
Identifizierung und Darstellung des Mehrwertes von Zusammenarbeit für die einzelnen Akteurinnen und Akteure.
Nutzung von Erfahrung und Know-How von bereits kooperierenden Einrichtungen und Vernetzungsinitiativen (veröffentlichte Leitfäden, Krisenmanuals etc.).
Entwicklung einer Selbstverständlichkeit hinsichtlich Kooperation und Vernetzung.
Patientenorientierung
Sicherstellung einer alters- und entwicklungsgerechten Vorgehensweise mit Partizipation, professioneller Kommunikation und besonderer Berücksichtigung des Beziehungsaspektes.
Intensiver Miteinbezug von Eltern mit Information, Beratung, Stärkung und gemeinsamer Interventionsplanung.
Offenheit für elterliche Belastungen/psychosoziale Risiken, um früh Problemfelder zu erkennen.
Schaffung von Transparenz und Aufklärung - „Für welche Kinder und Jugendliche sind wir da?“ (Alter, Störungsbilder etc.) durch Informationsveranstaltungen, Broschüren etc. (für Familien als auch für vor- und nachgelagerte Strukturen).
Qualität
Sicherstellung der eigenen Fähigkeiten hinsichtlich Entwicklungsdiagnostik und/oder Kindertherapie (Qualifikation, Erfahrung) bzw. Reflexion persönlicher Grenzen mit rascher Weitervermittlung an kompetente Stellen.
Forcierung der Effektivitäts- und Effizienzprüfung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie deren transparente Darstellung.
Orientierung an Empfehlungen von Leitlinien.
Regelmäßige Schulung bzw. Fort- und Weiterbildung zur Gewährleistung entsprechender Kompetenzen (Team- und Kommunikationsfähigkeit für Vernetzungstätigkeit sowie kinderspezifische Kompetenzen).
Entwicklung und Etablierung von unterstützenden administrativen Strukturen (IT-Systeme) sowie Tools zur Orientierung (Checklisten, Pfadinstrumente etc.).

Tabelle 3: Versorgung entwicklungsbeeinträchtigter Kinder und Jugendlicher – Empfehlungen für die Praxis¹⁹

¹⁹ Eigene Darstellung

Empfehlungen an Verantwortungs- und Entscheidungsträger
Vernetzung
Klärung des Themas „aufsuchende Arbeit in Schulen, Kindergärten etc. in Form von Umfeld-Coaching, Schulung oder Therapie“ (besonders unter der Berücksichtigung der Tendenz Richtung Ganztagschule und Ganztagskindergarten).
Bekanntnis zu einer verstärkten Zusammenarbeit im Gesundheitswesen sowie über die Systemgrenzen hinaus mit Bildungs- und Sozialwesen.
Prüfung des Mitteleinsatzes mit dem Ziel der Stärkung von Versorgungsnetzwerken und Schaffung der dafür notwendigen Rahmenbedingungen.
Strukturierung des Transitionsprozesses und Optimierung von Anschlussstrukturen zur Sicherstellung einer Betreuung bei Bedarf über das Jugendalter hinaus.
Bearbeitung der Schnittstellen im Bereich der Bewilligung und Finanzierung von Heilbehelfen/Hilfsmitteln.
Obligatorische und umfassende Registrierung von Gesundheitsberufen (med. - techn. Dienst) mit verpflichtender Angabe versorgungsrelevanter Informationen für eine verbesserte Planungstätigkeit.
Patientenorientierung
Forcierung der Entwicklungsförderung sowie Früherkennung von Auffälligkeiten (beispielsweise durch „Frühe Hilfen“ Angebote, adaptierter Mutter-Kind-Pass als „Frühwarntool“).
Förderung der Gesundheitskompetenz der betroffenen Familien durch gesundheitskompetente Gestaltung von Rahmenbedingungen (wie einfache Patientenwege).
Qualität
Sicherstellung der Qualifikation der an der Versorgung mitwirkenden Berufsgruppen (kinderspezifische Kompetenzen, Kompetenzen hinsichtlich Kooperation und Vernetzung, kindgerechte Kommunikation) durch eine Adaptierung der Ausbildungscurricula/durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (beispielsweise in Form einer zertifizierten Zusatzqualifikation).
Optimierung der Datensituation hinsichtlich entwicklungsauffälliger Kinder durch elektronische Erfassung, Zusammenführung und Evaluierung von Daten (Schulärztliche Untersuchungen, psychologische/pädagogische Testergebnisse in Kindergärten, Mutter-Kind-Pass Untersuchungen etc.).
Definition von Versorgungsaufträgen und Rollen für die bei der Behandlung von entwicklungsauffälligen Kindern relevanten Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung und stationäre Versorgung) wie in der Zielsteuerung vorgesehen mit Blick auf „Best Point of Service“.

Tabelle 4: Versorgung entwicklungsbeeinträchtigter Kinder und Jugendlicher – Empfehlungen an Verantwortungs- und Entscheidungsträger²⁰

²⁰ Eigene Darstellung

Empfehlungen an die Forschung
Vernetzung
Erarbeitung von intersektoralen Pfadinstrumenten (wie Erweiterung des Verordnungskataloges um die psychische Dimension).
Entwicklung von Unterstützungstools für Vernetzung und Datentransfer.
Patientenorientierung
Wissenschaftliche Analyse des Themas Case-Management im Kinderbereich mit Fokus Entwicklungsstörungen.
Nachfrageseitige Analyse – Familienperspektive (Erwartungen, Herausforderungen etc.).
Qualität
Entwicklung und Bereitstellung von Indikatoren zur Messung der Prozess- und Ergebnisqualität.
Wissenschaftlicher Bundesländervergleich bezüglich Art der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen inklusive Benchmarking sowie Ableitung von Qualitätskriterien hinsichtlich „First Points of Service“.

Tabelle 5: Versorgung entwicklungsbeeinträchtigter Kinder und Jugendlicher – Empfehlungen an die Forschung²¹

²¹ Eigene Darstellung

4. Literaturverzeichnis

- Barnett, S. W. (2000). Economics of Early Childhood Intervention . In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels, *Handbook of Early Childhood Intervention* (S. 589-612). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bundes-Zielsteuerungskommission. (2014a). *Das Team rund um den Hausarzt - Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich*. Wien (Beschluss vom 30.6.2014).
- Bundes-Zielsteuerungskommission. (Oktober 2014b). *Monitoringbericht II/2014*. Abgerufen am 4. Mai 2015 von Bundesministerium für Gesundheit: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/6/1/CH1443/CMS1424786464880/monitoringbericht_ii_2014_zs-g_final.pdf
- Competence Center Integrierte Versorgung. (2015). *Integrierte Versorgung*. Abgerufen am 25. Juni 2015 von Competence Center Integrierte Versorgung: <http://www.cciv.at/portal27/portal/ccivportal/content/contentWindow?contentid=10007.754471&action=2&viewmode=content>
- Damm, L. (2013a). Child Public Health: Ein "missing link" in der Primärversorgung? *Pädiatrie & Pädologie - Österreichische Zeitschrift für Kinder- und Jugendheilkunde*, S. 48-56.
- Damm, L., Fliedl, R., Katzenschläger, P., Tatzler, E., & Winter, B. (2012). *Handbuch zur Netzwerk-Entwicklung - Für soziale Netzwerke von Helfern und Helfersystemen für Kinder und Jugendliche in psychosozialen Schwierigkeiten: Teil B des Endberichts MODUL 1*.
- Donabedian, A. (Dezember 2005). Evaluating the Quality of Medical Care 83(4). *The Milbank Quarterly*, S. 691-729.
- Häder, M. (2009). *Delphi-Befragungen - Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Institut für Medien und Bildungstechnologie. (2015). *Qualitative Sozialforschung - Delphie Studie*. Abgerufen am 31. März 2015 von Institut für Medien und Bildungstechnologie: <http://qsf.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/799>
- Kern, D., Hagleitner, J., & Valady, S. (Dezember 2013). *Außerstationäre psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen*. Abgerufen am 5. März 2015 von Bundesministerium für Gesundheit: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/0/4/CH1071/CMS1404810183713/ausserstationaere_psychosoziale_versorgung_von_kindern_und_jugendlichen_null_pdf.pdf
- Schlack, H. G., Thyen, U., & von Kries, R. (2009). *Sozialpädiatrie: Gesundheitswissenschaft und pädiatrischer Alltag*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Ziniel, G., & Winkler, P. (Juni 2013). Kindergesundheit: Daten und Fakten zur Primärversorgung. *Pädiatrie&Pädologie Supplement 01*, S. 30-41.