

# Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich

Ergebnisbericht

---

Im Auftrag des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger



# Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich

Überblick über IST-Stand der Versorgung sowie über weitere Grundlagen für die Versorgung in den Bereichen der Physio-, Ergo- und logopädischen Therapie bei Entwicklungsstörungen und der Psychotherapie bei psychischen und Verhaltensstörungen

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Brigitte Piso (GÖG)  
Stefanie Bachler (CCIV)  
Gerald Gredinger (CCIV)  
Michael Hummer (GÖG)  
Daniela Kern (GÖG)  
Sabrina Kienberger (ÖGK/LEICON)  
Anja Laschkolnig (GÖG)  
Martin Robausch (ÖGK/LEICON)

Externe Begutachtung (Literaturarbeit): Ingrid Zechmeister-Koss

Projektassistenz:

Romana Landauer

Der vorliegende Bericht ist vor dem 31. Dezember 2019 entstanden, daher beziehen sich die Inhalte auf die Zeit vor der Fusion der Sozialversicherungsträger. Die Inhalte bzw. Bezeichnungen der Träger können daher von den Gegebenheiten unter den neuen Rahmenbedingungen abweichen.

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Mai 2020

Im Auftrag des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger

Zitiervorschlag: Piso, Brigitte; Bachler, Stefanie; Gredinger, Gerald; Hummer, Michael; Kern, Daniela; Kienberger, Sabrina; Laschkolnig, Anja; Robausch, Martin (2020): Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich. Überblick über IST-Stand der Versorgung sowie über weitere Grundlagen für die Versorgung in den Bereichen der Physio-, Ergo- und logopädischen Therapie bei Entwicklungsstörungen und der Psychotherapie bei psychischen und Verhaltensstörungen. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P1/8/5019

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Zusammenfassung

**Einleitung:** Ziel des Projekts ist es, einen Überblick über den IST-Stand der Versorgung sowie über weitere Grundlagen für die Versorgung in den Bereichen der Physio-, Ergo- und Logopädie bei Entwicklungsstörungen und der Psychotherapie bei psychischen und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter zu schaffen.

**Methode:** Zu diesem Zweck wurden epidemiologische Studien und Studien auf Basis von Verordnungsdaten im Hinblick auf Prävalenzangaben gesammelt. Eine detaillierte zusätzliche IST-Analyse der Versorgung war nicht Gegenstand des Projekts, die Ergebnisse einer rezenten LEICON-Datenanalyse wurden jedoch zusammenfassend dargestellt. Diese Ergebnisse wurden gemeinsam mit den Ergebnissen der Literaturrecherche mit Experten und Expertinnen im Rahmen eines Workshops diskutiert, Einschätzungen zur aktuellen Versorgungssituation sowie Inputs zu möglichen weiteren Datengrundlagen wurden eingeholt.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigten, dass nur vereinzelt Studien aus dem deutschsprachigen Raum verfügbar sind, welche Prävalenzen ausweisen, und dass diese Prävalenzangaben darüber hinaus (je nach Altersgruppe und verwendeter Erhebungsmethode) breit gefächert sind. Im Rahmen des Workshops wurde einerseits versucht, diese Prävalenzangaben aus der Literatur eingrenzen zu lassen, andererseits sollten auf Basis der Visualisierung der LEICON-Daten Versorgungsunterschiede interpretiert und Good-Practice-Regionen benannt werden.

**Schlussfolgerungen:** Die Weiterentwicklung einer Datenbasis, um den Therapiebedarf und das Leistungsgeschehen möglichst vollständig abzubilden, wird angeregt. Dies betrifft einerseits die strukturierte Erfassung epidemiologischer Daten – Dokumentation und Veröffentlichung von Screeningergebnissen und nachfolgender Diagnostik (z. B. Sprachscreenings in Kindergärten) bzw. von Ergebnissen primär strukturierter Diagnostik in einer definierten Subpopulation Betroffener (z. B. Frühgeborene). Andererseits ist besonderes Augenmerk auf die Erfassung der Daten aus dem Wahlbereich und aus berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen zu legen. In diesem Zusammenhang wird z. B. eine weitere Harmonisierung der Abrechnungsmodelle als zielführend angesehen.



# Inhalt

Zusammenfassung .....	III
Abbildungen.....	VII
Tabellen .....	IX
Abkürzungen.....	XI
1 Einleitung .....	1
1.1 Hintergrund .....	1
1.2 Projektziel und Fragestellung .....	2
1.3 Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter .....	2
1.4 Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter... 4	
1.5 Behandlung von umschriebenen Entwicklungsstörungen sowie von psychischen und Verhaltensstörungen .....	6
2 Methodik.....	8
2.1 Darstellung der IST-Situation .....	8
2.1.1 LEICON-Daten.....	8
2.1.2 Versorgungs-/Vertragsmodelle in der Krankenversicherung .....	10
2.2 Literaturanalyse .....	11
2.2.1 Literatursuche.....	11
2.2.2 Literaturselektion und -auswahl .....	12
2.2.3 Datenextraktion .....	13
2.3 Expertenworkshop .....	13
3 Ergebnisse.....	15
3.1 Darstellung der IST-Situation .....	15
3.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse des HVB/LEICON-Projekts .....	15
3.1.2 Versorgungs-/Vertragsmodelle in der Krankenversicherung .....	26
3.2 Ergebnisse der Literaturanalyse .....	32
3.2.1 Prävalenz umschriebener Entwicklungsstörungen .....	32
3.2.2 Inanspruchnahme von Logopädie sowie Ergo- und Physiotherapie .....	35
3.2.3 Prävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen.....	38
3.2.4 Inanspruchnahme von Psychotherapie .....	48
3.3 Expertenworkshop .....	53
3.3.1 Identifizierte Good-Practice-Regionen.....	53
3.3.2 Weitere Diskussionsbeiträge.....	56
3.3.3 Prävalenzeinschätzungen .....	57
3.3.4 Rückmeldungen .....	57
4 Zusammenfassung.....	59
4.1 Ergotherapie .....	59
4.2 Logopädie.....	59
4.3 Physiotherapie .....	60
4.4 Psychotherapie .....	60
5 Limitationen .....	62
5.1 Limitationen der IST-Analyse .....	62
5.2 Limitationen der Literaturanalyse .....	62
5.3 Limitationen der Workshop-Ergebnisse .....	63
6 Fazit.....	64
7 Literatur .....	65
8 Anhang .....	70

8.1	Literatursuche.....	70
8.1.1	Kontaktierte Institutionen, Universitäten und Hochschulen, Verbände und Expertinnen/Experten .....	70
8.1.2	Suchstrategie für Studien zu psychischen und Verhaltensstörungen .....	71
8.1.3	Suchstrategie für Studien zu umschriebenen Entwicklungsstörungen ...	73
8.2	Auswahlprozess der Literatur .....	77
8.3	Überblick über die bundesweite Verteilung der extramuralen Versorgung .....	78
8.3.1	Bundesweite Verteilung von multidisziplinären Versorgungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche.....	78
8.3.2	Bundesweite Verteilung von niedergelassenen Therapeutinnen/Therapeuten.....	88
8.4	Workshop „Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“: Ergebnisprotokoll .....	90
8.4.1	Tagesordnung.....	90
8.4.2	TOP 1: Projekteinführung und Präsentation der derzeitigen Versorgungssituation .....	91
8.4.3	TOP 2: Diskussion epidemiologischer, medizinischer und weiterer versorgungsrelevanter Grundlagen .....	95
8.4.4	TOP 3: Zusammenfassung der Workshop-Ergebnisse und Ausblick .....	97



# Abbildungen

Abbildung 2.1:	Leistungsbereiche .....	9
Abbildung 3.1:	Anzahl der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Ergotherapie nach Bundesländern und ihr Anteil an den Einwohnerinnen/Einwohnern (EW). 16	
Abbildung 3.2:	Anteil der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Ergotherapie je Bezirk in % der EW.....	17
Abbildung 3.3:	Altersverteilung der Ergotherapie-Patientinnen und -Patienten in %.....	17
Abbildung 3.4:	Anzahl der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Logopädie nach Bundesländern und ihr Anteil an den EW.....	18
Abbildung 3.5:	Anteil der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Logopädie je Bezirk in % der EW.....	19
Abbildung 3.6:	Altersverteilung der Logopädie-Patientinnen und -Patienten in % .....	19
Abbildung 3.7:	Anzahl der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Physiotherapie nach Bundesländern und ihr Anteil an den EW .....	20
Abbildung 3.8:	Anteil der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Physiotherapie je Bezirk in % der EW.....	21
Abbildung 3.9:	Altersverteilung der Physiotherapie-Patientinnen und -Patienten in %.....	21
Abbildung 3.10:	Anzahl der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Psychotherapie nach Bundesländern und ihr Anteil an den EW .....	22
Abbildung 3.11:	Anteil der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Psychotherapie je Bezirk in % der EW.....	23
Abbildung 3.12:	Altersverteilung der Psychotherapie-Patientinnen und -Patienten in % .....	23
Abbildung 3.13:	Anzahl der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen in den Bundesländern und ihr Anteil an den EW.....	24
Abbildung 3.14:	Anteil der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen je Bezirk in % der EW.....	25
Abbildung 3.15:	Altersverteilung der Patientinnen und Patienten in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen in % .....	25
Abbildung 3.16:	Bundesweiter Überblick über die Versorgungs-/Vertragsmodelle in der Krankenversicherung im Leistungsbereich Ergotherapie.....	27
Abbildung 3.17:	Bundesweiter Überblick über die Versorgungs-/Vertragsmodelle in der Krankenversicherung im Leistungsbereich Logopädie .....	28
Abbildung 3.18:	Bundesweiter Überblick über die Versorgungs-/Vertragsmodelle in der Krankenversicherung im Leistungsbereich Physiotherapie.....	29

Abbildung 3.19: Workshop–Ergebnisse Ergotherapie.....	53
Abbildung 3.20: Workshop–Ergebnisse Logopädie .....	54
Abbildung 3.21: Workshop–Ergebnisse Physiotherapie.....	55
Abbildung 3.22: Workshop–Ergebnisse Psychotherapie .....	56
Abbildung 8.1: Auswahlprozess der Literatur .....	77
Abbildung 8.2: Dichteverhältnis der multidisziplinären Versorgungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich.....	86
Abbildung 8.3: Verhältnis von multidisziplinären Vertragspartnereinrichtungen / eigenen Einrichtungen zu multidisziplinären Einrichtungen auf Wahlbasis für Kinder und Jugendliche in Österreich .....	87
Abbildung 8.4: Dichteverhältnis der Therapeutinnen/Therapeuten im niedergelassenen Bereich in Österreich.....	88
Abbildung 8.5: Verhältnis von niedergelassenen Therapeutinnen/Therapeuten im Vertragspartnerbereich zu niedergelassenen Therapeutinnen/Therapeuten im Wahlbereich für Kinder und Jugendliche in Österreich .....	89

# Tabellen

Tabelle 2.1:	Einschlusskriterien (PICO-Schema) .....	12
Tabelle 3.1:	Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien zur Prävalenz von Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80-F89) bei Kindern und Jugendlichen .....	33
Tabelle 3.2:	Prävalenzangaben zu umschriebenen Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80-F89) bei Kindern und Jugendlichen.....	34
Tabelle 3.3:	Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien zur Behandlungshäufigkeit bei umschriebenen Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80-F89) bei Kindern und Jugendlichen.....	36
Tabelle 3.4:	Behandlungshäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit umschriebenen Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80-F89).....	37
Tabelle 3.5:	Studiencharakteristika eingeschlossener Studien mit Prävalenzdaten zu psychischen und Verhaltensstörungen (ausgenommen Entwicklungsstörungen) bei Kindern und Jugendlichen.....	39
Tabelle 3.6:	Gesamtprävalenzwerte zu psychischen und Verhaltensstörungen (ausgenommen Entwicklungsstörungen) bei Kindern und Jugendlichen (mit unterschiedlichem Umfang der inkludierten Indikationen, vgl. Fußnoten).....	43
Tabelle 3.7:	Affektive Störungen (F30-F39) .....	44
Tabelle 3.8:	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) .....	45
Tabelle 3.9:	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)....	46
Tabelle 3.10:	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) .....	46
Tabelle 3.11:	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98) .....	47
Tabelle 3.12:	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98) .....	48
Tabelle 3.13:	Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien zur Häufigkeit der Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen (ausgenommen Entwicklungsstörungen) bei Kindern und Jugendlichen .....	49
Tabelle 3.14:	Behandlungshäufigkeit von psychischen und Verhaltensstörungen (ausgenommen Entwicklungsstörungen) bei Kindern und Jugendlichen .....	51
Tabelle 3.15:	Anonymisierte Übersicht der Rückmeldungen nach dem Expertenworkshop.....	58
Tabelle 8.1:	Kontaktierte Institutionen, Universitäten und Hochschulen, Verbände und Expertinnen/Experten .....	70
Tabelle 8.2:	Suchstrategie MedLine .....	71
Tabelle 8.3:	Suchstrategie PsycINFO .....	72

Tabelle 8.4: Suchstrategie MedLine (Entwicklungsstörungen).....	73
Tabelle 8.5: Suchstrategie Cochrane Library (Entwicklungsstörungen).....	75
Tabelle 8.6: Multidisziplinäre Versorgungseinrichtungen in Überkategorien.....	79

# Abkürzungen

BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
CCIV	Competence Center integrierte Versorgung
EW	Einwohner/-innen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
Kiga	Kindergarten
Kiju	Kinder und Jugendliche
LEICON	Leistungscontrolling
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
s. o.	siehe oben
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
u. a.	unter anderem
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
z. B.	zum Beispiel



# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund

Kinder- und Jugendgesundheit war in den letzten Jahren einer der thematischen Schwerpunkte in der österreichischen Gesundheitspolitik. Auf Bundesebene wurde im Jahr 2010 via Kindergesundheitsdialog ein Diskurs zu den Bedürfnissen und Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen gestartet, welcher in der 2011 publizierten Kindergesundheitsstrategie (BMASGK 2018) mündete. Obwohl sich die Strategie insbesondere dem Gesundbleiben widmet, wurde im Themenfeld 5 besonders Bedacht auf die „Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen“ genommen. Dabei wurde u. a. festgehalten, dass die Versorgung in ausgewählten Bereichen zu verbessern sei (Ziel 15, hier: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie). Auch die im Jahr 2012 von der Bundesgesundheitsagentur beschlossenen Gesundheitsziele Österreich (Gesundheitsziele Österreich 2018) widmen eines der zehn Ziele den Kindern und Jugendlichen. Auch hier liegt der Fokus auf dem Gesundbleiben (Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen). Darüber hinaus soll eine „umfassende und für alle zugängliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit bedarfsgerechten Gesundheitsleistungen“ sichergestellt werden. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellte im Jahr 2016 eine Kindergesundheitsstrategie (Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2018), die garantieren soll, dass Kinder Zugang zur richtigen Behandlung bekommen. Dabei wurde besonderes Augenmerk auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen durch Physio- und Ergotherapie, logopädische Therapie und psychische Betreuung gelegt.

Parallel zu den genannten Initiativen wurde von manchen Expertinnen und Experten bzw. Organisationen vermutet, dass insbesondere in den zuletzt genannten Bereichen in Österreich eine Unterversorgung für Kinder und Jugendliche vorliege. Diese Bedenken wurden medial aufgegriffen und mündeten auch in parlamentarischen Anfragen.

Vor dem Hintergrund der eingangs genannten Bekenntnisse zu einer Stärkung der Kinder- und Jugendgesundheit (diverse Strategien) und der potenziellen Versorgungsdefizite beschäftigten sich in den letzten Jahren zahlreiche Institutionen mit Fragen der (bedarfsgerechten) Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Breuer/Piso 2013; Streissler-Führer 2013; Tatzler/Klicpera 2016). Aufgrund der Komplexität des Themas wurden unterschiedliche Fragestellungen mit unterschiedlichen Methoden bearbeitet bzw. beantwortet.

## 1.2 Projektziel und Fragestellung

Übergreifendes Ziel des Projekts<sup>1</sup> ist es, einen Überblick über den IST-Stand der Versorgung sowie über weitere Grundlagen für die Versorgung in den Bereichen der Physio-, Ergo- und Logopädie bei Entwicklungsstörungen und der Psychotherapie bei psychischen und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter zu schaffen.

Im Rahmen des Projekts wurden folgende Fragestellungen definiert:

- a) Welche Ergebnisse zum IST-Stand der Versorgung sind verfügbar?
- b) Welche bisherigen Arbeiten (in/für Österreich) haben in den letzten Jahren den Therapiebedarf in den Bereichen Physio-, Ergotherapie und logopädische Therapie für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bzw. im Bereich Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen analysiert und zu welchen Ergebnissen sind sie gekommen (mit Fokus auf epidemiologischen Studien und Studien auf Basis von Versorgungsdaten)?
- c) Welche verfügbaren (Routine-)Daten hinsichtlich der Versorgung in den Bereichen Physio-, Ergotherapie und logopädische Therapie für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bzw. im Bereich Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen stehen zur Verfügung und welche Ergebnisse lassen sich daraus ggf. ableiten?<sup>2</sup>

Folgende Nicht-Ziele des Projekts wurden definiert:

- » Es wird keine detaillierte Analyse der IST-Versorgung durchgeführt. Dies liegt in der Vielzahl an Vorarbeiten zu diesem Thema begründet.
- » Es werden keine Wirksamkeitsanalysen spezifischer Interventionen durchgeführt.
- » Es erfolgt keine ökonomische Bewertung der dargestellten Informationen.

## 1.3 Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Die kindliche Entwicklung ist ein andauernder Prozess, der je nach Kind in unterschiedlichem Tempo abläuft. Kinder können sich in ihrer Entwicklung zeitweise stark von Gleichaltrigen unterscheiden und sich dennoch langfristig normal entwickeln (CCIV 2015). Diese Tatsache erschwert

---

<sup>1</sup>

Der vorliegende Bericht ist vor dem 31. Dezember 2019 entstanden, daher beziehen sich die Inhalte auf die Zeit vor der Fusion der Sozialversicherungsträger. Die Inhalte bzw. Bezeichnungen der Träger können daher von den Gegebenheiten unter den neuen Rahmenbedingungen abweichen.

<sup>2</sup>

Die Modellrechnungen für die Angebotsplanung, welche Teil dieses Projektziels sind, sind Gegenstand strategischer Überlegungen des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und aus diesem Grund beschränkt sich die Darstellung innerhalb dieses Berichts auf eine reine IST-Darstellung der Inanspruchnahme und wesentlicher Planungsgrundlagen.



die Diagnose von Entwicklungsstörungen vor allem im Kleinkindalter, zumal insbesondere in frühen Stadien sowohl körperliche als auch psychosoziale Ursachen zu ähnlichen Symptomen führen können. Auch ist die Selbsteinsichts- und Auskunfts-fähigkeit im Kindesalter noch eingeschränkt (CCIV 2015), was sich auch in den Erhebungsinstrumenten niederschlägt, die daher normalerweise die Eltern oder Erziehungsberechtigten adressieren (Fremdbeurteilung).

Unter dem Begriff „umschriebene Entwicklungsstörungen“ sind in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) Krankheits- bzw. Störungsbilder zusammengefasst, die sich durch Leistungsdefizite in begrenzten Funktionsbereichen charakterisieren und sich bereits im Kindesalter manifestieren (F80-F83). Sie betreffen insbesondere das im Verlauf der Entwicklung wachsende Repertoire der Fähigkeiten und Fertigkeiten von Kindern, während psychische oder somatische Probleme nicht primär im Fokus stehen. Als Folgeerscheinungen tragen letztere aber nicht selten wesentlich zur Krankheitslast bei. So können z. B. sprachliche Defizite die psychosoziale Entwicklung von Kindern einschränken und Auffälligkeiten im Sozialverhalten entstehen lassen (Rißling et al. 2014). Umschriebene Entwicklungsstörungen können die Sprache, das Sprechen, die Motorik wie auch allgemeine schulische Fertigkeiten betreffen (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2016; Schlack/Esser 2009).

Die umschriebenen Entwicklungsstörungen werden in verschiedene ICD-10-Unterkategorien (F80-F83) gegliedert:

- » **Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache**  
Hierbei sind die normalen Muster des Spracherwerbs bereits in frühen Entwicklungsstadien beeinträchtigt, jedoch kann die Ursache der Störung nicht direkt neurologischen Störungen, Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden. Die Störung zieht oft Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben, in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie im emotionalen und Verhaltensbereich nach sich.
- » **Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten** zeigen sich darin, dass die normalen Muster des Fertigkeitserwerbs bereits ab frühen Entwicklungsstadien gestört sind. Sie sind dabei weder mit einer fehlenden Gelegenheit zum Lernen noch allein mit erworbener Hirnschädigung oder -krankheit bzw. Intelligenzminderung erklärbar.
- » **Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen** haben als Hauptmerkmal eine schwerwiegende Entwicklungsbeeinträchtigung der motorischen Koordination, die nicht allein durch eine Intelligenzminderung oder eine spezifische angeborene oder erworbene neurologische Störung begründbar ist.
- » **Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen** liegen vor, wenn sich eine gewisse Mischung von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten und motorischer Funktionen zeigt, von denen sich jedoch keine so dominant äußert, dass man sie als Hauptkategorie heranziehen kann.

## 1.4 Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter

Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter können sich nachhaltig auf das Leben der Patientinnen und Patienten auswirken, denn sie verringern nicht nur ihr Wohlbefinden, sondern wirken sich auch längerfristig auf die soziale Funktionsfähigkeit, den Bildungserfolg und somit auch auf die berufliche Entwicklung aus. Häufig haben psychische Störungen im Erwachsenenalter bereits ihren Ursprung in der Kindheit und Jugend und wurden nicht frühzeitig erkannt oder nicht ausreichend behandelt. (RKI 2008)

In der Klassifikation nach ICD-10 bezieht sich die Kategorie F90-F98 spezifisch auf „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, andere relevante Erkrankungen sind ebenfalls in der „F-Kategorie“ enthalten (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2016). Nachfolgend sind jene Kategorien herausgegriffen und auszugsweise beschrieben, die in diesem Bericht im Rahmen der Literaturanalyse Eingang finden.

### F30-F39: Affektive Störungen

Die Störungen dieser Kategorie haben als gemeinsames Hauptsymptom eine Veränderung der Stimmung oder der Affektivität. Dies kann sich in einer Depression (mit oder ohne begleitende Angst) oder in einer gehobenen Stimmung zeigen, zudem verändert sich zumeist das allgemeine Aktivitätsniveau. Folgende Unterkategorien sind u. a. definiert:

- » **Bipolare affektive Störung:** Diese liegt vor, wenn in zumindest zwei Episoden die Stimmung und das Aktivitätsniveau deutlich gestört sind. Damit sind Phasen von gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und vermehrter Aktivität (Hypomanie/Manie) im Wechsel mit Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb bzw. verminderter Aktivität gemeint. Auch wiederholte hypomanische oder manische Episoden werden hierunter klassifiziert.
- » **Depressive Episode:** Diese zeichnet sich durch Phasen mit gedrückter Stimmung und Verminderung von Antrieb und Aktivität aus, auch die Fähigkeit zu Freude sowie das Interesse allgemein und auch die Konzentration sind verringert. Zudem kann bereits nach kleinsten Anstrengungen eine ausgeprägte Müdigkeit auftreten. Die gedrückte Stimmung ändert sich dabei von Tag zu Tag wenig.
- » **Rezidivierende depressive Störung:** Diese Störung ist durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert.

### F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Das kennzeichnende Merkmal einer neurotischen Störung besteht in der gestörten Verarbeitung von Erlebnissen und Konflikten (Ulatowski H. 2016). Die ICD-10-Kategorie F40-F48 beinhaltet unter anderem die folgenden Unterkategorien:

- » **Phobische Störungen** sind Störungen, bei denen Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte und normalerweise ungefährliche Situationen ausgelöst wird (u. a.

soziale Phobien). Diese Situationen werden daher typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen.

- » **Andere Angststörungen** fassen Angststörungen zusammen, die nicht auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogen sind, sondern bei denen eine Manifestation der Angst das Hauptsymptom darstellt (u. a. Panikstörung).
- » **Zwangsstörungen** sind durch wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen gekennzeichnet. Zwangsgedanken sind dabei Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten / die Patientin immer wieder stereotyp beschäftigen, während Zwangshandlungen Stereotype sind, die ständig wiederholt werden und weder einer nützlichen Aufgabe zuzuordnen sind noch als angenehm empfunden werden.
- » **Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen** sind in ursächlichen Faktoren begründet, nämlich in einem außergewöhnlich belastenden Lebensereignis, das zu einer akuten Belastungsreaktion führt, oder in einer besonderen Veränderung im Leben, die eine anhaltende und als unangenehm empfundene Situation zur Folge hat und sich in einer Anpassungsstörung äußert.

#### **F50–F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**

Von dieser ICD–10–Kategorie ist im Kontext des Berichts die Unterkategorie „Essstörungen“ relevant (F50), insbesondere die folgenden Ausprägungen:

- » **Anorexia nervosa** charakterisiert sich durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsende Buben und junge Männer sowie Kinder vor der Pubertät können ebenfalls betroffen sein.
- » **Bulimia nervosa** beschreibt ein Syndrom, das durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert ist. Dies führt zu einem Verhaltensmuster von Essanfällen und Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln. Viele psychische Merkmale dieser Störung ähneln denen der Anorexia nervosa, so die übertriebene Sorge um Körperform und Körpergewicht.

#### **F90–F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**

Die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend umfassen ein weites Spektrum verschiedener Störungen:

- » **Hyperkinetische Störungen** zeichnen sich durch einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen aus, die kognitiven Einsatz verlangen, sowie durch die Tendenz, von einer Tätigkeit zur anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen. Hyperkinetische Störungen beginnen meist in den ersten fünf Lebensjahren.
- » **Störungen des Sozialverhaltens** sind durch ein wiederholtes und anhaltendes dissoziales, aggressives und aufsässiges Verhalten charakterisiert. Dabei entspricht das Verhalten nicht den altersadäquaten sozialen Erwartungen und übersteigt somit gewöhnlichen kindischen

Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit. Das anhaltende Verhaltensmuster muss mindestens sechs Monate oder länger bestehen.

- » **Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen** liegen vor, wenn anhaltendes aggressives, dissoziales oder aufsässiges Verhalten mit offensichtlichen und eindeutigen Symptomen von Depression, Angst oder anderen emotionalen Störungen einhergeht. Dabei müssen zeitgleich Kriterien für Störungen des Sozialverhaltens im Kindesalter, für emotionale Störungen des Kindesalters bzw. für eine erwachsenentypische neurotische Störung oder eine affektive Störung erfüllt sein.
- » **Emotionale Störungen des Kindesalters** stellen in erster Linie Verstärkungen normaler Entwicklungstrends dar ohne gesonderte Phänomene, wobei die Entwicklungsbezogenheit das Schlüsselmerkmal für die diagnostische Unterscheidung zwischen emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und neurotischen Störungen ist.
- » **Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend** sind eine heterogene Gruppe von Störungen, bei denen es zu Abweichungen in der sozialen Funktionsfähigkeit kommt und deren Beginn in der Entwicklungszeit liegt. Anders als die tief greifenden Entwicklungsstörungen sind sie jedoch nicht primär durch eine offensichtliche konstitutionelle soziale Beeinträchtigung oder durch Defizite in allen Bereichen sozialer Funktionen charakterisiert.
- » **Ticstörungen** sind Syndrome, bei denen das vorwiegende Symptom ein Tic ist, also eine unwillkürliche, rasche, wiederholte, nichtrhythmische Bewegung meist umschriebener Muskelgruppen oder eine Lautproduktion, die plötzlich einsetzt und keinem erkennbaren Zweck dient. Tics sind normalerweise nicht willkürlich beeinflussbar, können jedoch zumeist für gewisse Zeiträume unterdrückt werden.
- » **Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend** stellen eine heterogene Gruppe dar, die zwar den Beginn in der Kindheit gemeinsam haben, sich aber sonst stark unterscheiden. Einige der Störungen repräsentieren gut definierte Syndrome, während andere Symptomkomplexe darstellen, die aufgrund ihrer Nichtzuordenbarkeit zu anderen Syndromen sowie der Häufigkeit und sozialen Folgen einzeln dargestellt sind. Hierzu zählen z. B. Enuresis, ein unwillkürlicher Harnabgang, und Fütterstörungen im frühen Kindesalter.

## 1.5 Behandlung von umschriebenen Entwicklungsstörungen sowie von psychischen und Verhaltensstörungen

Die unterschiedlichen Störungsbilder innerhalb der umschriebenen Entwicklungsstörungen treten oft parallel auf und machen dementsprechend häufig eine interdisziplinäre Behandlung notwendig. In diesem Sinne werden verschiedene Therapieformen eingesetzt, unter anderem Logopädie,

Ergotherapie und Physiotherapie. Zudem kann eine Psychotherapie für Folgeerkrankungen im psychischen Bereich, z. B. bei sozialer Ängstlichkeit aufgrund der umschriebenen Entwicklungsstörungen, indiziert sein<sup>3</sup>.

**Ergotherapie** umfasst Maßnahmen, die der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation von krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten dienen (Weber et al. 2015). Sie wird bei verschiedenen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter eingesetzt. Dazu gehören umschriebene Entwicklungsstörungen in Bezug auf die Fein- oder Graphomotorik, aber auch Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie erhöhte Impulsivität (Ergotherapie Austria 2018; Weber et al. 2015).

**Physiotherapie** ist die gezielte Behandlung physiologischer Funktionsstörungen, beispielsweise von Bewegungsstörungen. Sie zielt ab auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung von natürlichen Bewegungsabläufen sowie auf eine Symptomverbesserung. Es gibt ein breites Spektrum physiotherapeutischer Maßnahmen in der Pädiatrie (PHYSIOaustria 2018).

**Logopädie** ist die Diagnose und Behandlung von Störungen des Sprachverständnisses, der gesprochenen und geschriebenen Sprache, des Sprechens, der Atmung, der Stimme, der Mundfunktionen, des Schluckens, des Hörvermögens, der Wahrnehmung und des nonverbalen Bereichs. Darunter fallen Störungen wie Legasthenie, Lese-Rechtschreib-Schwäche, Stottern und Näseln, aber auch neurologische Erkrankungen und Störungen bei der Nahrungsaufnahme oder des Schluckens (Gesundheit.gv.at – Öffentliches Gesundheitsportal Österreich 2018).

Die im gegenständlichen Bericht berücksichtigten psychischen und Verhaltensstörungen sind vielfältig und eine Therapieform dafür ist die **Psychotherapie**. Laut Bundesgesetz ist Psychotherapie die „umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“. Dabei wird von einer Einheit von Körper und Seele ausgegangen, wobei ein Ungleichgewicht zu Krankheiten, Symptomen oder Leidenszuständen führen kann (Psychotherapiegesetz 1990). In der Psychotherapie kommen in Österreich unterschiedliche Methoden zum Einsatz, wobei für die Behandlung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen eine besondere Qualifikation im Rahmen einer geschlossenen Weiterbildung gefordert ist (ÖBVP; ÖBVP).

---

3

siehe u. a. Vavrik et al (2016): Gesellschaftliche Effizienzpotenziale von Frühdiagnostik und frühzeitiger Therapie von Entwicklungsstörungen, verfügbar unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.774610&viewmode=content>.

## 2 Methodik

### 2.1 Darstellung der IST-Situation

Wie eingangs beschrieben, soll zur Darstellung der IST-Situation im vorliegenden Projekt primär auf bereits erfolgte Analysen zurückgegriffen werden. Die Ergebnisse der LEICON-Datenanalyse wurden von den Autorinnen/Autoren (ÖGK/LEICON: Robausch, Kienberger) für den aktuellen Bericht aktualisiert. Ergänzend wurde eine Trägerabfrage (CCIV: Bachler) durchgeführt. Im Folgenden wird die Vorgehensweise detaillierter dargestellt.

#### 2.1.1 LEICON-Daten

Bisher konnten valide Vergleiche zwischen den Bundesländern im Bereich der Kinder- und Jugendversorgung nur eingeschränkt angestellt werden. Dies ist vor allem auf die verschiedenen Versorgungslösungen der Sozialversicherungsträger in den unterschiedlichen Therapiebereichen (z. B. Verträge mit Therapeuten/Therapeutinnen, Verträge mit Ambulatorien, die pauschal bezahlt werden) zurückzuführen. Des Weiteren werden von den Sozialversicherungsträgern unterschiedliche operative Datenquellen zur Befüllung der Abrechnungsdatenbanken genutzt, was wiederum zu gravierenden Unterschieden in der Datenerfassung führt. Je nach Träger differieren darüber hinaus die Befüllungsstrategien bezüglich der Dateninhalte bzw. sind diese unterschiedlichen zeitlichen Entwicklungen unterworfen.

Im Rahmen eines Projekts des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger in Zusammenarbeit mit dem LEICON-Team der NÖGKK konnte unter Nutzung des Standardprodukts LEICON erstmals eine weitestgehend vollständige Datenbasis zur Beantwortung von Versorgungsfragestellungen im Bereich funktioneller Therapien und Therapien psychischer Erkrankungen sowie der klinisch-psychologischen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen zwischen Null und 20 Jahren zusammengestellt werden.

Im Rahmen des Projekts wurde anhand von Abrechnungsdaten der 13 größten Krankenversicherungsträger Österreichs (neun Gebietskrankenkassen, VAEB, BVA, SVA, SVB) eine weitgehend standardisierte Abbildung der extramuralen Versorgung für Kinder und Jugendliche in den folgenden Bereichen erreicht:

- » Ergotherapie,
- » Logopädie,
- » Physiotherapie<sup>4</sup>,
- » Psychotherapie und
- » Klinisch-psychologische Diagnostik.

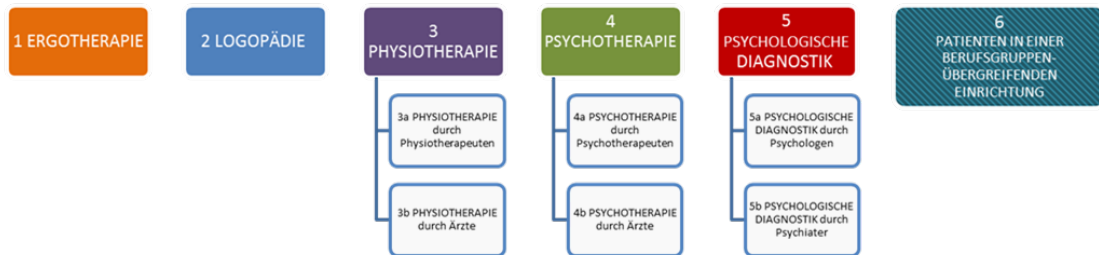
---

4

Unter Physiotherapie werden sowohl durch Physiotherapeutinnen/-therapeuten erbrachte Leistungen als auch durch Ärztinnen/Ärzte erbrachte Leistungen der physikalischen Medizin summiert.

Kernstück der Arbeiten waren qualitätsgesicherte Zuordnungen von Leistungspositionen unterschiedlicher Fachgruppen zu den Leistungsbereichen (vgl. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1:  
Leistungsbereiche



Quelle: LEICON

Die Versorgungsdaten einer Person wurden dann für das Projekt herangezogen, wenn für diese im entsprechenden Datenjahr mindestens eine Leistung der sechs Leistungsbereiche (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychotherapie, Psychologische Diagnostik und Leistungen in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen) in den Abrechnungssystemen (Vertragsleistungen) bzw. den Kostenerstattungssystemen (Wahlleistungen) der Sozialversicherungsträger verzeichnet war oder eine entsprechende Abrechnung eines Therapieambulatoriums vorlag.

Patientinnen und Patienten, die Leistungen in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen und somit in der Leistungskategorie 6 (vgl. Abbildung 2.1) erhielten, mussten über einen Zwischenschritt in die Datenquelle eingebunden werden, da die Abrechnung der in Ambulatorien erbrachten Leistungen mehrheitlich durch Pauschalen geregelt wird. In diesen Fällen liegt keine Information zur Art der Behandlung vor, somit erfolgt die Identifikation eines Patienten bzw. einer Patientin in einer derartigen Einrichtung nur über eine Abrechnung der Vertragspartnernummer der jeweiligen Therapieeinrichtung.

Hier ist zu beachten, dass ein Patient / eine Patientin nur dann in der Zuordnung „Patientinnen und Patienten in einer berufsgruppenübergreifenden Einrichtung“ gezählt wird, wenn für die Leistung im Ambulatorium keine explizite Zuordnung zu einem anderen Leistungsbereich möglich ist, ansonsten erfolgt eine Zuordnung zu dem laut Leistungsbezeichnung passenden Bereich. Wurden von einer Patientin oder einem Patienten Leistungen in einem Ambulatorium bezogen, die einem Leistungsbereich zugeteilt werden konnten (1, 2, 3a, 3b, 4a, 4b, 5a, 5b), wird dieser/diese in der entsprechenden Zuordnung gezählt und nicht in der „Sammelkategorie“ **Patientinnen oder Patienten in einer berufsgruppenübergreifenden Einrichtung**.

Einschränkungen der Datenqualität sind im Abschlussbericht des LEICON-Projekts festgehalten. Beispielsweise konnten Kostenerstattungen der bundesweiten Sozialversicherungsträger (mit Ausnahme der Kostenerstattungen der SVB) nicht in die Datenbasis eingearbeitet werden, daher ist der Wahlbereich der bundesweiten Träger in den Daten unterrepräsentiert (Grün et al. 2017).

## 2.1.2 Versorgungs-/Vertragsmodelle in der Krankenversicherung

Die von LEICON erfassten Abrechnungsdaten über die Inanspruchnahme der Leistungen aller Krankenversicherungsträger in den Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie sowie Psychotherapie stellen die interne Datenbasis für den zugrunde liegenden Ausbau der Sachleistungsversorgung dar. Wie in Kapitel 2.1.1 angeführt, führen die unterschiedlichen Versorgungs-lösungen und -modelle in den einzelnen Bundesländern zu Limitationen der Datenqualität. Diese Einschränkungen wurden im Abschlussbericht zum Projekt auch als solche festgehalten bzw. finden sie sich in Kapitel 5 wieder (Grün et al. 2017).

Vor diesem Hintergrund machten besagte Limitationen eine nähere Betrachtung dieser divergierenden Versorgungs-/Vertragsmodelle in der Krankenversicherung notwendig. Folgende **Zielsetzungen** wurden dafür festgelegt:

- » bundesweite Zusammenschau bestehender Versorgungslösungen in der Krankenversicherung anhand der Erhebung trägerspezifischer Hintergrundinformationen
- » Schaffung eines breit gefächerten Verständnisses der nunmehr zur Verfügung stehenden Datenbasis
- » Finden von Erklärungsansätzen und Begründung der abgebildeten IST-Situation in den LEICON-Daten

Eine Erhebung regionaler Besonderheiten muss elementarer Bestandteil für potenzielle Planungen auf höher aggregiertem Niveau sein. Soll eine bundesweite Grundlage erarbeitet werden, erfordert dies die transparente Darstellung der unterschiedlichen Versorgungslösungen der einzelnen Krankenversicherungsträger im Rahmen der Sachleistungsversorgung. In einem ersten Schritt lag der Fokus der IST-Stand-Erhebung bei den Krankenversicherungsträgern auf folgenden Schwerpunkten:

- » Versorgungs-/Vertragsmodelle
- » Regelung des Bewilligungsprozesses
- » Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen

Die Informationen zu den Schwerpunkten wurden aus einer Abfrage bei den Krankenversicherungsträgern und aus weiteren Recherchen zusammengetragen und anhand der Rückmeldungen im Rahmen des Expertenworkshops qualitätsgesichert. Anschließend konnten in einem zweiten Schritt alle ausgewählten Leistungsbereiche übersichtlich dargestellt werden. Dafür musste auf ein Verfahren zurückgegriffen werden, das eine strukturierte Zusammenschau ermöglicht. Daher wurden alle eruierten Informationen einer Gruppierung pro ausgewähltem Bereich zugeordnet und jeweils in einer Grafik dargestellt. Grund für eine übergeordnete Zuordnung sind die stark voneinander abweichenden Versorgungslösungen der einzelnen Krankenversicherungsträger (vgl. Kapitel 3.1.2).



## 2.2 Literaturanalyse

### 2.2.1 Literatursuche

Zur Identifikation von Literatur zu Physiotherapie, Ergotherapie und logopädischer Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen bzw. zur Recherche von Prävalenzzahlen für diese Entwicklungsstörungen wurde eine systematische Literatursuche in folgenden Datenbanken durchgeführt:

- » MedLine (über EBSCOhost)
- » Cochrane Library (über EBSCOhost)
- » OT Seeker
- » Speechbite
- » PEDRO

Zur Identifikation von Literatur zu Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen sowie zu Prävalenzen für diese Erkrankungen wurde eine systematische Literatursuche in folgenden Datenbanken durchgeführt:

- » MedLine (über EBSCOhost)
- » Cochrane Library
- » PsycINFO

Die systematische Literaturrecherche wurde am 13. 2. 2018 (Entwicklungsstörungen) bzw. am 21. 2. 2018 (psychische und Verhaltensstörungen) durchgeführt und erzielte in Summe 418 bzw. 607 Treffer (dedupliziert). Eingeschränkt wurde auf den Zeitraum von 2012 bis 2018 sowie auf englisch- und deutschsprachige Publikationen.

Um zielgerichtet relevante (veröffentlichte und unveröffentlichte) Arbeiten zum Therapiebedarf an Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie sowie Psychotherapie zu erhalten, wurde eine E-Mail an diverse österreichische Institutionen, Universitäten und Hochschulen, Verbände und Expertinnen/Experten aus den jeweiligen Bereichen versendet (vgl. Tabelle 8.1). In dieser E-Mail wurde um die Zusendung entsprechender Arbeiten und um die Weiterleitung der Anfrage an potenzielle Kontaktpersonen bzw. Expertinnen/Experten gebeten.

Zusätzlich wurde eine Recherche in Google / Google Scholar durchgeführt.

## 2.2.2 Literaturselektion und -auswahl

Die Literaturselektion erfolgte auf Basis vorab definierter Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien, die nachfolgend dargestellt sind.

Tabelle 2.1:  
Einschlusskriterien (PICO-Schema)

	<b>Entwicklungsstörungen</b>	<b>Psychische Gesundheit</b>
Population	Kinder und Jugendliche (0–18 Jahre) mit Entwicklungsstörungen (ICD-10 <sup>5</sup> : F80–89)	Kinder und Jugendliche (0–18 Jahre) mit psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10: F00–F99)
Intervention	Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie (Screening, Diagnostik, Therapie)	Psychotherapie (Screening, Diagnostik, Therapie)
Control	–	
Outcome	Therapiebedarf (z. B. Epidemiologie; Krankheitslast: Prävalenz/Inzidenz; Indikationsstellung für Therapie) Versorgungsstrukturen	
Setting	Versorgung im niedergelassenen und im stationären Bereich in Österreich bzw. in Deutschland <sup>6</sup>	
Publikationstyp	Ergebnisse quantitativer und qualitativer Forschung (Primärstudien, systematische Reviews, Overviews of Reviews, Sekundärdatenanalysen, Surveys, Leitlinien, Leitliniensynopsen etc.), die in Österreich bzw. in Deutschland durchgeführt wurde	
Veröffentlichungszeitraum	2012–2018	

Quelle: GÖG

Der Fokus lag auf epidemiologischen Grundlagenarbeiten, also auf Studien, die dezidiert die Prävalenz bzw. Inzidenz einer der genannten Erkrankungen untersuchen, bzw. auf Studien, die diese zusammenfassen. Zudem wurden Studien, die die Häufigkeit einer der Erkrankungen anhand von Verordnungsdaten bzw. Behandlungshäufigkeiten darstellen, eingeschlossen und aufbereitet.

Folgende Ausschlusskriterien wurden definiert:

- » Prävalenzzahlen aus anderen Ländern als Österreich und Deutschland
- » Prävalenzzahlen werden nur im Hintergrund erwähnt.
- » Studie untersucht den Therapiebedarf nur in einer bestimmten Untergruppe/Risikogruppe, z. B. nur Kinder mit Diabetes Typ 1.
- » andere Population als Kinder und Jugendliche (0–18 Jahre) mit Entwicklungsstörungen bzw. psychischen und Verhaltensstörungen
- » anderer Veröffentlichungszeitraum als 2012 bis 2018
- » anderes Studiendesign (z. B. Einzelmeinung, Letter etc.)

5

ICD-10 siehe <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:64beaa0-ec63-4864-a954-0ee1beb9e5c8/ICD-10%20BMASGK%202020+%20-%20SYSTEMATISCHES%20VERZEICHNIS.pdf>

6

Die (pragmatische) Einschränkung auf Österreich und Deutschland sollte vorab der sonst zwangsläufig auftretenden Frage nach der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den österreichischen Versorgungskontext entgegenwirken. Auch wenn die Epidemiologie der untersuchten Störungen in anderen Ländern potenziell vergleichbar sein könnte, hängen ermittelte Prävalenzzahlen stark von den verwendeten Erhebungsmethoden ab, welche sich international erheblich unterscheiden.

Die systematische Literatursuche ergab 1.108 Treffer, die weitere Literatursuche erbrachte insgesamt 73 Studien. Im ersten Schritt wurden die zur Verfügung stehenden Quellen auf Abstract-Ebene ausgewählt. Im zweiten Schritt wurden die Quellen auf Volltextebene auf ihre thematische Relevanz geprüft und hinsichtlich der Informationen (bzgl. Prävalenz oder Inanspruchnahme bei umschriebenen Entwicklungsstörungen bzw. bei psychischen und Verhaltensstörungen) zugeordnet. Der Auswahlprozess ist in Abbildung 8.1 im Anhang dargestellt.

## 2.2.3 Datenextraktion

Um einen Überblick über die Charakteristika der eingeschlossenen Studien zu geben, wurden diese systematisch in Extraktionstabellen übertragen. Dabei wurden folgende Parameter extrahiert:

- » Autor/-in/Jahr
- » Titel
- » Land
- » Studientyp
- » Population und Erhebungsort/-umfang
- » Erhebungsinstrument
- » Studiengröße
- » betrachtete Erkrankung/Entwicklungsstörung

Zur übersichtlicheren Darstellung wurden diese Informationen für die Bereiche „umschriebene Entwicklungsstörungen“ und „psychische und Verhaltensstörungen“ getrennt aufbereitet und in unterschiedlichen Kapiteln behandelt.

Neben den Tabellen, in denen die Studiencharakteristika beschrieben werden, wurden weitere Tabellen erstellt, die die Prävalenzzahlen – nach ICD-10-Codes heruntergebrochen – aus den eingeschlossenen Studien enthalten.

Dieselben Informationen wurden zudem für Studien extrahiert, die die Inanspruchnahme von therapeutischen Leistungen im Zusammenhang mit umschriebenen Entwicklungsstörungen bzw. psychischen und Verhaltensstörungen darstellen.

## 2.3 Expertenworkshop

Am 19. 6. 2018 fand ein ganztägiger Workshop mit 18 Expertinnen und Experten statt (vgl. Kapitel 8.4). Im Vorfeld waren die jeweiligen Berufsverbände sowie die Ausbildungseinrichtungen/-netzwerke (Fachhochschulen) kontaktiert worden, um potenzielle Teilnehmer/-innen zu nominieren. Gemeinsam mit dem Auftraggeber wurden diese Nominierungen um Vorschläge zu praktisch tätigen Therapeutinnen/Therapeuten mit Spezialisierung auf Kinder und Jugendliche und um Vertreter/-innen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde (Fachgesellschaft, Liga für Kinder- und Jugendheilkunde) ergänzt. Dabei wurde auch Augenmerk darauf gelegt, dass sich die Teilnehmer/-innen aus unterschiedlichen Versorgungszonen Österreichs rekrutierten.

Ziel des Expertenworkshops war, die bisherigen Projektergebnisse vorzustellen und dazu die qualifizierte Sicht der Expertengruppe einzuholen, um so die vorhandene Expertise einfließen zu lassen. Unterlagen mit den Ergebnissen der Literaturrecherche wurden bereits im Vorfeld an die Teilnehmer/-innen geschickt.

Der Expertenworkshop war wie folgt gegliedert:

- » TOP 1: Projekteinführung und Präsentation der derzeitigen Versorgungssituation
- » TOP 2: Diskussion wesentlicher epidemiologischer, medizinischer und weiterer versorgungsrelevanter Grundlagen
- » TOP 3: Zusammenfassung der Workshop-Ergebnisse und Ausblick

Die Diskussionen (TOP 2) beschäftigten sich vorerst mit dem IST-Stand der Versorgung in den Bereichen Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Psychotherapie. Dabei wurden die Anwesenden auf vier „Stationen“ aufgeteilt. Je eine Station pro Therapieform bot ein Plakat mit den wichtigsten Ergebnissen der LEICON-Datenanalyse. Das Ziel war, Hinweise und Einschätzungen zur IST-Situation aus Sicht der Praxis zu erhalten sowie potenzielle Versorgungsdefizite bzw. Good-Practice-Regionen zu identifizieren. Die Diskussion erfolgte entlang folgender Leitfragen:

- » Was fällt Ihnen auf? Was springt ins Auge?
- » In welcher Region entspricht Ihrer Ansicht nach die Versorgung am ehesten dem Bedarf?

Nach weiteren inhaltlichen Inputs folgte eine weitere Diskussionsphase. Dafür wurden wieder Gruppen gebildet, in denen die Expertinnen und Experten den Therapiebedarf pro Altersgruppe auf Basis der präsentierten epidemiologischen Daten und der Daten zur Inanspruchnahme aus ihrer praktischen Erfahrung abschätzten. Zwei Gruppen bestanden jeweils aus Expertinnen und Experten der Bereiche Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie. Eine weitere Gruppe setzte sich aus den Expertinnen und Experten der Psychotherapie zusammen.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Darstellung der IST-Situation

#### 3.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse des HVB/LEICON-Projekts

*Martin Robausch / Sabrina Kienberger*

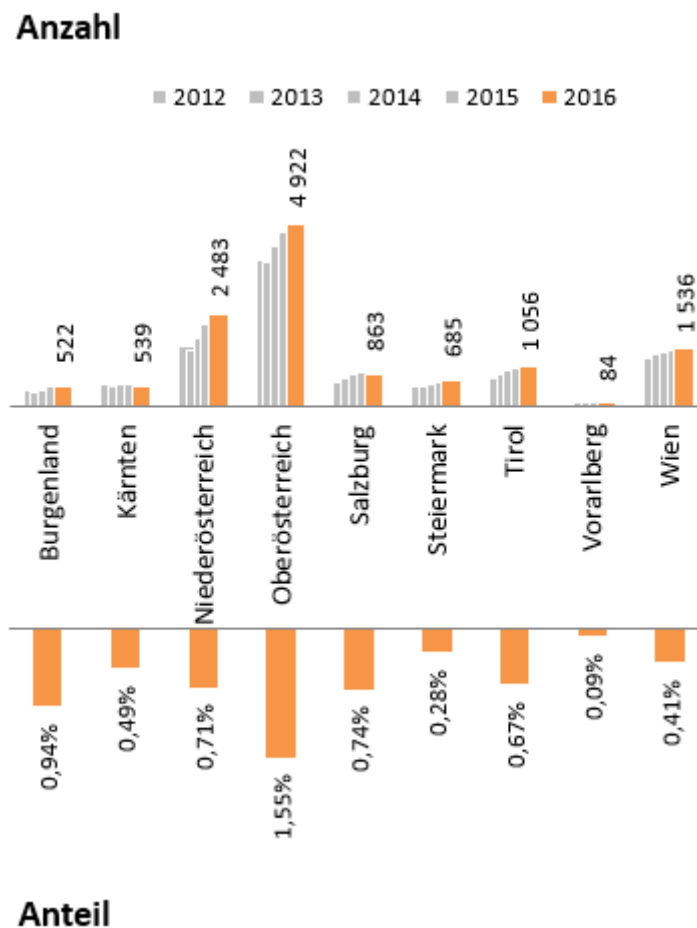
Nachfolgend werden die Ergebnisse für das Datenjahr 2016 aus dem LEICON-Projekt der Kinder- und Jugendgesundheit kompakt dargestellt.

##### 3.1.1.1 Ergotherapie

Im Jahr 2016 wurden in Österreich 12.727 Patientinnen/Patienten im Alter von 0 bis 20 Jahren mit ergotherapeutischen Leistungen versorgt (vgl. Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1:

Anzahl der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Ergotherapie nach Bundesländern und ihr Anteil an den Einwohnerinnen/Einwohnern (EW)

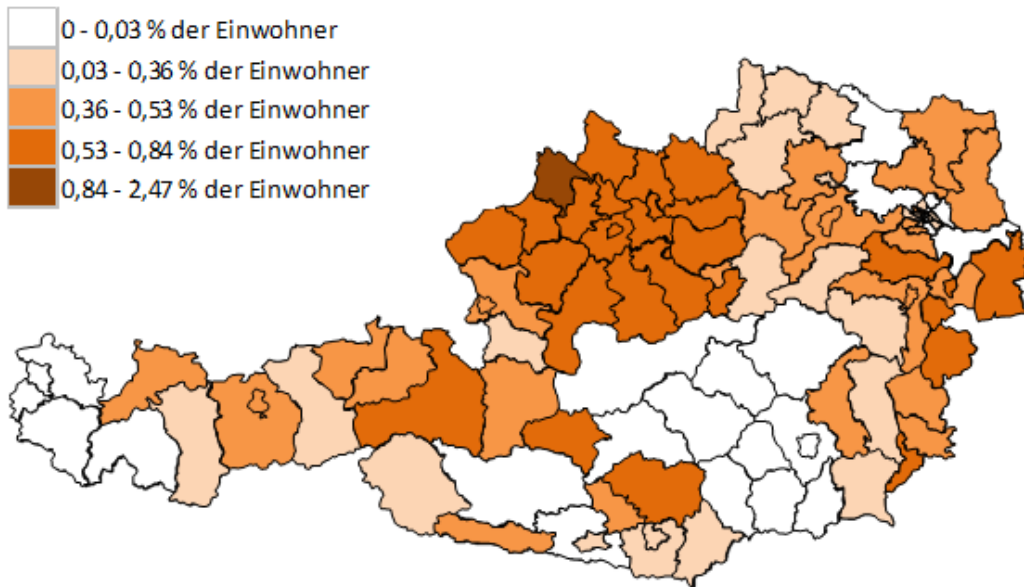


Quelle: LEICON

Die Verteilung der Patientinnen und Patienten innerhalb Österreichs wird in der folgenden Abbildung in Prozent der Einwohner/-innen (EW) dargestellt. Die meisten Ergotherapie-Patientinnen und -Patienten in Prozent der EW je Bezirk können, wie die Grafik zeigt, in Oberösterreich lokalisiert werden.

Abbildung 3.2:

Anteil der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Ergotherapie je Bezirk in % der EW

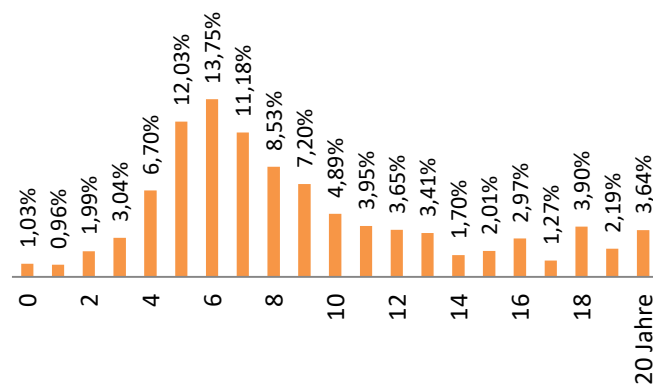


Quelle: LEICON

Die folgende Abbildung illustriert, dass in Hinblick auf die Altersverteilung ein Großteil der Ergotherapie-Patientinnen und -Patienten zwischen fünf und sieben Jahre alt ist.

Abbildung 3.3:

Altersverteilung der Ergotherapie-Patientinnen und -Patienten in %



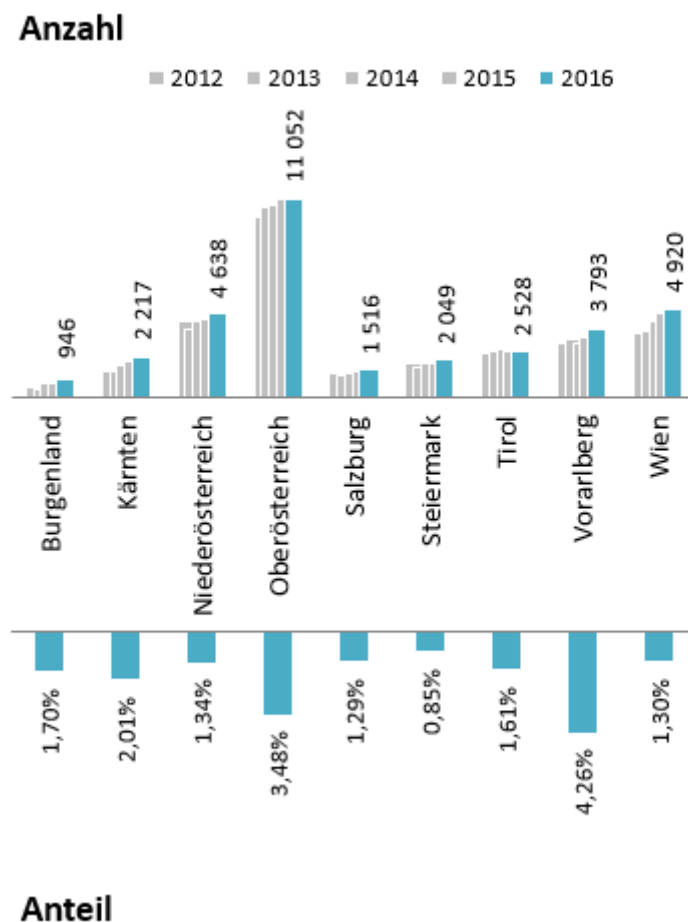
Quelle: LEICON

### 3.1.1.2 Logopädie

Im Jahr 2016 wurden 33.754 Patientinnen/Patienten im Alter von 0 bis 20 Jahren mit logopädischen Leistungen versorgt (vgl. Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4:

Anzahl der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Logopädie nach Bundesländern und ihr Anteil an den EW



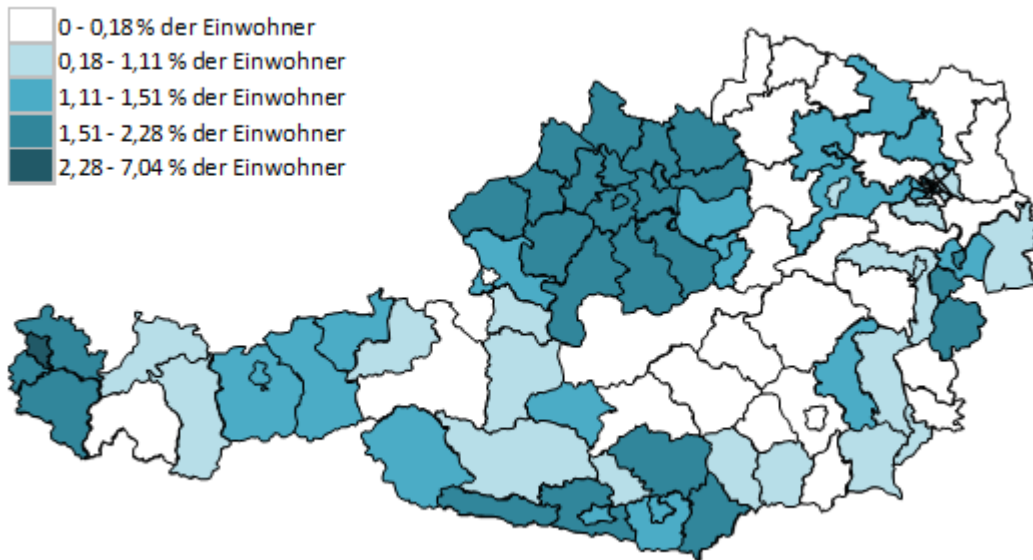
Quelle: LEICON

Die Darstellung der Patientinnen/Patienten in Prozent der EW zeigt, dass die meisten Logopädie-Patientinnen und -Patienten in Vorarlberg wohnhaft sind.



Abbildung 3.5:

Anteil der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Logopädie je Bezirk in % der EW

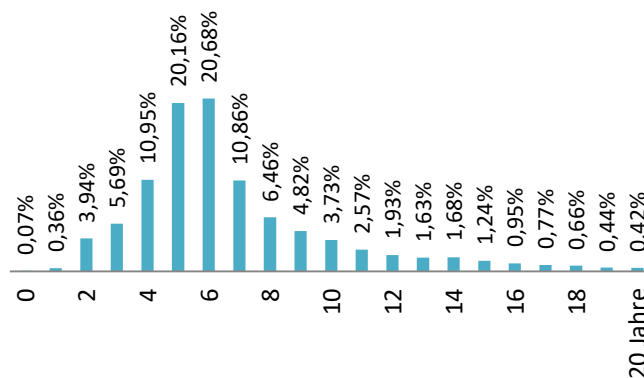


Quelle: LEICON

Die folgende Abbildung der Altersverteilung veranschaulicht, dass ein Großteil der Logopädie-Patientinnen und -Patienten zwischen fünf und sechs Jahre alt ist.

Abbildung 3.6:

Altersverteilung der Logopädie-Patientinnen und -Patienten in %



Quelle: LEICON

### 3.1.1.3 Physiotherapie

Im Jahr 2016 wurden 104.001 Patientinnen und Patienten im Alter von 0 bis 20 Jahren mit physiotherapeutischen Leistungen versorgt (vgl. Abbildung 3.7).

Abbildung 3.7:

Anzahl der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Physiotherapie nach Bundesländern und ihr Anteil an den EW

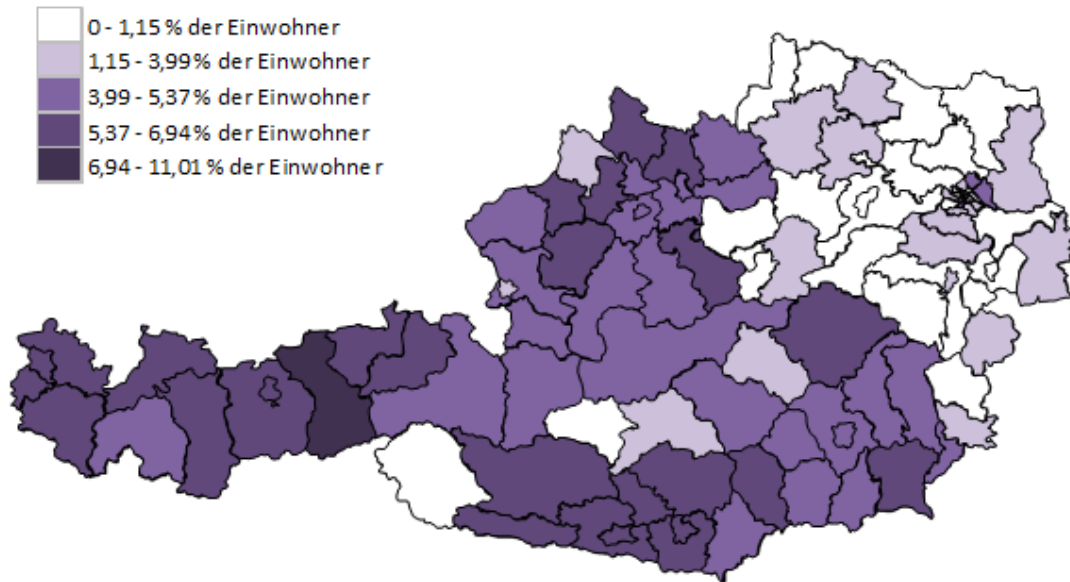


Quelle: LEICON

Die nachstehende Grafik zeigt, dass im Jahr 2016 der Westen Österreichs einen höheren Anteil an Patientinnen/Patienten je EW hatte als der Osten des Landes.

Abbildung 3.8:

Anteil der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Physiotherapie je Bezirk in % der EW

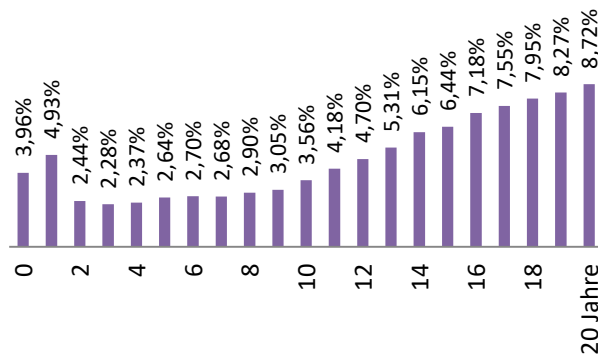


Quelle: LEICON

Die folgende Abbildung illustriert die Altersverteilung der Patientinnen/Patienten in Prozent. Es wird ersichtlich, dass im Leistungsbereich Physiotherapie mehr ältere Jugendliche versorgt werden als in anderen bisher gezeigten Leistungsbereichen (z. B. Ergotherapie).

Abbildung 3.9:

Altersverteilung der Physiotherapie-Patientinnen und -Patienten in %



Quelle: LEICON

### 3.1.1.4 Psychotherapie

Im Jahr 2016 wurden 30.707 Patientinnen und Patienten im Alter von 0 bis 20 Jahren mit psychotherapeutischen Leistungen versorgt (vgl. Abbildung 3.10).

Abbildung 3.10:

Anzahl der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Psychotherapie nach Bundesländern und ihr Anteil an den EW

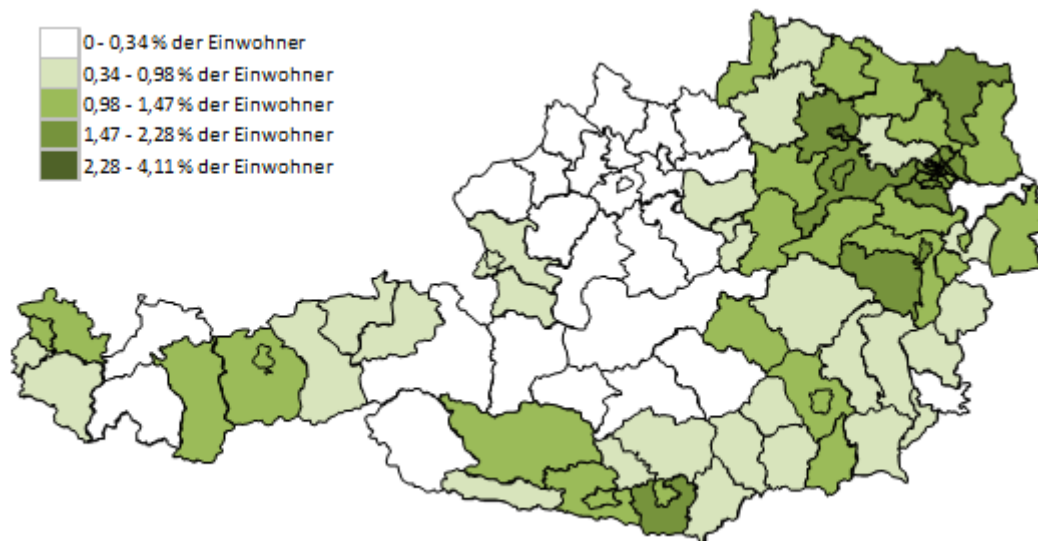


Quelle: LEICON

Die Darstellung entsprechend der Patientinnen/Patienten in Prozent der EW zeigt, dass die meisten Psychotherapie-Patientinnen und -Patienten in Wien wohnhaft sind.

Abbildung 3.11:

Anteil der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in Psychotherapie je Bezirk in % der EW

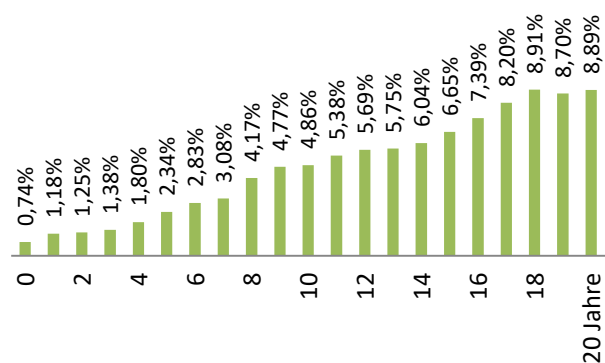


Quelle: LEICON

Die folgende Abbildung veranschaulicht die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten in Prozent. Es wird ersichtlich, dass im Leistungsbereich Psychotherapie die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit dem Alter steigt.

Abbildung 3.12:

Altersverteilung der Psychotherapie-Patientinnen und -Patienten in %



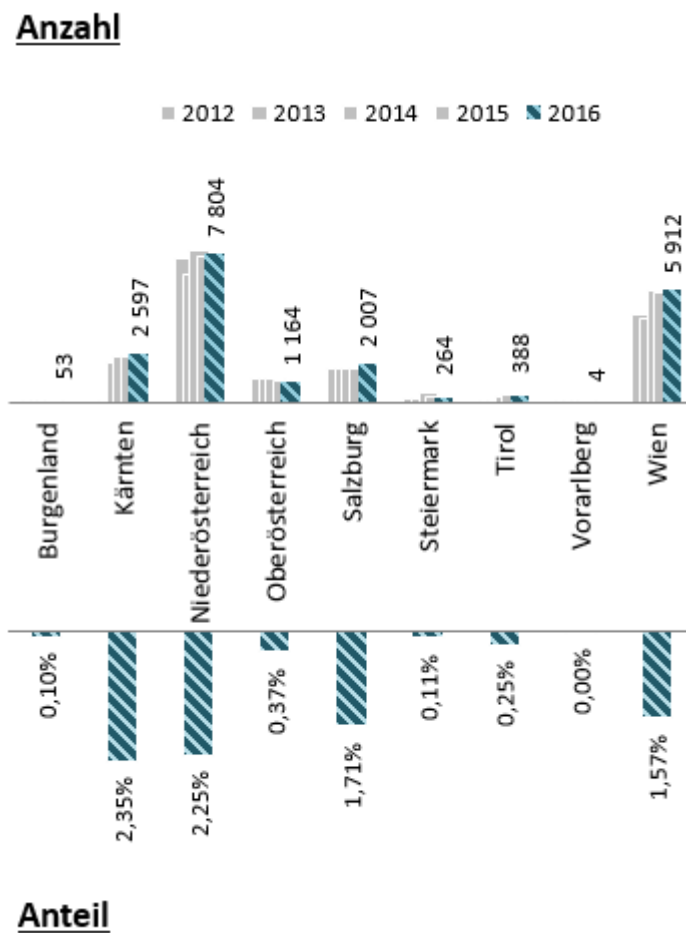
Quelle: LEICON

### 3.1.1.5 Patientinnen und Patienten in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen

Im Jahr 2016 wurden 20.267 Patientinnen und Patienten im Alter von 0 bis 20 Jahren in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen versorgt (vgl. Abbildung 3.13).

Abbildung 3.13:

Anzahl der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen in den Bundesländern und ihr Anteil an den EW

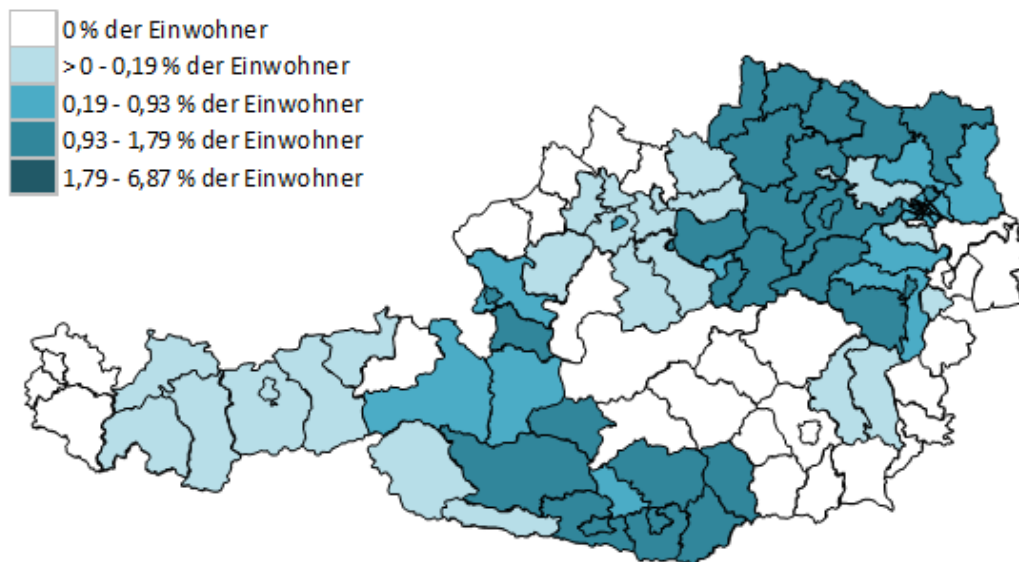


Quelle: LEICON

Die folgende Darstellung zeigt im Detail, dass die meisten in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen behandelten Patientinnen und Patienten in Niederösterreich und Kärnten wohnhaft sind.

Abbildung 3.14:

Anteil der null- bis 20-jährigen Patientinnen/Patienten in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen je Bezirk in % der EW

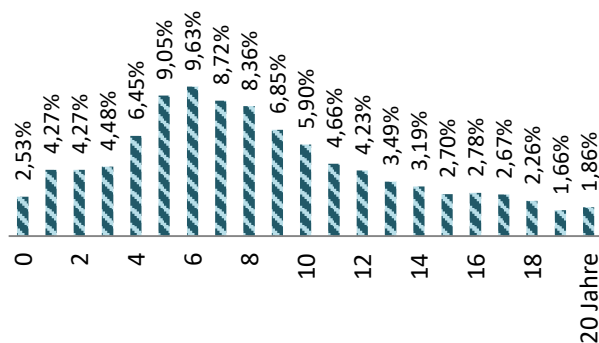


Quelle: LEICON

Aus der nachstehenden Abbildung geht hervor, dass ein Großteil der Patientinnen und Patienten in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen zwischen fünf und sieben Jahre alt ist.

Abbildung 3.15:

Altersverteilung der Patientinnen und Patienten in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen in %



Quelle: LEICON

## 3.1.2 Versorgungs-/Vertragsmodelle in der Krankenversicherung

*Stefanie Bachler / Gerald Gredinger*

Die IST-Stand-Erhebung bestätigt die angenommene stark ausgeprägte Heterogenität der Versorgungslandschaft bei Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie und Psychotherapie in der Krankenversicherung. Jede der neun Gebietskrankenkassen weist ein eigenes Versorgungs-/Vertragsmodell in den ausgewählten Leistungsbereichen auf. Im Rahmen der Leistungsharmonisierung kam es im Jahr 2018 jedoch zu einer Vereinheitlichung in den genannten Leistungsbereichen in Bezug auf die Regelung des Bewilligungsverfahrens bei vorangegangener Verordnung und auf den Kostenzuschuss bei Fehlen vertraglicher Regelungen.

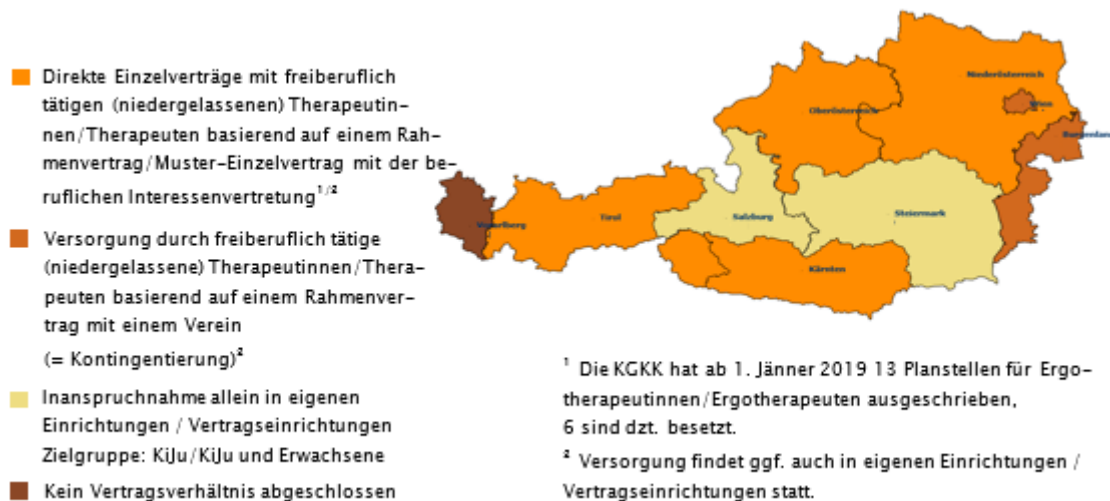
Bundesweite Träger wie die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) schlossen innerhalb ihres Trägers weitestgehend bundesweit gültige Verträge in den ausgewählten Bereichen ab, welche die Versorgung – teilweise mit einer Kostenbeteiligung – der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen sicherstellen. Von einer näheren Betrachtung dieser Versorgungs- und Vertragsmodelle wurde Abstand genommen.

Um einer übersichtlichen und niederschweligen Darstellung des österreichweiten IST-Stands gemäß der beschriebenen Methodik Folge zu leisten, geben die nachstehenden Ergebnisse und Darstellungen einen bundesweiten Überblick, welcher jedoch eine genauere auf regionale Gegebenheiten abgestellte Detailanalyse von Versorgungs-/Vertragsmodellen für die Anpassung der Sachleistungsversorgung keinesfalls ersetzen kann.



### 3.1.2.1 Ergotherapie

Abbildung 3.16:  
Bundesweiter Überblick über die Versorgungs-/Vertragsmodelle in der Krankenversicherung im Leistungsbereich Ergotherapie



Quelle und Darstellung: CCIV

#### Regelung des Bewilligungsverfahrens bei vorangegangener Verordnung

Wurde mit 1. September 2018 bundesweit vereinheitlicht. Für ergotherapeutische Behandlungen ist die chef(kontroll-)ärztliche Bewilligungspflicht ab der 2. Behandlungseinheit einzuholen.

#### Kostenzuschuss bei Inanspruchnahme ergotherapeutischer Behandlungen bei Fehlen vertraglicher Regelungen

Die Höhe der Kostenzuschüsse wurde ebenfalls mit 1. September 2018 bundesweit vereinheitlicht. Für ergotherapeutische Leistungen betragen diese einheitlich (alle GKK, BKK und VAEB):

- » für eine Behandlungseinheit zu 30 Minuten 15,00 €
- » für eine Behandlungseinheit zu 60 Minuten 30,00 €
- » für einen ärztlich verordneten Hausbesuch 10,40 €

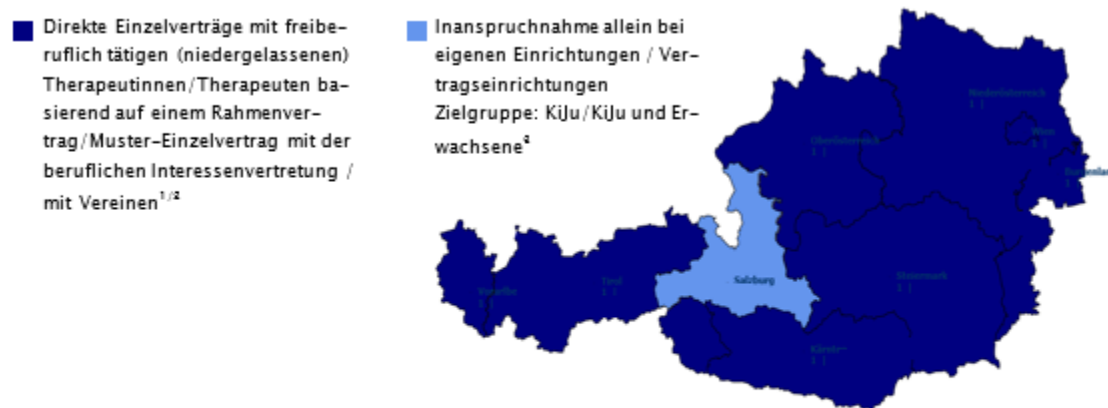
#### Kostenerstattung in der Höhe von 80 % des Vertragstarifs (vorausgesetzt, Verträge bestehen)

Quelle: Trägerabfrage des CCIV

### 3.1.2.2 Logopädie

Abbildung 3.17:

Bundesweiter Überblick über die Versorgungs-/Vertragsmodelle in der Krankenversicherung im Leistungsbereich Logopädie



<sup>1</sup> In der Steiermark erfolgt jedoch die Inanspruchnahme derzeit vorwiegend in Vertragseinrichtungen / eigenen Einrichtungen der STGKK, weil bislang nur ein Einzelvertrag abgeschlossen werden konnte.

<sup>2</sup> Versorgung findet ggf. auch in eigenen Einrichtungen / Vertragseinrichtungen statt.

<sup>3</sup> Die SGKK hat ein Angebot speziell für Kinder (bis zum 15. Lj.) bei AVOS (= Gesellschaft für Vorsorgemedizin) und keine Verträge, daher kommt ein Kostenzuschuss lt. Satzung zum Tragen.

Quelle und Darstellung: CCIV

#### Regelung des Bewilligungsverfahrens bei vorangegangener Verordnung

Wurde mit 1. September 2018 bundesweit vereinheitlicht. Für logopädische Behandlungen ist die chef(kontroll-)ärztliche Bewilligungspflicht ab der 2. Sitzung einzuholen.

#### Kostenzuschuss bei Inanspruchnahme logopädischer Behandlungen bei Fehlen vertraglicher Regelungen

Die Höhe der Kostenzuschüsse wurde ebenfalls mit 1. September 2018 bundesweit vereinheitlicht. Für logopädische Leistungen betragen diese einheitlich (alle GKK, BKK und VAEB):

- » für die Erstuntersuchung / Stuserhebung 29,07 €
- » pro nachfolgender Behandlung zu 30 Minuten 14,53 €
- » für eine Gruppensitzung (max. 4 Personen) zu 60 Minuten pro Person 8,72 €
- » für einen ärztlich verordneten Haubesuch (pauschaler Zuschlag) 13,81 €

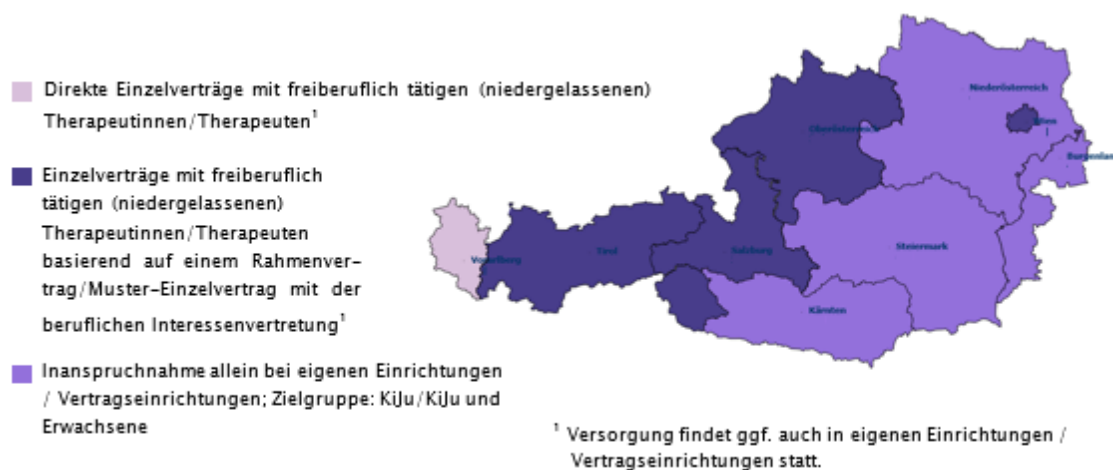
#### Kostenerstattung in der Höhe von 80 % des Vertragstarifs (vorausgesetzt, Verträge bestehen)

Quelle: Trägerabfrage des CCIV

### 3.1.2.3 Physiotherapie

Abbildung 3.18:

Bundesweiter Überblick über die Versorgungs-/Vertragsmodelle in der Krankenversicherung im Leistungsbereich Physiotherapie



Quelle und Darstellung: CCIV

#### Regelung des Bewilligungsverfahrens bei vorangegangener Verordnung

Wurde mit 1. September 2018 bundesweit vereinheitlicht. Für physiotherapeutische Behandlungen ist die chef(kontroll-)ärztliche Bewilligungspflicht ab der 7. Sitzung einzuholen.

#### Kostenzuschuss bei Inanspruchnahme physiotherapeutischer Behandlungen bei Fehlen vertraglicher Regelungen

Die Höhe der Kostenzuschüsse wurde ebenfalls mit 1. September 2018 bundesweit vereinheitlicht. Für physiotherapeutische Leistungen betragen diese einheitlich (alle GKK, BKK und VAEB):

- » für eine Einzeltherapie zu 30 Minuten 16,74 €
- » für eine Einzeltherapie zu 45 Minuten 25,04 €
- » für eine Gruppentherapie zu 30 Minuten pro Person 5,38 €
- » für einen ärztlich verordneten Hausbesuch 17,80 €

#### Kostenerstattung in der Höhe von 80 % des Vertragstarifs (vorausgesetzt, Verträge bestehen)

Quelle: Trägerabfrage des CCIV

### 3.1.2.4 Psychotherapie

Die Psychotherapie ist seit 1991 eine gesetzliche Pflichtleistung der Krankenversicherung (§ 135 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz). Bislang konnten jedoch keine Verträge mit Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten abgeschlossen werden. Um in der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche im Rahmen der Krankenbehandlung einen bundesweit zuverlässigen Einblick gewährleisten zu können, wurde von einer zusammenführenden Darstellung gemäß einem Minimalkonsens Abstand genommen. Wenngleich ein zweckgewidmetes Kontingent in jedem Bundesland abgestellt wird, ist das Ausmaß und die Art, die Versorgung in diesem Bereich sicherzustellen, sehr divergierend und macht einen gesonderten Überblick der jeweiligen Krankenversicherungsträger in den Bundesländern speziell für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche notwendig.

KV-Träger (GKK) <sup>7</sup>	Versorgungsmodell in der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche
<b>BGKK</b>	Es gibt eigene Zentren für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Eisenstadt und Oberwart sowie das heilpädagogische Zentrum in Rust. Auch im Institut für Psychotherapie werden unter anderem Kinder und Jugendliche therapeutisch behandelt.
<b>WGKK</b>	Die WGKK schloss mit zwei Vereinen, dem Verein für ambulante Psychotherapie (VaP) und der Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (WGPV), Verträge ab, welche über ein bestimmtes Kontingent von Behandlungseinheiten – speziell auch für Kinder und Jugendliche – verfügen. Darüber hinaus findet die psychotherapeutische Versorgung in weiteren Vertragsinstituten (Zielgruppe 0 bis 18 Jahre) statt.
<b>NÖGKK</b>	Eine Kontingentierung für Kinder und Jugendliche wurde aufgehoben und es besteht freier Zugang zur Leistung.
<b>OÖGKK</b>	Bei einem Vertragsverein gibt es ein zweckgewidmetes Kontingent für Kinder und Jugendliche. Die Kinder- und Jugendkompetenzzentren sowie das Kinderhilfswerk erbringen in erster Linie Psychotherapie für Kinder/Jugendliche.
<b>STGKK</b>	Ein gewisses Stundenkontingent für Psychotherapie steht ausschließlich Kindern und Jugendlichen zur Verfügung.
<b>KGKK</b>	Seit 1. 4. 2018 besteht eine Pilotvereinbarung mit dem Kärntner Landesverband für Psychotherapie, welche spezielle Kontingente für psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche bereitstellt.
<b>SGKK</b>	Ein bestimmtes Sachleistungskontingent ist pro Monat für Kinder und Jugendliche reserviert.
<b>VGKK</b>	Durch die VGKK wird die nicht ärztliche Psychotherapie beim AKS mitfinanziert. Hier wurde ein Kontingent des Gesamtbudgets für Kinder und Jugendliche reserviert.

7

Gebietskrankenkassen (GKK) – Die folgenden Abkürzungen dieser Spaltenbezeichnung betiteln die Gebietskrankenkassen aller Bundesländer.

**TGKK**

Für Kinder mit eventuellen psychischen Krankheiten werden die ersten Therapie-sitzungen im Ausmaß von sieben Stunden kostenlos und antragsfrei ermöglicht. Erweiterung des Gruppenpsychotherapie-Angebots für Kinder und Jugendliche: Durch Erfahrungswerte wurde das Angebot so angepasst, dass eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut allein bzw. eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut gemeinsam mit einer Vertreterin / einem Vertreter einer anderen Berufsgruppe (z. B. Ergotherapie) eine Gruppe leiten kann. Alle Kinder und Jugendlichen mit einer krankheitswertigen psychischen Erkrankung können Psychotherapie als Sachleistung in Anspruch nehmen. So wird ermöglicht, dass Kinder und Jugendliche mit krankheitswertigen („leichten“) psychischen Störungen möglichst früh und niederschwellig eine entsprechende Behandlung erhalten. Derzeit stehen 200 Therapieplätze zur Verfügung.

Quelle: Trägerabfrage des CCIV

**Regelung des Bewilligungsverfahrens bei vorangegangener Verordnung (vorausgesetzt, die Bewilligungspflicht wurde nicht ausgesetzt)**

Ist mit 1. September 2018 bundesweit vereinheitlicht worden.

Für psychotherapeutische Behandlungen ist die chef(kontroll-)ärztliche Bewilligungspflicht vor der 11. Sitzung einzuholen.

**Kostenzuschuss bei Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungen bei Fehlen vertraglicher Regelungen**

Die Höhe der Kostenzuschüsse wurde ebenfalls mit 1. September 2018 bundesweit vereinheitlicht. Für psychotherapeutische Leistungen betragen diese einheitlich (alle GKK, BKK und VAEB):

- » für eine Einzelsitzung zu 30 Minuten 16,00 €
- » für eine Einzelsitzung zu 60 Minuten 28,00 €
- » für eine Gruppensitzung (max. 10 Personen) zu 45 Minuten pro Person 7,00 €
- » für eine Gruppensitzung (max. 10 Personen) zu 90 Minuten pro Person 10,00 €

Die Kostenzuschüsse bei den Sondersicherungsträgern (BVA, SVA, SVB) sehen ein abweichendes Leistungsrecht hinsichtlich der Höhe des Kostenzuschusses vor.

Quelle: Trägerabfrage des CCIV

## 3.2 Ergebnisse der Literaturanalyse

*Anja Laschkolnig*

### 3.2.1 Prävalenz umschriebener Entwicklungsstörungen

Es konnten insgesamt fünf Studien zur Prävalenz umschriebener Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen herangezogen werden. Die Charakteristika dieser Studien sind in Tabelle 3.1 aufgeschlüsselt, während die jeweiligen Prävalenzzahlen je ICD-10-Code in Tabelle 3.2 dargestellt sind.

Vier der eingeschlossenen Studien erhoben die Prävalenz umschriebener Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Hinsichtlich des Erhebungsumfangs bezog sich eine Studie auf die Stadt München, eine auf einen Landkreis (Dingolfing-Landau), zwei Studien nutzten die Daten des gesamten Bundeslandes (Bayern bzw. Mecklenburg-Vorpommern). Dementsprechend variiert auch die Anzahl der jeweils untersuchten und in die Auswertung einbezogenen Kinder. Zwei der Studien berichten von Daten aus Schuleingangsuntersuchungen und beziehen sich somit auf Kinder im Alter von fünf bis sechs Jahren (Stich et al. 2012; Thaiss/Thyen 2014). Eine weitere Studie fand ebenfalls in Kindertageseinrichtungen statt, jedoch nicht im Rahmen einer Schuleingangsuntersuchung (Gottschling-Lang et al. 2016). Zudem wurden in einer Studie Schüler/Schülerinnen der zwei letzten Jahre der Grundschule befragt (Moll et al. 2014).

Die fünfte der eingeschlossenen Literaturquellen bietet einen narrativen Überblick über verschiedene Studien (Griebler et al. 2013). Hinsichtlich der untersuchten Entwicklungsstörungen beschäftigen sich vier Studien gleichzeitig mit mehreren Teilbereichen, während sich die Studie von Gottschling-Lang et al. (2016) dezidiert motorischen Entwicklungsstörungen widmet. Die eingesetzten Erhebungsinstrumente variieren zwischen den Studien und sind dadurch in Inhalt und Umfang schwer vergleichbar. Insgesamt handelt es sich jedoch um standardisierte Erhebungsinstrumente, die auf ein Screening hinsichtlich Auffälligkeiten in Bezug auf umschriebene Entwicklungsstörungen ausgelegt sind.

Betrachtet man die Prävalenz von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, zeigt sich eine relativ große Bandbreite zwischen den in den Studien genannten Werten: Sie rangieren zwischen 3 Prozent und 25 Prozent für die Vier- bis Zehnjährigen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass sich der erste Wert auf Störungen im Sprechrhythmus bezieht, während der zweite übergreifend abbildet, welche der untersuchten Kinder Auffälligkeiten hinsichtlich des Sprechens bzw. der Sprache aufwiesen.

In Bezug auf die Entwicklungsstörungen im Bereich schulischer Fertigkeiten liegen die Prävalenzschätzungen in den eingeschlossenen Studien relativ einheitlich bei 7 bis 16 Prozent aller Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren für Lese- und Rechtschreibstörungen. Für Rechenstörungen werden Prävalenzen von 4 bis 15 Prozent berichtet.

Für Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen ergeben sich schließlich auf Basis der einbezogenen Studien Prävalenzwerte von 6 bis 25 Prozent bei vier- bis achtjährigen Kindern, wobei der höhere Wert alle auffälligen wie auch die fraglichen Werte im Rahmen eines Screenings umfasst.

Tabelle 3.1:

Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien zur Prävalenz von Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80-F89) bei Kindern und Jugendlichen

Autoren/Autorinnen (Jahr)	Titel	Land	Studientyp	Population und Erhebungsort/-umfang	Erhebungsinstrument	Studiengröße	betrachtete Erkrankung/Entwicklungsstörung
Stich et al. (2012)	Individual development of preschool-children prevalences and determinants of delays in Germany: a cross-sectional study in Southern Bavaria	D	Querschnittsstudie	Alter: 5-6 Jahre Erhebungsort/-umfang: Bezirk Dingolfing-Landau in Bayern In der Studie wird über 13 Beobachtungsjahre berichtet.	Erhebungsinstrumente: „Bavarian School entry model“ für motorische, kognitive, sprachliche und psychosoziale Beeinträchtigungen standardisiertes medizinisches Protokoll	N = 13.182	Entwicklungsstörungen
Gottschling-Lang et al. (2016)	Prävalenzen und Risikofaktoren motorischer Entwicklungsgefährdungen bei 3- bis 6-jährigen Kindergartenkindern in Mecklenburg-Vorpommern	D	Cluster-randomisierte, prospektive kontrollierte Studie	Alter: 3-6 Jahre Erhebungsort/-umfang: Mecklenburg-Vorpommern Daten für Kinder in 12 Kindertageseinrichtungen wurden erhoben.	Erhebungsinstrumente (Fremdbeurteilung): Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten DESK 3-6 standardisierte Fragebogen für Eltern	N = 599	motorische Entwicklung
Thaiss/Thye n (2014)	Medikalisierung der Kindheit? Heilmittelverordnungen für Kinder im Vorschulalter am Beispiel der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Schleswig-Holstein	D		Alter: keine Angaben, aber da Schuleingangsuntersuchung wohl 5-6 Jahre Erhebungsort/-umfang: Schleswig-Holstein	Erhebungsinstrument: standardisiertes Untersuchungs- und Dokumentationsinstrument, das für Schuleingangsuntersuchungen in verschiedenen Bundesländern verwendet wird	N = 22.212	Entwicklungsstörungen
Moll et al. (2014)	Specific Learning Disorder: Prevalence and Gender Differences	D	Querschnittsstudie	Alter: 9-10 Jahre Erhebungsort/-umfang: München Schüler/-innen aus der 3. und 4. Schulstufe wurden inkludiert, die Erhebung fand an 18 Grundschulen statt.	Erhebungsinstrumente: Salzburger Lese-Screening für die Schulstufen 1-4 diagnostischer Rechtschreibtest für 3. Klassen bzw. für 4. Klassen Heidelberger Rechentest	N = 1.633	Entwicklungsstörungen
Griebler et al. (2013)	Grundlagenbericht Entwicklungsverzögerungen/-störungen bei 0- bis 14-jährigen	AT/D	Ergebnisbericht	Alter: 0-14 Jahre	verschiedene Datenquellen aus Österreich, zum Teil durch Studien aus Deutschland ergänzt Quellen wurden durch Literaturrecherche und eine Expertenbefragung identifiziert	unterschiedlich	Entwicklungsstörungen

Darstellung: GÖG

Tabelle 3.2:

Prävalenzangaben zu umschriebenen Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80-F89) bei Kindern und Jugendlichen

ICD-10-Code	Alter in Jahren	Stich et al. (2012)	Gottschling-Lang et al. (2016)	Moll et al. (2014)	Thaiss/Thyen (2014)	GÖG / Griebler et al. (2013)
<b>F80: Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache</b>						
	4-5	-	-	-	-	7 %-11 %
	5-6	3,1 % <sup>8</sup> -13,8 % <sup>9</sup>	-	-	25,8 %	-
	9-10	-	-	8,9 %-16,6 %	-	-
<b>F81: Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten</b>						
<b>F81.0: Lese- und Rechtschreibstörung</b>	6-12	-	-	-	-	7 %-15 <sup>10</sup> % bzw. 9 %-16 <sup>11</sup> %
	9-10	-	-	7,1 %-15,5 %	-	-
<b>F81.2 Rechenstörung</b>	5-6	4,0 %	-	-	-	6 %-15 %
	9-10	-	-	4,3 %-12,9 %	-	-
<b>F82: Umschriebene Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen</b>						
	4-5	-	-	-	-	25 %
	5-6	6,1 % <sup>12</sup> -12,2 % <sup>13</sup>	-	-	17,7 %	-
	3-6	-	15,0 % <sup>14</sup> -24,5 % <sup>15</sup>	-	-	-
	6-8	-	-	-	-	16 <sup>16</sup> %

Darstellung: GÖG

8

Störung des Sprechrhythmus

9

Störung der Aussprache

10

Defizite beim Lesen

11

Defizite in der Rechtschreibung

12

grobmotorische Fertigkeiten

13

feinmotorische Koordination

14

Summe von auffälligen und fraglichen Befunden für Grobmotorik

15

Summe von auffälligen und fraglichen Befunden für Feinmotorik

16

jeweils Grob- und Feinmotorik



### 3.2.2 Inanspruchnahme von Logopädie sowie Ergo- und Physiotherapie

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Logopädie sowie Ergo- und Physiotherapie konnten insgesamt vier Studien aus Deutschland identifiziert werden, deren Charakteristika in Tabelle 3.3 dargestellt sind. Dabei handelt es sich um zwei Publikationen der KiGGS-Erhebung, welche die Inanspruchnahme von Ergotherapie (Weber et al. 2015) bzw. Physiotherapie (Weber et al. 2017) in den letzten 12 Monaten bei Eltern bzw. auch bei Kindern und Jugendlichen abgefragt haben.

Zudem informiert der Heilmittelbericht der AOK auf Basis von Routinedaten über die Inanspruchnahme von Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie im Jahr 2016 (Wissenschaftliches Institut der AOK 2016), eine weitere Studie ermittelt die Inanspruchnahme dieser Therapieformen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung in Schleswig-Holstein (Thaiss/Thyen 2014). Für den Bereich Logopädie sind nur Informationen zu Kindern im Alter von vier bzw. sechs Jahren verfügbar, während für Ergo- und Physiotherapie auch Informationen zu älteren Kindern bzw. über eine über mehrere Lebensjahre aufsummierte durchschnittliche Behandlungshäufigkeit vorliegen.

Tabelle 3.3:

Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien zur Behandlungshäufigkeit bei umschriebenen Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80–F89) bei Kindern und Jugendlichen

Autoren/Autorinnen (Jahr)	Titel	Land	Studientyp	Population	Erhebungsinstrument (Datenquellen)	Studiengröße	Therapie
<b>Weber et al. (2015)</b>	Inanspruchnahme von Ergotherapie im Kindesalter – Ergebnisse aus der KiGGS-Basiserhebung	D	Querschnittsstudie	Alter: 0–17 Jahre Aufgrund geringer Fallzahlen in den Altersgruppen 0–2 und 14–17 erfolgte die Auswertung nur für Kinder im Alter von 3 bis 13 Jahren. Erhebungsort/–umfang: deutschlandweite Erhebung im Rahmen der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts	Fragbogenerhebung u. a. hinsichtlich Inanspruchnahme von Ergotherapie in den letzten 12 Monaten: Beantwortung durch Eltern, wenn Kinder 0–13 Jahre alt Beantwortung durch Kinder, wenn diese 14–17 Jahre alt	N = 9.716	Ergotherapie
<b>Weber et al. (2017)</b>	Inanspruchnahme von Physiotherapie im Kindesalter – Ergebnisse aus der KiGGS-Basiserhebung	D	Querschnittsstudie	Alter: 0–17 Jahre Erhebungsort/–umfang: deutschlandweite Erhebung im Rahmen der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts	Fragbogen, u. a. hinsichtlich Inanspruchnahme von Physiotherapie in den letzten 12 Monaten: Beantwortung durch Eltern, wenn Kinder 0–13 Jahre alt Beantwortung durch Kinder, wenn diese 14–17 Jahre alt	N = 15.061	Physiotherapie
<b>Wissenschaftliches Institut der AOK (2016)</b>	Heilmittelbericht der AOK im Jahr 2016	D	wissenschaftlicher Bericht	Alter: 0–14 Jahre Erhebungsort/–umfang: deutschlandweite Daten der AOK	Routinedaten der Heilmittelversorgung der gesetzlich Versicherten, Auswertung für Mitglieder der AOK	N = rund 3.3 Millionen versicherte Kinder	Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie
<b>Thaiss/Thyen (2014)</b>	Medikalisierung der Kindheit? Heilmittelverordnungen für Kinder im Vorschulalter am Beispiel der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Schleswig-Holstein	D	Querschnittsstudie	Alter: keine Angaben, aber da Schuleingangsuntersuchung, wohl 5–6 Jahre Erhebungsort/–umfang: Schleswig-Holstein	Erhebungsinstrument: standardisiertes Untersuchungs- und Dokumentationsinstrument, das für Schuleingangsuntersuchungen in verschiedenen Bundesländern verwendet wird	N = 22.212	Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie

Darstellung: GÖG

Tabelle 3.4 stellt die in den identifizierten Studien enthaltenen Angaben zu Häufigkeiten von logopädischer Therapie sowie von Ergotherapie und Physiotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit umschriebenen Entwicklungsstörungen dar.

Tabelle 3.4:

Behandlungshäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit umschriebenen Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80-F89)

Alter in Jahren	Thaiss/Thyen (2014)	Weber et al. (2017)	Weber et al. (2015)	Wissenschaftliches Institut der AOK (2016)
<b>Logopädie</b>				
4	-	-	-	5,3 %-9,1 % <sup>17</sup>
6	15,1 % <sup>18</sup>	-	-	19,4 %
<b>Ergotherapie</b>				
0-2	-	-	0,1 %	-
3-6	-	-	2,8 %	-
5	-	-	-	2,5 %-6,3 % <sup>19</sup>
6	8,2 % <sup>20</sup>	-	-	7,9 %
5-9	-	-	-	6,9 %
7-10	-	-	3,1 %	-
3-13	-	-	2,4 %	-
10-14	-	-	-	2,9 %
11-13	-	-	1,2 %	-
0-17	-	-	1,6 %	-
<b>Physiotherapie</b>				
0-1	-	-	-	8,6 %-10,9 % <sup>21</sup>
0-2	-	8,0 %	-	-
3-6	-	3,7 %	-	-
6	2,8 % <sup>22</sup>	-	-	-
7-10	-	4,7 %	-	-
11-13	-	7,0 %	-	-
14-17	-	10,2 %	-	-
0-17	-	6,4 %	-	-

Darstellung: GÖG

17

Prozentanteil der Mädchen – Prozentanteil der Jungen

18

aktuelle Inanspruchnahme zum Zeitpunkt der Erhebung (in Behandlung zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung),  
gesamte Inanspruchnahme 25,4 %

19

Prozentanteil der Mädchen – Prozentanteil der Jungen

20

aktuelle Inanspruchnahme zum Zeitpunkt der Erhebung (in Behandlung zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung),  
gesamte Inanspruchnahme 12,6 %

21

Prozentanteil der Mädchen – Prozentanteil der Jungen

22

aktuelle Inanspruchnahme zum Zeitpunkt der Erhebung (in Behandlung zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung),  
gesamte Inanspruchnahme 15,5 %

### 3.2.3 Prävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen

Insgesamt konnten 17 Studien zur Prävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen herangezogen werden. Die Charakteristika dieser Studien sind in Tabelle 3.5 aufgeschlüsselt, während die jeweiligen Prävalenzzahlen je ICD-10-Code in Tabelle 3.6 bis Tabelle 3.12 dargestellt sind.

Drei der identifizierten Studien setzen sich ausschließlich mit dem österreichischen Kontext auseinander (Riedl et al. 2016; Wagner et al. 2017; Zeiler et al. 2016). Eine davon ist eine umfangreiche und repräsentative Studie, die die Prävalenz verschiedener Indikationen erhob (Wagner et al. 2017). Zwei weitere österreichische Studien beschäftigen sich zum einen mit der Prävalenz von Essstörungen (Zeiler et al. 2016) und zum anderen mit suchtartigem Computerspielverhalten (Riedl et al. 2016). Zwei weitere Studien berichten sowohl für Österreich als auch für Deutschland Prävalenzwerte für Selbstverletzung (Brunner et al. 2014; Plener et al. 2013). Die restlichen vierzehn Studien berichten Prävalenzzahlen aus Deutschland. Sechs davon umfassen verschiedene psychische Störungen (Fuchs et al. 2013; Hölling et al. 2014; Husky et al. 2017; Klasen et al. 2016; Niemczyk et al. 2015; Wlodarczyk et al. 2016), drei Studien beziehen sich auf Essstörungen (Equit et al. 2013; Hammerle et al. 2016; Zeiler et al. 2016), zwei auf Suizidgedanken (Kovess-Masfety et al. 2015; Straub et al. 2015), eine auf Internetsucht (Kaess et al. 2016), eine auf Selbstverletzung (Plener et al. 2013) und eine weitere Studie auf Depression (Fuhrmann et al. 2014). Drei dieser Studien haben die für Deutschland repräsentativen Erhebungen im Rahmen der KiGGS- bzw. BELLA-Studien als Grundlage. Im Hinblick auf den geografischen Umfang handelt es sich neben diesen deutschlandweiten Studien um Erhebungen aus einzelnen Städten bzw. Regionen sowie um Erhebungen auf Ebene der Bundesländer. Bezogen auf das Alter der Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Erhebung wurden vier Studien in die Analyse eingeschlossen, die sich dezidiert mit Kindern im Kindergartenalter auseinandersetzen, während vier weitere Studien den Fokus auf Jugendliche im Alter von etwa 15 Jahren legen. Die restlichen Studien enthalten Prävalenzzahlen für mehrere Altersklassen.

Tabelle 3.5:

Studiencharakteristika eingeschlossener Studien mit Prävalenzdaten zu psychischen und Verhaltensstörungen (ausgenommen Entwicklungsstörungen) bei Kindern und Jugendlichen

Auto- ren/Auto- rinnen (Jahr)	Titel	Land	Studien- typ	Population	Erhebungsinstrument	Studiengröße	Erkrankung
<b>Wagner et al. (2017)</b>	Mental Health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria	AT	Querschnittsstudie	Alter: 10–18 Jahre Erhebungsort/-umfang: österreichweit 2 Samples: Schoolsample Non-school Ausschlusskriterien: niedrige intellektuelle Fähigkeiten nicht ausreichende Deutschkenntnisse Besuch einer Sonderschule	Erhebungsinstrumente: Phase 1 (Screening-Phase): Youth Self-Report (beurteilt die allgemeine Psychopathologie) SCOFF-Fragebogen (beurteilt das mögliche Risiko einer Essstörung) Phase 2 (strukturiertes klinisches Interview): Children's Diagnostics Interview for Mental Disorders (CDI-MD) (jeweils mit Kindern/Jugendlichen und Eltern)	N = 3.477  repräsentativ für die österreichische Bevölkerung	27 verschiedene psychische Störungen (nach DSM-5)
<b>Kovess-Masfety et al. (2015)</b>	Suicidal ideation and mental health disorders in young school children across Europe	D	Querschnittsstudie	Alter: 6–12 Jahre randomisiertes Auswahlverfahren der Jahrgangsstufen und Schulen im jeweiligen Land Erhebungsort/-umfang: 7 EU-Länder	Erhebungsinstrumente (Fremdeinschätzung durch Eltern): Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Eltern- und Lehrerversion) Dominic Interactive (DI) (ein am Computer auszufüllendes Instrument in Form eines Spiels zur Selbsteinschätzung, misst sieben häufige psychische Störungen laut DSM-IV)	N = 849	Suizidgedanken
<b>Brunner et al. (2014)</b>	Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries	AT/D	Querschnittsstudie	Alter: 14–16 Jahre Durchschnittsalter: 14,9 (+/- 0,89) Jahre Erhebungsort/-umfang: Studienorte in Deutschland und Österreich, nicht näher spezifiziert Schüler/-innen in verschiedenen Schularten und -stufen des jeweiligen Landes wurden befragt.	Erhebungsinstrumente: Fragebogen mit sechs Items, welcher auf dem Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI) basiert	N = 12.395 über alle 11 Länder, Teilnehmerate für AT und D nicht genannt	Selbstverletzung
<b>Fuchs et al. (2013)</b>	Prevalence of emotional and behavioral symptoms and their impact on daily life activities in a community sample of 3- to 5-year-old children	D	Querschnittsstudie	Alter: 3–5 Jahre Erhebungsort/-umfang: Leipzig Kinder, die zwischen 1. Juli 2005 und 30. Juni 2006 geboren wurden und einen öffentlichen Kindergarten besuchen	Erhebungsinstrumente (Fremdeinschätzung durch Hauptpflegeperson, in 92,9 % Mutter, in 6,2 % Vater, in 0,9 % andere Personen): Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) SDQ-Impact Supplement	N = 1.738	verschiedene

Auto- ren/Auto- rinnen (Jahr)	Titel	Land	Studien- typ	Population	Erhebungsinstrument	Studiengröße	Erkrankung
<b>Straub et al. (2015)</b>	Suicidal Behavior in German Adolescents: Prevalence & Association with Depressive & Manic Symptoms	D	Querschnittsstudie	Alter: 14–17 Jahre Erhebungsort/-umfang: 13 süddeutsche Schulen Jugendliche der neunten Schulstufe aus verschiedenen Schularten nahmen an der anonymen Befragung teil.	Erhebungsinstrumente: Allgemeine Depressionsskala (ADS) (20 Items zur Selbsteinschätzung) und ihre Erweiterung um manische Symptome (ADMS) (9 Items zur Selbsteinschätzung) Self-Harm behavior Questionnaire (SHBQ) (33 Items, Selbsteinschätzung)	N = 1.117	Suizidgedanken
<b>Zeiler et al. (2016)</b>	Prevalence of Eating Disorder Risk and Associations with Health-related Quality of Life: Results from a Large School-based Population Screening	AT	Querschnittsstudie	Alter: 10–18 Jahre geographischer Umfang: österreichweit Schüler/-innen in verschiedenen Schularten und Stufen wurden österreichweit befragt.	Erhebungsinstrumente: SCOFF-Fragebogen Youth Self-Report (beurteilt die allgemeine Psychopathologie) KIDSCREEN (beurteilt die HrQoL -> gesundheitsbezogene Lebensqualität)	N = 3.610  repräsentativ für die österreichische Bevölkerung	Essstörungen
<b>Husky et al. (2017)</b>	Self-reported mental health in children ages 6–12 years across eight European countries	D	Querschnittsstudie	Alter: 6–11 Jahre Teil der School Children Mental Health in Europe (SCMHE)-Studie, welche 11 EU-Länder umfasst Erhebungsort/-umfang: Deutschland, städtische und dörfliche Regionen	Erhebungsinstrumente: Dominic Interactive (DI) (ein am Computer auszufüllendes Instrument zur Selbsteinschätzung, misst sieben häufige psychische Störungen laut DSM-IV)	N = 420 (für Deutschland)	verschiedene
<b>Włodarczyk et al. (2016)</b>	Mental health problems among pre-schoolers in Germany: Results of the BELLA preschool study	D	Längsschnittstudie	Alter: 3–6 Jahre Erhebungsort/-umfang: deutschlandweit an 33 Stellen erhoben, 24 in West- und 9 in Ostdeutschland; Teilmodul der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts	Erhebungsinstrumente (Fremdeinschätzung durch Eltern): Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) SDQ-Impact Supplement Child Behavioural Checklist 1½–5 IOWA-Conner's behaviour rating scale	N = 391	psychische Störungen
<b>Fuhrmann et al. (2014)</b>	Prevalence of depressive symptoms and associated developmental disorders in preschool children: a population-based study	D	Querschnittsstudie	Alter: 5–7 Jahre (Mittelwert 6,1 SD=0.4) Erhebungsort/-umfang: St. Wendel im Saarland Ausgeschlossen wurden Kinder mit Rede- und Sprachverzögerungen, neurologischen und Autismusspektrumstörungen. im Rahmen der verpflichtenden Schuleingangsuntersuchung erhoben	Erhebungsinstrumente: Preschool Feelings checklist (PFC) (Fremdbeurteilung durch Eltern, für Depressionsidentifikation, 16 Items)	N = 653	Depression und assoziierte Entwicklungsstörungen

Auto- ren/Auto- rinnen (Jahr)	Titel	Land	Studien- typ	Population	Erhebungsinstrument	Studiengröße	Erkrankung
<b>Hölling et al. (2014)</b>	Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012) (KIGGS)	D	Längs- schnitt- studie	Alter: 3–17 Jahre Erhebungsort/-umfang: deutschlandweite Erhebung im Rahmen der KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts	Erhebungsinstrumente (Fremdeinschätzung durch Eltern): Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) SDQ-Impact Supplement	N = 17.641 (für 2008–2012)	verschiedene
<b>Niemczyk et al. (2015)</b>	Prevalence of incontinence, attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in preschool children	D	Quer- schnitts- studie	Alter: im Mittel 5,7 Jahre Erhebungsort/-umfang: Saarbrücken Befragung im Rahmen des verpflichtenden Schuleingangstests	Erhebungsinstrumente (Fremdeinschätzung durch Eltern, 32 Items): Fragebogen basierend auf DISYPS-II (Diagnostiksystem für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II, DSM-IV Version) mit den folgenden Skalen: ADHD (18 Items) Trotzverhalten/Autoritätsabwehr zusätzliche Frage zu Inkontinenz (6 Items)	N = 1.676	verschiedene
<b>Equit et al. (2013)</b>	Eating problems in young children – a population-based study	D	Quer- schnitts- studie	Alter: 4–7 Jahre Erhebungsort/-umfang: Saarpfalz-Kreis	Erhebungsinstrumente (Fremdeinschätzung durch Eltern, 25 Items): speziell für die Studie entwickelter Fragebogen	N = 1.090	Essstörungen
<b>Hammerle et al. (2016)</b>	Thinking dimensional: prevalence of DSM-5 early adolescent full syndrome, partial & subthreshold eating disorders in a cross-sectional survey in German schools	D	Quer- schnitts- studie	Alter: im Mittel 13,4 Jahre Erhebungsort/-umfang: Rheinland-Pfalz 17 Schulen unterschiedlicher Schularten nahmen an der Befragung teil, befragt wurden die Schüler/-innen der 7. und 8. Schulstufe.	Erhebungsinstrumente (Selbstbeurteilung): Structured interview for anorexia and bulimia nervosa-self report (SIAB-S) Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2)	N = 1.654	Essstörungen

Auto- ren/Auto- rinnen (Jahr)	Titel	Land	Studien- typ	Population	Erhebungsinstrument	Studiengröße	Erkrankung
Riedl et al. (2016)	Nutzungsmuster von Internet und Computerspielen	AT	Querschnittsstudie	Alter: 11–18 Jahre, im Mittel 15,3 Jahre Zufallsziehung von 38 Schulklassen aus allen in Innsbruck vorhandenen Schultypen, basierend auf einer Berechnung der Stichprobengröße sowie einer Stratifizierung nach Schulstufen	Erhebungsinstrumente (Selbstbeurteilung): Compulsive Internet Use Scale (Selbstbeurteilung, 14 Items) Skala zum Computerspielverhalten (Selbstbeurteilung) Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (10 Items) strukturiertes Interview, umfasste 71 Fragen zu Peergroup und Freizeitgestaltung, Substanzgebrauch sowie Fragen zum Internet- und Computerspielverhalten, dauerte ca. 20 Minuten	N = 389	suchtartiges Computer-spielverhalten
Plener et al. (2013)	Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) in German-speaking countries: comparing prevalence rates from three community samples	AT/D/CH	Querschnittsstudie	Alter: 14,99 (mean age) Erhebungsort/-umfang: AT, D, CH Schüler/-innen in der 9. Klasse in verschiedenen Schulen des jeweiligen Landes wurden befragt.	Erhebungsinstrumente (Selbstbeurteilung): Ottawa self-injury inventory (21 Items)	N = 339	Selbstverletzung
Kaess et al. (2016)	Pathological Internet Use Is on the Rise Among European Adolescents	D	Querschnittsstudie	Alter: Im Mittel 14,8 Jahre bzw. 15,03 Jahre Erhebungsort/-umfang: zehn Länder im Rahmen der SEYLE-Studie bzw. 5 Länder im Rahmen der WE-STAY-Studie jeweils randomisiertes Auswahlverfahren der Schulen und Einschluss von Schülern und Schülerinnen in den Schulstufen 8 bis 10	Erhebungsinstrumente: Young Diagnostic Questionnaire (YDG)	N = 1.444 (SEYLE) N = 2.718 (WE-STAY)	Internetsucht
Klasen et al. (2016)	Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie	D	Längsschnittstudie	Alter: 7–19 Jahre Erhebungsort/-umfang: deutschlandweit an 33 Stellen erhoben, 24 in West- und 9 in Ostdeutschland; Teilmodul der KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts	Erhebungsinstrumente: Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC) (20 Items) Kurzversion des Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder: SCARED-5 (5 Items) Global-Index des Connors3 (10 Items) Child Behaviour Checklist (CBCL) (33 Items)	N = 3.256	psychische Störungen

Darstellung: GÖG



Tabelle 3.6 zeigt die Prävalenzwerte über mehrere Erkrankungen hinweg, aufgefunden in fünf Studien. Die Studie von Wagner et al. erhob dabei für den österreichischen Kontext und gibt übergreifend eine Punktprävalenz von knappen 24 % für Kinder und Jugendliche im Alter von zehn bis achtzehn Jahren an. Dies ist vergleichbar mit den Ergebnissen der Studie von Hölling et al. (2014), die für Drei- bis Siebzehnjährige eine Prävalenz von 20 % in Bezug auf ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten angibt. Die Ergebnisse von Husky et al. (2017) liegen mit einer Prävalenz von 17 % etwas darunter, umfassen aber auch etwas weniger Indikationen und nur die Altersklassen der Sechs- bis Zwölfjährigen, wodurch die Prävalenz bei Indikationen, die häufig in der Pubertät beginnen, wohl unterschätzt wird.

Tabelle 3.6:

Gesamtprävalenzwerte zu psychischen und Verhaltensstörungen (ausgenommen Entwicklungsstörungen) bei Kindern und Jugendlichen (mit unterschiedlichem Umfang der inkludierten Indikationen, vgl. Fußnoten)

Alter in Jahren	Wagner et al. (2017)	Fuchs et al. (2013)	Husky et al. (2017)	Wlodarczyk et al. (2016)	Fuhrmann et al. (2014)	Hölling et al. (2014)
3-5	-	16 % <sup>23</sup>	-	-	-	-
3-6	-	-	-	7,4 % <sup>24</sup>	-	17,2 %
7-10	-	-	-	-	-	23,1 %
11-13	-	-	-	-	-	23,3 %
14-17	-	-	-	-	-	17,8 %
3-17	-	-	-	-	-	20,2 <sup>25</sup>
6-12	-	-	17,2 % <sup>26</sup>	-	-	-
10-18	PP: 23,9 % (LP: 35,8 %)	-	-	-	-	-

Darstellung: GÖG

Im Bereich **Affektive Störungen** (F30-F39) zeigen sich über alle Studien hinweg Prävalenzwerte von 3 % bis knapp 19 % (vgl. Tabelle 3.7). Dabei fällt auf, dass für Österreich der niedrigste Wert vorliegt, während die anderen Studien, alle aus Deutschland, höhere Werte für eine vergleichbare Alterskohorte berichten. 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.

23

Häufigkeit abnormaler und grenzwertiger Werte nach SDQ: 8,2 % grenzwertig, 7,8 % abnormal

24

Sechs-Monate-Prävalenz (SDQ-Gesamtproblemwert grenzwertig auffällig oder auffällig)

25

erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtproblemwert grenzwertig auffällig oder auffällig)

26

Folgende Erkrankungen sind inkludiert: ADHD, Verhaltensstörungen, Phobien, Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten, Angststörungen, Depression.

Tabelle 3.7:  
Affektive Störungen (F30–F39)

ICD-10-Code	Alter in Jahren	Wagner et al. (2017)	Straub et al. (2015)	Husky et al. (2017)	Fuhrmann et al. (2014)	Klasen et al. (2016)
F30: Manische Episode	14–17	–	7,5 % – 18,5 % <sup>27</sup>	–	–	–
F32: Depressive Episode	5–7	–		–	5,7 %	–
	6–12	–	–	3 %	–	–
	10–18	PP: 2,8 % (LP: 6,9 %)	–	–	–	–
	14–17	–	18,7 % <sup>28</sup>	–	–	–
	7–19	–	–	–	–	11,2 % <sup>29</sup>
	11–19	–	–	–	–	16,2 % <sup>30</sup>

Darstellung: GÖG

Zur ICD-Kategorie **Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)**, zu denen phobische Störungen, Zwangsstörungen und Belastungs- bzw. Anpassungsstörungen gehören, berichten drei der eingeschlossenen Studien Prävalenzzahlen (vgl. Tabelle 3.8). Ein übergreifender Wert für Panikstörungen, generalisierte Angst, Trennungsangst, Soziale Phobie und Schulangst ist in Klasen et al. (2016) berichtet und betrifft demnach laut Selbstbeurteilung rund 15 Prozent der Elf- bis Neunzehnjährigen. Phobische Störungen rangieren zwischen 0,5 Prozent und rund 6 Prozent, auch für andere Angststörungen zeigt sich ein ähnliches Bild und eine Bandbreite von 0,7 Prozent bis rund 6 Prozent. Zwangsstörungen betreffen laut Wagner et al. (2017) 1 Prozent der Zehn- bis Achtzehnjährigen in Österreich und knapp 2 Prozent der Jugendlichen zeigen Anpassungsstörungen oder Reaktionen auf schwere Belastungen.

27

Bandbreite der Prävalenzraten bei Jugendlichen von 14 bis 16 Jahren

28

Prozentanteil von Angaben über dem kritischen Wert für klinisch relevante Depression

29

Fremdbeurteilung durch die Eltern, klinisch bedeutsame Anzeichen für Depression

30

Selbstbeurteilung, klinisch bedeutsame Anzeichen für Depression

Tabelle 3.8:

## Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)

ICD-10-Code	Alter in Jahren	Wagner et al. (2017)	Husky et al. (2017)	Klasen et al. (2016)
<b>F40 Phobische Störungen</b>	6–12	–	2,3 %	–
	7–19	–	–	–
	11–19	–	–	15,1 % <sup>31</sup>
<b>F40.0 Agoraphobie</b>	10–18	PP: 0,5 % (LP: 0,6 %)	–	–
<b>F40.1 Soziale Phobien</b>	10–18	PP: 3,3 % (LP: 3,8 %)	–	–
<b>F40.2 Spezifische Phobien</b>	10–18	PP: 5,6 % (LP: 7,4 %)	–	–
<b>F41 Andere Angststörungen</b>	10–18	PP: 0,7 % (LP: 0,9 %)	–	–
<b>F41.8 Sonstige spezifische Angststörungen</b>	10–18	PP: 3,1 % (LP: 3,3 %)	–	–
<b>F41.0 Panikstörung</b>	10–18	PP: 1,3 % (LP: 1,4 %)	–	–
<b>F41.1 Generalisierte Angststörung</b>	6–12	–	6,4 %	–
	10–18	–	–	–
<b>F42 Zwangsstörungen</b>	10–18	PP: 1,0 % (LP: 1,0 %)	–	–
<b>F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen</b>	10–18	PP: 1,9 % (LP: 3,6 %)	–	–
<b>F43.0 Akute Belastungsreaktion</b>	10–18	PP: 0,03 % (LP: 0,1 %)	–	–
<b>F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung</b>	10–18	PP: 0,4 % (LP: 2,3 %)	–	–
<b>F43.8 Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung</b>	10–18	PP: 1,4 % (LP: 1,3 %)	–	–

Darstellung: GÖG

Für die ICD-10-Kategorie **Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–F59)** liegen Ergebnisse aus drei Studien vor, welche sich alle mit Essstörungen beschäftigen (vgl. Tabelle 3.9). Sie berichten von einer übergreifenden Prävalenz von rund 2 Prozent bis 24 Prozent bei den Zehn- bis Achtzehnjährigen, wobei die große Differenz hier wieder auf den Unterschied zwischen einer eher gesicherten Diagnose bei Wagner et al. (2017) und einem ersten Screening-Ergebnis auf Basis des „SCOFF questionnaire“ bei Zeiler et al. (2016) zurückzuführen ist.

31

Selbstbeurteilung, klinisch bedeutsame Anzeichen für Angst, gemessen mittels SCARED-5; dieses erfasst Panikstörung, generalisierte Angst, Trennungangst, Soziale Phobie und Schulangst.

Tabelle 3.9:

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–F59)

ICD-10-Code	Alter in Jahren	Wagner et al. (2017)	Zeiler et al. (2016)	Hammerle et al. (2016)
<b>F50 Essstörungen</b>	10–18	PP: 1,6 % <sup>32</sup> : (LP: 3,7 %)	23,6 % <sup>33</sup>	–
	13–14	–	–	21,0 % <sup>34</sup>
<b>F50.0 Anorexia nervosa</b>	13–14	–	–	0,3 % <sup>35</sup> –15,5 % <sup>36</sup>
	10–18	PP: 1,0 % (LP: 1,4 %)	–	–
<b>F50.1 Atypische Anorexia nervosa</b>	13–14	–	–	3,6 %
<b>F50.2 Bulimia nervosa</b>	13–14	–	–	0,4 % <sup>37</sup> –15,5 % <sup>38</sup>
	10–18	PP: 0,2 % (LP: 0,3 %)	–	–

Darstellung: GÖG

Prävalenzzahlen zu **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69)** werden in der Studie von Riedl et al. (2016) berichtet, welche rund 5 Prozent Prävalenz für pathologisches Spielen bei den Elf- bis Achtzehnjährigen angibt (vgl. Tabelle 3.10).

Tabelle 3.10:

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69)

ICD-10-Code	Alter in Jahren	Riedl et al. (2016)
<b>F63.0: Pathologisches Spielen</b>	11–18	5,4 % <sup>39</sup>

Darstellung: GÖG

Die ICD-10-Kategorien **Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F98)** umfassen unter anderem Hyperkinetische Störungen sowie Störungen des Sozialverhaltens. Für diese Kategorie von Störungen lagen Ergebnisse aus sechs Studien vor (vgl. Tabelle 3.11). Für Hyperkinetische Störungen rangieren die ermittelten Prävalenzen zwischen

32

umfasst folgende Essstörungen laut DSM-5: Pica, Rumination disorder, restriktive Nahrungsaufnahme, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating disorder, andere spezifische Essstörungen

33

Prävalenz-Risiko von Essstörungen laut SCOFF questionnaire (SCOFF score  $\geq 2$ )

34

Gesamtwert aller Essstörungen (any syndrome)

35

full syndrome

36

any syndrome

37

full syndrome

38

any syndrome

39

Suchtartige Nutzung von Computerspielen, exzessive Nutzung liegt bei 7,7 % der Befragten vor.

4 Prozent und knapp 12 Prozent für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen drei und neunzehn Jahren. Der höchste Wert stammt aus der BELLA–Preschool–Studie und beruht, wie fast alle Studienwerte für die Altersklasse der unter Zehnjährigen, auf einer Fremdbeurteilung durch die Eltern. Störungen des Sozialverhaltens werden in einer ähnlichen Häufigkeit berichtet. Die angegebenen Prävalenzwerte liegen zwischen 1,5 und 12,2 Prozent. Hierbei fällt wieder der Unterschied zwischen der österreichischen Studie von Wagner et al. (2017) und der BELLA–Kohortenstudie von Wlodarczyk et al. (2016) auf, der in der genaueren Diagnostik mittels der von Wagner et al. (2017) verwendeten strukturierten klinischen Interviews begründet sein kann.

Tabelle 3.11:  
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F98)

ICD-10-Code	Alter in Jahren	Wagner et al. (2017)	Fuchs et al. (2013)	Husky et al. (2017)	Wlodarczyk et al. (2016)	Niemczyk et al. (2015)	Klasen et al. (2016)
F90: Hyperkinetische Störungen	3–5	–	18,1 % <sup>40</sup>	–	–	–	–
	3–6	–	–	–	11,8 %	–	–
	5–6	–	–	–	–	6,4 %	–
	6–11	–	–	2,1 %	–	–	–
	10–18	PP: 4,0 % (LP: 5,2 %)	–	–	–	–	–
	7–19	–	–	–	–	–	5,7 % <sup>41</sup>
	11–19	–	–	–	–	–	2 % <sup>42</sup>
F91: Störungen des Sozialverhaltens	3–5	–	12,7 % <sup>43</sup>	–	–	–	–

Darstellung: GÖG

Die ICD-10-Kategorie F98 enthält **andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend** (vgl. Tabelle 3.12), wobei eine Studie zur nichtorganischen Enuresis bei Zehn- bis Siebzehnjährigen eine Prävalenz von 0,7 Prozent berichtet. Bei 5 bis 23 Prozent der Kinder im Alter von vier bis sieben Jahren liegen laut einer weiteren Studie Fütterstörungen im frühen Kindesalter vor, wobei man erwähnen muss, dass dies die Häufigkeit der Antworten auf jeweils einzelne Fragen widerspiegelt.

40

Häufigkeit abnormaler und grenzwertiger Werte: 7,3 % grenzwertig, 10,8 % abnormal

41

Fremdbeurteilung durch die Eltern, klinisch bedeutsame Anzeichen für ADHS

42

Selbstbeurteilung klinisch bedeutsamer Anzeichen für ADHS

43

Häufigkeit abnormaler und grenzwertiger Werte, 6,6 % grenzwertig, 6,1 % abnormal

Tabelle 3.12:

Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)

ICD-10-Code	Alter in Jahren	Wagner et al. (2017)	Equit et al. (2013)
<b>F98.0 Nichtorganische Enuresis</b>	10-18	PP: 0,7 % (LP: 2,9 %)	-
<b>F98.1 Nichtorganische Enkopresis</b>	10-18	PP: 0,0 % (LP: 0,7 %)	-
<b>F98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter</b>	4-7	-	4,8 % - 23,2 % <sup>44</sup>

Darstellung: GÖG

### 3.2.4 Inanspruchnahme von Psychotherapie

In Bezug auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Kinder und Jugendliche wurden fünf Studien eingeschlossen, von denen vier aus Deutschland stammen. Diese basieren auf Daten aus bayrischen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychotherapie (Stegmann et al. 2013; Stegmann et al. 2015) bzw. auf Daten kinder- und jugendpsychiatrischer Institutionen der Stadt Bremen (Kouider et al. 2016). Zudem wurde die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten im Rahmen der deutschlandweiten BELLA-Studie untersucht (Hintzpeter et al. 2014). Für Österreich wurde eine Studie eingeschlossen, die anhand elektronischer Patientenakten die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die in Vorarlberg mit einer psychiatrischen Diagnose in eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin eingeliefert wurden, untersucht (Schwarz et al. 2016). Die Studien aus bayrischen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie beziehen sich in einem Fall auf Depressive Störungen (Stegmann et al. 2013) und in einem Fall auf Hyperkinetische Störungen (Stegmann et al. 2015), während die restlichen drei Studien diagnoseübergreifende Ergebnisse berichten. Ergebnisse der BELLA-Studien zeigen, dass 5,6 Prozent der eingeschlossenen Kinder und Jugendlichen von sieben bis siebzehn Jahren die Leistungen von Psychiatern/Psychiaterinnen, Psychologen/Psychologinnen bzw. Psychotherapeuten/-therapeutinnen in Anspruch nahmen.

44

Ergebnisse einzelner Items: „Vermeidung von allen Nahrungsmitteln“ sowie „Isst nur eine enge Auswahl von Nahrungsmitteln“

Tabelle 3.13:

Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien zur Häufigkeit der Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen (ausgenommen Entwicklungsstörungen) bei Kindern und Jugendlichen

Autoren/Autorinnen (Jahr)	Titel	Land	Studientyp	Population	Erhebungsinstrument/Datenquellen	Studiengröße	Behandlung/Erkrankungsbild
<b>Stegmann et al. (2013)</b>	Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Auswertung der KinderAGATE Datenbank 2010	D	Auswertung von stationären Behandlungsdaten	Alter: 3-19 Jahre stationär behandelte Kinder und Jugendliche Erhebungsort/-umfang: Bayern Erhebungsjahr: 2010	Daten aus bayrischen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die dem AGATE-Verbund angehören (Ansbach, Augsburg, Bayreuth, Landshut, München, Murnau, Neuburg/D, Nürnberg) Daten werden an zwei Tagen pro Jahr (April und Oktober) anonymisiert erfasst, dies wird als repräsentativ für das ganze Jahr gesehen. Erhoben wird: Alter Geschlecht psychiatrische Hauptdiagnose laut ICD-10 verordnete Handelspräparate zugehörige Dosierung	N = 678	depressive Störungen
<b>Stegmann et al. (2015)</b>	Hyperkinetische Störungen. Eine Auswertung der KinderAGATE Datenbank 2009-2012	D	Auswertung von stationären Behandlungsdaten	Alter: 3-19 Jahre (im Mittel 12 Jahre) stationär behandelte Kinder und Jugendliche Erhebungsort/-umfang: Bayern Erhebungsjahre: 2009-2012	Daten aus bayrischen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die dem AGATE-Verbund angehören (Ansbach, Augsburg, Bayreuth, Landshut, München, Murnau, Neuburg/D, Nürnberg) Daten werden an zwei Tagen pro Jahr (April und Oktober) anonymisiert erfasst, dies wird als repräsentativ für das ganze Jahr gesehen. Erhoben wird: Alter Geschlecht psychiatrische Hauptdiagnose laut ICD-10 verordnete Handelspräparate zugehörige Dosierung	N = 2.538	hyperkinetische Störungen

Darstellung: GÖG

Autoren/Autorinnen (Jahr)	Titel	Land	Studientyp	Population	Erhebungsinstrument/Datenquellen	Studiengröße	Behandlung/Erkrankungsbild
Schwarz et al. (2016)	Cross-sectional study to evaluate the longitudinal development of child and adolescent psychiatric diagnoses of inpatients in Vorarlberg, Austria	AT	Auswertung von Daten elektronischer Patientenakten	Alter: 1–17 Jahre (im Mittel 13) Erhebungsort/-umfang: Vorarlberg	Daten elektronischer Patientenakten der Jahre 1997–2012 (von 7 verschiedenen Instituten herangezogen); Einschluss von Kindern und Jugendlichen, die in Vorarlberg zumindest einmal vor ihrem 18. Geburtstag in eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. mit einer psychiatrischen Diagnose in eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin eingeliefert wurden	N = 2.210	verschiedene
Kouider et al. (2016)	Distributions of Mental Disorders and Psychosocial Pressures in Children and Adolescence of a Psychiatric Health Care Population	D	Auswertung von Daten zur Inanspruchnahme	Alter: 1–18 Jahre Erhebungsort/-umfang: Bremen Erhebungsjahre 2005–2012	Daten aller kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen der Stadt Bremen, standardisierte Dokumentation der Behandlung umfasst ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsangebote im psychiatrischen Kontext für Bremen (ohne kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Praxen) Dokumentiert wurden: Patientendaten auffällige Erscheinung der Kinder und Jugendlichen multiaxiale Diagnose Art und Dauer der Behandlung	N = 7.190	verschiedene
Hintzpeter et al. (2014)	Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten Ergebnisse der BELLA-Studie	D	Auswertung einer Fragebogenerhebung	Alter: 14–17 Jahre Erhebungsort/-umfang: deutschlandweit Erhebungsjahre: 2003–2006	Zusatzmodul der BELLA-Studie, mittels Fragebogen wurden die Eltern der Kinder (wenn zwischen 7 und 13 Jahre) bzw. die Kinder und Jugendlichen selbst (wenn 14–17 Jahre) gefragt, welche Ärztinnen/Ärzte in Anspruch genommen wurden, u. a. im Hinblick auf Psychotherapie. Für die Auswertung wurden die Inanspruchnahmen von Psychiatern/Psychiaterinnen, Psychologen/Psychologinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen zusammengefasst.	N = 2.863	psychiatrisch-psychotherapeutische Inanspruchnahme



Tabelle 3.14:

Behandlungshäufigkeit von psychischen und Verhaltensstörungen (ausgenommen Entwicklungsstörungen) bei Kindern und Jugendlichen

ICD-10-Code	Alter in Jahren	Schwarz et al. (2016)_ENREF_34	Stegmann et al. (2013)_ENREF_35	Stegmann et al. (2015)_ENREF_36	Kouider et al. (2016)_ENREF_21	Hintzpeter et al. (2014)_ENREF_16
<b>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)</b>						
	1-18	-	-	-	5 %	-
	1-17	33,5 %	-	-	-	-
	3-18	-	-	-	-	-
<b>Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)</b>						
	1-18	-	-	-	1 %	-
	1-17	1,0 %	-	-	-	-
	3-18	-	-	-	-	-
<b>Affektive Störungen (F30-F39)</b>						
	1-17	3,1 %	-	-	-	-
	1-18	-	-	-	6,5 %	-
<b>F31: Bipolare affektive Störung</b>	3-18	-	-	-	-	-
<b>F32: Depressive Episode</b>	3-18	-	8,4 % <sup>45</sup>	-	-	-
	1-17	21 %	-	-	-	-
<b>F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen</b>	1-18	-	-	-	23,5 %	-
<b>Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)</b>						
	1-17	3,5 %	-	-	-	-
	1-18	-	-	-	2,9 %	-
<b>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)</b>						
	1-18	-	-	-	2,3 %	-
<b>Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)</b>						
	1-17	23,6 %	-	-	-	-

45

Anteil der Patientinnen/Patienten mit F32-Diagnose an allen Patientinnen/Patienten, die zum Zeitpunkt der Erhebung in den neun betrachteten Kliniken in stationärer Behandlung waren

ICD-10-Code	Alter in Jahren	Schwarz et al. (2016)_ENREF_34	Stegmann et al. (2013)_ENREF_35	Stegmann et al. (2015)_ENREF_36	Kouider et al. (2016)_ENREF_21	Hintzpeter et al. (2014)_ENREF_16
F90: Hyperkinetische Störung	3-18	-	-	25,5 % <sup>46</sup>	7,9 %	-
	0-17	-	-	-	-	-
F91: Störungen des Sozialverhaltens	1-18	-	-	-	11 %	-
F92: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	1-18	-	-	-	12,6 %	-
F93.0: Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	1-18	-	-	-	7,8 %	-
<b>psychiatrisch-psychotherapeutische Inanspruchnahme</b>						
	7-17	-	-	-	-	5,6 % <sup>47</sup>

Darstellung: GÖG

<sup>46</sup>

Anteil der Patientinnen/Patienten mit F90-Diagnosen an allen Patientinnen/Patienten, die zum Zeitpunkt der Erhebung in den neun betrachteten Kliniken in stationärer Behandlung waren

<sup>47</sup>

Inanspruchnahme von Psychiatern/Psychiaterinnen, Psychologen/Psychologinnen bzw. Psychotherapeuten/-therapeutinnen

### 3.3 Expertenworkshop

Anja Laschkolnig, Daniela Kern, Michael Hummer, Brigitte Piso

Nachfolgend werden exemplarisch Aspekte bzw. Ergebnisse des Expertenworkshops zusammenfassend dargestellt.

#### 3.3.1 Identifizierte Good-Practice-Regionen

Neben den identifizierten Good-Practice-Regionen wurden zur IST-Situation je Leistungsbereich verschiedene weitere Anmerkungen zu den LEICON-Daten und zu ggf. vorhandenen Verzerrungen bzw. Lücken gesammelt, die detailliert im Protokoll (vgl. Anhang 8.4) dargelegt sind.

##### 3.3.1.1 Ergotherapie

Für den Bereich der Ergotherapie ergab sich aus dem Expertenworkshop, dass die Verträge mit Ambulatorien, wie sie in Niederösterreich bestehen, bzw. die Verträge mit niedergelassenen Ergotherapeutinnen/-therapeuten wie in Oberösterreich und Vorarlberg als positiv gesehen werden. Jedenfalls zu betrachten bzw. zu optimieren seien das Prozessmanagement sowie die Bewilligungspraxis.

Abbildung 3.19:  
Workshop-Ergebnisse Ergotherapie

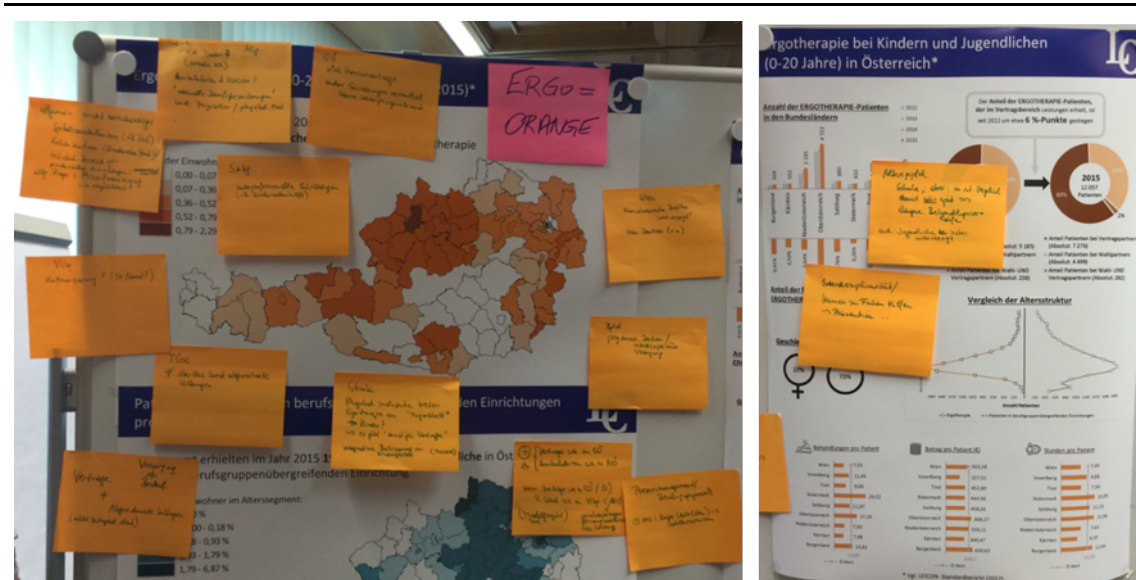


Foto: GÖG

### 3.3.1.2 Logopädie

Für die Logopädie wurden Vorarlberg und Oberösterreich als mögliche Good-Practice-Regionen angeführt.

Abbildung 3.20:  
Workshop-Ergebnisse Logopädie



Foto: GÖG

### 3.3.1.3 Physiotherapie

Die Versorgung mit Physiotherapie ist aus Sicht der Expertinnen und Experten in Oberösterreich gut, wenn auch noch nicht ganz optimal. Insgesamt kann dieses Bundesland jedoch als Good-Practice-Region angesehen werden. Hier werden kinderspezifische Leistungen niederschwellig durch Vertrags-Physiotherapeuten/-therapeutinnen erbracht.

Abbildung 3.21:  
Workshop-Ergebnisse Physiotherapie

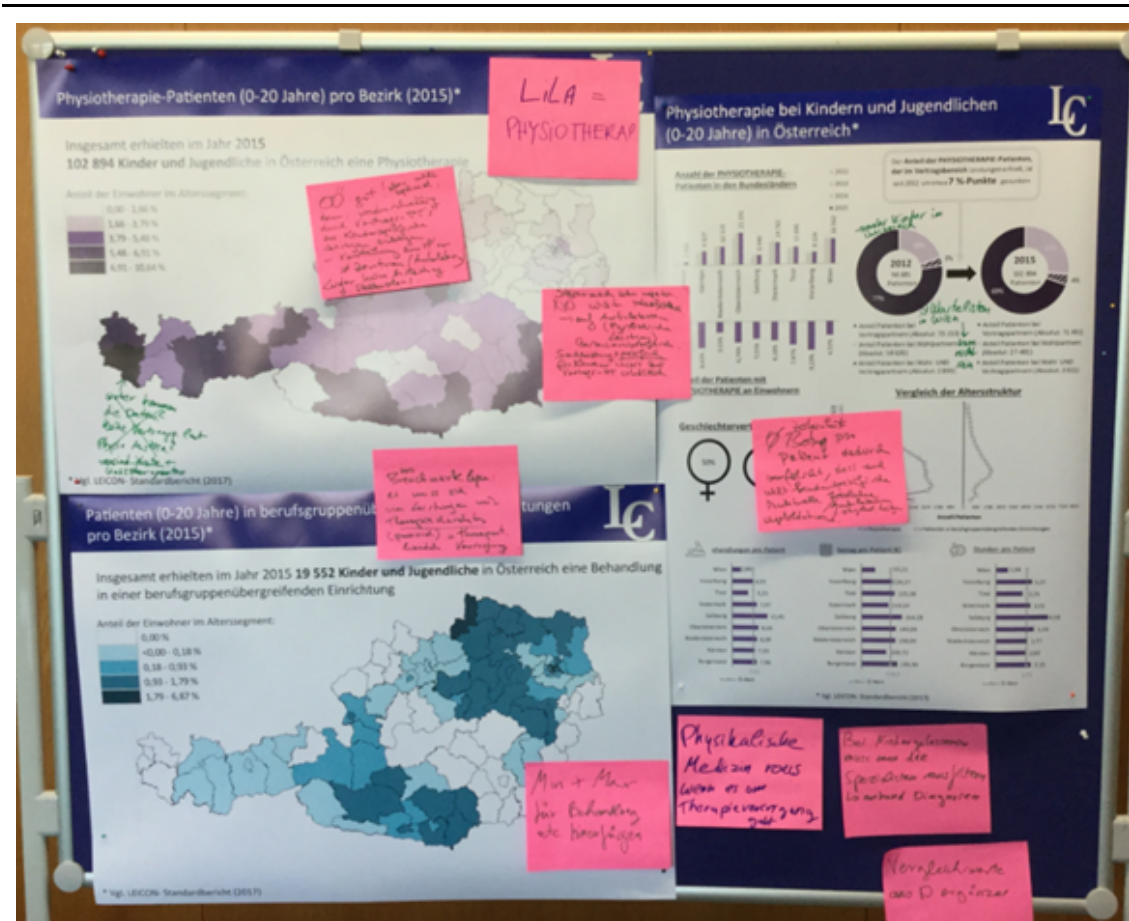


Foto: GÖG

### 3.3.1.4 Psychotherapie

Für den Bereich Psychotherapie wurden von den Expertinnen und Experten die Bundesländer Niederösterreich, Wien, Tirol und Vorarlberg als Good-Practice-Regionen genannt. Dies wurde mit der Tatsache begründet, dass es in Niederösterreich keine Kontingentierung von psychotherapeutischen Leistungen für Kinder und Jugendliche gibt, während in Tirol zumindest keine Kontingentierung dieser Leistungen bis zur siebten Behandlung stattfindet. Wien wurde genannt, da hier die höchste Versorgungsdichte vorliegt, während in Vorarlberg das neue Modell mit einer Clearing-Funktion als besonders positiv gesehen wird.



Abbildung 3.22:  
Workshop-Ergebnisse Psychotherapie

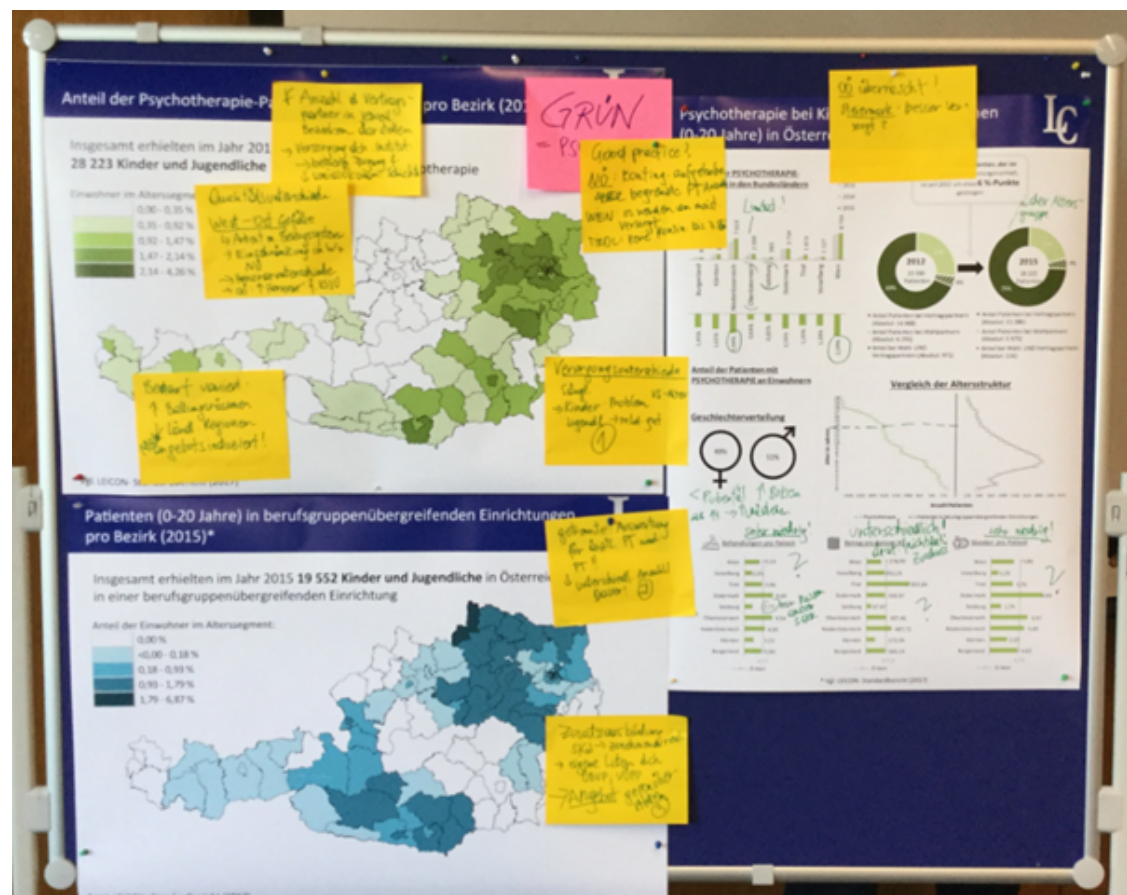


Foto: GÖG

### 3.3.2 Weitere Diskussionsbeiträge

Während der Diskussion zu potenziellen Good-Practice-Regionen wurden noch weitere Aspekte genannt, die für die Interpretation der Daten bzw. die Beurteilung der Versorgungssituation im Allgemeinen wertvoll sein können. So wurden Erklärungen für bestimmte Altersgipfel der beobachteten Inanspruchnahme abgegeben, Diskrepanzen mit einem vermuteten sich verändernden Bedarf sowie Chancen für die Prävention aufgezeigt oder Erklärungen für Präferenzen der Leistungserbringer (Kassenverträge vs. Wahlbereich) andiskutiert. Eine Übersicht dieser Diskussionsbeiträge findet sich im Ergebnisprotokoll zum Workshop (vgl. Anhang 8.4).

### 3.3.3 Prävalenzeinschätzungen

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops gaben keine Ad-hoc-Einschätzung hinsichtlich Prävalenzen und des davon ableitbaren erforderlichen Versorgungsbedarfs für die Bereiche Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie ab. Es wurden einige weitere Datenquellen (Prävalenzdaten) genannt, welche im Anschluss an den Workshop geprüft wurden.

Im Bereich Psychotherapie entspräche die Prävalenz psychischer Erkrankungen (ca. 21 % bei Kindern und Jugendlichen) laut Expertinnen und Experten nicht dem tatsächlichen Bedarf, also der „Indikation“ bzw. der „Inanspruchnahme-Bereitschaft“. Dieses Phänomen sei laut den Expertinnen und Experten auch in der Literatur belegt. Wie hoch der tatsächliche Bedarf sei, könne nur durch Vergleichswerte von Modellregionen ermittelt werden, weil die Expertinnen und Experten aus der Praxis diesbezüglich eine „verzerrte Wahrnehmung“ hätten, da sie nur die „Spitze des Eisbergs“ sehen würden – also eher jene Patientinnen und Patienten, die sowohl Psychotherapiebedarf als auch entsprechende Inanspruchnahme-Bereitschaft hätten. Neben den Prävalenzzahlen (insbes. aus der MHAT-Studie und der KiGGS- bzw. BELLA-Studie aus Deutschland) bieten sich für eine Bedarfserhebung Vergleichswerte der psychotherapeutischen Inanspruchnahme in verschiedenen Modellregionen an. Diese sind in Deutschland die Kassendaten zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Kinder und Jugendliche, während für Österreich die Bundesländer Vorarlberg, Tirol und Niederösterreich genannt wurden, weil dort keine Deckelung für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen bestünde. Zudem wäre es laut Expertinnen und Experten interessant, die Inanspruchnahme durch BVA-Versicherte getrennt auszuwerten, weil auch bei diesem Sozialversicherungsträger keine Deckelung der psychotherapeutischen Leistungen für Kinder und Jugendliche bestünde.

Grundsätzlich sollte das psychotherapeutische Versorgungsangebot laut Expertinnen und Experten in einem Mix aus institutioneller Versorgung, besonders für Null- bis Vierzehnjährige, sowie aus niedergelassenen Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten bestehen.

### 3.3.4 Rückmeldungen

Die Teilnehmer/-innen des Workshops wurden im Anschluss gebeten, schriftliche Rückmeldungen zu den Workshop-Inhalten und zu weiteren Informationsquellen zu übermitteln. Tabelle 3.15 gibt eine Übersicht zu den eingelangten Informationen.

Tabelle 3.15:

## Anonymisierte Übersicht der Rückmeldungen nach dem Expertenworkshop

Rückmeldung zu folgenden Punkten	Kommentar zur Berücksichtigung
Präsentation der trägerspezifischen Hintergrundinformationen (Ergänzungen / Kommentare zu Physiotherapie-Versorgungsmodellen)	Die übermittelte Rückmeldung war eine Übersicht über alle bestehenden Vertragsmodelle, die bisher vonseiten des Berufsverbands Physio Austria mit den einzelnen Krankenversicherungsträgern abgeschlossen wurden. Diese konnte als wertvolle Qualitätssicherung im Rahmen der Erhebung der trägerspezifischen Hintergrundinformationen herangezogen werden.
Alters-, Geschlechts- und Diagnoseverteilung aus den 3 Kinder- und Jugendambulanz der Sigmund Freud Privatuniversität (2010-18); Kommentar zu trägerspezifischen Hintergrundinformationen (vorangegangene Verordnung)	Keine weitere Verwendung: Die übermittelten Informationen spiegeln die Inanspruchnahme innerhalb dieser Einrichtung wider, lassen jedoch keinen vollständigen Rückschluss auf die Prävalenz der Diagnosen in der Bevölkerung zu.
Kommentar zu Behandlungsbedürftigkeit: Bei einer Prävalenz von 23 % affektiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen sollte nicht von 5-7 % Psychotherapiebedarf (Inanspruchnahme Deutschland) ausgegangen werden, sondern von einem Anteil von 10-12 % als Bedarfszahl für eine ausreichende Versorgung mit Psychotherapie.	Die Bedarfsschätzung gibt eine (begründete) Experteneinschätzung wider. Da sich der angegebene Bedarf nicht weiter objektivieren ließ, wurde die Angabe in den Szenarien für die Angebotsplanung nicht weiter berücksichtigt.
Links zum Oberösterreichischen Sprachscreening in Kindergärten und Ergotherapie in Kindergärten (OÖ und Wien) und Schulen (Pilotprojekte Wien)	Da aus den Screeningprojekten keine Daten dazu vorliegen, wie viele der im Screening auffälligen Kinder auf Basis der nachfolgenden Diagnostik als behandlungsbedürftig eingestuft wurden, konnten die Angaben für die Angebotsplanung nicht berücksichtigt werden.
Es würden prekäre Zustände im Feld herrschen; Anfahrtszeiten/Erreichbarkeit müssten auf jeden Fall mitgeplant werden; Herangehensweise über Good-Practice-Regionen gut; Informationsbereitstellung müsse für Betroffene transparenter und niederschwellig erfolgen; Aufnahmesperren sollten klar kommuniziert werden / es sollte einheitliche Regelungen geben; Unterscheidung wichtig zwischen Prävalenz und tatsächlichem Behandlungsbedarf	Bestätigung der Wichtigkeit des Projekts ohne Hinweise auf Änderungsbedarf; Erreichbarkeit muss in weiterführender regionaler Planung berücksichtigt werden
Übermittlung eines Indikationenkatalogs und zweier Dissertationen zu logopädischen Fragestellungen; Kommentar zu Good-Practice-Region OÖ, die nicht bestätigt wird; Hinweise auf Sprachscreenings in OÖ/Tirol	Unterlagen für weiterführende Diskussionen im Bereich Logopädie sicher hilfreich, keine Anwendung in Angebotsplanung ; ad Screening s. o.
Hinweis auf und Links zu Screening-Untersuchungen der oberösterreichischen Kindergartenkinder im Alter von 4-5 Jahren via logopädischem Dienst der Caritas, der Volkshilfe GSG sowie des Magistrats	s. o.

Quelle: GÖG

Darüber hinaus nahmen in diesem Zeitraum Mitglieder des Projektteams auch aktiv Kontakt mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern weiterer im Bereich tätiger Institutionen auf (z. B. aks in Vorarlberg oder WIENET –Wiener Netzwerk Entwicklungsbegleitung).



## 4 Zusammenfassung

### 4.1 Ergotherapie

Aus den LEICON-Daten ist ersichtlich, dass im Jahr 2016 in Österreich 12.727 Patientinnen und Patienten zwischen null und zwanzig Jahren mit ergotherapeutischen Leistungen versorgt wurden.

Die Prävalenzwerte für Entwicklungsstörungen der motorischen Funktion bewegen sich auf Basis der herangezogenen Studien zwischen 6 und 25 Prozent, wobei die hohen Prävalenzwerte alle im Rahmen eines Screenings „auffälligen“ Kinder und Jugendlichen umfassen. Dementsprechend beinhalten die Angaben mehr Kinder und Jugendliche, als auf Basis weiterführender Diagnostik tatsächlich als therapiebedürftig eingestuft werden. Insgesamt wurden nur wenige Studien identifiziert, die ausschließlich die Altersgruppe der Drei- bis Achtjährigen abdecken. Im Rahmen des Expertenworkshops wurde für die Prävalenzwerte keine Einschätzung gegeben.

Die identifizierte Literatur (drei Studien) zeigt eine Inanspruchnahme von rund 3 Prozent bis 8 Prozent, dabei reicht die Altersspanne von null bis siebzehn Jahren. Alle Studien stammen aus Deutschland, wodurch sich die Frage der Übertragbarkeit auf Österreich ergibt (u. a. durch Unterschiede in der Leistungszuordnung).

Für Österreich konnten im Rahmen des Expertenworkshops folgende Good-Practice-Regionen / Vertragsmodelle für Ergotherapie identifiziert werden:

- » Verträge mit niedergelassenen Ergotherapeutinnen/-therapeuten wie in Oberösterreich und mit Ambulatorien wie in Niederösterreich
- » Verträge mit niedergelassenen Ergotherapeutinnen/-therapeuten wie in Oberösterreich und Vorarlberg (aks; gemeindebezogene Primary Health Care / Gesundheitsförderung; negativ bewertet werden allerdings lange Wartelisten)

Die nachträglich eingelangten Informationen zu Ergotherapie in Kindergärten (OÖ und Wien) und Schulen (Pilotprojekte Wien) lieferten keine zusätzlichen im Rahmen des Projekts verwertbaren Grundlagen.

### 4.2 Logopädie

Die LEICON-Daten zeigen, dass im Jahr 2016 insgesamt 33.754 Patientinnen und Patienten im Alter von null bis zwanzig Jahren logopädische Leistungen in Anspruch nahmen. Im Hinblick auf die Geschlechterverteilung ist eine etwas höhere Inanspruchnahme durch Buben als durch Mädchen ersichtlich (60 % vs. 40 %).

Für den Bereich Logopädie bzw. die umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache konnten nur wenige Studien identifiziert werden, die sich dezidiert mit der Prävalenz für Österreich und Deutschland beschäftigen. Nur eine dieser Studien stammt aus Österreich, zudem wurden generell nur Kinder bis zehn Jahre betrachtet. Eine definitive Einschätzung der Prävalenz von logopädisch behandlungswürdigen Sprachentwicklungsstörungen ist daher im Rahmen

dieses Berichts nicht möglich. Ähnlich schwierig gestaltet sich die Einschätzung der Ergebnisse zur Inanspruchnahme von logopädischer Therapie durch Kinder und Jugendliche aus der Literatur: Zahlen zur Inanspruchnahme liegen nur für Vier- bzw. Sechsjährige vor, sie bewegen sich zwischen rund 5 und 19 Prozent (Zahlen aus D, zwei Studien). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops gaben keine Ad-hoc-Einschätzung hinsichtlich Prävalenzen und des davon ableitbaren Versorgungsbedarfs ab.

Im Expertenworkshop wurden die Regionen Vorarlberg und Oberösterreich als potenzielle Regionen genannt, an denen man sich orientieren könnte. Drei Rückmeldungen verwiesen auf das oberösterreichische Sprachscreening in Kindergärten. Allerdings ist es anhand der verfügbaren Daten nicht möglich, festzustellen, wie viele der im Screening auffälligen Kinder auch tatsächlich behandelt wurden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Behandlungen nur dann erfasst werden, wenn sie auch durch einen durch das Land OÖ mitfinanzierten Träger erfolgten. Wenn Kinder bei freiberuflichen Logopädinnen/Logopäden behandelt wurden, liegt diese Information nicht vor.

### 4.3 Physiotherapie

Aus den LEICON-Daten ist ersichtlich, dass im Jahr 2016 in Österreich 104.001 Patientinnen und Patienten zwischen null und zwanzig Jahren mit Physiotherapie versorgt wurden.

Zu den Prävalenzwerten für Entwicklungsstörungen der motorischen Funktion vgl. 4.1 Ergotherapie.

Die identifizierte Literatur (drei Studien) zeigt eine Inanspruchnahme von knapp 3 Prozent bis rund 11 Prozent, dabei reicht die Altersspanne von null bis siebzehn Jahren (alle Studien aus D).

Aus Sicht der Expertinnen und Experten wurde die Versorgung mit Physiotherapie in Oberösterreich als gut, wenn auch noch nicht als ganz optimal eingeschätzt. Insgesamt könne dieses Bundesland als Good-Practice-Region gesehen werden, da kinderspezifische Leistungen niederschwellig durch Vertrags-Physiotherapeuten/-therapeutinnen erbracht werden. Leider gäbe es jedoch keine Auslastung des Stellenplans. Die einzige eingelangte Rückmeldung bezog sich auf Ergänzungen zu den trägerspezifischen Hintergrundinformationen.

### 4.4 Psychotherapie

Aus den LEICON-Daten ist ersichtlich, dass im Jahr 2016 30.707 Patientinnen und Patienten zwischen null und zwanzig Jahren mit psychotherapeutischen Leistungen versorgt wurden.

Insgesamt wurden siebzehn Studien für die Prävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen eingeschlossen, darunter eine rezente und für Österreich repräsentative Studie, die Kinder und Jugendliche zwischen zehn und achtzehn Jahren betrachtet. Die Häufigkeiten der verschiedenen Störungsgruppen unterscheiden sich deutlich, übergreifende Prävalenzwerte liegen jedoch zwischen 7 und 23 Prozent, wobei die Spannbreite zum Teil dem unterschiedlichen Umfang inkludierter Indikationen geschuldet sein kann. Generell ist darauf hinzuweisen, dass die meisten Studien

auf dem Einsatz von Screening-Instrumenten basieren, der für eine finale Diagnose weitere Untersuchungen nach sich ziehen muss. Insofern sind nicht alle der als auffällig identifizierten Kinder und Jugendlichen behandlungsbedürftig, wobei auch beachtet werden muss, dass nicht all jene, die behandlungsbedürftig wären, auch behandlungswillig sind („Zugangshemmschwelle“). Bezüglich der Inanspruchnahme von Psychotherapie weisen Ergebnisse der BELLA-Studie auf knapp 6 Prozent der Sieben- bis Siebzehnjährigen hin (Hintzpeter et al. 2014).

Im Rahmen des Expertenworkshops wurden als mögliche Good-Practice-Regionen die Bundesländer Vorarlberg, Tirol und Niederösterreich genannt, da dort Psychotherapie für Kinder und Jugendliche nicht gedeckelt ist. Auch Kassendaten zur Inanspruchnahme aus Deutschland können laut Expertenmeinung Hinweise auf Vergleichswerte für die psychotherapeutische Inanspruchnahme bieten. In der einzigen Rückmeldung nach dem Workshop wurde der Behandlungsbedarf jedoch deutlich höher angenommen.

## 5 Limitationen

Für die Interpretation der Berichtsergebnisse müssen die bestehenden Limitationen berücksichtigt werden; sie betreffen verschiedene Aspekte.

### 5.1 Limitationen der IST-Analyse

- » Für die LEICON-Daten bestehen bestimmte Einschränkungen der Datenvollständigkeit, die bereits im LEICON-Abschlussbericht festgehalten wurden. Beispielsweise konnten Kostenerstattungen der bundesweiten Sozialversicherungsträger (mit Ausnahme der SVB) nicht in die Datenbasis eingearbeitet werden, daher ist in den Daten der Wahlbereich bei bundesweiten Trägern unterrepräsentiert. Des Weiteren werden verschiedene regionale Verträge mit Versorgungsanbietern in bestimmten Bundesländern (u. a. Salzburg, Kärnten) nicht in den Abrechnungsdaten abgebildet und können daher auch nicht in den LEICON-Daten berücksichtigt werden. Darüber hinaus werden bei den verschiedenen Sozialversicherungsträgern unterschiedliche operative Datenquellen zur Befüllung der Abrechnungssysteme (FOKO und LGKK) – unter anderem ALVA und NOVA – genutzt, was wiederum zu gravierenden Unterschieden in der Datenerfassung führt. Je nach Träger differieren darüber hinaus die Befüllungsstrategien der Dateninhalte bzw. verändern sich diese über die Jahre hinweg.

### 5.2 Limitationen der Literaturanalyse

- » Limitationen der Literaturrecherche  
Die systematische Literaturrecherche wurde auf die Jahre ab 2012 eingeschränkt, Literatur vor diesem Zeitpunkt wurde somit nicht eingeschlossen. Zudem wurde auf österreichische und deutsche Literaturquellen fokussiert, internationale Ergebnisse sind somit nicht berücksichtigt. Diese pragmatische Einschränkung auf Österreich und Deutschland sollte vorab der sonst zwangsläufig auftretenden Frage nach der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den österreichischen Versorgungskontext entgegenwirken.
- » Begrenzte Anzahl der Studienergebnisse  
Insgesamt konnte für Österreich nur wenig relevante Literatur identifiziert werden, dies gilt besonders im Bereich der umschriebenen Entwicklungsstörungen. Hierbei ist anzumerken, dass der Fokus auf Prävalenzdaten sowie Daten zur Inanspruchnahme lag und keine Planungsdaten bzw. Kennzahlen miteinbezogen wurden.
- » Heterogenität und Qualität der Studien
  - » Die Studien verwenden unterschiedliche Erhebungsinstrumente, decken unterschiedliche geografische Umfänge ab und umfassen unterschiedliche Alterskohorten, wodurch eine konkrete Festlegung von Prävalenzzahlen erschwert wird. Zudem

sind Ergebnisse aus dem deutschen Versorgungskontext nicht uneingeschränkt vergleichbar und auf Österreich übertragbar.

- » Es wurde keine Qualitätsbewertung der Studien durchgeführt. Jedoch ist die Qualität der Studien generell als heterogen einzuschätzen, da sowohl Studien mit umfangreichen, validen Erhebungsinstrumenten vorlagen als auch solche, die Prävalenzangaben auf eine einzige Frage stützen.

### 5.3 Limitationen der Workshop-Ergebnisse

Die Workshopteilnehmer/-innen wurden im Vorfeld so ausgewählt, dass die Zusammensetzung der Gruppe möglichst repräsentativ für die jeweiligen Therapiebereiche war. Dennoch wurden (sowohl im Workshop als auch danach) letztlich Einzelmeinungen eingeholt. Es ist daher nicht auszuschließen, dass andere Meinungen, Schätzungen und weitere Informationsquellen existieren.

## 6 Fazit

Ziel des Projekts war es, einen Überblick über den IST-Stand der Versorgung sowie über weitere Grundlagen für die Versorgung in den Bereichen der Physio-, Ergo- und logopädischen Therapie bei Entwicklungsstörungen und der Psychotherapie bei psychischen und Verhaltensstörungen zu schaffen. Zu diesem Zweck wurden epidemiologische Studien und Studien auf Basis von Verordnungsdaten im Hinblick auf Prävalenzangaben gesammelt. Eine detaillierte zusätzliche IST-Analyse der Versorgung war nicht Gegenstand des Projekts, die Ergebnisse einer rezenten LEICON-Datenanalyse wurden jedoch zusammenfassend dargestellt. Diese Ergebnisse wurden gemeinsam mit den Ergebnissen der Literaturrecherche mit Experten und Expertinnen im Rahmen eines Workshops diskutiert, Einschätzungen zur aktuellen Versorgungssituation sowie Inputs zu möglichen weiteren Datengrundlagen wurden eingeholt.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigten, dass nur vereinzelt Studien aus dem deutschsprachigen Raum verfügbar sind, welche Prävalenzen ausweisen, und dass diese Prävalenzangaben darüber hinaus so breit gefächert sind, dass keine belastbare Datenbasis hinsichtlich einer Abschätzung des Gesamtbedarfs vorhanden ist. Die Unterschiede der Prävalenzangaben sind auch durch die Vielfältigkeit der Studien bzw. der verwendeten Erhebungsinstrumente bedingt. Manche Studien erfassten alle im Rahmen eines Screenings „auffälligen“ Kinder und Jugendliche, manche fragten jedoch die tatsächliche Inanspruchnahme von Physio-, Ergo- und Logopädie bzw. von Psychotherapie ab. Hierbei zeigt sich ein Spannungsfeld zwischen den durch Screening identifizierten Auffälligkeiten, der durch weiterführende Diagnostik tatsächlich festgestellten Therapiebedürftigkeit und der letztendlichen Inanspruchnahme von Therapien in der Gruppe der therapiebedürftigen Kinder und Jugendlichen. Nicht jede im Screening identifizierte Auffälligkeit bedarf einer sofortigen Therapie, demgegenüber weisen Studien auf eine mangelnde Inanspruchnahme von Psychotherapie (z. B. aufgrund potenzieller Stigmatisierung) hin (Wagner et al.).

Im Rahmen des Workshops wurde einerseits versucht, diese Prävalenzangaben aus der Literatur eingrenzen zu lassen, andererseits sollten auf Basis der Visualisierung der LEICON-Daten Versorgungsunterschiede interpretiert und Good-Practice-Regionen benannt werden. Im Anschluss an den Workshop wurden die weiteren von den Expertinnen und Experten genannten Datengrundlagen gesichtet.

Um den Therapiebedarf und das Leistungsgeschehen für die Bereiche der Physio-, Ergo- und logopädischen Therapie bei Entwicklungsstörungen und der Psychotherapie bei psychischen und Verhaltensstörungen zukünftig möglichst vollständig abzubilden, wird die Weiterentwicklung einer Datenbasis angeregt. Dies betrifft einerseits die strukturierte Erfassung epidemiologischer Daten – Dokumentation und Veröffentlichung von Screening-Ergebnissen und nachfolgender Diagnostik (z. B. Sprachscreenings in Kindergärten) bzw. von Ergebnissen primär strukturierter Diagnostik in einer definierten Subpopulation Betroffener (z. B. Frühgeborene), um den identifizierten Bedarf künftig nachvollziehbar und faktenbasiert angeben zu können. Andererseits ist besonderes Augenmerk auf die Erfassung der Daten aus dem Wahlbereich und aus berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen zu legen. In diesem Zusammenhang wird z. B. eine weitere Harmonisierung der Abrechnungsmodelle als zielführend angesehen.

## 7 Literatur

- BMASGK (2018): Vision Kindergesundheitsstrategie [Online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. [https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Kinder-\\_und\\_Jugendgesundheit/Kinder-\\_und\\_Jugendgesundheitsstrategie/Vision\\_Kindergesundheitsstrategie](https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Kinder-_und_Jugendgesundheit/Kinder-_und_Jugendgesundheitsstrategie/Vision_Kindergesundheitsstrategie)
- Breuer, J.; Piso, B. (2013): Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Literaturübersicht zu Indikationen, Inanspruchnahme und Empfehlungen. HTA-Projektbericht 70. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien
- Brunner, Romuald; Kaess, Michael; Parzer, Peter; Fischer, Gloria; Carli, Vladimir; Hoven, Christina W.; Wasserman, Camilla; Sarchiapone, Marco; Resch, Franz; Apter, Alan; Balazs, Judith; Barzilay, Shira; Bobes, Julio; Corcoran, Paul; Cosmanm, Doina; Haring, Christian; Iosuec, Miriam; Kahn, Jean-Pierre; Keeley, Helen; Meszaros, Gergely; Nemes, Bogdan; Podlogar, Tina; Postuvan, Vita; Saiz, Pilar A.; Sisask, Merike; Tubiana, Alexandra; Varnik, Airi; Wasserman, Danuta (2014): Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. In: Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines 55/4:337-348
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision -BMGF-Version 2017, Wien
- CCIV (2015): Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Hg. v. Competence Center Integrierte Versorgung; Wiener Gebietskrankenkasse, Wien
- Equit, Monika; Pälme, Meike; Becker, Nicolas; Moritz, Anne-Michaela; Becker, Sabine; von Gontard, Alexander (2013): Eating problems in young children – a population-based study. In: Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992) 102/2:149-155
- Ergotherapie Austria (2018): Pädiatrie, [Online]. <https://www.ergotherapie.at/paediatric>
- Fuchs, Sandra; Klein, Annette M.; Otto, Yvonne; von Klitzing, Kai (2013): Prevalence of emotional and behavioral symptoms and their impact on daily life activities in a community sample of 3- to 5-year-old children. In: Child Psychiatry And Human Development 44/4:493-503
- Fuhrmann, Pia; Equit, Monika; Schmidt, Karin; von Gontard, Alexander (2014): Prevalence of depressive symptoms and associated developmental disorders in preschool children: a population-based study. In: European Child & Adolescent Psychiatry 23/4:219-224
- Gesundheit.gv.at – Öffentliches Gesundheitsportal Österreich (2018): Logopädin/Logopäde [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/berufe/therapie-beratung/logopaede>
- Gesundheitsziele Österreich (2018). Weiter denken Weiter kommen [Online]. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/>

- Gottschling-Lang, A.; Franze, M.; Hoffmann, W. (2016): [Prevalence and Risk Factors for Motor Developmental Delays in 3- to 6-Year-Old Preschool Children in Mecklenburg-Western Pomerania]. In: *Gesundheitswesen* 78/1:28-33
- Griebler, Robert; Anzenberger, Judith; Hagleitner, Joachim; Sagerschnig, Sophie; Winkler, Petra (2013): *Entwicklungsverzögerungen/-störungen bei 0- bis 14-jährigen Kindern in Österreich: Datenlage und Versorgungsaspekte. Grundlagenbericht für das BMG. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien*
- Grün, Sabrina; Robausch, Martin; Scholz, Peter (2017): *Abschlussbericht zum Projekt der Kinder- und Jugendgesundheit, unveröffentlicht.*
- Hammerle, Florian; Huss, Michael; Ernst, Verena; Bürger, Arne (2016): Thinking dimensional: prevalence of DSM-5 early adolescent full syndrome, partial and subthreshold eating disorders in a cross-sectional survey in German schools. In: *BMJ Open* 6/5:e010843-e010843
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2018): *Schwerpunkt: Kindergesundheit; [Online]. <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.756905&portal:componentId=gtnd68ce278-bd37-44ad-bbe6-10d278b3cbd6&viewmode=content>*
- Hintzpeter, Birte; Metzner, Franka; Pawils, Silke; Lohmöller, Helen; Kamtsiuris, Panagiotis; Ravens-Sieberer, Ulrike; Klasen, Fionna (2014): *Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. Ergebnisse der BELLA-Studie. In: Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*23:229-238
- Hölling, H.; Schlack, R.; Petermann, F.; Ravens-Sieberer, U.; Mauz, E. (2014): [Psychopathological problems and psychosocial impairment in children and adolescents aged 3-17 years in the German population: prevalence and time trends at two measurement points (2003-2006 and 2009-2012): results of the KiGGS study: first follow-up (KiGGS Wave 1)]. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57/7:807-819
- Husky, Mathilde M.; Boyd, Anders; Bitfoi, Adina; Carta, Mauro Giovanni; Chan-Chee, Christine; Goelitz, Dietmar; Koç, Ceren; Lesinskiene, Sigita; Mihova, Zlatka; Otten, Roy; Pez, Ondine; Shojaei, Taraneh; Kovess-Masfety, Viviane (2017): *Self-reported mental health in children ages 6-12 years across eight European countries. In: European Child & Adolescent Psychiatry:*
- Kaess, Michael; Parzer, Peter; Brunner, Romuald; Koenig, Julian; Durkee, Tony; Carli, Vladimir; Wasserman, Camilla; Hoven, Christina W.; Sarchiapone, Marco; Bobes, Julio; Cosman, Doina; Värnik, Airi; Resch, Franz; Wasserman, Danuta (2016): *Pathological Internet Use Is on the Rise Among European Adolescents. In: The Journal Of Adolescent Health: Official Publication Of The Society For Adolescent Medicine* 59/2:236-239
- Klasen, Fionna; Petermann, Franz; Meyrose, Ann-Katrin; Barkmann, Claus; Otto, Christiane; Haller, Anne-Catherine; Schlack, Robert; Schulte-Markwort, Michael; Ravens-Sieberer, Ulrike (2016): *Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. = Trajectories of mental health problems in children and adolescents: Results of the BELLA cohort study. In: Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie* 25/1:10-20



- Kouider, Esmahan Belhadj ; Dupont, Marc; Lorenz, Alfred L.; Petermann, Franz (2016): [Distributions of Mental Disorders and Psychosocial Pressures in Children and Adolescence of a Psychiatric Health Care Population]. In: Psychiatrische Praxis 43/5:265–272
- Kovess-Masfety, Viviane; Pilowsky, Daniel J.; Goelitz, Dietmar; Kuijpers, Rowella; Otten, Roy; Moro, Maria Francesca; Bitfoi, Adina; Koç, Ceren; Lesinskiene, Sigita; Mihova, Zlatka; Hanson, Greg; Fermanian, Christophe; Pez, Ondine; Carta, Mauro Giovanni (2015): Suicidal ideation and mental health disorders in young school children across Europe. In: Journal Of Affective Disorders 177/:28–35
- Moll, K.; Kunze, S.; Neuhoff, N.; Bruder, J.; Schulte-Korne, G. (2014): Specific learning disorder: prevalence and gender differences. In: PLoS One 9/7:e103537
- Niemczyk, Justine; Equit, Monika; Braun-Bither, Katrin; Klein, Anna-Maria; von Gontard, Alexander (2015): Prevalence of incontinence, attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in preschool children. In: European Child & Adolescent Psychiatry 24/7:837–843
- ÖBVP SÄUGLINGS-, KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE [Online]. Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie. <https://www.psychotherapie.at/oebvp/arbeitsbereiche/saeuglings-kinder-und-jugendpsychotherapie>
- ÖBVP ÜBER PSYCHOTHERAPIE [Online]. Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie. <https://www.psychotherapie.at/patientinnen/ueber-psychotherapie>
- PHYSIOaustria (2018): Berufsbild [Online]. <https://www.physioaustria.at/allgemeine-information/berufsbild>
- Plener, Paul L.; Fischer, Constanze J.; In-Albon, Tina; Rollett, Brigitte; Nixon, Mary K.; Groschwitz, Rebecca C.; Schmid, Marc (2013): Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) in German-speaking countries: comparing prevalence rates from three community samples. In: Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology 48/9:1439–1445
- Psychotherapiegesetz (1990): Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz), Rechtsinformationssystem des Bundes, Fassung vom 28.09.2018
- Riedl, David; Stöckl, Andrea; Nussbaumer, Charlotte; Rumpold, Gerhard; Sevecke, Kathrin; Fuchs, Martin (2016): Nutzungsmuster von Internet und Computerspielen. Ergebnisse einer Beobachtungsstudie an Tiroler Jugendlichen. In: Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater 30/4:181–190
- Rißling et al. (2014): Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache In: Das Gesundheitswesen: 2014; 76(10): 681–690
- RKI (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Robert-Koch-Institut, Berlin und Köln
- Schlack, H.G.; Esser, G. (2009): Umschriebene Entwicklungsstörungen. In: Sozialpädiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg

- Schwarz, Karoline; Fuchs, Martin; Veraar, Maria; Menz, Wolfgang; Kemmler, Georg; Simma, Burkhard (2016): Cross-sectional study to evaluate the longitudinal development of child and adolescent psychiatric diagnoses of inpatients in Vorarlberg, Austria. In: *European Journal Of Pediatrics* 175/2:221–228
- Stegmann, Benedikt; Rexroth, C. A.; Wenzel-Seifert, Katharina; Haen, Ekkehard (2015): Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter: eine Auswertung der KinderAGATE Datenbanken 2009–2012. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 43/2:101–114
- Stegmann, Benedikt; Wenzel-Seifert, Katharina; Haen, Ekkehard (2013): Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Auswertung der KinderAGATE Datenbanken 2010. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 41/2:109–119
- Stich, Heribert L.; Baune, Bernhard Th; Caniato, Riccardo N.; Mikolajczyk, Rafael T.; Krämer, Alexander (2012): Individual development of preschool children–prevalences and determinants of delays in Germany: a cross-sectional study in Southern Bavaria. In: *BMC Pediatrics* 12/188:1–9
- Straub, Joana; Keller, Ferdinand; Sproeber, Nina; Koelch, Michael G.; Plener, Paul L. (2015): Suicidal behavior in german adolescents. Prevalence and association with depressive and manic symptoms. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 43/1:39–45
- Streissler-Führer, Agnes (2013): Ausgewählte Fragen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die österreichische Krankenversicherung. Endbericht (korrigierte Version). Wirtschaftspolitische Projektberatung für Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
- Tatzer, E.; Klicpera, D. (2016): NÖ Kinder- und Jugendplan – Von der geteilten zur gemeinsamen Verantwortung.
- Thaiss, Heidrun; Thyen, Ute (2014): Medikalisierung der Kindheit? Heilmittelverordnungen für Kinder im Vorschulalter am Beispiel der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Schleswig-Holstein. In: *Kinderärztliche Praxis* 2014:85:260–265
- Ulatowski, H. (2016): Neurotische Störungen, Belastungsstörung und somatoforme Störungen (F40–F48). In: *Pflegeplanung in der Psychiatrie: Eine Praxisanleitung mit Formulierungshilfen*. Springer, Berlin
- Wagner, Gudrun; Zeiler, Michael; Waldherr, Karin; Philipp, Julia; Truttmann, Stefanie; Dür, Wolfgang; Treasure, Janet L.; Karwautz, Andreas F. K. (2017): Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. In: *European Child & Adolescent Psychiatry* 26/12:1483–1499
- Weber, A.; Karch, D.; Thyen, U.; Rommel, A.; Schlack, R.; Holling, H.; von Kries, R. (2017): [Utilization of Physiotherapy Services by Children and Adolescents – Results of the KiGGS– Baseline Survey]. In: *Gesundheitswesen* 79/3:164–173
- Weber, A.; Karch, D.; Thyen, U.; Rommel, A.; Schlack, R.; Hölling, H.; von Kries, R. (2015): [Utilization of Occupational Therapy in Children – Results from the KiGGS Basis Survey]. In: *Klinische Padiatrie* 228/2:77–83

Wissenschaftliches Institut der AOK (2016): Heilmittelbericht 2016 Berlin

Włodarczyk, Olga; Pawils, Silke; Metzner, Franka; Kriston, Levente; Wendt, Carolin; Klasen, Fionna; Ravens-Sieberer, Ulrike (2016): Mental Health Problems Among Preschoolers in Germany: Results of the BELLA Preschool Study. In: *Child Psychiatry And Human Development* 47/4:529–538

Zeiler, Michael; Waldherr, Karin; Philipp, Julia; Nitsch, Martina; Dür, Wolfgang; Karwautz, Andreas; Wagner, Gudrun (2016): Prevalence of Eating Disorder Risk and Associations with Health-related Quality of Life: Results from a Large School-based Population Screening. In: *European Eating Disorders Review: The Journal Of The Eating Disorders Association* 24/1:9–18

# 8 Anhang

## 8.1 Literatursuche

### 8.1.1 Kontaktierte Institutionen, Universitäten und Hochschulen, Verbände und Expertinnen/Experten

Tabelle 8.1:

Kontaktierte Institutionen, Universitäten und Hochschulen, Verbände und Expertinnen/Experten

<b>Universitäten/Institutionen in den Bereichen HTA/EbM:</b>
» Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien
» Kinder- und Jugendpsychiatrie, Arbeitsgruppe Psychotherapie, Medizinische Universität Wien
» Department für evidenzbasierte Medizin, Donau-Universität Krems
» Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Donau-Universität Krems
» Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz
» Department Public Health, Versorgungsforschung und HTA, UMIT Hall i. T.
» Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Paracelsus Privatuniversität Salzburg
<b>Fachgesellschaften/Berufsverbände:</b>
» Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)
» Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP)
» Ergotherapie Austria
» Physio Austria
» Logopädie Austria
» Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)
» Vereinigung der österreichischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VÖPP)
» PROMENTE
<b>Fachexpertinnen/-experten:</b>
» Prim. Dr. Sonja Gobara
» Prof. Lilly Damm
» Ernst Tatzler / Daniela Klicpera (NÖGUS)
» Dr. Andrea Fleischmann (WGKK)
» Mag. Natascha Almeder (Assistenz der GF der Ges. für ganzheitliche Förderung und Therapie - GFGF) NÖ/OÖ
» Prim. Dr. Friedrich Brandstetter (Zentrum f. Entwicklungsförderung Langobardenstraße)
» Irmgard Himmelbauer (niedergelassene Ergotherapeutin)
<b>Ausbildungsstätten für Physio-, Ergo- und logopädische Therapie:</b>
» Fachhochschule Kärnten
» FH Wiener Neustadt
» FH Gesundheitsberufe Oberösterreich
» FH JOANNEUM
» FH Gesundheit Innsbruck
» FH Campus Wien
» Donau-Universität Krems
» IMC Fachhochschule Krems
» Fachhochschule Salzburg
» Fachhochschule Kärnten
» fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol

## 8.1.2 Suchstrategie für Studien zu psychischen und Verhaltensstörungen

Tabelle 8.2:  
Suchstrategie MedLine

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S28	S21S22 AND S23 AND S27 AND S27	Limiters – Published Date: 20130101–20180131; Language: English, German	582
S27	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	Search modes – Boolean/Phrase	1,523,003
S26	(S24 OR S25 OR S26)	Search modes – Boolean/Phrase	3,091,040
S25	(MH "child")	Search modes – Boolean/Phrase	1,579,609
S24	(MH "Adolescent")	Search modes – Boolean/Phrase	1,912,823
S23	AB child* OR AB adolescent* OR AB youth OR AB teen*	Search modes – Boolean/Phrase	1,111,141
S22	S17 OR S18 OR S19 OR S20	Search modes – Boolean/Phrase	261,300
S21	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Search modes – Boolean/Phrase	1,386,374
S20	AB austria* OR AB german*	Search modes – Boolean/Phrase	114,002
S19	vienna OR Carinthia OR styria OR burgenland OR lower austria OR upper austria OR vorarlberg	Search modes – Boolean/Phrase	74,205
S18	(MH "Germany")	Search modes – Boolean/Phrase	104,881
S17	(MH "Austria")	Search modes – Boolean/Phrase	18,086
S16	(health OR care OR supply) structure*	Search modes – Boolean/Phrase	1,089
S15	(MH "adolescent health services+")	Search modes – Boolean/Phrase	5,138
S14	(MH "Child Health Services+")	Search modes – Boolean/Phrase	22,047
S13	AB incidence	Search modes – Boolean/Phrase	662,383
S12	AB prevalence	Search modes – Boolean/Phrase	504,844
S11	AB epidemiolog*	Search modes – Boolean/Phrase	263,885
S10	burden of disease	Search modes – Boolean/Phrase	7,860
S9	(MH "incidence")	Search modes – Boolean/Phrase	233,288
S8	(MH "Prevalence")	Search modes – Boolean/Phrase	250,762
S7	(MH "Epidemiology+")	Search modes – Boolean/Phrase	24,529
S6	Mental disorder* OR mental health OR psychotherap*	Search modes – Boolean/Phrase	457,566
S5	(MH "Mental Health")	Search modes – Boolean/Phrase	30,839
S4	(MH "Behavioral Symptoms+/EP/CL/DI/PP/PX/RH/TH")	Search modes – Boolean/Phrase	158,843
S3	(MH "Adolescent Psychiatry") OR (MH "Child Psychiatry")	Search modes – Boolean/Phrase	6,484
S2	(MH "Child Behavior Disorders") OR (MH "Communication Disorders+")	Search modes – Boolean/Phrase	76,608
S1	(MH "Mental Disorders+")	Search modes – Boolean/Phrase	1,108,599

Tabelle 8.3:  
Suchstrategie PsycINFO

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S28	S21 AND S22 AND S26 AND S27	Limiters – Published Date: 20120101–20180131; Language: English, German	269
S27	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16	Search modes – Boolean/Phrase	200,634
S26	(S23 OR S24 OR S25)	Search modes – Boolean/Phrase	912,356
S25	(DE "child") OR (DE "child Characteristics")	Search modes – Boolean/Phrase	151,515
S24	(DE "Adolescent")OR (DE "Adolescent Characteristics")	Search modes – Boolean/Phrase	245,483
S23	AB child* OR AB adolescent* OR AB youth OR AB teen* OR AB	Search modes – Boolean/Phrase	752,128
S22	S17 OR S18 OR S19 OR S20	Search modes – Boolean/Phrase	73,433
S21	S1 OR S2 OR S5 OR S6	Search modes – Boolean/Phrase	823,945
S20	AB austria* OR AB german*	Search modes – Boolean/Phrase	61,168
S19	vienna OR Carinthia OR styria OR burgenland OR lower austria OR upper austria OR vorarlberg	Search modes – Boolean/Phrase	9,867
S18	(DE "Germany")	Search modes – Boolean/Phrase	7,989
S17	(DE "Austria")	Search modes – Boolean/Phrase	1,361
S16	(health OR care OR supply) structure*	Search modes – Boolean/Phrase	5,903
S15	(DE "adolescent health services+")	Search modes – Boolean/Phrase	95,394
S14	(DE "Child Health Services")	Search modes – Boolean/Phrase	2,374
S13	AB incidence*	Search modes – Boolean/Phrase	45,163
S12	AB prevalence*	Search modes – Boolean/Phrase	97,301
S11	AB epidemiolog*	Search modes – Boolean/Phrase	38,843
S10	burden of disease	Search modes – Boolean/Phrase	5,172
S9	(DE "incidence")	Search modes – Boolean/Phrase	12,406
S8	(DE "Prevalence")	Search modes – Boolean/Phrase	28,938
S7	(DE "Epidemiology")	Search modes – Boolean/Phrase	46,899
S6	Mental disorder* OR mental health OR psychotherap*	Search modes – Boolean/Phrase	814,941
S5	(DE "Mental Health")	Search modes – Boolean/Phrase	62,448
S4	(DE "Behavioral Symptoms")	Search modes – Boolean/Phrase	1,296
S3	(DE "Adolescent Psychiatry") OR (DE "Child Psychiatry")	Search modes – Boolean/Phrase	9,504
S2	(DE "Child Behavior Disorders") OR (DE "Communication Disorders+")OR (DE "Delayed Development")	Search modes – Boolean/Phrase	13,810
S1	(DE "Mental Disorders+")	Search modes – Boolean/Phrase	

## 8.1.3 Suchstrategie für Studien zu umschriebenen Entwicklungsstörungen

Tabelle 8.4:  
Suchstrategie MedLine (Entwicklungsstörungen)

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S34	(S26 AND S27 AND S28 AND S33)	Limiters – Date of Publication: 20120101–20180131; Language: English, German	View Results (267)
S33	(S30 OR S31 OR S32)	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (3,402,539)
S32	(MH "Adolescent")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (1,838,337)
S31	(MH "Child+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (1,749,694)
S30	child* OR children OR adolescent* OR youth* OR young person OR young people	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (3,402,539)
S29	S26 AND S27 AND 28	Limiters – Date of Publication: 20120101–20180131; Age Related: Infant, Newborn: birth–1 month, Infant: 1–23 months, All Infant: birth–23 months, Child, Preschool: 2–5 years, Child: 6–12 years, Adolescent: 13–18 years; Language: English, German	View Results (181)
S28	(S15 OR S17 OR S18 OR S19)	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (1,203,928)
S27	(S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S12 OR S13 OR S20 OR S21 OR S22 OR S24 OR S25)	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (4,106,824)
S26	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (243,664)
S25	(health OR Care OR supply) structure*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (1,052)
S24	(MH "Health Services Research+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (148,501)
S23	(MH "Delivery of Health Care+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (951,022)
S22	(MH "Child Health Services+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (22,023)
S21	(MH "Health Services+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (1,882,969)
S20	(MH "Patient Care Management+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (681,676)
S19	(MH "Germany+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (144,917)
S18	(MH "Austria")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (17,856)
S17	TX vienna OR TX Carinthia OR TX styria OR TX burgenland OR TX lower austria OR TX upper austria OR TX vorarlberg	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (155,586)
S16	TX (austria* OR german*)	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (3,381,617)
S15	austria* OR german*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (1,123,320)
S14	(MH "Language Development Disorders") OR (MH	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (23,105)

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
	"Developmental Disabilities")		
S13	epidemiology	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (1,690,202)
S12	incidence	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (740,018)
S11	prevalence	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (593,809)
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S10	burden of disease	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (7,486)
S9	(MH "Incidence")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (225,284)
S8	(MH "Prevalence")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (246,193)
S7	(MH "Epidemiology+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (24,502)
S6	TX speech therap*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (13,875)
S5	(MH "Rehabilitation of Speech and Language Disorders+") OR (MH "Speech Therapy")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (9,797)
S4	(MH "occupational therapy")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (11,968)
S3	TX physical therap*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (102,628)
S2	(MH "Physical Therapy Specialty") OR (MH "Physical Therapy modalities+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (135,135)
S1	TX occupational therap* OR (TX ergotherap*) OR (TX ergo?therap*)		View Results (45,744)



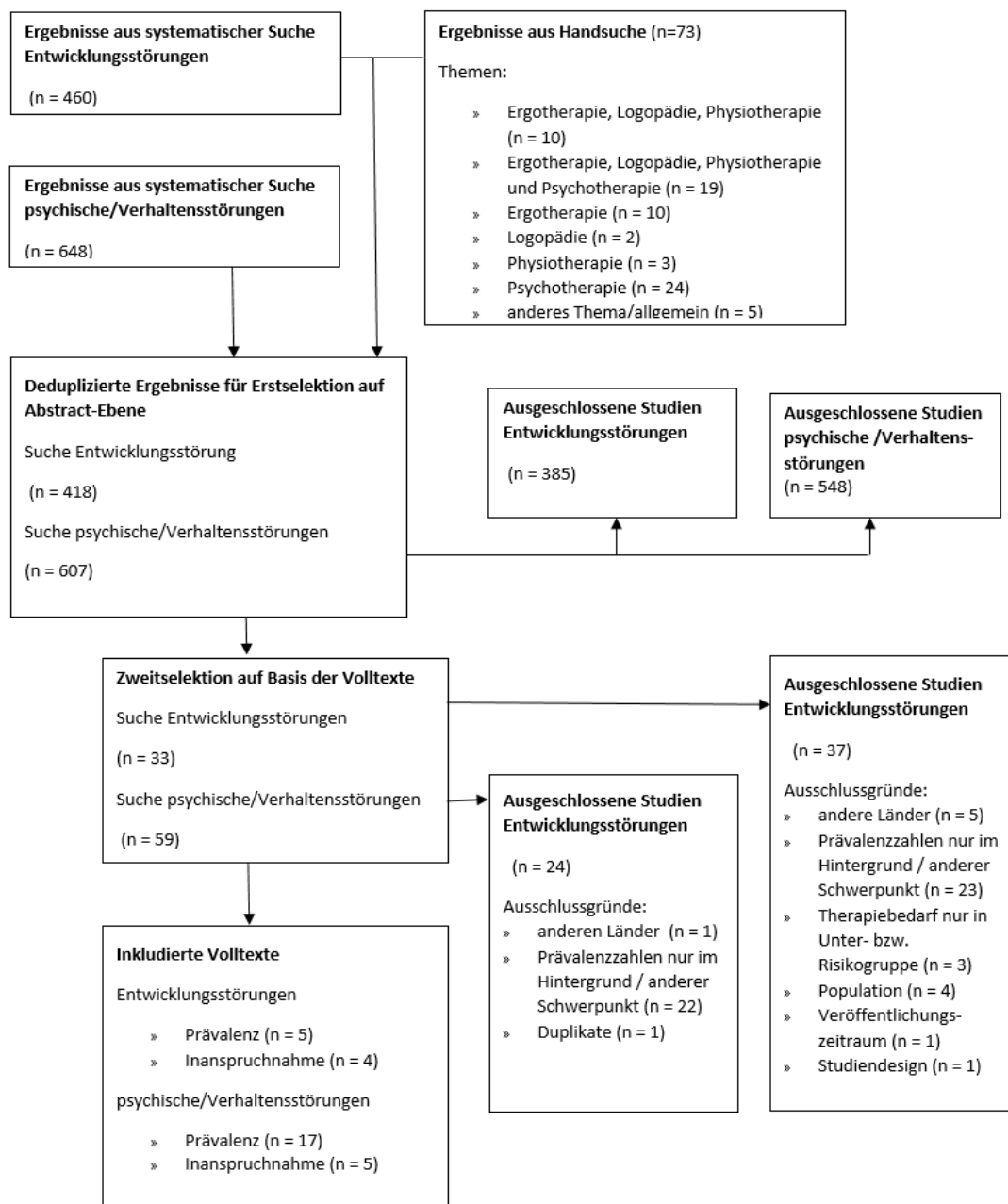
Tabelle 8.5:  
Suchstrategie Cochrane Library (Entwicklungsstörungen)

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S34	(S26 AND S28 AND S33)	Limiters – Published Date: 20120101–20180131	View Results (93)
S33	(S30 OR S31 OR S32)	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (162,071)
S32	(MH "Adolescent")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (72,582)
S31	(MH "Child")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (32,881)
S30	child* OR children OR ado- lescent* OR youth* OR young person OR young people	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (162,071)
S29	S26 AND S27 AND 28	Limiters – Published Date: 20120101–20180131	View Results (34)
S28	(S16 OR S17 OR S18 OR S19)	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (70,188)
S27	(S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S12 OR S13 OR S20 OR S21 OR S22 OR S24 OR S25)	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (105,589)
S26	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S14	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (12,742)
S25	(health OR Care OR supply) structure*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (37)
S24	(MH "Health Services Rese- arch+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (10)
S23	(MH "Delivery of Health Care+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (68)
S22	(MH "Child Health Ser- vices+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (0)
S21	(MH "Health Services+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (237)
S20	(MH "Patient Care Manage- ment+")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (88)
S19	(MH "Germany")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (1,831)
S18	(MH "Austria")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (223)

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
S17	TX vienna OR TX Carinthia OR TX styria OR TX burgen- land OR TX lower austria OR TX upper austria OR TX vor- arlberg	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (6,536)
S16	TX (austria* OR german*)	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (69,396)
S15	austria* OR german*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (66,139)
S14	(MH "Language Develop- ment Disorders") OR (MH "Developmental Disabili- ties")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (14)
S13	epidemiology	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (50,777)
S12	incidence	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (65,800)
S11	prevalence	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (22,719)
S10	burden of disease	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (337)
S9	(MH "Incidence")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (7,641)
S8	(MH "Prevalence")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (4,109)
S7	(MH "Epidemiology")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (6)
S6	TX speech therap*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (681)
S5	(MH "Rehabilitation of Speech and Language Dis- orders") OR (MH "Speech Therapy")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (51)
S4	MH("Occupational Therapy")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (231)
S3	TX physical therap*	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (9,993)
S2	(MH "Physical Therapy Spe- cialty") OR (MH "Physical Therapy modalities")	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (2,108)
S1	TX occupational therap* OR (TX ergotherap*) OR (TX ergo?therap*)	Search modes – Boolean/Phrase	View Results (2,838)

## 8.2 Auswahlprozess der Literatur

Abbildung 8.1:  
Auswahlprozess der Literatur



Darstellung: GÖG

## 8.3 Überblick über die bundesweite Verteilung der extramuralen Versorgung

*Stefanie Bachler / Gerald Gredinger*

Neben einer IST-Stand-Erhebung wurde die extramurale Versorgung additiv zum Projektauftrag vom CCIV gesondert herausgegriffen und soll somit einen ersten Zugang zu einer weiteren möglichen Betrachtungsweise in Hinblick auf die Versorgungslandschaft darstellen.

### 8.3.1 Bundesweite Verteilung von multidisziplinären Versorgungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche

Um eine bundesweite Verteilung von multidisziplinären Versorgungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche abbilden zu können, müssen diese als solche identifiziert werden.

Die zu erhebenden Einrichtungen fallen unter kategoriale Bezeichnungen wie

- » „Selbstständige Ambulatorien“ bzw. „Nicht-bettenführende Krankenanstalten“,
- » „(Gemeinschafts- oder Gruppen-)Praxen“,
- » „(Therapie-/Versorgungs-/Kompetenz-/Förder-)Zentren“ und
- » „Institute“.

Um sich bei der Erhebung der Einrichtungen dem Begriff „multidisziplinär“ zu nähern, wurden folgende Einschlusskriterien herangezogen und berücksichtigt:

- » ausschließlich Einrichtungen, die therapeutische Maßnahmen – auch in Kombination mit diagnostischen und/oder medizinischen Maßnahmen – im Rahmen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen anbieten
- » Einrichtungen, in welchen das Team aus zumindest zwei Personen, die einen (unterschiedlichen) Gesundheitsberuf ausüben, besteht
- » Einrichtungen, in welchen eine interdisziplinäre (= Kolleginnen/Kollegen aus spezifischen Fachbereichen innerhalb eines akademischen Fachs oder des gleichen Berufs) und/oder multiprofessionelle (= Personen mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen und Qualifikationen wirken zusammen) Zusammenarbeit im Team stattfindet

Nach erfolgter Abgrenzung mussten die entsprechenden Einrichtungen erhoben werden. Dazu wurde die erstellte Ambulatorienliste im Rahmen der von LEICON generierten Datenbasis herangezogen und für das Jahr 2019 anhand einer zusätzlichen Abfrage bei den Krankenversicherungsträgern sowie mittels Desk-Research-Verfahren seitens des CCIV überarbeitet und ergänzt. Trotz der zugrunde liegenden Einschlusskriterien zur Identifikation sind die Versorgungslösungen als sehr komplex anzusehen. Daher wurden die Einrichtungen in einer tabellarischen Auflistung Überkategorien zugeordnet, die für Einheitlichkeit und Transparenz sorgt und eine detaillierte Betrachtung ermöglicht (vgl. Tabelle 8.6).

Tabelle 8.6:

Multidisziplinäre Versorgungseinrichtungen in Überkategorien<sup>48</sup>

Multidisziplinäre Versorgungseinrichtung	Ergo- therapie	Logo- pädie	Physio- therapie	Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung	ausschließ- lich Kinder und Jugendliche	partiell Kinder und Jugendliche	primär Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung	Zugangsvor- aussetzun- gen	Zuordnung
PSD – Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie	x		x	x	x				Vertragspartner
Zentrum für seelische Gesundheit	x		x		x		x		Vertragspartner
AVS Sozial- und Gesundheitszentrum Klagenfurt	x	x	x		x				Vertragspartner
AVS Sozial- und Gesundheitszentrum Villach		x	x		x				Vertragspartner
AVS Sozial- und Gesundheitszentrum Spittal an der Drau		x	x		x				Vertragspartner
AVS Sozial- und Gesundheitszentrum Hermagor		x	x		x				Vertragspartner
AVS Sozial- und Gesundheitszentrum Wolfsberg		x	x		x				Vertragspartner
Mini-Ambulatorium St. Veit an der Glan Entwicklungsdiagnostisches und therapeutisches Ambulatorium pro mente Kärnten GmbH	x	x		x	x				Vertragspartner
Mini-Ambulatorium Wolfsberg – Entwicklungsdiagnostisches und therapeutisches Ambulatorium pro mente Kärnten GmbH	x	x		x	x				Vertragspartner
Hermann-Gmeiner-Zentrum im SOS-Kinderdorf Moosburg	x	x		x	x				Vertragspartner
Hermann-Gmeiner-Zentrum im SOS-Kinderdorf Moosburg	x	x		x	x				Vertragspartner
Praxis Kunterbunt – Dr. Eva Sadila-Plank	x	x		x	x				Vertragspartner
Therapiezentrum Völkermarkt Furian	x	x	x			x			Vertragspartner

48

Annäherung basierend auf LEICON-Abfrage plus Nachrecherche und Qualitätssicherung seitens CCIV; Mehrfachnennungen bestimmter Einrichtungen sind aufgrund mehrerer Standorte möglich.

Multidisziplinäre Versorgungseinrichtung	Ergo- therapie	Logo- pädie	Physio- therapie	Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung	ausschließ- lich Kinder und Jugendliche	partiell Kinder und Jugendliche	primär Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung	Zugangsvor- aussetzun- gen	Zuordnung
IntegrationsZentrum RETTET DAS KIND – Seebach, Ambulatorium für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Ju- gendalters	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Ambulatorium Sonnenschein des Vereins Diag- nose- und Behandlungszentrum für behinderte Kinder und Jugendliche	x	x	x		x				Vertragspartner
Ambulatorium Eggenburg der VKKJ	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Ambulatorium Amstetten der VKKJ	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Ambulatorium Mistelbach der VKKJ	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Ambulatorium Wr. Neustadt der VKKJ	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Ambulatorium Neunkirchen der VKKJ	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie (GFGF) Ambulatorium Gmünd	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie (GFGF) Ambulatorium Grainbrunn	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie (GFGF) Förderzentrum/Ambulatorium St. Leonhard am Forst	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie (GFGF) Förderzentrum/Ambulatorium Zwettl	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Selbständiges Ambulatorium zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen, Haus der Zuversicht	x	x	x	x	x				Vertragspartner
NÖ Hilfswerk – Familien- und Beratungszentrum Baden						x			Vertragspartner
NÖ Hilfswerk – Familien- und Beratungszentrum Baden						x			Vertragspartner
NÖ Hilfswerk – Familien- und Beratungszentrum Baden						x			Vertragspartner
Kidsnest – Gesellschaft zum Schutz von Kindern und Jugendlichen GmbH					x		x		Vertragspartner

Multidisziplinäre Versorgungseinrichtung	Ergo- therapie	Logo- pädie	Physio- therapie	Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung	ausschließ- lich Kinder und Jugendliche	partiell Kinder und Jugendliche	primär Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung	Zugangsvor- aussetzun- gen	Zuordnung
Kidsnest – Gesellschaft zum Schutz von Kindern und Jugendlichen GmbH					x		x		Vertragspartner
KiJuK – Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie (GFGF) Therapiezentrum Andorf	x	x	x	x	x				Vertragspartner
KiJuK – Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie (GFGF) Therapiezentrum Pramet	x	x	x	x	x				Vertragspartner
KiJuK – Gesellschaft für ganzheitliche Förderung und Therapie (GFGF) Therapiezentrum Mauerkirchen	x	x	x		x				Vertragspartner
Assista Soziale Dienste GmbH	x	x	x			x		x	Vertragspartner
Evangelisches Diakoniewerk – Therapiezentrum Linzerberg in Engerwitzdorf	x	x	x			x			Vertragspartner
Evangelisches Diakoniewerk – Therapiezentrum im Haus Elisabeth	x	x	x			x			Vertragspartner
Institut Hartheim, Ambulatorium für medizini- sch-therapeutische Behandlungen	x	x	x			x			Vertragspartner
KiJuK – Kinder- und Jugendkompetenzzentrum St. Isidor	x	x		x	x				Vertragspartner
PROGES (vormals PGA – Verein für prophylakti- sche Gesundheitsarbeit) Therapiezentrum Perg	x	x	x	x		x			Vertragspartner
PROGES (vormals PGA – Verein für prophylakti- sche Gesundheitsarbeit) Therapiezentrum Ried	x	x	x	x		x			Vertragspartner
Zentrum Spattstraße gemeinnützige GmbH	x	x		x	x		x		Vertragspartner
NEUEWEGE Gemeinnützige GmbH						x	x		Vertragspartner
AVOS Arbeitskreis f. Vorsorgemedizin Salzburg	x	x			x				Vertragspartner
Landeszentrum für Hör- und Sehbildung	x	x		x				x	Vertragspartner
Sozial-Pädagogisches Zentrum	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Lebenshilfe Ambulatorium für Entwicklungsdi- agnostik und Therapie Salzburg	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Lebenshilfe Ambulatorium für Entwicklungsdi- agnostik und Therapie Salzburg	x	x	x	x	x				Vertragspartner

<b>Multidisziplinäre Versorgungseinrichtung</b>	<b>Ergo- therapie</b>	<b>Logo- pädie</b>	<b>Physio- therapie</b>	<b>Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung</b>	<b>ausschließ- lich Kinder und Jugendliche</b>	<b>partiell Kinder und Jugendliche</b>	<b>primär Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung</b>	<b>Zugangsvor- aussetzungen</b>	<b>Zuordnung</b>
Lebenshilfe Salzburg – Ambulatorium für Entwicklungsdiagnostik und Therapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Lebenshilfe Salzburg – Ambulatorium für Entwicklungsdiagnostik und Therapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Lebenshilfe Ambulatorium für Entwicklungsdiagnostik und Therapie Salzburg	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Lebenshilfe Ambulatorium für Entwicklungsdiagnostik und Therapie Salzburg	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Lebenshilfe Ambulatorium für Entwicklungsdiagnostik und Therapie Salzburg	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Lebenshilfe Ambulatorium für Entwicklungsdiagnostik und Therapie Salzburg	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Diakonie Therapiezentrum Pinzgau	x	x	x	x	x				Vertragspartner
AVOS Therapiestelle Flachgau	x	x	x		x				Vertragspartner
AVOS Therapiestelle Tennengau	x	x	x		x				Vertragspartner
AVOS Therapiestelle Pinzgau	x	x	x		x				Vertragspartner
Kinder-Jugend-Seelenhilfe Pinzgau, pro mente Salzburg	x			x	x				Vertragspartner
Kinder-Jugend-Seelenhilfe Pongau pro mente Salzburg	x			x	x				Vertragspartner
Kinder-Jugend-Seelenhilfe Lungau pro mente Salzburg	x			x	x				Vertragspartner
Ambulatorium für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters – Integrations-Zentrum Rettet das Kind	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Psychosoziales Versorgungs- und Beratungszentrum für Kinder und Jugendliche (PVBZ)				x	x		x		Vertragspartner



Multidisziplinäre Versorgungseinrichtung	Ergo- therapie	Logo- pädie	Physio- therapie	Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung	ausschließ- lich Kinder und Jugendliche	partiell Kinder und Jugendliche	primär Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung	Zugangsvor- aussetzun- gen	Zuordnung
Physiotherapeutisches Ambulatorium Neues Volkshaus	x	x	x			x			Vertragspartner
Chance B – Therapeutisches Institut für Menschen mit Behinderungen	x	x	x		x			x	Vertragspartner
Mosaik GmbH	x	x	x	x	x			x	Vertragspartner
Mosaik GmbH	x	x	x	x	x			x	Vertragspartner
Mosaik GmbH	x	x	x	x	x			x	Vertragspartner
Mosaik GmbH	x	x	x	x	x			x	Vertragspartner
Mosaik GmbH	x	x	x	x	x			x	Vertragspartner
Mosaik GmbH	x	x	x	x	x			x	Vertragspartner
Die Eule – Therapie- und Förderzentrum	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Die Eule – Therapie- und Förderzentrum	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Die Eule – Therapie- und Förderzentrum	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Die Eule – Therapie- und Förderzentrum	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Die Eule – Therapie- und Förderzentrum	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Die Eule – Therapie- und Förderzentrum	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Die Eule – Therapie- und Förderzentrum	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Die Eule – Therapie- und Förderzentrum	x	x	x	x	x				Vertragspartner
forKIDS Therapiezentrum – Evangelisches Diakoniewerk	x	x	x		x				Vertragspartner
Haus der Gesundheit – Ambulatorium für Physiotherapie	x	x	x			x			Vertragspartner
Therapiezentrum Sommer	x	x	x			x			Vertragspartner
Therapiezentrum Sommer	x	x	x			x			Vertragspartner
Therapiezentrum Sommer	x	x	x			x			Vertragspartner
AKS Kinderdienste	x	x	x	x	x				Wahlbereich
AKS Kinderdienste	x	x	x	x	x				Wahlbereich
AKS Kinderdienste	x	x	x	x	x				Wahlbereich
AKS Kinderdienste	x	x	x	x	x				Wahlbereich
AKS Kinderdienste	x	x	x	x	x				Wahlbereich
AKS Kinderdienste	x	x	x	x	x				Wahlbereich

Multidisziplinäre Versorgungseinrichtung	Ergo- therapie	Logo- pädie	Physio- therapie	Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung	ausschließ- lich Kinder und Jugendliche	partiell Kinder und Jugendliche	primär Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung	Zugangsvor- aussetzungen	Zuordnung
AKS Kinderdienste	x	x	x	x	x				Wahlbereich
AKS Kinderdienste	x	x	x	x	x				Wahlbereich
AKS Kinderdienste	x	x	x	x	x				Wahlbereich
AKS Kinderdienste	x	x	x	x	x				Wahlbereich
SMO Neurologische Rehabilitation GmbH						x		x	Wahlbereich
SMO Dornbirn – Zentrum für neurologische Rehabilitation						x		x	Wahlbereich
SMO Feldkirch – Zentrum für neurologische Rehabilitation						x		x	Wahlbereich
SMO Bludenz/Bürs – Zentrum für neurologische Rehabilitation						x		x	Wahlbereich
Zentrum für Entwicklungsförderung Modecerterstraße	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Zentrum für Entwicklungsförderung Liebgasse	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Zentrum für Entwicklungsförderung Dresdnerstraße	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Zentrum für Entwicklungsförderung Langobardenstraße	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Ambulatorium Strebersdorf der VKKJ	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Ambulatorium Wiental der VKKJ	x	x	x	x	x				Vertragspartner
VKKJ – Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Ambulatorium Liesing der VKKJ	x	x	x	x	x				Vertragspartner
Seestadt Aspern	x	x		x	x				Vertragspartner
Institut für Erziehungshilfe				x	x		x		Vertragspartner
Institut für Erziehungshilfe				x	x		x		Vertragspartner
Institut für Erziehungshilfe				x	x		x		Vertragspartner
Institut für Erziehungshilfe				x	x		x		Vertragspartner
Institut für Erziehungshilfe				x	x		x		Vertragspartner
Sowhat – Medizinische und therapeutische Hilfe für Menschen mit Essstörungen				x	x		x		Vertragspartner

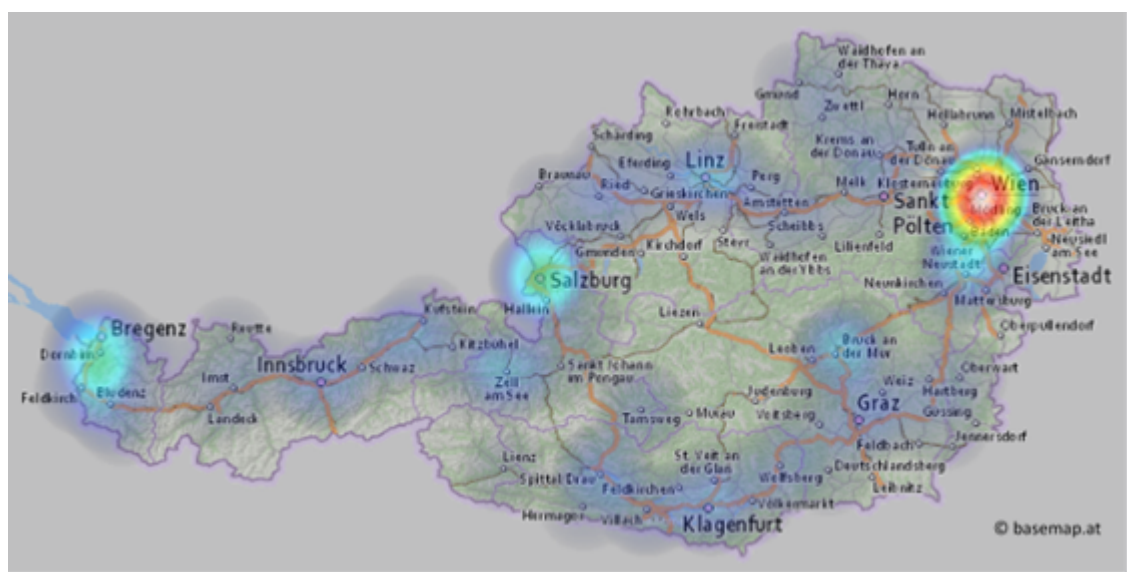
Multidisziplinäre Versorgungseinrichtung	Ergo- therapie	Logo- pädie	Physio- therapie	Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung	ausschließ- lich Kinder und Jugendliche	partiell Kinder und Jugendliche	primär Psychotherapie / psycholog. Diagnostik / psychosoziale Unterstützung	Zugangsvor- aussetzun- gen	Zuordnung
die Boje – Ambulatorium für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre in Krisensituationen				x	x		x		Vertragspartner
die möwe Kinderschutzzentrum Wien				x	x		x		Vertragspartner
Kindermedizinisches Zentrum Augarten	x		x		x				Vertragspartner
ESRA Verein Initiative zur psycho-soz. therapeutischen u. sozial-kulturellen Integration	x		x	x	x				Vertragspartner
Kinderpraxis Krems				x	x		x		Wahlbereich
Kugelrot	x				x				Wahlbereich
Kinderpraxis Kupkagasse	x	x		x	x				Wahlbereich
Praxis Canalettogasse	x		x		x				Wahlbereich
Praxis am Naschmarkt	x	x	x		x				Wahlbereich
Praxis Kindertraum	x	x			x				Wahlbereich
Kind im Zentrum, Praxis für Entwicklungsförderung im Kindes- und Jugendalter	x	x		x	x				Wahlbereich
Kind im Zentrum, Praxis für Entwicklungsförderung im Kindes- und Jugendalter	x	x		x	x				Wahlbereich
Kinderarztpraxis Schumannngasse	x	x	x	x	x				Wahlbereich
Praxis Spielraum	x	x		x	x				Wahlbereich
APT physikalische Therapie GmbH	x		x			x			Vertragspartner
APT physikalische Therapie GmbH	x		x			x			Vertragspartner
Physikalisches Ambulatorium der Stadtwerke Bruck an der Mur	x		x			x			Vertragspartner
Betriebskrankenkasse der VA – Physikalisches Ambulatorium Kindberg	x		x			x			Vertragspartner
Physikoinstitut Gesundheitspark Deutschlandsberg Gesellschaft mit beschränkter Haftung	x		x			x			Vertragspartner
Kinder- und Jugendeinrichtung Am Himmel	x	x	x	x	x			x	Vertragspartner

Darstellung: CCIV

Abbildung 8.2 zeigt anhand einer Regenbogenskala<sup>49</sup> das Dichteverhältnis der multidisziplinären Einrichtungen in Österreich zueinander, wie sie von LEICON für 2016 bereitgestellt und vom CCIV qualitätsgesichert bzw. für das Jahr 2019 überarbeitet und ergänzt wurden. Darin wird deutlich, dass die höchste Konzentration an multidisziplinären Einrichtungen in Wien liegt. Es kommt jedoch auch klar zum Ausdruck, dass es eine relative Häufung in den Landeshauptstädten Bregenz und Salzburg gibt. Weiters werden anhand dieser Darstellung Analogien zur Bevölkerungsdichte in Österreich sichtbar (vgl. <https://www.statistik.at/atlas/>).

Abbildung 8.2:

Dichteverhältnis der multidisziplinären Versorgungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche in Österreich



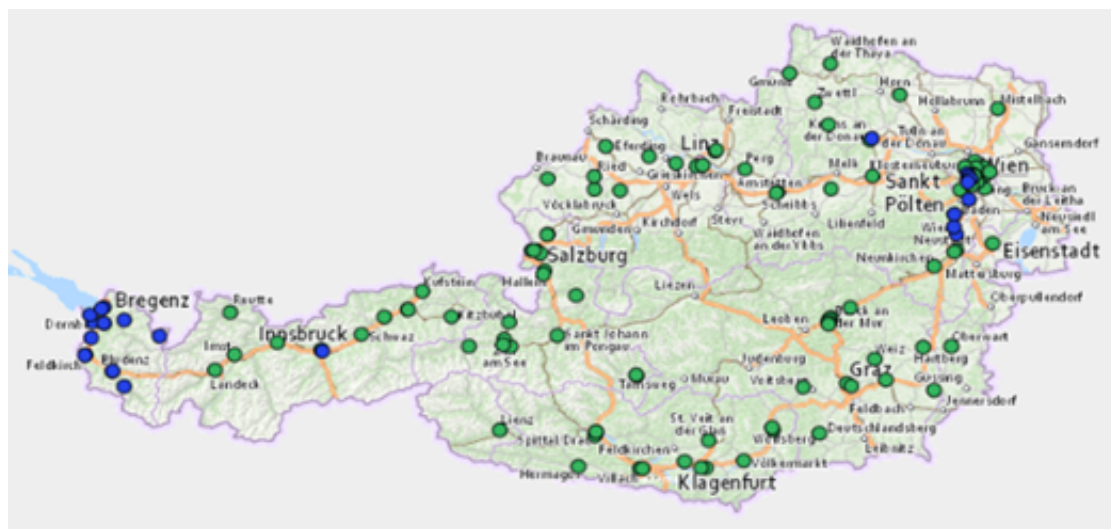
Quelle und Darstellung: CCIV

49

Die Regenbogenskala färbt die Gebiete je nach Einrichtungsdichte im Verhältnis zueinander ein. Dabei werden Gebiete, die keine Einrichtungen aufweisen, gar nicht eingefärbt. Ansonsten lässt sich die Skala wie folgt interpretieren: Die Konzentration an Einrichtungen steigt von Violett (Lila) zu Blau (Türkis) zu Grün über Gelb und Orange zu Rot. Die höchste Konzentration befindet sich im weißen Bereich.

Die in Abbildung 8.3 visualisierte Darstellung zeigt das Verhältnis von multidisziplinären Vertragspartnereinrichtungen / eigenen Einrichtungen (grün) zu multidisziplinären Einrichtungen auf Wahlbasis (blau). Hier wird klar ersichtlich, dass zum Zeitpunkt der Erhebung Vertragspartnereinrichtungen / eigene Einrichtungen mit mehr als drei Viertel des Angebots in der Mehrzahl sind und dass es sich bei den angebotenen Leistungen für die Versicherten um Sachleistungen handelt.<sup>50</sup>

Abbildung 8.3:  
Verhältnis von multidisziplinären Vertragspartnereinrichtungen / eigenen Einrichtungen zu multidisziplinären Einrichtungen auf Wahlbasis für Kinder und Jugendliche in Österreich



Quelle und Darstellung: CCIV

50

Für eine detaillierte Auflistung der Daten vgl. Tabelle 8.6, in der die multidisziplinären Versorgungseinrichtungen Überkategorien zugeordnet wurden.

### 8.3.2 Bundesweite Verteilung von niedergelassenen Therapeutinnen/Therapeuten

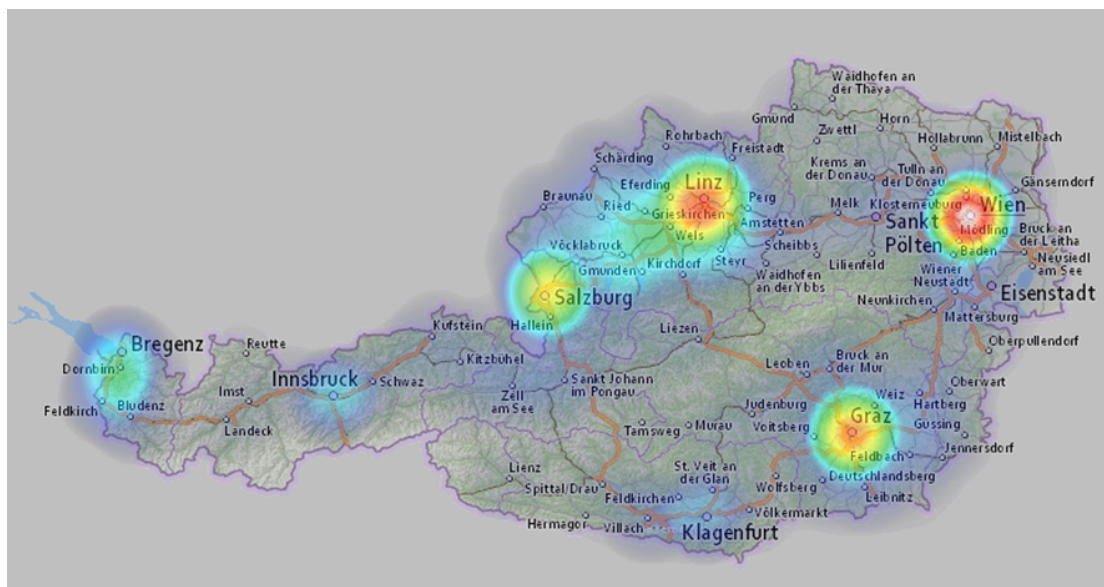
Die folgenden Darstellungen basieren auf den vom Standardprodukt LEICON bereitgestellten Daten für 2016 (vgl. dazu auch Kapitel 2.1.1). Zusätzlich wurden diese Daten vom CCIV – abgestimmt auf die zugrundeliegende Zielsetzung – einer Qualitätssicherung unterzogen.

Bei den niedergelassenen Therapeutinnen/Therapeuten wurden all jene in die **Erhebung miteinbezogen**, bei denen **zumindest ein Kind oder ein(e) Jugendliche(r) (0–20 Jahre) in Behandlung war**.

Abbildung 8.4 weist ebenso ein Dichteverhältnis aus. In diesem Fall handelt es sich um Therapeutinnen/Therapeuten im niedergelassenen Bereich. Die höchsten Konzentrationen an Therapeutinnen/Therapeuten weisen Wien, Linz und Graz aus, welche auch die drei größten Ballungsräume Österreichs repräsentieren.

Abbildung 8.4:

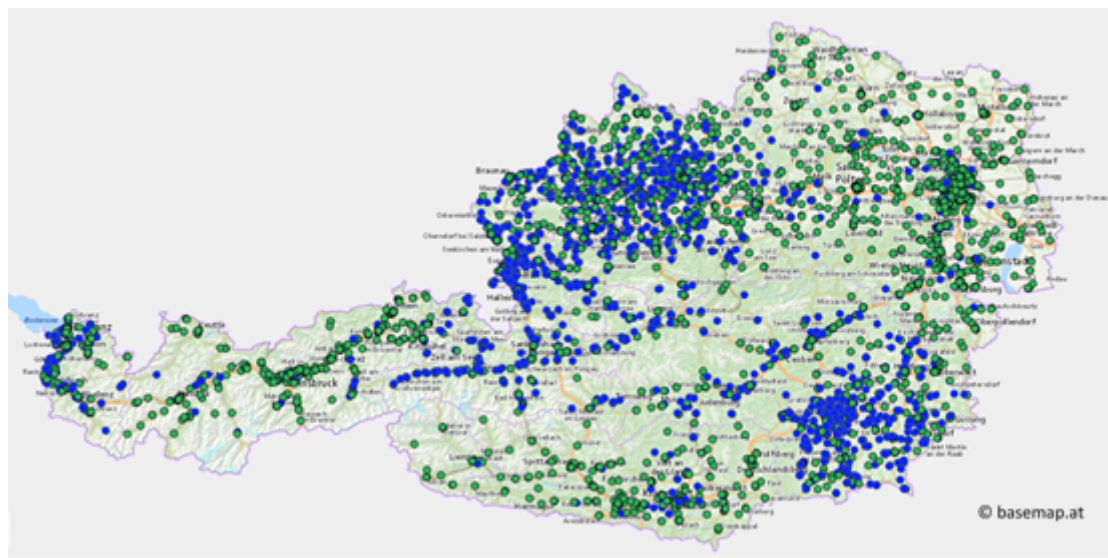
Dichteverhältnis der Therapeutinnen/Therapeuten im niedergelassenen Bereich in Österreich



Quelle und Darstellung: CCIV

In der folgenden Abbildung 8.5 wird das Verhältnis von niedergelassenen Therapeutinnen/Therapeuten im Vertragspartnerbereich (grün) zu niedergelassenen Therapeutinnen/Therapeuten im Wahlbereich (blau) ersichtlich. Auch hier überwiegt der Vertragspartnerbereich, jedoch nicht in gleichem Ausmaß wie bei den multidisziplinären Einrichtungen (knapp über 55 %). Erwähnenswert hierbei sind die Bundesländer Oberösterreich und Steiermark, in denen der Wahlbereich in den ausgewählten Bereichen besonders stark ausgeprägt ist.

Abbildung 8.5:  
Verhältnis von niedergelassenen Therapeutinnen/Therapeuten im Vertragspartnerbereich zu  
niedergelassenen Therapeutinnen/Therapeuten im Wahlbereich für Kinder und Jugendliche in  
Österreich



Quelle und Darstellung: CCIV

## 8.4 Workshop „Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“: Ergebnisprotokoll

Der Workshop „Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ fand am Dienstag, 19.6. 2018 von 10:00 bis 16:30 in der Sozialversicherungsanstalt der Bauern, Ghegastraße 1, 1030 Wien statt. Teilgenommen haben Vertreter und Vertreterinnen folgender Institutionen/Disziplinen:

- » Ambulatorium Sonnenschein, Politische Kindermedizin
- » Ergotherapie Austria
- » Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
- » FH Campus Wien
- » FH Campus Wien (Logopädie)
- » FH Gesundheitsberufe OÖ (Ergotherapie)
- » FH Gesundheitsberufe OÖ (Logopädie)
- » Gesundheit Österreich GmbH
- » Institut für Erziehungshilfe
- » Logopädie Austria
- » Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
- » ÖBVP
- » Physio Austria
- » Politische Kindermedizin, ÖGKJ
- » Praxis am Naschmarkt (Ergotherapie)
- » Sigmund Freud PrivatUniversität
- » Wiener Gebietskrankenkasse
- » Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH (Ergotherapie)
- » Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH (Logopädie)

### 8.4.1 Tagesordnung

**TOP 1** Projekteinführung und Präsentation der derzeitigen Versorgungssituation

**TOP 2** Diskussion wesentlicher epidemiologischer, medizinischer und weiterer versorgungsrelevanter Grundlagen

**TOP 3** Zusammenfassung der Workshop-Ergebnisse und Ausblick



## 8.4.2 TOP 1: Projekteinführung und Präsentation der derzeitigen Versorgungssituation

Scholz begrüßte die Anwesenden im Namen des Hauptverbands der öst. Sozialversicherungsträger und betonte, dass die Sozialversicherung bestrebt ist, Verbesserungen in Hinblick auf die therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen in den Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie und Psychotherapie voranzutreiben.

Piso erläuterte die Ziele und Nicht-Ziele des Projekts und gab einen Überblick über die geplante Vorgangsweise. Anschließend präsentierte Kienberger als Vertreterin des LEICON-Teams der Sozialversicherung die Ergebnisse der IST-Stand-Erhebung für die Bereiche Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen und verwies auf Datenlimitationen und potenzielle Erklärungen für regionale Unterschiede.

Bachler präsentierte die Ergebnisse einer Zusatzrecherche bei den Sozialversicherungsträgern zu regionalen Rahmenbedingungen und weiteren Erklärungen für regionale Unterschiede.

Im Anschluss verteilten sich die Anwesenden auf vier „Stationen“ mit Plakaten zu den wichtigsten Ergebnissen (je eine Station pro Therapieform) zur Diskussion und Ableitung allgemeiner Feststellungen zum IST-Stand. Ziel war es, von den Expertinnen und Experten Hinweise zur IST-Situation aus Sicht der Praxis zu erhalten sowie potenzielle Defizite bzw. Good-Practice-Regionen zu identifizieren. Die Diskussion erfolgte entlang folgender Leitfragen:

- » Was fällt Ihnen auf? Was springt ins Auge?
- » In welcher Region entspricht Ihrer Ansicht nach die Versorgung am ehesten dem Bedarf?

Abschließend erfolgte die Zusammenfassung und Diskussion im Plenum.

### 8.4.2.1 Ergebnisse Ergotherapie

#### **Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation, was auffällt / Interpretation der Landkarte**

- » Wien: Einwohnerreiche Bezirke seien unterversorgt bzw. sind durch das Vorhandensein von Zentren potenziell als unterversorgt abgebildet (diese Daten konnten in der IST-Analyse der Sozialversicherung (SV-Abrechnungsdaten) nicht erfasst werden).
- » Burgenland: psychosoziale Zentren und somit interdisziplinäre Versorgung
- » OÖ: hohe Versorgungsdichte im Ö-Vergleich lt. Abbildung, bedingt durch viele Kassenverträge, andere Einrichtungen wären vermutlich kaum versorgungsrelevant
- » Salzburg: in Abb. weniger gut abgebildet, da viele interprofessionelle Einrichtungen (z. B. Kinderseelenhilfe) – diese Daten konnten ebenso nicht in der IST-Analyse der Sozialversicherung (SV-Abrechnungsdaten) erfasst werden.
- » Steiermark: so gut wie nicht abgebildet; Unterversorgung; Physikalische Institute bieten Ergotherapie an („Feigenblatt“); es gibt nur „sonstige Verträge“; positiv: integrative Versorgung in Kindergärten (MOSAİK)
- » Tirol: Bild möglicherweise verzerrt, da die über das Land abgerechneten Leistungen hier nicht erfasst/dargestellt sind.

- » Vorarlberg: scheinbare Unterversorgung, da Versorgung über AKS nicht in SV-Abrechnungsdaten abgebildet ist.

### **Allgemeines**

- » Wichtig sei insgesamt interdisziplinäres Arbeiten.
- » Chancen/Möglichkeiten würden sich über einen Konnex zu den Frühen Hilfen (Prävention) bieten.
- » Der Altersgipfel der derzeitigen Versorgung spiegle den Schuleintritt wieder (sechsjährige Kinder); im internationalen Vergleich sei dies jedoch sehr spät, wodurch längere Behandlungsverläufe bedingt seien.
- » Weiters falle ein Defizit bei der Versorgung Jugendlicher auf (wobei insbesondere bei Jugendlichen steigender Bedarf und mehr an Wissen/Forschung zu beobachten sei).
- » aktuelle Versorgungssituation ≠ Bedarf
- » Verträge ≠ abgerechnete Leistungen (zumindest nicht zwingend ident)
- » Nicht berücksichtigt in der IST-Analyse auf Basis der SV- Abrechnungsdaten sei die Versorgung durch
  - » Spitalsambulanzen (z. B. Tirol),
  - » Reha-Zentren (z. B. Kinderreha Stmk),
  - » den teilstationären Bereich,
  - » sonderpädagogische (über die Länder) finanzierte Einrichtungen,
  - » private Krankenanstalten (z. B. Tirol).
- » Es wurde diskutiert, inwieweit
  - » die durch SV/Land kofinanzierten Angebote und
  - » die Leistungen der Kassenambulatorien (vollständig) in der Karte abgebildet seien.
- » Es solle nun die Chance genutzt werden, die Berufsbezeichnungen zu aktualisieren.

### **Good-Practice-Regionen/-Modelle**

- » Verträge mit niedergelassenen Ergotherapeutinnen/-therapeuten wie in OÖ und Ambulatorien wie in NÖ bzw.
- » Verträge mit niedergelassenen Ergotherapeutinnen/-therapeuten wie in OÖ und Land wie in Vorarlberg (AKS; gemeindebezogene Primary Health Care / Gesundheitsförderung; negativ zu bewerten seien allerdings lange Wartelisten)
- » jedenfalls zu betrachten / zu optimieren: Prozessmanagement und Bewilligungspraxis

## 8.4.2.2 Ergebnisse Logopädie

### Einschätzung der derzeitigen Versorgungssituation und regionale Aspekte

- » Als mögliche Good-Practice-Regionen wurden Vorarlberg und Oberösterreich angeführt.
- » Als wichtige regionale Angebote wurden spitalsambulante Angebote genannt, welche nicht in den Abrechnungsdaten erfasst sind. Für Oberösterreich wurde die Neurologisch linguistische Ambulanz der Barmherzigen Brüder angeführt. Für Tirol wurde auf das entsprechende Angebot der Klinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen (HSS) der Medizinischen Universität Innsbruck verwiesen.
- » Eine wesentliche Schwäche in der Versorgung wurde bei Kindern mit Komorbiditäten angeführt, für die es insbesondere multiprofessioneller Angebote bedarf.

### Rahmenbedingungen

- » In Bezug auf die Rahmenbedingungen wurde die Wichtigkeit von Rahmenverträgen hervorgehoben.
- » Des Weiteren wurde angemerkt, dass sich die in der Steiermark mit Juli 2018 vorliegenden Verträge auch in der Inanspruchnahme widerspiegeln werden.
- » Es wird auf die Höhe der Kassensätze und den Konnex zu nicht besetzten Kassenstellen hingewiesen. Therapeuten/Therapeutinnen präferieren daher vermehrt den Wahlbereich, insbesondere in ländlichen Regionen.

## 8.4.2.3 Ergebnisse Physiotherapie

- » Eingangs wird festgehalten, dass die Angaben für physikalische Medizin aus der IST-Analyse aus Abrechnungsdaten genommen werden müssen, wenn man die tatsächlichen Zahlen für die Therapieversorgung mit Physiotherapie aufzeigen möchte. Ansonsten werden die Zahlen zur Therapieversorgung durch die Verschreibungen im Bereich physikalischer Medizin verfälscht, dies zeigt sich u. a. auch bei den Stunden pro Patient/-in, bei denen auf dem Plakat auch nicht-kinderspezifische punktuelle ärztliche physikalische Leistungen abgebildet werden.
- » Im niedergelassenen Bereich sollte man zudem anhand der Diagnosen die Spezialisten und Spezialistinnen für Kinder und Jugendliche herausfiltern.
- » Im Hinblick darauf, wo ein Benchmark gelegt werden soll, wird darauf hingewiesen, dass es sich dann dabei tatsächlich um physiotherapeutische Leistungen handeln muss (im Sinne der Abgrenzung zur physikalischen Medizin).
- » Bei den vorliegenden Darstellungen sollten stets das Minimum und das Maximum für die Behandlungen pro Patient/-in, Betrag pro Patient/-in etc. angegeben werden, damit eine bessere Interpretation der Daten ermöglicht wird. Zudem wäre eine Ergänzung um Vergleichswerte aus Deutschland hilfreich.

- » Im Hinblick auf den Ort der Versorgung wird festgehalten, dass Physikalische Institute eher unspezifisch sind und dass dort weniger Kinder therapeutisch mit Physiotherapie behandelt werden.
- » Aus Sicht der Expertinnen und Experten ist die Versorgung mit Physiotherapie in Oberösterreich gut, wenn auch noch nicht ganz optimal. Insgesamt kann dieses Bundesland jedoch als Good-Practice-Region gesehen werden. Hier werden kinderspezifische Leistungen niederschwellig durch Vertrags-Physiotherapeuten/-therapeutinnen erbracht. Leider gibt es jedoch keine Auslastung des Stellenplans.
- » Ein negatives Beispiel ist hingegen die Steiermark.

#### 8.4.2.4 Ergebnisse Psychotherapie

- » Im Bundesländervergleich zeigen sich Limitationen bezüglich der IST-Situation in Salzburg (die SGK übermitteln aus Datenschutzgründen keine Abrechnungsdaten zu Psychotherapie).
- » Die höchste Versorgungsdichte besteht in den Bundesländern Wien (2,4 Prozent aller Kinder und Jugendlichen erhielten 2015 psychotherapeutische Leistungen) und Niederösterreich (2 Prozent aller Kinder und Jugendlichen).
- » Die Versorgungssituation in Oberösterreich (und in der Steiermark) überrascht – hier hätten die Expertinnen/Experten höhere Versorgungsdichten erwartet (in OÖ fehlen die Daten der multiprofessionellen Kompetenzzentren Innviertel und Linz).
- » Die Geschlechterverteilung zeigt insgesamt eine Gleichverteilung der Inanspruchnahme, wobei aus Sicht der Expertinnen und Experten vor der Pubertät der Anteil der Buben überwiegt und ab ca. 14 Jahren der Anteil der Mädchen zunimmt.
- » Die psychotherapeutischen Behandlungen pro Patient/-in bzw. Stunden pro Patient/-in (im Jahr 2015) sind aus Sicht der Expertinnen und Experten zu niedrig und damit nicht bedarfsgerecht.
- » Weiters fallen die im Bundesländervergleich sehr unterschiedlich hohen Ausgaben pro Patient/-in auf. Hier muss es einen Zusammenhang geben zwischen dem Anteil an ärztlichen Psychotherapien, Psychotherapie im Rahmen von Vereinslösungen und dem Anteil an Kostenzuschüssen.
- » In Bezug auf die Altersstruktur zeigt sich ein Unterschied zwischen der Inanspruchnahme von Psychotherapie durch niedergelassene Psychotherapeuten/-therapeutinnen und Psychotherapie im Rahmen von berufsgruppenübergreifenden multiprofessionellen Einrichtungen: Im ersten Fall zeigt sich die höchste Inanspruchnahme zwischen 14 und 20 Jahren, in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen zwischen vier und sechs Jahren – danach nimmt sie deutlich ab.
- » Aus Sicht der Expertinnen und Experten sind Jugendliche relativ gut psychotherapeutisch versorgt, die größten Defizite bestehen bei Kindern im Volksschulalter und bei Säuglingen (bei denen wird mit dem Bezugssystem gearbeitet).
- » Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen laut österreichischem Psychotherapiegesetz nur jene Störungsbilder und Zielgruppen behandeln, für die sie ausreichend qualifi-

ziert sind. Es gibt daher eine eigene Zusatzausbildung für „Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ auf Basis einer entsprechenden Richtlinie des BMSGPK (vgl. „Richtlinie für die psychotherapeutische Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen“ auf Grundlage des Gutachtens des Psychotherapiebeirats vom 2. 12. 2014). Diese Zusatzausbildung wird zunehmend absolviert, ÖBVP und VÖPP führen eigene Listen der Personen mit entsprechenden Zusatzausbildungen.

- » Es sollte zur Einschätzung der Versorgungssituation das Angebot auch auf Bezirksebene dargestellt werden (Anzahl der Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen mit Spezialisierung auf Kinder und Jugendliche pro Bezirk).
- » Mögliche Good-Practice-Regionen sind aus Sicht der Expertinnen und Experten die Bundesländer Niederösterreich (keine Kontingentierung psychotherapeutischer Leistungen für Kinder und Jugendliche, dafür aber evt. Limitation durch begrenzte Anzahl an Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen), Wien (höchste Versorgungsdichte), Tirol (keine Kontingentierung bis zu sieben Behandlungen) und Vorarlberg (neues Modell mit Clearingfunktion).
- » Es gibt die Hypothese, dass der psychotherapeutische Bedarf nach Ballungsräumen (höherer Bedarf) und ländlichen Regionen differiert – wobei die „Nachfrage“ diesbezüglich auch angebotsinduziert sein könnte (mangelnde Angebote im ländlichen Bereich).

### 8.4.3 TOP 2: Diskussion epidemiologischer, medizinischer und weiterer versorgungsrelevanter Grundlagen

Die Ergebnisse der IST-Analyse sowie die Vorgangsweise und Ergebnisse der durchgeführten Literaturanalyse zu epidemiologischen Daten wurden präsentiert.

Im Anschluss erfolgte eine Gruppenarbeit zur Schätzung des Therapiebedarfs in den jeweiligen Altersgruppen auf Basis der präsentierten epidemiologischen Daten sowie der Daten zur Inanspruchnahme bzw. der praktischen Erfahrung der Expertinnen und Experten. Dabei wurden Gruppen gebildet, die sich unabhängig voneinander mit dem Therapiebedarf für Kinder und Jugendliche mit umschriebenen Entwicklungsstörungen auseinandersetzten. Zwei Gruppen bestanden jeweils aus Expertinnen und Experten der Bereiche Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie. Eine weitere Gruppe bestand aus den Expertinnen und Experten im Bereich Psychotherapie, diese setzte sich entsprechend mit dem Bedarf in diesem Bereich auseinander.

#### 8.4.3.1 Ergebnisse Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben im Workshop keine Ad-hoc-Einschätzung in Hinblick auf Prävalenzen und den davon abgeleiteten erforderlichen Versorgungsbedarf abgegeben. Hierfür wurde vereinbart, dass die in der Gruppenarbeit verwendeten Tabellen an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer versandt werden und dass – nach Möglichkeit – auf diesem Weg entsprechende Einschätzungen vorgenommen werden können.

Zusätzlich wurden folgende weitere Datenquellen („Prävalenzdaten“) identifiziert:

- » standardisiertes logopädisches Screening der vier- bis fünfjährigen Kindergartenkinder in OÖ (regelmäßig/etabliert; Daten seien auch zu nachfolgender Diagnostik / nachfolgendem Therapieantritt vorhanden)
- » standardisiertes ergotherapeutisches Screening der vier- bis fünfjährigen Kindergartenkinder in OÖ (wurde nur einmalig durchgeführt)

Andere, möglicherweise weniger gut geeignete Informationsquellen bzw. Informationsquellen mit unklarer Verwendbarkeit sind:

- » Ökonomische Analyse der Logopädie (Dissertation Pfaller)
- » Diverse Masterarbeiten könnten sich mit relevanten Fragestellungen befasst haben.
- » Sprachstandserhebung: letztes Kiga-Jahr, österreichweit, durchgeführt von Kiga-Pädagoginnen/-pädagogen; Daten im Bildungsministerium? Erhebung müsste nach Auffälligkeiten im Bereich des Sprechens bzw. der Sprache differenzieren.
- » Daten von Jugendämtern
- » Daten von Frühen Hilfen
- » Datenerhebung/Befragung über Berufsverbände
- » Projekte, die im Rahmen der Gesundheitsziele (gesundes Aufwachsen) in Matrix dargestellt wurden und welche evaluiert wurden
- » Wartezeiten (als Hinweis für nicht gedeckten Bedarf)
- » ggf. weitere Prävalenzdaten (nicht Abrechnungsdaten) aus D (KiGGS-Studie und Heilmittelreport bereits berücksichtigt)
- » Deutsche Kolleginnen/Kollegen nach deren Wissen zu Überversorgung (in den abgebildeten Abrechnungsdaten) fragen.
- » Daten vom Wiener Netzwerk Entwicklungsbegleitung

Zukünftig hilfreich bzw. wünschenswert

- » Codierungsvorschlag lt. Verordnungskatalog
- » Diagnosedokumentation im niedergelassenen Bereich
- » MUKI-Daten
- » Primärstudien zur Prävalenzenerhebung

### 8.4.3.2 Ergebnisse Psychotherapie

Im Bereich der Psychotherapie entspricht die Prävalenz psychischer Erkrankungen (ca. 21 Prozent bei Kindern und Jugendlichen) nicht dem tatsächlichen Bedarf, also der „Indiktion“ bzw. der „Inanspruchnahme-Bereitschaft“. Dieses Phänomen ist auch in der Literatur belegt.

Wie hoch der Bedarf ist, kann nur durch Vergleichswerte von „Modellregionen“ ermittelt werden, weil die Expertinnen und Experten aus der Praxis diesbezüglich eine „verzerrte Wahrnehmung“ haben, da sie nur die „Spitze des Eisbergs“ sehen, also eher jene Patienten und Patientinnen mit Psychotherapiebedarf und entsprechender Inanspruchnahme-Bereitschaft.

Neben den Prävalenzzahlen (insbes. MHAT-Studie und KiGGS- bzw. BELLA-Studie aus Deutschland) bieten sich Vergleichswerte der psychotherapeutischen Inanspruchnahme in folgenden „Modellregionen“ an:

- » Deutschland (Kassendaten zur Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Kinder und Jugendliche)
- » Bundesländer Vorarlberg, Tirol und Niederösterreich (wegen der fehlenden Deckelung der Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen)
- » Zudem wäre es interessant, die Inanspruchnahme der BVA-Versicherten getrennt auszuwerten, weil auch bei diesem Sozialversicherungsträger keine Deckelung der psychotherapeutischen Leistungen bei Kindern und Jugendlichen besteht.

Grundsätzlich sollte das psychotherapeutische Versorgungsangebot aus einem Mix an institutioneller Versorgung (wegen Ausbildungsstellen und Niederschwelligkeit; insbes. für Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 14 Jahren) und niedergelassenen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen bestehen.

#### 8.4.4 TOP 3: Zusammenfassung der Workshop-Ergebnisse und Ausblick

Im Rahmen des Workshops wurden wichtige Aspekte im Hinblick auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie und Psychotherapie diskutiert, welche für die weiteren Arbeiten im Rahmen des Projekts herangezogen werden. Das Projektteam bedankt sich bei der Expertengruppe für die gegebenen Rückmeldungen!

