

## Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Ulrike Zartler

(in: *ExpertInnenbericht zum Nationalen Aktionsplan für die Rechte von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des YAP-Prozesses 2003. ExpertInnen-Team: Renate Kränzl-Nagl und Liselotte Wilk (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien), Helmut Sax und Helmut Wintersberger (Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte, Wien), Wien, Mai 2004*)

1986 definierte die WHO in der Ottawa Charta Gesundheit in einem umfassenden Sinn als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Gesundheit ist demnach ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens und steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen ebenso betont wie jene körperlicher Fähigkeiten.

Verschiedene Studien erfassen die subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Österreich (HBSC 2002) bzw. in Wien (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000, Stadt Wien 2002a), dabei setzte sich der leicht negative Trend der 1990er Jahre bislang bei beiden Geschlechtern fort. Auffallend ist, dass alle gesundheitsbezogenen Prävalenzen mit zunehmendem Alter schlechter werden, sodass von einem „Gesundheitsloch“ mit Eintritt der Pubertät gesprochen wird (HBSC 2002). In Österreich bezeichnet ein gutes Drittel (37%) der 11- bis 15Jährigen ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“, knapp die Hälfte (47%) als „gut“. Weitere 13% beschreiben ihre Gesundheit als „eher gut“, knapp 2% als „schlecht“ (HBSC 2002: 13). Der Anteil der Kinder mit *schlechter* Gesundheit weist dabei keine nennenswerten Variationen nach dem Alter und dem Geschlecht auf; die anderen Gesundheitszustände zeigen Unterschiede in diesen Variablen: Die Wahrscheinlichkeit, sich „ausgezeichnet“ zu fühlen, ist bei den Knaben in allen Altersgruppen höher als bei den Mädchen (HBSC 2003b,c, Stadt Wien 2002a). Außerdem steigt die Wahrscheinlichkeit für einen beeinträchtigten Gesundheitszustand mit zunehmendem Alter der Kinder (HBSC 2002).

Generell zeigt sich in Österreich hinsichtlich wichtiger Gesundheitsparameter ein markantes Ost-West-Gefälle, das auch bei Kindern und Jugendlichen deutlich wird. Gesundheit und Lebenszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen hängen hochsignifikant mit der sozialen Lage ihrer Familien zusammen, ebenso finden sich deutliche Zusammenhänge mit der Schulzufriedenheit bzw. Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz (Lehrstelle) und der sozialen Integration in Gleichaltrigengruppen (HBSC 2002,2003b,c, Stadt Wien 2002a). Nach den Ergebnissen der SERMO-Studie sind die häufigsten Krankheiten und Beschwerden österreichischer Kinder wie folgt:

Tabelle 6: Die häufigsten Krankheiten und Beschwerden österreichischer Kinder 1995

<i>häufigste Krankheiten</i>	<i>in %</i>	<i>häufigste Beschwerden</i>	<i>in %</i>
Erkältungskrankheiten	40	Schnupfen	48
HNO-Erkrankungen	10	Husten	39
Fieber	16	Fieber	17
Keuchhusten	2	Übelkeit, Appetitlosigkeit	10
Hautallergien	4	Zahnschmerzen, schlechte Zähne	12
Prellungen, Zerrungen, Quetschungen	4	Kopfschmerzen	9
Darmerkrankungen	4	Schwäche, Müdigkeit	7
Feuchtblattern	2	Magenschmerzen, Verdauungsbeschwerden	4
Lungenentzündung	1	Hautbeschwerden	2
Lungenasthma	1		
keine Krankheiten	32	keine Beschwerden	30

Quelle: Dezernat für Gesundheitsplanung 2000: 182, Basis: SERMO-Studie (429 Kinder, 0 -15 Jahre)

Die WHO-HBSC-Studie versuchte, auch psychosomatische Beschwerden zu erheben und zeigt für 11- bis 15jährige Kinder folgendes Bild:

Tabelle 7: Es haben regelmäßig (wöchentlich oder öfter):

Kopfschmerzen	23%
Magen-/Bauchschmerzen	17%
Rücken-/Kreuzschmerzen	14%
schlechtes Allgemeinbefinden	14%
Gereiztheit	30%
Nervosität	28%
Schlafstörungen	26%
Schwindel	13%
Nacken- und Schulterschmerzen	15%
Ängste	14%
Müdigkeit, Erschöpfung	45%

Quelle: HBSC 2002: 18; 11- bis 15jährige Kinder

Weitere Hinweise über gesundheitliche Beeinträchtigungen liefern Daten, die im Rahmen des Sonderprogramms „Beeinträchtigungen und Behinderungen“<sup>1</sup> zur Mikrozensus-Erhebung im Juni 2002 erhoben wurden. Das dieser Erhebung zugrunde liegende Konzept von Gesundheitsproblemen ist dabei sehr weit gefasst: Es reicht von körperlichen Schädigungen, wie sensorischen Problemen (z.B. subjektiv empfundene Sehbeeinträchtigung trotz Brille), Herz- und Atembeschwerden und Gehbeeinträchtigungen über andere fortschreitende Krankheiten (z.B. Krebs usw.) bis hin zu psychischen Problemen oder Lernbehinderungen. Insgesamt gaben 1,26 Mio. Menschen in Österreich an, an lang andauernden Gesundheitsproblemen oder Behinderungen zu leiden; dies entspricht einem Anteil von 15,8% an der österreichischen Gesamtbevölkerung. Wie sich die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen gemäß dieser Mikrozensus-Erhebung gestaltet, ist in der folgenden Tabelle 8 dargestellt. Dabei wird deutlich, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit lang andauernden gesundheitlichen Problemen an der Gesamtbevölkerung verglichen mit dem Durchschnittswert (15,8 %) wesentlich geringer ist (Alterseffekt).

Tabelle 8: Personen mit langandauernden gesundheitlichen Problemen 2002

Alter*)	Pers. m. langandauernden ges. Probl.**)			Anteil an Bevölkerung in Privathaushalten (in%)		
	insgesamt	Buben	Mädchen	insgesamt	Buben	Mädchen
0 – 4	11.700	6.400	5.300	2,9	3,2	2,7
5 – 9	15.200	6.100	9.100	3,3	2,6	4,1
10-14	19.400	9.700	9.700	4,1	4,0	4,3
0- 14	46.300	22.200	24.000	3,5	3,3	3,7
15-19	23.700	14.600	9.100	5,0	6,0	3,9

\*) vollendete Jahre \*\*) ohne Personen in Anstalten und Gemeinschaftsunterkünften; langandauernd = länger als 6 Monate; Quelle: Statistik Austria, Mikrozensus Juni 2002

Gesundheitliche Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen im Sinne einer geistigen oder körperlichen Behinderung sind in Österreich ein weitgehend unerforschtes Gebiet. Zu ihrer Lebenslage gibt es kaum Datenmaterial, und ihre genaue Zahl kann nicht bestimmt werden (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000, ÖIJ 1999). Es wird davon ausgegangen,

<sup>1</sup> Dieses Sonderprogramm steht im Zusammenhang mit dem Beschluss des Rats der Europäischen Union das Jahr 2003 zum Jahr der Menschen mit Behinderungen zu erklären, infolgedessen im Auftrag der Europäischen Kommission in allen EU-Ländern eine Erhebung über die Beschäftigung behinderter Menschen durchgeführt werden sollen.

dass jede/r zehnte Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren körperlich beeinträchtigt ist (ÖJ 1999: 150).

Die Ernährung österreichischer Kinder lässt sich mit den Schlagworten „zu süß, zu fett, zu viel“ zusammenfassen. Der österreichische Ernährungsbericht 2003 (Institut für Ernährungswissenschaften/BMGF 2003) verweist auf folgende Fakten zur Ernährung von Schulkindern (7-14 Jahre): zu hohe Fett- und Proteinzufuhr, Defizite bei komplexen Kohlenhydraten und Ballaststoffen, unzureichende Zufuhr von Folsäure, Vitamin D, Jod, Zink, Magnesium, Eisen, Calcium; im Osten höhere Zucker- und Cholesterinzufuhr und höhere Energieaufnahme. Das Ernährungswissen der österreichischen Kinder weist, wie auch bei den Erwachsenen, beträchtliche Mängel auf (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000).

Der österreichische Ernährungsbericht 2003 zeigt weiters, dass 16% der Buben und 14% der Mädchen zwischen 7 und 14 Jahren übergewichtig sind. 15% der VorschülerInnen sind übergewichtig (10% Übergewicht, 5% Adipositas). Deutlich zeigt sich, dass das Ernährungsverhalten bei Kindern aus sozial schwachen Schichten deutlich schlechter ist als bei Kindern höherer Schichten (ÖBIG 2002) und dass der Anteil übergewichtiger Kinder (6-18 Jahre) umso höher ist, je niedriger die Ausbildung der Eltern ist (Rieder et al. 2003).

Neben dem Übergewicht sind auch Untergewicht, Diätverhalten und Essstörungen ein ernst zu nehmendes Problem für die kindliche bzw. jugendliche Gesundheit. Tendenziell fühlen sich Buben eher zu dünn, Mädchen eher zu dick (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000). Die Kinderfreunde-Studie von 2003 zeigt, dass 38,3% der österreichischen 6- bis 15Jährigen Angst haben, zu dick zu sein; dieser Wert steigt mit dem Alter an, und zwar um mehr als das Neunfache von den 6- bis 7jährigen Kindern (7,1%) bis hin zu den 15Jährigen, wo sich zwei Drittel (66,7%) zu dick fühlen. Insgesamt findet sich fast jedes zweite Mädchen zu dick und möchte abnehmen (Kinderfreunde 2003). Jedes fünfte 15jährige Mädchen (21%) macht gerade eine Diät, obwohl dies aus Gewichtsgründen (Body-Mass-Index) nur für 8% angezeigt wäre (HBSC 2002: 20). Ein Anstieg der Essstörungen von (insbesondere weiblichen) Kindern und Jugendlichen ist zu beobachten, dominierend sind Adipositas, Bulimia nervosa, Anorexia nervosa und Binge Eating (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000).

Auch Diabetes ist unter Jugendlichen zunehmend verbreitet, wobei es keine verlässlichen Daten über das Ausmaß gibt. Besorgniserregend ist der steigende Anteil übergewichtiger Kinder, die an einem Typ 2 oder so genannten „Altersdiabetes“ leiden – ein Phänomen, das früher fast ausschließlich bei älteren Menschen, die sich über lange Zeit falsch ernährt hatten oder eine genetische Disposition aufweisen, auftrat. Amerikanische Daten zeigen, dass sich seit Anfang der 90er Jahre die Häufigkeit von Typ2-Diabetes unter Kindern mindestens verzehnfachte; zunehmender Bewegungsmangel und vermehrtes Übergewicht lassen einen ähnlichen Trend für Österreich vermuten (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000).

Kinderleben in Österreich ist geprägt durch chronischen Bewegungsmangel, der geschlechtsspezifisch unterschiedlich ausgeprägt ist (Burschen betreiben durchschnittlich mehr körperliche Aktivitäten als Mädchen), die generelle Bewegungsfreude nimmt mit dem Alter ab (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000, HBSC 2002). Kinder mit mehr Bewegung fühlen sich gesünder, wohler und glücklicher (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000). Ein hyperaktives Verhalten von Kindern ist nicht selten durch Bewegungsmangel bedingt; etwa 3,5% der Kinder weisen lt. Wiener Kindergesundheitsbericht echte hyperkinetische Störungen auf (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000).

Im Durchschnitt verbringen österreichische Kinder im Alter von drei bis fünf Jahren fast 80 Minuten täglich vor dem Bildschirm (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000). Die 7- bis 15Jährigen sehen 108 Minuten täglich fern (IMAS 2000). Eine besondere Problemgruppe sind jene Kinder, die als „VielseherInnen“ bezeichnet werden: so sehen 37% der Wiener Kinder im Alter von 11 bis 15 Jahren täglich 2-3 Stunden fern, 13% vier Stunden und 16% mehr als vier Stunden (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000). Anders als beim Fernsehen ist das Computerspiel eine Domäne der Knaben (HBSC 2002, Kinderfreunde 2003): 11jährige Buben verbringen im Schnitt dreimal so viel Zeit mit dem Computer als gleichaltrige Mädchen (HBSC 2002).

Eine Folge des Bewegungsmangels sind Haltungstörungen. Orthopädische Untersuchungen in Wiener Pflichtschulen zeigen, dass fast ein Drittel der SchülerInnen (6-10 Jahre) Haltungsfehler aufweist. 31 von 100 Kindern weisen Wirbelsäulanomalien und 24 von 100 Kindern Bein- und Fußanomalien auf (Stadt Wien 2002b: 121). In den Stellungenuntersuchungen des Bundesheeres für 2001 (Geburtsjahrgang 1983) wurden 80 Prozent der Wiener Jungmänner für tauglich befunden. Allerdings wurde bei etwa drei Viertel aller Untersuchten mindestens eine Störung bzw. Erkrankung diagnostiziert; die meisten Befunde betrafen die Bereiche „Skelett, Muskeln und Bindegewebe“ (Stadt Wien 2002b: 124).

Die Zahngesundheit österreichischer Jugendlicher hat sich etwas verbessert: Im Schnitt haben österreichische 12-Jährige 1,7 kariöse oder gefüllte Zähne, 44% der Jugendlichen sind kariesfrei (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000: 220, ÖBIG 2001). Für jüngere Kinder zeigt sich aber, dass Österreich im internationalen Vergleich den geringsten Anteil kariesfreier Kinder im Alter von 5 bis 6 Jahren hat. Signifikant sind die Unterschiede zwischen den Schultypen: AHS-SchülerInnen haben weniger Karies als HauptschülerInnen (Sax et al. 1997, zit.n. Dezernat für Gesundheitsplanung 2000: 220). Immigrant\*innenjugendliche, insbesondere Mädchen, sind bezüglich ihres Zahnstatus besonders benachteiligt (Stadt Wien 2002a), wie generell beim Zahnpflegeverhalten ein starkes Schichtgefälle feststellbar ist (ÖBIG 2002).

Psychische Erkrankungen und psychiatrische Diagnosen sind in den verschiedenen Altersgruppen beiderlei Geschlechts unterschiedlich in Häufigkeit und Ausprägung (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000), Tabelle 9 zeigt die häufigsten psychiatrischen Diagnosen bei Wiener Kindern:

Tabelle 9: Psychiatrische Diagnosen 1998 bei Wiener Kindern

Lokalisation	0-3 Jahre		4-7 Jahre		8-11 Jahre		12-15 Jahre	
	m	w	m	w	m	w	m	w
Drogen-Psychosen	13	16	0	0	0	0	1	1
Schizophrene Psychosen	0	0	0	0	0	2	5	0
andere nicht organische Psychosen	0	1	0	0	0	0	12	2
typische Psychosen d. Kindesalters	0	1	3	3	0	1	5	1
Neurosen	0	2	0	0	27	9	30	17
funktionelle Störungen psychischen Ursprungs	2	5	14	1	6	7	11	24
psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)	5	11	24	4	47	21	58	67
spezif. emotionale Störungen d. Kindes	9	4	9	14	18	3	55	29
Hyperkinetisches Syndrom d. Kindesalters	4	0	23	1	16	4	9	0
umschriebene Entwicklungsrückstände	65	66	64	44	30	24	12	19

Quelle: Dezernat für Gesundheitsplanung 2000: 224, basierend auf Spitalsentlassungsstatistik 1998

Mit zunehmendem Alter erhalten sexuelle Erfahrungen (und damit das Risiko sexuell übertragbarer Krankheiten und unerwünschter Schwangerschaften) einen wichtigen Stellenwert in der Lebenswelt von Jugendlichen. In den letzten 25 Jahren hat sich der Zeitpunkt der ersten sexuellen Erfahrungen nicht wesentlich nach vorne verschoben (Stadt Wien 2002a, Dezernat für Gesundheitsplanung 2000), heute hatte die Hälfte der 16-Jährigen bereits Geschlechtsverkehr, die andere Hälfte hat das „erste Mal“ noch vor sich (ÖGF 2001). Generell kann von einem Trend in Richtung einer in Beziehung gelebten Jugendsexualität gesprochen werden (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000, Stadt Wien 2002a).

Das Verhütungsverhalten der österreichischen Jugendlichen kann im internationalen Vergleich als relativ gut bezeichnet werden; die Mehrheit der Jugendlichen weiß über

Verhütungsmittel Bescheid und nutzt diese auch (ÖGF 2001, HBSC 2002). Dennoch sind, insbesondere bei jüngeren Burschen, große Wissenslücken festzustellen. Das Verhütungsverhalten ist abhängig von der Schul- und Berufsbildung; weiters existieren markante Stadt-Land-Unterschiede: In der Großstadt lebende Lehrlinge und BerufsschülerInnen weisen ein signifikant unzuverlässigeres Verhütungsverhalten auf als Jugendliche anderer Schultypen bzw. Jugendliche, die am Land leben (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000).

Bis zum 28.1.2000 waren in Österreich 32 pädiatrische AIDS-Fälle registriert (PatientInnen unter 13 Jahren); der häufigste Infektionsweg ist die Übertragung von der Mutter auf das Kind (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000). Von 1983 bis 2000 gab es österreichweit 25 AIDS-Tote im Alter bis zu 19 Jahren (Stadt Wien 2002a: 225). Der Informationsstand österreichischer Jugendlicher zum Thema HIV/AIDS ist als relativ hoch zu bezeichnen. Wissensmängel bestehen aber nach wie vor darin, dass „falsche“ HIV-Infektionsrisiken wie Ansteckung über Insektenstiche, Wohnen im gemeinsamen Haushalt, Körperkontakt, Küssen usw. genannt werden. Einer unrealistisch hohen Angst vor HIV/AIDS steht eine Unterschätzung des eigenen Risikos gegenüber (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000, Wimmer-Puchinger et al. 1997).

Die Anzahl an „Teenager-Müttern“ im Alter zwischen 12 und 19 Jahren ging in Österreich seit Beginn der 90er Jahre kontinuierlich zurück (Stadt Wien 2002a: 229). Wurden im Jahr 1991 noch 5.596 Kinder von Frauen unter 20 Jahren geboren (Anteil an allen Geburten des Jahres 1991: 5,9%), so sank diese Anzahl bis zum Jahr 2002 auf 3.256 Kinder bzw. einen Anteil von 4,2% an allen Geburten (Statistik Austria 2004: 68). Über den Schwangerschaftsabbruch bei jungen Mädchen existieren in Österreich keine zuverlässigen epidemiologischen Daten.

### **Recht auf Gesundheit und Gesundheitsförderung (Kap. 6)**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO 1946). Gesundheit wird dabei keineswegs nur als Fehlen von Krankheit angesehen sowie nicht nur auf die körperliche, sondern auch auf die geistige und soziale Ebene bezogen. Gesundheit und Krankheit sind demzufolge nicht isolierte Zustände, sondern zeigen ein breites Spektrum zwischen den Extrempunkten „gesund“ und „krank“.

Einem umfassenden Gesundheitsverständnis folgend, das auch soziale Komponenten mit einbezieht, hat Gesundheitsförderung nicht nur beim Verhalten des Einzelnen anzusetzen, sondern auch bei der Gestaltung der Lebensräume, z.B. bei den Wohn-, Umwelt-, Verkehrs-, und Arbeitsbedingungen. Diesem Verständnis trägt die Ottawa Charta der WHO (1986) Rechnung, indem betont wird, dass Gesundheitsförderung auf einen sozialen Prozess zielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung der Gesundheit zu befähigen. Gesundheit bzw. Krankheit werden demnach wesentlich von der Qualität der Umwelt bestimmt, von ökonomischen und sozialen Bedingungen, vom Alltagsleben bzw. -bedingungen einer sozialen Gruppe sowie vom Lebensstil des einzelnen Individuums, das sich im Rahmen dieser Bedingungen entwickeln kann, sowie letztlich vom Ausmaß der Selbst- bzw. Mitbestimmung. Dieses Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung gilt für Kinder und Erwachsene gleichermaßen.

Das Recht auf Gesundheit und auf Versorgung mit Gesundheitsdiensten ist in der UN-Kinderrechtskonvention in Artikel 24, Abs. 1, neben dem Recht auf Leben, Überleben und Entwicklung (Art. 6), wie folgt verankert: „*Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung von Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.*“

Um die Verwirklichung dieses Rechts sicherzustellen, sind in Art. 24, Abs. 2 eine Reihe von Maßnahmen angeführt, auf die in den folgenden Abschnitten immer wieder Bezug genommen wird. Im Abschlussdokument des 2. Weltkindergipfels (2002) stellt das Recht auf ein gesundes Leben und Gesundheitsförderung einen der Schwerpunkte dar. Die diesbezüglichen zentralen Forderungen sind (verkürzt dargestellt): 1) Förderung des Lebens/Überlebens und der Entwicklung aller Kinder und Jugendlichen (siehe KRK, Art. 6), 2) die Bekämpfung von Krankheiten und Unterernährung, 3) der Schutz der Kinder und Jugendlichen vor HIV und AIDS, und 4) kommt dem Umweltschutz große Bedeutung zu, um den Kindern und Jugendlichen auch in Zukunft eine natürliche und gesunde Umgebung bieten zu können.

Wenngleich sich die gesundheitliche Situation von Kindern sowie ihre Gesundheitsförderung und die Versorgung mit Gesundheitsdiensten in Österreich verglichen mit jener in Entwicklungsländern auf den ersten Blick als sehr positiv darstellt, zeigen empirische Befunde, dass Kinder und Jugendliche in zunehmendem Maß einen „bedenklichen“ Gesundheitszustand aufweisen (siehe <sup>▲</sup> Teil I / 2). Während herkömmliche Erkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter infolge des medizinischen Fortschritts heutzutage behandelbar sind und keine allzu große Gefahr mehr darstellen (z.B. Infektionskrankheiten), weisen die Daten über den Gesundheitszustand von Kinder und Jugendlichen auf neue Krankheitsbilder und Gefährdungen hin, wie sie für Wohlstandsgesellschaften charakteristisch sind. Dazu zählen z. B. Fettsucht (durch falsche oder zu reichliche Ernährung), Typ II Diabetes, Haltungsschäden, Allergien, psychische Auffälligkeiten, Depressionen usw. (siehe dazu ausführlich <sup>▲</sup> Teil I / 2).

Insgesamt gesehen kann das System der Gesundheitsförderung und der Versorgung mit Gesundheitsdiensten für Kinder und Jugendliche in Österreich als großzügig angesehen werden. Dennoch zeigen sich immer wieder Lücken, die deutlich machen, dass die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen sowie ihre Versorgung in medizinischer und psychosozialer Hinsicht in Österreich noch nicht in ausreichender Weise gewährleistet ist. Dies zeigt sich u.a. in Beschränkungen des Zugangs zu medizinischer Versorgung (z.B. für begleitete und unbegleitete AsylwerberInnen) oder dem Mangel an flächendeckenden Angeboten im psychosozialen Bereich für Kinder und Jugendlichen (regionale Unterversorgung), um nur einige Beispiele zu nennen. Auf Probleme des Zugangs sowie das Problem regionaler Unterversorgung weisen ExpertInnen immer wieder hin (zuletzt Waldhauser et al. 2003).

Bei der im Rahmen des YAP 2003 durchgeführten Kinder- und Jugendbefragung finden sich ebenfalls Wünsche zur Verbesserung der Gesundheitssituation, der Gesundheitsförderung und -versorgung seitens der Kinder und Jugendlichen selbst (insgesamt 876 Angaben). An vorderster Stelle stehen folgende Wünsche: Gesundheit für alle Kinder (363), keine Drogen/keinen Drogenverkauf (252), und weniger rauchen (231). Kinder und Jugendliche sind sich durchaus bestehenden Versorgungsengpässen (z.B. Unterversorgung in ländlichen Gebieten) oder Zugangsbeschränkungen bewußt: sie wünschen sich z.B. mehr Krankenhäuser, mehr Rettungsdienste oder Gesundheit für alle (z.B. gesunde Zähne für alle). Auch das Umweltschutzbewußtsein der jungen Generation bzw. die Forderung nach einer gesunden und sauberen Umwelt kommt in der Befragung zum Ausdruck (278 bzw. 94 Angaben).

Entsprechend den angeführten internationalen Dokumenten sowie angesichts der gegenwärtigen Situation (siehe <sup>▲</sup> Teil I/2) sind in Österreich eine Reihe von Maßnahmen umzusetzen, damit gewährleistet ist, dass jedes Kind und jeder Jugendlicher ausreichend medizinische, psychosoziale und gesundheitsfördernde Beratung, Information und Versorgung erhält. Dies beginnt bei einer umfassenden flächendeckenden Gesundheitsförderung durch präventive Maßnahmen und Programme (6.1) und reicht bis zur bestmöglichen medizinisch-therapeutischen sowie psychosozialen Beratung, Behandlung, Vor- und Nachbetreuung und Rehabilitation bzw. Habilitation (6.2, 6.3 und 6.4). Die Versorgung in medizinischer und psychosozialer Hinsicht ist demzufolge für alle in Österreich lebenden Kinder und Jugendliche zu gewährleisten, ebenso wie die psychosoziale und finanzielle Unterstützung von Eltern mit zu pflegenden, kranken und/oder behinderten Kindern und

Jugendlichen (6.6). Wie bei allen anderen kind- und jugendrelevanten Themenstellungen kommt dem Grundprinzip der Partizipation und dem Recht auf Selbst- bzw. Mitbestimmung (siehe ▲ Teil II/ 3) auch im Gesundheitsbereich Bedeutung zu (6.5).

Beim Kinderrecht auf Überleben, gesundes Leben und Entwicklung handelt es sich um ein sehr umfassendes Recht, das viele Lebensräume der Kinder und Jugendlichen betrifft, weshalb in den folgenden Abschnitten immer wieder Querverweise zu anderen gesundheitsrelevanten Kapiteln bzw. Zielen und Maßnahmen angeführt sind (z.B. Förderung einer gesunden Umwelt, Sicherheit im Straßenverkehr in ▼ Teil III/ 8 Recht auf einen kind- und jugendgerechten Lebensraum).

Einem umfassenden Gesundheitsverständnis folgend werden Ziele und Maßnahmen im Bereich mentaler Gesundheit bzw. zur psychosozialen Versorgung in diesem Kapitel angeführt, die u.a. Information, Beratung, Therapie und sonstige psychosoziale Dienste umfassen. Entsprechende Querverweise werden zu anderen Kapitel angeführt, wie etwa in ▼ Teil III/ 10 Recht auf gewaltfreie Kindheit und Jugend oder in ▼ Teil III/ 12 Recht auf kindgerechte Betreuung und Unterbringung für Kinder in Krisensituationen und für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Die Gewährleistung von Gesundheit bzw. der Schutz vor Gesundheitsgefährdung steht außerdem in engem Zusammenhang mit dem Recht auf Schutz vor Kinderarbeit (Art. 32, KRK), das in ▼ Teil III/ 11 ausführlich behandelt wird.

## 6.1 Gesundheitsförderung und -prävention

Der Gesundheitsförderung und präventiven Maßnahmen kommt zentrale Bedeutung für die Gewährleistung eines gesunden Lebens und einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu. Derartige Maßnahmen zielen sowohl auf den individuellen Lebensstil als auch auf gesundheitsfördernde bzw. -erhaltende Maßnahmen in den unterschiedlichen Lebensbereichen ab. Unabdingbar sind in diesem Zusammenhang die Gewährleistung von Partizipation von Kindern und Jugendlichen sowie die Stärkung ihrer personaler und sozialer Ressourcen.

Gesundheitsförderung bzw. -vorsorge hat – bezogen auf das Lebensalter - ehest möglich anzusetzen. Für Österreich zeigt sich diesbezüglich eine sehr positive Entwicklung: So konnte beispielsweise die Säuglings- und Müttersterblichkeitsrate während der letzten Jahrzehnte in Österreich deutlich gesenkt werden, u.a. durch Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind, respektive der Einführung des Mutter-Kind-Passes. Durch diese Maßnahme ist es gelungen, die Säuglingssterblichkeit kontinuierlich zu senken (1974: 23,8 Promille, 1980: 14,3 Promille, 1990: 7,8 Promille, 2000: 4,8 Promille). Der österreichische Wert liegt damit heute deutlich unter dem europäischen Durchschnitt. Gleichzeitig kam es zur Absenkung der Müttersterblichkeit: Betrug diese noch 1974 19,5 bezogen auf 100.000 Lebendgeborene, konnte sie bis zum Jahr 2000 auf 2,6 pro 100.000 Lebendgeborene abgesenkt werden (BMGF 2003). Dies entspricht der in Art. 24, Abs. 2,d, Verpflichtung der Vertragsstaaten „Eine angemessene Gesundheitsfürsorge für Mütter vor und nach der Entbindung sicherzustellen“.

In Art. 24 der Kinderrechtskonvention ist weiters festgelegt: „Die Gesundheitsfürsorge, die Elternberatung sowie die Aufklärung und die Dienste auf dem Gebiet der Familienplanung auszubauen“ (Art, 24, Abs. 2, f). Aufmerksamkeit widmet die KRK außerdem der Bereitstellung von Information, Aufklärung und Schulungen von Erwachsenen und Kindern, wenn sich die Staaten verpflichten, sicherzustellen, „dass allen Teilen der Gesellschaft, insbesondere Eltern und Kindern, Grundkenntnisse über die Gesundheit und Ernährung des Kindes, die Vorteile des Stillens, die Hygiene und die Sauberhaltung der Umwelt sowie die Unfallverhütung vermittelt werden, dass sie Zugang zu der entsprechenden Schulung haben und dass sie bei der Anwendung dieser Grundkenntnisse Unterstützung erhalten (art. 24, Abs. 2, e).

In Österreich wurden in den letzten Jahren vermehrt Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen umgesetzt, sei es im Rahmen von Elternbil-

dung oder in der Schule. Beispielsweise werden im schulischen Bereich Informationen über Gesundheit und Schule auf der homepage [www.schule.at/gesundheit](http://www.schule.at/gesundheit) zur Verfügung gestellt sowie seit mehr als zehn Jahren Gesundheits- und Umweltbildungs-initiativen an Schulen gefördert (durch den Umwelt- und Gesundheitsbildungsfonds); außerdem wurden Fachtagungen veranstaltet (z.B. die Tagung „Gemeinsamer Dialog - § 13 Suchtmittelgesetz“ zur Suchtprävention) oder schulische Projekte, wie „Die rauchfreie Schule. Demokratisch gegen das Rauchen“, durchgeführt oder Wettbewerbe, wie „Be Smart! Do'nt start!“, zur Suchtprävention initiiert.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt haben Kinder und junge Menschen – wie insgesamt die Bevölkerung – jedoch noch nicht den umfassenden Gesundheitsbegriff des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens angenommen, wie der 4. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich aufzeigen konnte (BMSG 2003 a). Gesundheit wird demnach vorrangig als Abwesenheit von Krankheit gesehen.

Laut WHO ist Gesundheitsförderung „der Prozess, Personen zu befähigen, stärkere Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und damit ihre Gesundheit zu verbessern (WHO 1986). Gesundheitsprogramme und -förderungen müssen daher das Ziel haben, Gesundheit nach der Ottawa Charta zu fördern und nicht nur Risikofaktoren minimieren. Gesundheitsprogramme für junge Menschen zielen jedoch derzeit vorrangig auf Minimierung von krankheitsbegünstigenden Verhaltensweisen ab (gesunde Ernährung, Suchtprävention etc.). Sie zumeist sind wirkungslos und manche ExpertInnen meinen, dass sie sogar kontraproduktiv seien (so warnen z.B. DrogenexpertInnen vor Anti-Drogen-Kampagnen).

Um eine umfassende Gesundheitsförderung und –prävention für Kinder und Jugendliche in Österreich zu gewährleisten bzw. sicherzustellen, ist die Erreichung folgender Ziele von Bedeutung: die Umsetzung flächendeckender Programme und Initiativen, die an verschiedenen Lebensbereichen der Kinder und Jugendlichen ansetzt (6.1.1) und deren Vernetzung (6.1.2), die Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen und die Stärkung von gesundheitsfördernden (personalen und sozialen) Ressourcen der Kinder und Jugendlichen selbst (6.1.3), ihre unabdingbare aktive Beteiligung bei Initiativen zur Prävention bzw. Gesundheitsförderung (6.1.4) sowie letztlich Präventionsmaßnahmen betreffend spezifischer Gefährdungen, gesundheitlicher Beeinträchtigungen und/oder Erkrankungen (wie z.B. HIV /AIDS, legale/Illegale Drogen/Medikamente, genitale Verstümmelung; 6.1.5 bis 6.1.7).

Welche Maßnahmen konkret zur Erreichung dieser Ziele notwendig sind bzw. welche im Rahmen des YAP-Prozesses 2003 vorgeschlagen wurden, wird im Folgenden ausgeführt.

### **6.1.1 Flächendeckende Programme zur Gesundheitsförderung und -prävention**

Eine umfassende Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen bedeutet, dass diese flächendeckend gewährleistet sein muss, was wiederum eine entsprechende Planung sowie die Einbeziehung unterschiedlicher Lebensräume (Familie, Schule usw.) in die jeweiligen Maßnahmen mit einschließt.

*👉 Planung und Umsetzung flächendeckender Programme zur Gesundheitsförderung und -vorsorge im Kindes- und Jugendalter*

Die derzeit bestehenden Programme und Initiativen zur Gesundheitsvorsorge und -förderung im Kindes- und Jugendalter sollen bundesweit koordiniert bzw. geplant werden, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten bzw. um regionale Unterversorgung abzubauen.

*👉 Ausbau gesundheitsfördernder Programme an Schulen*

Die Schulprogramme für Gesundheitserziehung (z.B. in den Bereichen der Unfallvorsorge, Rauchen, Alkohol und andere Drogen, Ernährung, Sport, HIV/ AIDS, Impfungen, Sexualität, Körperpflege, Atopien, soziale Interaktion, Ethik und andere) sind auszuweiten (siehe auch Maßnahme betreffend das Österreichische Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schule“).

### *👉 Programme der Elternbildung zur Gesundheitsförderung von Kleinkindern*

Im Rahmen der Gesundheitsförderung für Kleinkinder sind Programme der Elternbildung zu entwickeln, um die Notwendigkeit gesunden Aufwachsens deutlich zu machen (siehe Elternbildung in ▲ Teil III/ 4 Familie).

Nachdem Elternschulung bzw. -bildung (z.B. im Bereich der kirchlichen Institutionen) weitgehend zurückgegangen ist und die Jugendwohlfahrt dieses Defizit nicht auffangen konnte, sind Elternschulungen durch FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde anzubieten und diese interdisziplinär mit ÄrztInnen für Geburtshilfe und mit medizinischen Berufsgruppen, wie Kinderkrankenschwestern und anderen Heilberufen, durchzuführen.

### *👉 Bereitstellung ausreichender Ressourcen zur präventiven Familienintensivbetreuung*

Diese Maßnahme findet sich außerdem in ▲ Teil III/ 4 Familie und in ▼ Teil III/ 12 Recht auf kindgerechte Betreuung und Unterbringung für Kinder in Krisensituationen und für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge.

### *👉 Ausbau von präventiven Angeboten im psychosozialen Bereich (u.a. zur Prävention von Depressionen)*

Wie internationale Befunde zeigen, werden in Zukunft Depressionen ein wachsendes Problem in der Gesamtbevölkerung darstellen. Auch bei Jugendlichen werden Depressionen und depressive Verstimmungen voraussichtlich zunehmen. Daher sind spezielle Angebote für Jugendliche zu entwickeln, die sich mit diesem Problem auseinandersetzen. Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen in diesem Bereich sind dabei zu entwickeln. Gleiches gilt für alle anderen Formen psychosozialer Probleme im Kindes- und Jugendalter.

## **6.1.2 Stärkere Vernetzung von gesundheitsfördernden und präventiven Initiativen und Programmen**

Parallel zum Ausbau von Programmen und Initiativen im Bereich der Gesundheitsförderung und -prävention ist zudem deren stärkere Vernetzung untereinander zu forcieren. Zur Erreichung dieses Ziels konnten zwei geforderte Maßnahmen identifiziert werden.

### *👉 Umsetzung des Österreichischen Netzwerks „Gesundheitsfördernde Schule“ auch nach 2005 und Etablierung nachhaltiger regionaler Unterstützungsstrukturen*

Das Programm „Gesundheitsfördernde Schule“ wurde im Rahmen eines internationalen Netzwerks der WHO des Europarates und der Europäischen Union von 1993 bis 1996 in 11 Pilotschulen aus ganz Österreich erprobt und erfolgreich umgesetzt. Das Österreichische Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“ wird vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaften und Kultur und vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen getragen und finanziert.

Ziele der „Gesundheitsfördernden Schule“ sind:

- Sensibilisierung für einen Gesundheitsbegriff, der körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden umfasst
- Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten, die die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise unterstützen
- Gestaltung der Organisation Schule zu einem gesunden Erfahrungs- und Lebensraum
- Stärkung der Gemeinschaft in der Schule, Förderung der Elternarbeit und Partizipation mit relevanten Umwelten.

Derzeit sind über 100 Schulen im Österreichischen Netzwerk vertreten. Ein Netzwerksekretariat wurde bei BAB GmbH Unternehmensberatung eingerichtet. Regionale Unterstützungsstrukturen existieren in den Bundesländern Wien, Tirol und Kärnten. Seitens der beiden Ministerien wurde eine Weiterführung des Österreichischen Netzwerks vorerst bis

zum Jahr 2005 beschlossen. Ein Schwerpunkt in den nächsten Jahren wird die Unterstützung von Schulen, die sich im Sinne der Erarbeitung eines Leitbildes und Schulprogramms weiterentwickeln wollen, sein.

Gesundheitsförderliche Schulentwicklung ist dabei nicht die Summe einer Vielzahl voneinander isolierter gesundheitsbezogener Maßnahmen, sondern sie fokussiert auf die Einbettung der Gesundheitsförderung in den Unterricht und das Schulleben. Jede Schule entwickelt gesundheitsförderliche Schwerpunkte und ein den spezifischen Gegebenheiten vor Ort entsprechendes Profil.

Ein nächster wichtiger Schritt des Österreichischen Netzwerkes „Gesundheitsfördernde Schulen“ wäre die nachhaltige Etablierung von regionalen Unterstützungsstrukturen.

👉 *Sicherstellung der Weiterführung der GIVE-Servicestelle für Gesundheitsbildung nach 2005*

Die „GIVE-Servicestelle für Gesundheitsbildung“ ist eine Initiative des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur, des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen und des Österreichischen Jugendrotkreuzes. GIVE unterstützt und berät als Info-Doku-Drehscheibe LehrerInnen und MitarbeiterInnen an Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen bei ihrer Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung. Zentrales Anliegen von GIVE ist es, einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff zu vermitteln.

Die Weiterführung dieser Servicestelle, die von LehrerInnen sehr gut angenommen wurde, konnte vorerst bis zum Jahr 2005 sichergestellt werden. Die Sicherstellung dieser erfolgreichen Initiative über das Jahr 2005 hinaus ist zu fordern.

### **6.1.3 Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen und Stärkung gesundheitsfördernder Ressourcen von Kindern und Jugendlichen**

Gesundheitsförderung bzw. Prävention hinsichtlich krankmachender Faktoren beinhaltet die Sicherstellung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen und damit einer gesunden Umwelt. Dies kommt auch in der KRK, Art. 24, Abs. 2, c, zum Ausdruck, indem sich die Vertragsstaaten verpflichten, „*Krankheiten sowie Unter- und Fehlernährung auch im Rahmen der gesundheitlichen Grundversorgung zu bekämpfen, unter anderem durch den Einsatz leicht zugänglicher Technik und durch Bereitstellung ausreichender vollwertiger Nahrungsmittel und sauberen Trinkwassers; wobei Gefahren und Risiken der Umweltverschmutzung zu berücksichtigen sind*“.

Ergänzend zur Gewährleistung einer gesunden und sauberen Umwelt, die sich begünstigend auf die Gesundheit auswirkt, kommt der Stärkung individueller und sozialer Ressourcen von Kindern und Jugendlichen bei der Gesundheitsförderung nach der Ottawa Charta (WHO 1986) Bedeutung zu. Möglichkeiten der Mitbestimmung von Kindern und Jugendlichen in allen sie betreffenden Angelegenheiten (KRK, Art. 12) spielen in diesem Zusammenhang wieder eine große Rolle.

👉 *Verpflichtende Partizipationsmöglichkeiten für Kindern und Jugendlichen in allen Lebensbereichen*

Ein verpflichtendes Angebot an Partizipationsmöglichkeiten sollte in allen Bereichen der kindlichen und jugendlichen Lebenswelt(en) obligatorisch sein. Wird Gesundheit als Wohlbefinden (siehe WHO-Definition) definiert, kann nicht nur von Wünschen und Anliegen der „Erwachsenen-Gesellschaft“ ausgegangen werden (siehe dazu auch ▲ Teil II/2 und ▲ Teil II/3, sowie diverse Maßnahmen zur Verwirklichung von Partizipation in der Familie, Schule, Freizeit und der räumlichen Umwelt in Teil III).

👉 *Maßnahmen zur Schaffung eines gesundheitsfördernden und sicheren Wohn- und Lebensraums für Kinder und Jugendliche*

Gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen in Wohnumwelt, Schule und Freizeit der Kinder und Jugendlichen sind zu schaffen. Ebenso sind entsprechende Rahmenbedingungen für

soziales Wohlbefinden zu gewährleisten. womit eine ausreichende Ausstattung mit (Freizeit)Infrastruktur gemeint ist (Maßnahmen hierzu finden sich in ▼ Teil III/ 7, 8 und 9).

☞ *Gewährleistung einer gesunden und gesundheitsfördernden Umwelt (Umweltschutz)*

Maßnahmen zur Gewährleistung einer gesunden und gesundheitsfördernden, schadstofffreien und nicht belastenden Umwelt im Sinne eines umfassenden Umweltschutzes sind in ▼ Teil III, Kapitel 9 Kind- und jugendgerechter Lebensraum ausgeführt.

☞ *Einführung von Kindersicherheitsprüfungen bei Alltagsprodukten*

Um Gesundheitsgefährdungen für Kinder von vornherein zu vermeiden, ist die Einführung von Kindersicherheitsprüfungen bei allen Alltagsprodukten zu fordern (z.B. bei Nahrungsmitteln, Baustoffen, Möbel, usw.).

☞ *Generalüberholung des gesamten Schulmobiliars, das nicht den ergonomischen Erfordernissen von Kindern bzw. Jugendlichen entspricht*

Um für Kinder und Jugendlichen gesundheitsfördernde bzw. nicht krankmachende Arbeitsbedingungen in der Schule zu gewährleisten<sup>2</sup>, ist eine Generalüberholung des gesamten Schulmobiliars, das nicht den ergonomischen Erfordernissen von Kindern bzw. Jugendlichen entspricht, einzufordern.

☞ *Schaffung von stressfreien Lern- und Arbeitsumgebungen*

Zu fordern ist die Schaffung von stressfreien Lern- und Arbeitsbedingungen für alle Kinder und Jugendlichen (▼ Teil III/ 7 Recht auf Bildung und Arbeit sowie Teil III/ 9 Recht auf Freizeit, Erholung und Beteiligung am kulturellen Leben). Konkrete Strategien zur Umsetzung dieser Maßnahme wurden bislang noch nicht entwickelt.

☞ *Schaffung von Möglichkeiten, den Umgang mit Stress und Risiken zu erlernen*

Die Schaffung von Möglichkeiten, Umgang mit Stress erlernen, sind ins Auge zu fassen. Dabei ist darauf zu achten, dass bereits in frühen Lebensphasen der Umgang mit Stress erlernt werden kann. Der Umgang mit Risiken sollte ebenfalls im Kindes- und Jugendalter erlernt werden, da eine völlige Auslöschung sämtlicher Risiken de facto nicht möglich ist. Daher müssen Jugendliche, um gesund bleiben zu können, lernen, mit diesen Risiken umzugehen und sich in Risikosituationen richtig zu verhalten. Maßnahmen sollten daher darauf abzielen, nicht nur Risikofaktoren zu minimieren, sondern Ressourcen fördern – sowohl körperliche als auch psychische. Auch die Risikokompetenz der Kinder und Jugendlichen ist zu fördern (zur Förderung einer Normenerweiterung von Gestaltungsräumen von Kindern und Jugendlichen, um ihnen Möglichkeiten für Abenteuer und Risikoerfahrungen zu geben, vgl. ▼ Teil III/ 9 Recht auf Freizeit, Erholung und Beteiligung am kulturellen Leben).

☞ *Ressourcenfördernde (Alltags-)Arbeit mit Kindern und Jugendlichen*

Gesundheit darf nicht nur Inhalt einzelner Projekte, wie z.B. Präventionsprojekten, sein, sondern sollte auch im Alltag der Jugendlichen eine Rolle spielen. Daher sollen nicht nur Risikofaktoren behandelt werden, sondern es sollte auch ressourcenfördernde Arbeit im Mittelpunkt stehen, damit Jugendliche selbst ihre Gesundheit - entsprechend der Ottawa Charta (WHO 1986) - beeinflussen können.

---

<sup>2</sup> Anzumerken ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass das Bundesministerium für Wissenschaft und Kultur durch die Mitarbeit im Arbeitskreis Schulraum des ÖISS (Österreichisches Institut für Schul- und Sportstätten), in dem Richtlinien für den Schulbau erarbeitet werden, in den Prozess einer permanenten Evaluierung der bestehenden Richtlinien, wie auch in die Verfolgung der aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen eingebunden ist, um die Kind- und Jugendgerechtigkeit von Schulräumen zu gewährleisten.

#### **6.1.4 Gesundheitsprävention unter Beteiligung von Kindern und Jugendlichen (Peer-Projekte)**

Partizipative Ansätze im Rahmen der Prävention sind von Jugendlichen durchaus akzeptiert, wie der 4. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich zeigt (BMSG 2003a). Jugendliche zeigen gegenüber anderen Jugendlichen einen hohen Grad an Vertrauen, daher sind peer involvement Ansätze in der Präventionsarbeit eine sehr gute Methode, junge Menschen zu erreichen.

Partizipation in der Gestaltung der eigenen Lebenswelt führt anscheinend zu höherer Zufriedenheit der Beteiligten. So konnten Evaluationen von partizipativen Schul-Projekten in England nicht nur einen Rückgang von Mobbing und Bullying nachweisen, sondern auch eine Steigerung des persönlichen Wohlbefindens der jungen Menschen. Auch die Evaluation des Projekts „Europeer“ (Dür, Vortrag im Rahmen der österreichischen Europeer Tagung am 3. 10. 2003) konnte einen Zusammenhang zwischen subjektivem Wohlbefinden und Schulzufriedenheit aufzeigen. Die österreichische Jugend-Wertestudie 2000 (Friesl 2001) wiederum konnte einen Zusammenhang zwischen Schulzufriedenheit und Partizipation im schulischen Bereich aufzeigen (siehe dazu ▼ Teil III/ 7 Recht auf Bildung und Arbeit).

Ziele von Prävention müssen außerdem in der Gesellschaft allgemein akzeptiert sein. Dabei wird oftmals von einem problematischen Verhalten ausgegangen, dessen Verhinderung/ Bearbeitung das Ziel der Prävention ist. Gesundheitsförderung hingegen ist als eine positive Strategie zu sehen. Auch in den Methoden der Gesundheitsförderung sind daher partizipative Ansätze gefordert.

Bisherige Erfahrungen mit Peer-Projekten zeigen, dass Jugendliche, die sich mit dem Thema Gesundheit/Krankheit auseinandergesetzt haben, befähigt sind, Gleichaltrige über das Thema Gesundheit zu informieren. Peer involvement Ansätze werden derzeit projektmäßig durchgeführt, sind aber oftmals aufgrund hoher Kosten (Zeit, Personal, Training, Geld) nicht in einen Regelbetrieb umzusetzen.

Um Gesundheitsprävention unter Beteiligung von Kindern und Jugendlichen (Peer counseling, peer group education und peer leader trainings usw.) sollen in Zukunft forciert werden, wobei folgendes zu beachten ist:

- Diese Projekte müssen laufend betreut werden. Die Kinder und Jugendlichen dürfen auch nach der Projektphase nicht mit ihrer Rolle und ihren Aufgaben allein gelassen werden.
- Partizipation soll in jedem Lebensfeld der Kinder und Jugendlichen angeboten werden, wobei der rasche „Generationenwechsel“ zu berücksichtigen ist. Daher sollten die neu in eine Gruppe/ in einen Lebensraum kommenden Kinder und Jugendlichen von Anfang an die Umgebung mitgestalten können (z.B. bei Schul- bzw. Klassengestaltung; Jugendräume, Spielplätze, Wohngegenden usw.).
- Partizipation von Kindern und Jugendlichen bei gesundheitsfördernden Maßnahmen auf einem hohen Niveau (der 9-stufigen Hart-Skala) ist anzustreben und nicht nur bei präventiven Maßnahmen, damit sie sich selbst auch als gestaltend erleben können.

👉 *Verpflichtendes Angebot an Partizipationsmöglichkeiten für Kindern und Jugendlichen bei allen Präventionsprojekten*

Ein Angebot an Partizipationsmöglichkeiten in allen Lebensbereichen sollte für die Einbindung von Kindern und Jugendlichen in Präventionsprojekte obligatorisch sein. Dabei sind die eigenen Ziele und Wünsche der Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen. Wird Gesundheit als subjektives Wohlbefinden definiert, kann nicht nur von Wünschen und Anliegen der „Erwachsenen-Gesellschaft“ ausgegangen werden. Auch bei der Zielsetzung der Prävention sind daher Kinder und Jugendliche entsprechend einzubinden.

👉 *Ausbau von Peer-Projekten*

Der Ausbau von Peer-Projekten zur Gesundheitsförderung bzw. Prävention ist zu forcieren. Dies umfasst:

- Ausbildung der Peers
- supervisorische Begleitung der Peers durch professionelle Fachkräfte
- gemeinsame Erarbeitung der möglichen Inhalte
- Diskussionsveranstaltungen in Institutionen der außerschulischen und schulischen Jugendarbeit

Durch gezielte Schulungsbausteine im Bereich der Gesundheitsvorsorge und präventiver Maßnahmen werden die Peers geschult. Solche Bausteine können folgende Themen behandeln:

- Welche präventive Maßnahmen gibt es im Gesundheitsbereich?
- Was umfasst der Begriff Gesundheit?
- Wofür benötigen wir Prävention?
- Auseinandersetzung mit dem Thema Krankheit/Tod
- Beleuchtung der – noch immer tabuisierten – psychischen Gesundheit
- Gesundheit in Bezug auf Freizeit, Arbeit/Beruf etc.

Das Schulungsziel besteht darin, den jungen Fachkräften das Wissen so zu vermitteln, dass sie es an Gleichaltrige in den Jugendorganisationen, Schulen usw. weitergeben können. Damit die Nachhaltigkeit der gemachten Erfahrungen gesichert ist, werden die Jugendlichen bei der Umsetzung ihrer Peer-Projekte in ihrem Alltag als ehren- oder nebenamtliche Fachkräfte durch TutorInnen begleitet. Vom neu erworbenen Wissen profitieren werden nicht nur die Fachkräfte selbst, sondern genauso deren Organisationen im Bereich der internationalen und interkulturellen Jugendarbeit.

#### 👉 *Langfristige Planung und Unterstützung von Peer-Projekten*

Peer (involvement-)Projekte sind über einen längeren Zeitraum zu planen und auch in der Nachbearbeitung zu unterstützen: durch Zeitressourcen, aber auch durch finanzielle Zuwendungen.

#### 👉 *Betreuung von Internetplattformen durch jugendliche Peers*

Anschliessend an die Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheit“ und einer eingehenden Bildungsphase im Rahmen Peer-Projekten (siehe vorherige Maßnahmen) soll Kindern und Jugendliche die Möglichkeit geboten werden, unter der fachkundigen Begleitung von TutorInnen eine Internetplattform zum Thema „Gesundheit/Krankheit“ zu betreiben und damit – durch den Einsatz neuer Technologien - niederschwellige und kostengünstige Information für andere Kinder und Jugendliche anzubieten.

### **6.1.5 Schutz vor legalen/illegalen Suchtmitteln durch präventive Maßnahmen (Suchtprävention)**

Daten über den Konsum von legalen Drogen im Kindes- und Jugendalter belegen, dass sich dieser altersmäßig nach unten verschiebt (z.B. Sinken des Erstkonsumalters von Nikotin), Mädchen in vielen Bereichen „aufgeholt“ haben sowie die Quantität der konsumierten Suchtmittel gestiegen ist (z.B. bei Zigaretten- und Alkoholkonsum). Wie der Wiener Gesundheitsbericht (Dezernat für Gesundheitsplanung 2000) hinsichtlich des Konsums von Medikamenten zeigt, nehmen immerhin 17 Prozent der männlichen und 14 Prozent der weiblichen unter 14Jährigen mehrmals die Woche Medikamente ein. Bei den illegalen Drogen bzw. psychotropen Substanzen, die meist in der Gruppe konsumiert werden, dominieren zu 90% Hanfprodukte, allerdings sind Designerdrogen, wie Ecstasy, im Zunehmen (zur Datenlage siehe ^ Teil I / 2).

Vor diesem Hintergrund sind Maßnahmen zur Suchtprävention zu ergreifen bzw. auszubauen. Der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor unerlaubten Suchtmitteln und psychotropen Substanzen ist in der Kinderrechtskonvention in Artikel 33 wie folgt festgelegt: „Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen einschließlich Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um Kinder vor dem unerlaubten Gebrauch

*von Suchtstoffen und psychotropen Stoffen im Sinne der diesbezüglichen internationalen Übereinkünfte zu schützen und den Einsatz von Kindern bei der unerlaubten Herstellung dieser Stoffe und beim unerlaubten Verkehr mit diesen Stoffen zu verhindern.“*

Auch das Abschlussdokument des 2. Weltkindergipfels (2002) weist auf die Bedeutung von Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter hin, indem folgendes Ziel formuliert wird: *„Nachdrücklich die weitere Ausarbeitung und Umsetzung von Programmen für Kinder, einschließlich Jugendlicher, unterstützen, vor allem in den Schulen, um dem Tabak- und Alkoholgenuss vorzubeugen beziehungsweise davon abzuhalten; den Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen und ihren Gebrauch, außer für medizinische Zwecke, aufdecken, bekämpfen und verhindern, unter anderem durch die Förderung von Aufklärungskampagnen in den Massenmedien über ihre schädlichen Wirkungen und über die Suchtgefahr und durch das Ergreifen der notwendigen Maßnahmen zur Auseinandersetzung mit den tieferen Ursachen“.*

Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter steht außerdem in engem Zusammenhang mit gesetzlichen Regelungen des Jugendschutzes, auf die <sup>▲</sup> Teil II/ 3 Identität des Kindes und Partizipation ausführlich eingegangen wird.

Im Folgenden werden jene Maßnahmen angeführt, die sich auf den Schutz vor legalen / illegalen Drogen und Medikamenten beziehen. Präventionsmaßnahmen zur Bekämpfung von Suchtmittelkonsum haben dabei sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen anzusetzen (z.B. bei Eltern, Betrieben, im Gastgewerbe usw.).

☞ *Informations- und Aufklärungskampagnen über Jugendschutzbestimmungen betreffend legaler/illegaler Drogen (psychotroper Substanzen)*

Weitreichende Information- und Aufklärungskampagnen über Jugendschutzbestimmungen betreffend legaler/illegaler Drogen und Medikamente sind zu forcieren. Diese sollen sich an Jugendliche sowie an Eltern und an das Personal im Gastgewerbe, die für den Ausschank von alkoholischen Getränken verantwortlich sind, wenden.

☞ *Verbindliche Schulungsmaßnahmen für Personal des Gastgewerbes über jugendschutzrelevante Bestimmungen und Suchtprävention*

Verbindliche Schulungsmaßnahmen über jugendschutzrelevante Bestimmungen und über die Gefahren des Konsums von legalen/illegalen Substanzen (im Sinne der Suchtprävention) für Personen, die mit dem Ausschank von alkoholischen Getränken beschäftigt sind und auch Strategien, wie sie mit schwierigen Situationen (z.B. randalierende Betrunkene, die weiter trinken wollen) umgehen können, sind zu forcieren.

☞ *Einrichtung von Foren und Netzwerken für Suchtprävention und Gewährleistung des Einhaltens jugendschutzrelevanter Bestimmungen*

Zu fordern ist die Einrichtung von permanenten Foren, in denen Gastronomie, Handel, Präventionsfachleute, Verwaltung und Interessensgruppen einen kontinuierlichen Gedankenaustausch zum alkohol- und nikotinspezifischen Jugendschutz sowie entsprechende Präventionsmaßnahmen pflegen können, mit dem Ziel gemeinsame Maßnahmen zu beschließen.

☞ *Unterstützung privater und gewerblicher Initiativen hinsichtlich Prävention von Alkohol- und Nikotinkonsum*

Private und gewerbliche Initiativen, die im Sinne des alkohol- und nikotinspezifischen Jugendschutzes als Fortschritt zu werten sind, sind finanziell und werbemäßig zu unterstützen.

☞ *Prämierung und öffentliche Bekanntmachung von Betrieben, die Jugendschutz betreffend Alkoholkonsum optimal umsetzen*

Betriebe, die Jugendschutzmaßnahmen optimal umsetzen; z.B. indem sie durch eine gezielte Verkaufspolitik nichtalkoholische Getränke fördern, indem sie attraktive alkoholfreie

Abende für Jugendliche veranstalten anstatt diese mit Trinkwettkämpfen zu ködern usw., sind zu prämiieren und öffentlich bekannt zu machen.

👉 *Kontrolle der Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen als Sensibilisierungsinstrument*

Durchzuführen sind Kontrollkäufe mit Jugendlichen, die im Einzelfall nicht immer zu unmittelbaren Konsequenzen für die betroffenen Gewerbebetriebe führen müssen. Entsprechendes mediales Echo soll zu einer Sensibilisierung in der Bevölkerung führen und Druck auf Gewerbetreibende erzeugen.

👉 *Keine repressiven Maßnahmen für Jugendliche und Sanktionen nicht nur für Jugendliche*

Grundsätzlich sollen Maßnahmen zur Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen nicht repressiv sein, da ansonsten Probleme in die Privatsphäre verdrängt werden.

Sanktionen betreffend der Nichteinhaltung von Jugendschutzbestimmungen, einschließlich jener zur Suchtprävention, dürfen nicht ausschließlich Jugendliche treffen sondern sollen sich auch an Erwachsene richten.

👉 *Erhöhung der Akzeptanz bei Jugendlichen für Maßnahmen zur Suchtprävention*

👉 *Durchführung epidemiologischer Erhebungen über die Ursachen von Suchtmittelkonsum*

Damit Maßnahmen zur Suchtprävention an den Ursachen von Suchtmittelkonsum im Kindes- und Jugendalter ansetzen können, sind österreichweite, epidemiologische Erhebungen diesbezüglich durchzuführen (Ursachenforschung).

### **6.1.6 Präventionsmaßnahmen zum Schutz vor HIV/ AIDS**

Im Abschlussdokument des zweiten Weltkindergipfels (2002) stellt die Bekämpfung von und der Schutz vor HIV/ AIDS einen der vier Schwerpunkte dar. Dies ist angesichts der globalen Bedrohung durch diese Krankheit, die sich vor allem für Kinder in Entwicklungsländern mit all ihren gesundheitlichen und sozialen Folgen verheerend auswirkt, verständlich. Dennoch darf nicht übersehen werden, dass Infektionen mit dem HI-Virus und der Ausbruch von AIDS (bzw. das Auftreten von AIDS-assoziierten Erkrankungen bei Infizierten) auch in so genannten Industrieländern, wie Österreich, auftreten. Davon sind nicht nur Erwachsene sondern Kinder und Jugendliche betroffen (▲ Teil I/ 2), die es einerseits zu schützen gilt und andererseits muss Betroffenen die bestmögliche medizinische Versorgung (Behandlung) und psychosoziale Unterstützung gegeben werden (siehe 6.3).

Wie Studienergebnisse zeigen, sind Österreichs Jugendliche über HIV/ AIDS sowie über Schutzvorkehrungen relativ gut informiert (siehe ▲ Teil I/ 2). Dennoch bestehen Wissensmängel, die es im Zuge von verstärkter Aufklärung zu beseitigen gilt.

Da sich in diesem Bereich vor allem peer-Projekte bewährt haben (siehe Abschnitt 6.1.4), sind solche besonders zu forcieren. Daraus ergibt sich nachstehende Maßnahme:

👉 *Verstärkte Aufklärungsarbeit zum Schutz vor HIV/ AIDS (u.a. durch peer-Projekte)*

### **6.1.7 Schutz der physischen und psychischen Integrität (von Mädchen und Frauen) durch Präventionsmaßnahmen betreffend genitaler Verstümmelung (FGM)**

Die Verstümmelung weiblicher Geschlechtsteile (Female Genital Mutilation, FGM) stellt eine der massivsten Verletzungen von Menschenrechten gegenüber Mädchen und Frauen dar. Sie ist ein schwerer Eingriff in ihre körperliche und psychische Integrität und Selbstbestimmung. Darüber hinaus ist sie mit schweren gesundheitlichen Risiken verbunden und insgesamt Ausdruck einer diskriminierenden Machtausübung aufgrund geschlechtsspezifischer Zuordnung. Jährlich werden rund 2 Millionen Mädchen genital verstümmelt. Mehr als 155 Millionen Frauen leiden ihr Leben lang an den Folgen dieses grausamen Rituals. In der Kinderrechtskonvention wird dem Schutz vor Bräuchen, die der Gesundheit schaden, in Art. 24, Abs 3, wie folgt Rechnung getragen: „Die Vertragsstaaten treffen alle

*wirksamen und geeigneten Maßnahmen, um überlieferte Bräuche, die für die Gesundheit der Kinder schädlich sind, abzuschaffen.“*

In Österreich gibt es vermehrt Initiativen, um auf dieses Problem in der Öffentlichkeit aufmerksam zu machen. So wurde beispielsweise der 6. Februar vom Inter African Committee als "Internationaler Day of Zero Tolerance to FGM" ausgerufen. Zahlreiche Österreichische Frauen- und Menschenrechtsorganisationen sowie Organisationen im Bereich der Entwicklungszusammenarbeit schließen sich zur Plattform *s t o p p F G M* zusammen, um diese Traditionen, die gegen mehrere Paragraphen der Menschenrechte verstoßen, zu stoppen. Dennoch sind noch weitere Maßnahmen zur Aufklärung über genitale Verstümmelung von Mädchen und Frauen zu treffen, woraus sich folgende Maßnahme ergibt (zur Anerkennung von FGM als Fluchtgrund in Asylverfahren gemäß Art. 22, KRK, ▼ Teil III/ 12 Recht auf kindgerechte Betreuung und Unterbringung für Kinder in Krisensituationen und für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge):

👉 *Mehr Aufklärungsarbeit zum Schutz vor genitaler Verstümmelung (FGM)*

## **6.2 Gewährleistung von medizinischer (Grund-)Versorgung**

In der Kinderrechtskonvention, Art. 24, Abs. 1, h, ist die Gewährleistung medizinischer Grundversorgung für Kinder und Jugendliche insofern verankert, wenn es heißt, dass seitens der Vertragsstaaten sicherzustellen ist, „*dass alle Kinder die notwendige ärztliche Hilfe und Gesundheitsfürsorge erhalten, wobei besonderer Nachdruck auf den Ausbau der gesundheitlichen Grundversorgung gelegt wird*“.

Die Gewährleistung medizinischer Versorgung für alle Kinder und Jugendlichen in Österreich beinhaltet folgende Zielsetzungen: eine bundesweite Planung und Koordination von Angeboten medizinischer Versorgung bzw. Gesundheitsdiensten (6.2.1), um flächendeckende Versorgung sicherzustellen, sowie den Abbau von Zugangsbeschränkungen (6.2.2), die Versorgung mit kind- und jugendgerechten Gesundheitsdiensten und –angeboten unter Berücksichtigung der speziellen Erkrankungen dieses Lebensalters (6.2.3) und die Sicherstellung medizinischer Versorgung bei von Gewalt betroffenen Kindern und Jugendlichen (6.2.4) als spezifisches Maßnahmenbündel (zu weiteren Maßnahmen für von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche siehe ▼ Teil III/ 10 Recht auf gewaltfreie Kindheit und Jugend) sowie schließlich Maßnahmen zur Gewährleistung medizinischer Versorgung bei spezifischen Erkrankungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen (6.3.5). Maßnahmen betreffend Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen (Behinderungen und Entwicklungsstörungen) sind in Abschnitt 6.4 dargestellt.

### **6.2.1 (Bundesweite) Planung und Koordination von Angeboten medizinischer Versorgung (Nationaler Kindergesundheitsplan)**

Eine flächendeckende medizinische Versorgung für Kinder- und Jugendliche erfordert eine bundesweite Planung und Koordination, respektive die Entwicklung eines nationalen Kindergesundheitsplans, wie dies seitens des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen angekündigt wurde (siehe Mitteilung vom 24.11.2003 auf der homepage [www.bmgf.gv.at](http://www.bmgf.gv.at) ). Ein solcher Plan dient in erster Linie dazu, bestehende Versorgungsdefizite abzubauen und damit medizinische Grundversorgung für alle Kinder und Jugendlichen in Österreich zu gewährleisten. Zur Erreichung dieses Ziels wird die Umsetzung folgender Maßnahmen gefordert.

👉 *Erstellung und Umsetzung eines nationalen Gesundheitsplans für Kinder und Jugendliche*

👉 *Etablierung einer pädiatrischen ExpertInnengruppe und/oder ein Referat im Bundesministerium für Gesundheit zur Erstellung, Umsetzung und Überwachung eines nationalen Gesundheitsplans für Kinder und Jugendliche*

Die Etablierung einer pädiatrischen ExpertInnengruppe und/oder ein Referat im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) zur Erstellung, Umsetzung und Über-

wachung eines nationalen Gesundheitsplans für Kinder und Jugendliche ist angesichts des Nicht-Vorhandenseins einer derartigen Stelle einzufordern. Ein regelmäßiges Update der personellen Besetzung und Arbeitsinhalte ist dabei vorzusehen. International gesehen gibt es diesbezüglich positive Beispiele: So wurde in England durch die Errichtung eines Kinderministeriums (vorher „Children’s Taskforce“ des Department of Health) eine zentrale Schnittstelle für alle Fragen und Probleme der Kindergesundheit geschaffen (zu kinder-rechtsadäquaten Strukturen siehe ▲ Teil II/ 1 Grundsätzliche Anforderungen einer neuen Kinder- und Jugendpolitik).

### **6.2.2 Gewährleistung des freien Zugangs zu medizinischer Grundversorgung**

Der freie Zugang zu medizinischer Versorgung muss für alle sich in Österreich aufhaltenden Kinder und Jugendliche gewährleistet sein, d.h. kein Kind darf diskriminiert werden, wenn es medizinische Hilfe benötigt, ungeachtet seiner Geburt, Rasse, seines Geschlechts, sozialen Status, seiner Nationalität, Religion oder seines Gesundheitszustandes (Diskriminierungsverbot nach Art. 2, KRK).

↳ *Gesetzliche Verankerung KRK in Bezug auf die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen*

Die gesetzliche Verankerung der in der UN-Kinderrechtskonvention festgelegten Rechte in Bezug auf die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist zu fordern. Dies umfasst, neben dem einleitend erwähnten Verbot der Diskriminierung, dass jedem Kind eine spezielle Förderung zuteil wird, die ihm eine physische, mentale, emotionale und soziale Entwicklung unter gesunden Bedingungen ermöglicht. Bei Entscheidungen über die medizinische Versorgung müssen zudem die Interessen der Kinder Priorität haben.

↳ *Beseitigung finanzieller und bürokratischer Hürden für diagnostische und therapeutische Maßnahmen*

Unmündige und mündige Minderjährige dürfen im Falle etwaiger Selbsthalte nicht den finanziellen Überlegungen bzw. Nöten Erwachsener ausgeliefert sein. Dies soll vor allem bei der anstehenden Gesundheitsreform berücksichtigt werden.

Alle finanziellen und bürokratischen Hürden für diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind daher zu beseitigen, z. B. von Selbsthalten, Rezeptgebühren und nicht kostendeckender ambulanter Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie von Transporthilfen für Arzt- und Krankenhausbesuche in ländlichen Regionen, Fahrtkostensersatz bzw. Zuschüsse (Sozialversicherungsleistung) und den Kosten für Zahn- bzw. Kieferregulierungen. Diese Forderungen finden sich auch als armutsmindernde Maßnahmen in ▲ Teil III/ 5 Recht auf angemessenen Lebensstandard und soziale Sicherheit.

↳ *Abbau von Zugangsbeschränkungen zu medizinischer Versorgung für begleitete und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, einschließlich psychosozialer Betreuung und Rehabilitation*

Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen/ AsylwerberInnen sind in ▼ Teil III/ 12 angeführt.

### **6.2.3 Adäquate, bedürfnisorientierte medizinische Versorgung (Betreuung) und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen**

Eine kindadäquate, bedürfnisorientierte medizinische Versorgung (Betreuung) und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen muss die speziellen Erkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen dieses Lebensalters berücksichtigen.

↳ *Beseitigung von regionaler pädiatrischer Unterversorgung bzw. Ausbau des medizinischen Therapieangebots (wie Physio-, Ergo-, Psycho- und logopädische Therapie)*

Die kinder- und jugendärztliche Versorgung ist insbesondere im ländlichen Bereich nicht flächendeckend und muss daher neu evaluiert und entsprechend ausgebaut werden. Einzufordern ist vor allem eine Anbindung von Kindern und Jugendlichen an Prävention im Sinne einer Gesundheitserziehung bei ständig anwachsenden „Wohlstandskrankheiten“, wie Fettsucht, Magersucht, aber auch psychischen Störungen der Entwicklung über das physiologische Maß hinaus. Maßnahmen bezüglich der derzeit bestehenden Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen sind in Abschnitt 6.4 dargelegt.

#### ↳ *Legalisierung pädiatrischer Spezialgebiete*

Innovationen in der Medizin haben zu enormer Wissenserweiterung und spezialisiertem Angebot an medizinischen Leistungen geführt. Der Anerkennung dieser Spezialisierungen wurde bisher im Sonderfach Kinder- und Jugendheilkunde in Österreich nicht ausreichend Rechnung getragen. Eine Umsetzung der Legalisierung pädiatrischer Spezialgebiete gemäß CESP-Richtlinien (Confederation of European Specialists in Paediatrics) ist erforderlich. Auch der „Deutsche Ärztetag“ hat pädiatrische Spezialgebiete (Neonatologie, Hämatologie-Onkologie, Neuropädiatrie etc.) in dieser Form rechtlich anerkannt.

Die Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit ist wesentlich auf spezialisierte Betreuung im ärztlichen und pflegerischen Bereich zurückzuführen. Dies erfordert aber auch eine gesetzliche Verankerung der entsprechenden Ausbildungswege für das diplomierte Pflegepersonal. Die Legalisierung pädiatrischer Spezialgebiete ist daher einzufordern, um Kindern mit spezifischen, komplexen, komplizierten und chronischen Erkrankungen eine adäquate Medizin anbieten zu können.

#### ↳ *Gewährleistung und gesetzliche Verankerung der Ausbildung der Intensivpflege für Neugeborene und Kinder*

#### ↳ *Ermöglichung anonymer Geburt*

In allen Geburtsstationen sollte es möglich sein, anonym zu entbinden. Das Überleben eines Kindes muss dem Recht auf Kenntnis seiner Eltern vorgehen.

#### ↳ *Umsetzung des Rechts auf interdisziplinäre Frühförderung und Elternbegleitung durch professionell ausgebildete FrühförderInnen bei festgestellter Behinderung*

Die junge Berufsgruppe der FrühförderInnen hat sich als effektiv erwiesen, um Langzeitschäden bei früh- und mangelgeborenen Kindern zu minimieren. Frühgeförderte Kinder haben seltener adverse Effekte der Geburtsbeeinträchtigung im psychosozialen Bereich, lernen besser und zeigen ein besseres Aufholwachstum vor allem im kognitiven und psychosozialen Bereich.

#### ↳ *Berücksichtigung altersspezifischer Aspekte bei der psychiatrischen Betreuung und Unterbringung von Kindern und Jugendlichen*

Die Berücksichtigung altersspezifischer Aspekte bei der psychiatrischen Betreuung und Unterbringung von Kindern und Jugendlichen beinhaltet:

- räumliche Trennung von erwachsenen PatientInnen bei stationärer Unterbringung,
- das Sonderfach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ ist flächendeckend in Österreich in Betreuungseinrichtungen umzusetzen.

### **6.2.4 Gewährleistung von medizinischer Versorgung bei Gewalt und Misshandlung von Kindern und Jugendlichen**

Der Ausschuss der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes stellt in seinen abschließenden Bemerkungen zum 2. Staatenbericht (1999 bzw. BMSG 2000) bestehende regionale Ungleichheiten der Versorgung mit Rehabilitationsdienstleistungen für mißbrauchte Kinder fest und empfiehlt, „dass der Vertragsstaat alle geeigneten Maßnahmen trifft, das Recht des Kindes auf physische und psychische Genesung und soziale Wiedereingliederung gemäß Artikel 39 des Übereinkommens vollständig durchzusetzen“. Um die medizinische

Versorgung für Kinder und Jugendliche, die von Gewalt und/oder Misshandlung betroffen sind bzw. waren, zu gewährleisten, sind folgende Maßnahmen umzusetzen (weitere Maßnahmen sind in ▼ Teil III/ 10 Recht auf gewaltfreie Kindheit und Jugend dargestellt):

↳ *Einrichtung und Vernetzung von Kinderschutzgruppen*

Die Einrichtung von Kinderschutzgruppen (regionale Kinderschutznetze) in allen Spitälern und Ärztezentren größerer Gemeinden, die Kinder behandeln, ist zu fordern. Sie sollen sich aus niedergelassenen ÄrztInnen, SpitalsärztInnen, KrankenpflegerInnen und TherapeutInnen vor Ort zusammensetzen. Bei Bedarf kann ein(e) JugendamtsmitarbeiterIn eingeladen werden. Diese Maßnahme umfasst außerdem die Vernetzung aller Kinderschutzgruppen des Landes und gemeinsame Weiterbildung sowie die Schaffung einer Koordinationsstelle (Sekretariat) mit entsprechendem Sachaufwandsbudget.

↳ *Verbesserung der gynäkologischen Untersuchungen*

Die ärztlichen Untersuchungen von weiblichen Opfern (gynäkolog. Ambulanzen) sollten im Sinne von Diskretion, Einfühlung usw. verbessert und von speziell geschulten Fachärztinnen durchgeführt werden.

### **6.2.5 Gewährleistung medizinischer Versorgung bei spezifischen Erkrankungen bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern**

Neben den bereits erwähnten Maßnahmen zur medizinischen Versorgung sind noch folgende betreffend spezifischer Erkrankungen bzw. gesundheitlicher Beeinträchtigungen umzusetzen:

↳ *Verstärkter Ausbau von Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche nach Schädel-Hirntrauma*

Beim Ausbau von Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche nach Schädel-Hirn Trauma ist der Forderungskatalog (bzw. Konsensus-Papier) der AG Neuropädiatrie zu berücksichtigen.

↳ *Entsprechende medizinische Behandlung für von genitaler Verstümmelung (FGM) betroffener Mädchen und Frauen*

Die Folgen einer Beschneidung sind durch eine entsprechende medizinische Behandlung möglichst zu minimieren.

### **6.3 Gewährleistung von psychosozialer (Grund-)Versorgung von Kindern und Jugendlichen**

Die Versorgung mit psychosozialen Angeboten und Diensten ist für den Erhalt der psychischen Gesundheit (mental health) bzw. der Verhütung und Behandlung psychischer Erkrankungen Störungen und Beeinträchtigungen von großer Bedeutung.

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) stehen Depressionen bereits an vierter Stelle der häufigsten Krankheiten; zudem wurde in Untersuchungen ein deutlicher Anstieg des Risikos, an einer schweren Depression zu erkranken, festgestellt.

Im Durchschnitt ist jeder vierte Mensch einmal in seinem Leben von einer psychischen Beeinträchtigung betroffen, für deren positive Bewältigung er professionelle Hilfe in Anspruch nehmen muss (Katschnig et al. 2001).

Nicht nur Erwachsene sondern auch Kinder und Jugendliche können von psychischen Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen betroffen sein, wie die Daten in ▲ Teil I/2 zeigen.

Das psychosomatische und psychotherapeutische Klientel macht inzwischen bis zu 30% der Inanspruchnahmepopulation von Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde aus.

Die Ursachen für das Auftreten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind vielfältiger Natur: sie reichen von krisenhaften Lebensereignissen (z.B., Gewalt- und Missbrauchserfahrungen), benachteiligten Lebenslagen (wie Armutserfahrung) bis zu Stress und Überforderung in unterschiedlichen Lebensbereichen. Gerade Stress und Überforderung sind z.B. Probleme, die von den Jugendlichen selbst immer wieder genannt werden (siehe <sup>▲</sup> Teil I/ 2 bzw. BMSG 2003a). Im Zuge der Inanspruchnahme psychosozialer Dienste sollen nicht ausschließlich die Symptome (z.B. bei Depression), sondern vor allem auch die Ursachen behandelt werden.

Die Bereitstellung von Diensten zur Förderung und zum Erhalt mentaler Gesundheit im Kindes- und Jugendalter stehen in engem Kontext mit der psychosozialen (Grund-)Versorgung von Kinder und Jugendliche in Krisensituationen, auf die in <sup>▼</sup> Teil III/12 eingegangen wird. Nachdem eine Trennung dieser beiden Bereiche kaum möglich ist, werden entsprechende Maßnahmen (mit den jeweiligen Verweisen) zum Teil in beiden Kapiteln angeführt.

Die Gewährleistung von psychosozialer (Grund-)Versorgung umfasst in diesem Abschnitt bewußtseinsbildende Maßnahmen und Aufklärungsarbeit sowohl über psychosoziale Probleme im Kindes und Jugendalter als auch über bestehende Angebote und Dienste selbst (6.3.1), des Weiteren den Erhalt bzw. den Ausbau von Angeboten im psychosozialen Bereich (6.3.2), die Forcierung von Aus- und Weiterbildung aller in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen als Instrument der Qualitätssicherung (6.3.3) sowie die Förderung der Vernetzung von bestehenden Angeboten und Strukturen (6.3.4). Die diesbezüglichen Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele sind im Folgenden dargelegt.

### **6.3.1 Bewußtseinsbildende Maßnahmen und Bereitstellung von Information**

Wie der 4. Bericht zur Lage der Jugend (BMSG 2003a) zeigt, sind Beratungsangebote für Jugendliche diesen nur unzureichend bekannt. Mit Ausnahme des Angebots von „Rat auf Draht“, scheinen nur Beratungsstellen im schulischen Bereich bekannt zu sein. Dies ist umso erstaunlicher, da es eine Vielzahl von Beratungseinrichtungen gibt, die auch Angebote für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen hat, nur sind diese den Kindern und Jugendlichen weitgehend unbekannt. Neben diesem Informationsmangel (zum Kinderrecht auf Information siehe <sup>▲</sup> Teil II) bestehen sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen Wissensdefizite betreffend psychosozialer Probleme, die u.a. zu Verunsicherungen führen können.

Vor diesem Hintergrund sind folgende Maßnahmen zu fordern:

*<sup>☞</sup> Forcierung von Bewußtseinsbildung und Bereitstellung von Information über psychosoziale Probleme im Kindes- und Jugendalter*

Sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene (Eltern, KindergärtnerInnen, LehrerInnen, usw.) sind umfassend über psychosoziale Probleme bzw. Störungen im Kindes- und Jugendalter zu informieren bzw. aufzuklären. Dazu sind Informationskampagnen und bewußtseinsbildende Maßnahmen erforderlich.

Als positives Beispiel ist u.a. die Broschüre „Depressive Kinder und Jugendliche – Verstehen – Erkennen – Vorbeugen“ zu nennen, die über den Problembereich Depressionen bei jungen Menschen hinsichtlich Ursachen, Entstehung, Verlaufsformen, Häufigkeiten, Behandlung und Prävention informiert. Dadurch soll nicht zuletzt das Verständnis für von depressiven Störungen betroffenen Kindern und Jugendlichen in der Gesellschaft gefördert werden. Jedoch auch im schulischen Bereich wurden eine Reihe von Broschüren für Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern bei psychosozialen Krisen und Problemen entwickelt (z.B. die Broschüre „MUT TUT GUT! - Alles Notwendige bei Ängsten und Krisen“).

*<sup>☞</sup> Informations- und Kommunikationskampagnen zur Steigerung des Bekanntheitsgrades von psychosozialen Angeboten bei Kindern und Jugendlichen*

Durch gezielte Kommunikations- und Informationskampagnen sind Jugendliche über die verschiedenen Angebote zu informieren. Maßnahmen betreffend Information und Aufklärung für Kinder und Jugendliche bei Scheidung/Trennung der Eltern sind in ▲ Teil III/ 4 Familie dargestellt, jene im Zusammenhang mit Gewalt und Missbrauch in ▼ Teil III/ 10 Recht auf gewaltfreie Kindheit und Jugend).

👉 *Informationsmaterial der Jugendwohlfahrt für Kinder/Jugendliche auch in Brailleschrift und Audiocassetten, Videos in Gebärdensprache*

### **6.3.2 Erhalt bzw. Ausbau von Angeboten und Diensten psychosozialer Versorgung**

Trotz bestehender Angebote und Dienste zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (u.a. im schulischen Bereich, wie z.B. die Schulpsychologie-Bildungsberatung des Bundes, u.v.a.), sind eine Reihe von Verbesserungen diesbezüglich anzustreben. Dies umfasst sowohl quantitative Aspekte, wie den Ausbau und Erhalt bestehender Infrastruktur, als auch eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen und damit eine Optimierung der Qualität.

👉 *Erstellung eines flächendeckenden Plans zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen*

👉 *Entwicklung regionaler Versorgungskonzepte unter Einbindung aller betroffenen Berufsgruppen*

👉 *Etablierung umfassender, bedürfnisorientierter Programme für Kinder und Jugendliche im psychosozialen Bereich*

Eine Behandlung mit Medikamenten ist bei einer Reihe psychosozialer Probleme (wie Depressionen) nur bedingt zielführend; vielmehr sind umfassende Programme im psychosozialen Feld, die den spezifischen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen angepasst sind, ins Auge zu fassen.

👉 *Erhaltung bzw. Ausbau von qualitativ hochwertigen, psychosozialen Diensten und Beratungsangeboten für Kinder und Jugendliche*

Wenn es auch bestehende Angebote im Bereich der psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche gibt, so ist sicherzustellen, dass diese auch in Zukunft erhalten bleiben und nicht Sparmaßnahmen im Sozialbereich zum Opfer fallen. Aufgrund der Unterversorgung vor allem in ländlichen Gebieten, sind psychosoziale Dienste und Beratungsangebote vielmehr noch auszubauen. Bei allen Angeboten im psychosozialen Feld müssen vor allem auch jugendspezifische Angebote entwickelt werden, wobei bereits bestehende Strukturen bzw. Einrichtungen genutzt werden sollten (z. B. Beratungsangebote, die in Jugendkultur-Treffpunkte integriert sind).

👉 *Gewährleistung niederschwelliger, vertrauensvoller und anonymer Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche*

Bei Beratungsangeboten jeder Art sind jungen Menschen zwei Punkte besonders wichtig: Sie müssen der beratenden Person vertrauen können und es muss Anonymität garantiert werden. Daher ist es wichtig, Beratung per Telefon und Internet bei Einrichtungen anzubieten, denen Jugendliche Vertrauen entgegen bringen können. Sie brauchen daher umfassende Informationen über jene Personen, die für die Beratung tatsächlich zuständig sind. Beim persönlichen Kontakt mit Kindern und Jugendlichen sollen sich daher die Personen direkt vorstellen und ihre Kompetenz darstellen.

👉 *Förderung des niederschweligen Zugangs zu psychosozialer Versorgung durch neue Technologien (Internet)*

Das Internet bietet einen sehr niederschweligen Zugang zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Dieses Medium erfreut sich nicht nur immer größer werdender Beliebtheit, es ist auch anonym.

Die konkrete Umsetzung der Maßnahme umfasst:

- Internet
  - o Einrichten von Homepages und Internetforen von Jugendberatungsstellen
  - o Betreuung und schnelle Beantwortung von Emails
- kostenlose Rufnummern (telefonische Beratung)
- Jugendorganisationen sollen Eingang in den schulischen Bereich finden (Zusammenarbeit außerschulische und schulische Jugendarbeit):
  - o Für einzelne Stunden zu bestimmten Themen werden professionelle Fachkräfte aus dem Bereich der Jugendarbeit eingeladen
  - o Vorstellung der Institution und somit Bekanntmachen der Einrichtungen

#### *↳ Erhaltung und Ausbau von Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapie an Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde*

Psychosomatik und Psychotherapie sind unverzichtbare Bereiche der Kinder- und Jugendheilkunde; dies sowohl in Aus- und Fortbildung, als auch in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Auslagerung an private Krankenanstaltsträger ist – aus der Sicht der Österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde - abzulehnen, da dort weder zukünftige FachärztInnen ausgebildet werden können, noch ist der Zugang dazu auch ärmeren Kindern und Jugendlichen möglich. Diese Angebote sind eher höherschwellig und nicht geeignet, die Primärversorgung sicherzustellen. Ebenso ist die Auslagerung an psychologisch geführte Stellen bedenklich, da hier die ärztliche Kontrolle fehlt und die Kinder und Jugendlichen quasi sich selbst als psychisch gestört definieren müssen (letzthin werden dazu immer Gelder aus der Jugendwohlfahrt aktiviert, die als Bedingung eine „schuldhafte Verstrickung“ der Eltern formulieren).

#### *↳ Erhöhung der Kapazitäten in den kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten in Österreich (flächendeckend)*

Neben dem Erhalt bzw. Ausbau von Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapie an Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde, sind außerdem die Kapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erhöhen, um das Kinderrecht auf Gesundheitsdienste auch im Bereich mentaler Gesundheit sicherzustellen. Kinder und Jugendliche ist dabei der ungehinderte Zugang zur spezifischen Versorgung ohne den gefürchteten „Labelling Prozess“ anzubieten.

#### *↳ Ausbau und Sicherung der Folgeversorgung bei psychischen Erkrankungen*

Zur Sicherung der Folgeversorgung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen ist die ambulante und teil-stationäre Behandlung auszubauen und die Kooperation mit pädagogischen Einrichtungen und der öffentlichen Jugendwohlfahrt zu verbessern (siehe auch ▼ Teil III/ 12 Recht auf Betreuung und Unterbringung für Kinder in Krisensituationen und für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge).

#### *↳ Errichtung spezialisierter Kliniken/Ambulanzen für nach Gewalthandlungen traumatisierte Kinder/Jugendliche auch in ländlichen Regionen*

Bestehende Versorgungsdefizite hinsichtlich spezialisierter Kliniken/Ambulanzen für nach Gewalthandlungen traumatisierte Kinder/Jugendliche sind durch derartige Einrichtungen auch in ländlichen Regionen zu beseitigen.

#### *↳ Spezifische Beratungs- und Betreuungsangebote für Mädchen mit Gewalterfahrungen*

Aufgrund der derzeit nicht ausreichenden Versorgung mit spezifischen Beratungs- und Betreuungsangeboten für Mädchen mit Gewalterfahrungen, sind diese auszubauen.

#### *↳ Gesetzliche Verankerung des Rechts auf Psychotherapie nach massiver Gewalterfahrung*

Das Recht des Kindes bzw. Jugendlichen auf (anerkannte Formen der) Psychotherapie nach massiver Gewalterfahrung, seien diese physischer, psychischer und/oder sexueller Art (siehe ▼ Teil III/ 10 und ▼ Teil III/ 11), ist gesetzlich zu verankern.

↳ *Unbürokratischer Zugang zu kostenloser Psychotherapie bei spezialisierten PsychotherapeutInnen für Opfer von Gewalt und Misshandlung*

Der Zugang zu Psychotherapie bei spezialisierten PsychotherapeutInnen für Opfer von Gewalt und Mißhandlung muss unbürokratisch und kostenlos gestaltet sein (✓ Teil III/ 10 Recht auf gewaltfreie Kindheit und Jugend).

↳ *Barrierefreier Zugang zu Räumlichkeiten von Jugendwohlfahrtseinrichtungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Rollstuhl*

↳ *Einrichtung und Förderung von Betreuungs- und Schutzeinrichtungen für von genitaler Verstümmelung (FGM) betroffene Mädchen und Frauen (Rehabilitation)*

Als Rehabilitationsmaßnahmen für von genitaler Verstümmelung betroffene Mädchen und Frauen ist die Einrichtung und Förderung von Notfalls-, (psychologischen) Betreuungs- und Schutzeinrichtungen zu fordern.

↳ *Abbau von Zugangsbeschränkungen zu psychosozialer Betreuung und Rehabilitation für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF)*

Maßnahmen betreffend Hilfe durch Gewährleistung von kindgerechter Betreuung und Unterbringung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen siehe ✓ Teil III/ 12.

↳ *Psychosoziale Betreuung und Unterstützung für HIV-positive Kinder und Jugendliche und deren Betreuungspersonen (Angehörige)*

### **6.3.3 Forcierung von Aus- und Weiterbildung aller betroffenen Berufsgruppen**

Ein weiteres Ziel zur Gewährleistung qualitativ hochwertiger psychosozialer Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen stellt die Forcierung von Aus- und Weiterbildung dar, die sich einerseits auf das Personal in Einrichtungen und Angeboten zur psychosozialen Versorgung bezieht, andererseits auf andere Berufsgruppen, die mit Kindern arbeiten. Diesbezüglich sind folgende Maßnahmen umzusetzen:

↳ *Gewährleistung von Fort- und Weiterbildung des Personals in allen Einrichtungen und Angeboten psychosozialer Versorgung*

Psychosomatisches und psychotherapeutisches Fachwissen ist in Fort- und Weiterbildungen ebenso anzubieten wie als Versorgungsstruktur.

↳ *Verbesserung der psychologischen und pädagogischen Schulung von Berufsgruppen, die mit Kindern arbeiten*

Es ist eine Verbesserung der psychologischen und pädagogischen Schulung von Personen, die mit Kindern arbeiten, zu fordern, sowohl im Sinne von Ausbildung als auch begleitender Fortbildung (siehe auch ✓ Teil III/ 7 Recht auf Bildung und Arbeit).

↳ *Gezielte Schulung von MitarbeiterInnen der Jugendwohlfahrt*

Gezielte Schulungen von MitarbeiterInnen der Jugendwohlfahrt in Bezug auf psychosoziale Situation von behinderten Menschen, Aspekte der Gewalt, Entwicklungsbedingungen von behinderten Menschen, sind zu forcieren.

### **6.3.4 Förderung der Vernetzung von Angeboten und Strukturen**

Die Vernetzung von bestehenden Angeboten und Strukturen ist nicht nur im Bereich der Gesundheitsförderung in Österreich zu forcieren sondern auch im Bereich der psychosozialen Versorgung.

↳ *Stärkere Vernetzung von Angeboten im Bereich psychosozialer Versorgung und zwischen bildungs- und gesundheitspolitischen Netzwerken*

Neben der stärkeren Vernetzung von Angeboten zur psychosozialen Versorgung untereinander sind in diesem Zusammenhang auch Maßnahmen zur besseren Vernetzung zwischen bildungs- und gesundheitspolitischen Netzwerken einzufordern (siehe Abschnitt 6.1 Prävention sowie ▼ Teil III/ 7 Recht auf Bildung und Arbeit)

👉 *Bessere Gestaltung der Zusammenarbeit an den Nahtstellen zwischen Jugendwohlfahrt und Jugendpsychiatrie*

Eine bessere Gestaltung der Zusammenarbeit an den Nahtstellen zwischen Jugendwohlfahrt und Jugendpsychiatrie, z.B. durch Kooperationsplattformen, jugendpsychiatrische Liaisondienste mit der Jugendwohlfahrt und vice versa, usw., ist zu forcieren. Diese Maßnahme ist auch im Zusammenhang mit dem Recht auf kindgerechte Betreuung und Unterbringung für Kinder in Krisensituationen in ▼ Teil III/ 12 angeführt.

👉 *Verbesserung der Kooperation von psychiatrischen Einrichtungen mit pädagogischen Einrichtungen*

Die Kooperation von psychiatrischen Einrichtungen mit pädagogischen Einrichtungen ist zu verbessern. Zur konkreten Umsetzung dieser Maßnahme liegen keine Informationen vor.

#### **6.4 Gewährleistung von Habilitation für Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen**

Die International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) der WHO (WHO 2001) beschreibt, wie Menschen in ihrer gesundheitlichen Verfassung leben. Der Zweck der Klassifikation besteht darin, einheitlich und standardisiert Sprache und System für Gesundheit und gesundheitsbezogene Gebiete bereitzustellen. Die Klassifikation erfolgt aus einer Körper-, einer individuellen und einer sozialen Perspektive. Da Tätigsein und Behindertwerden eines Individuums in einem Kontext auftreten, schließt die ICF auch Umgebungsfaktoren mit ein. Die ICF hat ihren Sinn darin, Folgen veränderter Gesundheit zu verstehen und zu messen.

Nach der ICF liegt eine Behinderung dann vor, wenn aus der gesundheitlichen Verfassung (Krankheit, Störung) eines Menschen eine körperliche Beeinträchtigung funktioneller und/ oder struktureller Natur entsteht und gleichzeitig die betroffene Person in ihren Aktivitäten und ihrer Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen beeinträchtigt wird. Das Ausmaß der Behinderung hängt vom Wechselspiel zwischen allen diesen Faktoren und jenen Möglichkeiten ab, welche die Umgebung diesem Menschen erleichternd oder behindernd bietet. Daraus ergibt sich, dass Behinderung ein prozesshaftes Geschehen ist - man ist nicht behindert, man wird es. Der Umgebung kommt in diesem Prozess eine besondere Bedeutung in Hinblick auf das Ausmaß der Behinderung zu (zur Datenlage siehe ▲ Teil I/ 2).

Gemäß Artikel 23 der UN-Kinderrechtskonvention haben alle Vertragsstaaten anerkannt, *„dass ein geistig oder körperlich behindertes Kind ein erfülltes und menschenwürdiges Leben unter Bedingungen führen soll, welche die Würde des Kindes wahren, seine Selbständigkeit fördern und seine aktive Teilnahme am Leben der Gemeinschaft erleichtern.“* Dieser Bestimmung trägt das Konzept „Habilitation“ wie folgt Rechnung.

Habilitation (d. h. „umfassende Behandlung“) bedeutet, ein behindertes oder entwicklungsgefährdetes Kind und seinen Entwicklungsprozess in seiner Lebenswelt zu unterstützen, ihm bei der Verbesserung und Anpassung seiner Funktionen und Fähigkeiten behilflich zu sein, sowie seine Teilnahme an sozialen Aktivitäten zu erleichtern. Damit soll das Ausmaß der Benachteiligungen minimiert werden. Ziel ist es, dem Kind ein weitestgehend „normales“, selbständiges und eigenverantwortliches Leben zu ermöglichen. Dazu sind Maßnahmen der primären, der sekundären und vor allem der tertiären Prävention geeignet. Im Detail bedarf es dafür einerseits medizinischer und funktioneller Behandlungen des Kindes, andererseits pädagogischer, psychologischer, psychotherapeutischer und sozialer Maßnahmen für das Kind, seine Familie und die Angehörigen seiner Lebenswelten. In den Begriff der „umfassenden

den Behandlung“ ist also Beratungsarbeit mit eingeschlossen, in erster Linie jene der Familie, aber auch z. B. in Kindergarten oder Schule.

Analoges gilt für den Re-Habilitationsprozess von Kindern, welche Funktionen und Fähigkeiten durch Erkrankungen, Verletzungen oder Behandlungen verloren haben. Im (Re-)Habilitationsprozess sollen somit die „besonderen Bedürfnisse“ betroffener Kinder und deren Angehöriger Beachtung finden und das Kind in die Lage versetzt werden, sich seine Bedürfnisse im größtmöglichen Ausmaß selbst zu erfüllen.

Die ARGE Entwicklungs- und Sozialpädiatrie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ehemals: ARGE Cerebrale Entwicklungsstörungen/ CEST) hat 1998 ein Konsensuspapier über „Mindeststandards für Zentren zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen oder Entwicklungsstörungen in Österreich“ verabschiedet. Darin sind Standards für die Versorgung von Kindern mit Beeinträchtigungen in Österreich mit ambulanten Behandlungseinrichtungen, inklusive deren räumliche und personelle Ausstattung festgelegt. In das Papier wurden internationale Empfehlungen, insbesondere jene der European Academy of Childhood Disability (EACD), eingearbeitet.

Grundlagen bzw. Ausgangspunkt dieses Papiers und der nachstehenden Maßnahmen:

- WHO-Krankheitsklassifikation bzw. Behinderungsmodell hat nach der ICF zu erfolgen
- Kinder und Jugendliche mit Behinderungen oder Entwicklungsstörungen werden nachfolgend als solche „mit besonderen Bedürfnissen“ bezeichnet.
- Alle Kinder und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen haben Anspruch auf eine zeitgemäße Behandlung, unabhängig von ihrer sozialen Herkunft oder ihrem Lebensort.
- Nach der derzeitigen Rechtslage sind einzelne Bereiche der Behindertenhilfe dem Bund übertragen (Sozialversicherung, Arbeitsrecht, Gesundheitswesen), ansonsten liegt beim Bund die Grundsatzgesetzgebung, die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung dagegen bei den Ländern. Die Zuständigkeit für Behindertenhilfe und Rehabilitation fällt in Österreich in die Kompetenz der Bundesländer.
- Einrichtungen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen sind in den einzelnen Bundesländern in unterschiedlicher Dichte und Ausstattung vorhanden. Neben medizinisch ausgerichteten Behandlungsstellen gibt es Einrichtungen der Früherziehung/Frühförderung. Erstere entsprechen in der Mehrzahl der Bundesländer nicht den Anforderungen an eine zeitgemäße Betreuung, letztere können ihre eigenen Vorgaben oft nur zum Teil erfüllen. Vielfach werden behinderte Kinder auch in Einrichtungen betreut, in denen eigentlich die fachlichen Voraussetzungen fehlen, weil sie anderen Zielen dienen (diverse Einrichtungen der Jugendwohlfahrt, medizinische Einrichtungen, wie Ambulanzen in Krankenhäusern, und andere).
- Die derzeit in vielen Bundesländern übliche Haltung, die Versorgung behinderter MitbürgerInnen Trägern der freien Wohlfahrt (Vereinen) zu überlassen, entbindet die verantwortlichen politischen Leiter der zuständigen Ressorts wie die zuständigen Beamten nicht von ihrer Aufgabe, für eine flächendeckende Versorgung mit den erforderlichen Einrichtungen zu sorgen.
- Einzelne Regionen Österreichs sind unter- oder gar nicht versorgt, unzumutbar lange Anfahrtswege zu Behandlungseinrichtungen sind in der Mehrzahl der Bundesländer die Regel.
- Es gibt bislang keine verbindlichen Richtlinien, die Mindeststandards dieser Betreuung festlegen.
- In vielen Einrichtungen (nämlich allen, die keinen Status als Krankenanstalt haben) gibt es keine Qualitätskontrolle (und ist eine solche auch nicht vorgesehen).
- Für Klienten/Patienten und deren Eltern/Erziehungsberechtigte ist der „Markt“ an Betreuungsangeboten unübersichtlich und oft undurchschaubar.“

- Grundlegende Zielsetzung ist die Beseitigung jeder Diskriminierung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen und bestmögliche Förderung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen.

#### **6.4.1 Flächendeckende Versorgung mit ambulanten Einrichtungen zur Habilitation von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen**

In Bezug auf Einrichtungen zur ambulanten Habilitation (= umfassenden Behandlung) beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher sind Österreichs Bundesländer, ausgenommen Vorarlberg, nach Erfahrungen aus der Praxis nicht flächendeckend versorgt und die bestehenden Behandlungseinrichtungen permanent überlastet (für Wien vgl. Brandstetter & Pilz 2003). Die Mitglieder der Arbeitsgruppe ARGE Entwicklungs- und Sozialpädiatrie/ARGE CEST (CESt = Cerebrale Entwicklungsstörungen) empfehlen in ihrem Konsensuspapier die derzeit bestehende Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen durch flächendeckende Ambulatorien zu beseitigen, die den neuesten medizinisch-therapeutischen Kriterien entsprechen und den Anspruch jedes Kindes auf eine zeitgemäße interdisziplinäre Anamnese, Diagnose und Behandlung in räumlich-zeitlich angemessener Nähe erfüllen. Dazu sind folgende Maßnahmen notwendig:

- ☞ *Festlegung von Mindeststandards für Behandlungseinrichtungen durch den Gesetzgeber*
- ☞ *Gewährleistung dieser Mindeststandards durch Maßnahmen der Qualitätssicherung*
- ☞ *Zusammenfassung bestehender Angebote in regionale Behandlungszentren und Sicherstellung der Finanzierung durch Mischfinanzierungsmodelle*

Die derzeit in den meisten Bundesländern bestehende Aufsplitterung der Behandlung der Kinder und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen in „medizinisch-therapeutische“, „psychologisch-pädagogische“ und „soziale“ Dienste mit unterschiedlichen Trägern und Finanzierungen ist aufzugeben; statt dessen sind diese Angebote in regionalen Behandlungsstellen zusammenzufassen und die Finanzierung durch ein Mischfinanzierungsmodell mit Beteiligung von Krankenkassen und Sozialamt (und Jugendwohlfahrt) sicherzustellen. Ein solches Zentrum zur Erkennung und Behandlung von Behinderungen und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen ist auf eine Bevölkerungszahl von rund 180.000 bis maximal 250.000 Einwohnern vorzusehen.

- ☞ *Adaption von bestehenden Einrichtung bzw. ihre Integration in das umfassende Behandlungssystem*

Es muss gewährleistet sein, dass die derzeit bestehenden Einrichtungen adaptiert und bestehende Strukturen in das umfassende Behandlungssystem integriert werden. Das „umfassende“ Angebot der Behandlungszentren hat jedenfalls zu beinhalten:

- Mehrdimensionale und multiprofessionelle Diagnostik: kinderärztliche, kinderpsychiatrische und entwicklungsneurologische Diagnostik; psychologische Diagnostik; Diagnostik im Hinblick auf die anzuwendende Therapie/Maßnahme; Erfassung der Lebensumstände des Kindes; einfachen Zugang zu spezialisierten Zentren für bestimmte Fragestellungen (ev. unter Einbeziehung in Form eines Konsiliardienstes)
- Umfassende Maßnahmen: funktionsverbessernde Therapien; Psychotherapien und Musiktherapie; pädagogische Maßnahmen (inkl. Frühförderung); soziale Maßnahmen

- ☞ *Interdisziplinäre Zusammensetzung des Teams*

Die personelle Mindestbesetzung des Teams so auszurichten, dass es aus Angehörigen von mindestens acht der nachfolgend genannten Berufsgruppen zu bestehen hat: Kinder- und Jugendheilkunde (wenn möglich: Kinder und Jugend-Neuropsychiatrie), Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Psychotherapie, Heilpädagogik, Sozialarbeit. Damit eine Kontinuität in der Behandlung zu gewährleisten ist, sollten wenigstens zwei Angehörige aus jeder Berufsgruppe im Team vertreten sein.

### *↳ Personelle Ausstattung von Behandlungszentren*

Das Behandlungszentrum unterliegt dem Krankenanstaltengesetz. Für seine Leitung ist ein/e qualifizierte/r ärztliche Leiter/in zu bestellen. In jedem Team gibt es eine/n hauptverantwortliche/n Ansprechpartner für den Patienten oder seine Eltern.

Jede Behandlungsstelle ist mit den erforderlichen administrativen MitarbeiterInnen so auszustatten, dass den Eltern zu den Öffnungszeiten eine telefonische Kontaktaufnahme mit den Behandlern möglich ist.

### *↳ Verpflichtende Aus- und Weiterbildung und Supervision für alle Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen zu tun haben*

Die Teammitglieder haben sich die für ihre Arbeit erforderlichen speziellen Kompetenzen, die auch international üblichen Anforderungen entsprechen sollen, in Form von Aus- oder Weiterbildungen zu erwerben. Der Dienstgeber ist verpflichtet, dazu einen entsprechenden Beitrag (finanziell und Arbeitszeit) zu leisten. Der Träger hat die MitarbeiterInnen zur regelmäßigen Fortbildung zu verpflichten. Supervision des Teams und Einzelsupervision sind als selbstverständliche Angebote zu sehen.

### *↳ Einbezug der Familie in die Behandlung und Betreuung von behinderten Kindern oder Kindern mit besonderen Bedürfnissen*

Das Einbeziehen der Familie ist für die Behandlung unverzichtbarer und essentieller Bestandteil. In der Behandlungseinrichtung werden daher nicht nur die Kinder und Jugendlichen, sondern auch deren Eltern oder Geschwister im erforderlichen Ausmaß mitbehandelt und -betreut.

### *↳ Verbesserung der Erreichbarkeit von Behandlungsstellen für Kinder mit spezifischen Bedürfnissen und Ausbau mobiler Dienste*

Alle Maßnahmen müssen ambulant in der Behandlungsstelle (erforderlichenfalls nach regionalen Bedingungen in einer Außenstelle) oder mobil im Hausbesuch angeboten werden können. Die Anfahrtszeit zur Behandlungsstelle darf für Patient/Familie 40 Minuten (eine Strecke von 40 km) nicht übersteigen.

### *↳ Räumliche Gestaltung nach den Bestimmungen für Krankenanstalten*

Die Untersuchungs- und Behandlungsräume haben in den Behandlungszentren den für Krankenanstalten gültigen (sanitätsrechtlichen) Bedingungen zu entsprechen.

### *↳ Abgrenzung der Aufgaben und Kompetenzen von Behandlungsstellen zu anderen Systemen bzw. Diensten*

Die Behandlungseinrichtung hat alle behinderungsspezifischen Aufgaben, die ein multi-professionelles Team erfordern, zu übernehmen, aber nicht jene Aufgaben, die im Gesundheitssystem, Erziehungssystem oder Sozialsystem von anderen Personen oder Diensten in ausreichendem Maße angeboten werden.“

## **6.5 Berücksichtigung der Kinderinteressen und -bedürfnisse im Gesundheitswesen**

In den letzten Jahren erlangte die Stärkung der PatientInnenrechte im Gesundheitswesen zunehmend Aufmerksamkeit und Beachtung (BMSG 2002c). Nachdem PatientInnenrechte für Erwachsene und für Nicht-Erwachsene gleichermaßen gelten sollen, müssen auch Kindern und Jugendliche diese Rechte zuerkannt werden.

Dies umfasst einerseits das Recht auf umfassende, altersgerechte Information und Aufklärung über ihren Gesundheitszustand sowie Behandlungsmöglichkeiten entsprechend dem in der KRK verankerten Recht auf Information, um sich eine eigene Meinung bilden zu können (Art. 12, KRK) und andererseits das Recht selbstbestimmt medizinische/ psycho-

soziale (Grund-)Versorgung in Anspruch nehmen zu können. Hier sind einerseits rechtliche Fragen andererseits Fragen der Finanzierung zu klären.

Das Recht auf medizinische und psychosoziale (Grund-)Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann zudem nicht losgelöst von Entwicklungen im Gesundheitssystem und den damit verbundenen angestrebten Reformen gesehen werden. In diesem Zusammenhang ist auffallend, dass Reformbestrebungen bzw. bislang umgesetzte Reformen einzig aus Erwachsenenperspektive erfolgen (wobei aufgrund der demografischen Entwicklung zumeist Fragen der Pflege und Betreuung älterer Menschen im Vordergrund stehen, siehe BMSG 2002c), wogegen Interessen von Kindern und Jugendlichen kaum bzw. weitaus weniger Beachtung finden. Ein deutliches Beispiel stellen dafür gesundheitsökonomische Analysen dar, die die jüngste Generation weitgehend unberücksichtigt lassen. Bei jeglicher Gesundheitsreform müssen entsprechend dem Verbot der Diskriminierung von Kindern und Jugendlichen (Art. 6, KRK) – in diesem Fall gegenüber Erwachsenen - deren Interessen und Bedürfnisse entsprechend berücksichtigt werden.

Um dies zu verwirklichen, ist die Erreichung folgender Ziele notwendig: die Förderung der Selbst- bzw. Mitbestimmung bei der Inanspruchnahme von medizinischer Beratung und Behandlung (6.5.1), die Stärkung der Kinderrechte im Krankenhaus (6.5.2) sowie eine Berücksichtigung der Kinderinteressen und -bedürfnisse in gesundheitsökonomischen Analysen (6.5.3).

### **6.5.1 Förderung der Selbst- bzw. Mitbestimmung bei Inanspruchnahme von medizinischer Beratung und Behandlung**

Die abschließenden Bemerkungen des Ausschusses der Vereinten Nationen zum 2. Staatenbericht (1999 bzw. BMSG 2000) enthielten unter anderem Bedenken über das gesetzliche Mindestalter für medizinische Beratung und Behandlung ohne elterliche Zustimmung: *„Österreichische Gesetze bzw. Rechtsvorschriften sehen kein gesetzliches Mindestalter für medizinische Beratung und Behandlung ohne elterliche Zustimmung vor. Der Ausschuss ist darüber besorgt, dass das Erfordernis einer Zuweisung an die Gerichte Kinder davon abhalten wird, medizinische Betreuung zu suchen; dies wird dem Wohl des Kindes abträglich sein. Der Ausschuss empfiehlt, dass, in Einklang mit den Artikeln 3 und 12 der KRK ein geeignetes Alter und Strukturen für medizinische Beratung und Behandlung ohne elterliche Zustimmung gesetzlich festgelegt werden“.*

Durch die entsprechenden Neuregelungen im Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz, das mit 1. Juli 2001 in Kraft trat (§ 146 d, KindRÄG 2001), wurde dieser Empfehlung des Ausschusses Rechnung getragen. Kinder müssen nun bei entsprechender Reife in medizinische Behandlungen selbst einwilligen und Vertretungshandlungen der Eltern können bei besonders schwer wiegenden medizinischen Behandlungen des Kindes, wenn das Kind die Behandlung nachdrücklich und entschieden ablehnt, gerichtlich überprüft werden. Durch das neue Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz ist es außerdem nun zivilrechtlich verboten, eine dauerhafte Fortpflanzungsunfähigkeit bei Kindern herbeizuführen, und die Möglichkeit der Einwilligung durch einen Sachwalter bei volljährigen geistig behinderten oder psychisch kranken Personen wurde auf Fälle ernster medizinisch-somatischer Gründe eingeschränkt.

Trotz dieser rechtlichen Neuregelungen, die als positiv zu werten sind, ist das Kinderrecht auf Selbst- bzw. Mitbestimmung bei Inanspruchnahme von medizinischer Beratung und Behandlung in Österreich noch nicht so umgesetzt, wie es in der Kinderrechtskonvention bzw. ihrem Grundprinzip Partizipation festgelegt ist. Diesbezüglich sind folgende Maßnahmen umzusetzen:

☞ *Bereitstellung von Information über ihren Gesundheitszustand und Behandlungsmöglichkeiten in kindgerechter Form*

☞ *Freie Arztwahl (altersadäquat)*

Die freie Arztwahl gemäß der Selbstbeteiligung am Genesungsprozess, wie sie von der Ethic Commission der CESP anerkannt wurden, also ab dem vollendeten 8. Lebensjahr „informed assent“ (Zustimmung), ab dem 14. Lebensjahr „informed consent“ (Einverständniserklärung), ist umzusetzen.

### **6.5.2 Stärkung der Rechte der Kinder im Krankenhaus**

Kinder oder Jugendliche, die sich aufgrund von Verletzung bzw. Erkrankung in stationäre Behandlung begeben müssen, haben laut Kinderrechtskonvention das Recht auf regelmäßige Überprüfung der ihm/ihr gewährten Behandlung sowie aller anderen Umstände betreffend der Unterbringung, wie dies in Art. 25 festgelegt ist: *„Die Vertragsstaaten erkennen an, dass ein Kind, das von den zuständigen Behörden wegen einer körperlichen oder geistigen Erkrankung zur Betreuung, zum Schutz der Gesundheit oder zur Behandlung untergebracht worden ist, das Recht hat auf eine regelmäßige Überprüfung der dem Kind gewährten Behandlung sowie aller anderen Umstände, die für seine Unterbringung von Belang sind.“*

Die PatientInnenrechte von Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus sind daher zu stärken, wozu gegenwärtig eine Maßnahme eingefordert wird:

👉 *Gesetzliche Verankerung der europäischen Charta der Rechte der Kinder im Krankenhaus*

### **6.5.3 Berücksichtigung der Kinderinteressen und -bedürfnisse in gesundheitsökonomischen Analysen**

Die Bedürfnisse und Interessen von Kindern und Jugendlichen sollen nicht nur in unmittelbaren Situationen betreffend ihre Gesundheit, wie z.B. im Kontext der Stärkung ihrer PatientInnenrechte, berücksichtigt werden sondern auch auf der Makro-Ebene, z.B. wenn es um die Sicherstellung der Finanzierung des Gesundheitswesens geht. Politischen Entscheidungen betreffend das Gesundheitswesen liegen u.a. gesundheitsökonomische Analysen zugrunde, bei denen den speziellen Erfordernissen und Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen jedoch bislang kaum bzw. nur unzureichend Rechnung getragen wurde. Vor diesem Hintergrund ist die folgende Maßnahme zu fordern:

👉 *Berücksichtigung der speziellen Erfordernisse und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen bei gesundheitsökonomischen Analysen*

Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung basiert auf den Berechnungen von Erwachsenenmodellen, eine Berücksichtigung der speziellen Bedingungen der Kinder- und Jugendheilkunde ist in diese Berechnung bisher nicht adäquat eingeflossen. Daher ist die Berücksichtigung der speziellen Erfordernisse und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen bei gesundheitsökonomischen Analysen und keine unkritische Anwendung von Erwachsenen-Modellen einzufordern.

## **6.6 Unterstützung von pflegenden Angehörigen von Kindern und Jugendlichen**

Die Gewährleistung eines gesundes Lebens und einer gesunden Entwicklung sowie die Sicherstellung von medizinischer und psychosozialer Versorgung richtet sich nicht nur an Kinder und Jugendliche selbst sondern es sind auch Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von pflegenden und betreuenden Angehörigen zu treffen. Die Unterstützung von pflegenden und betreuenden Angehörigen umfasst dabei sowohl materielle Aspekte (6.6.1) als auch immaterielle Unterstützung sowie strukturelle Rahmenbedingungen, die zu verbessern sind (6.6.2).

### 6.6.1 Verbesserung der finanziellen Unterstützung pflegender Angehöriger

Zur Verbesserung der finanziellen Situation von pflegenden und betreuenden Angehörigen ist folgende Maßnahme umzusetzen:

↳ *Adäquate und auf eigenen Grundsätzen beruhende Zuerkennung von Pflegegeld für behinderte Kinder und Jugendliche (Novellierung des Pflegegeldgesetzes)*

Das derzeitige (Bundes-)Pflegegeldgesetz kennt Kinder und Jugendliche an sich nur als Ausschlussgrund: Ausschluss von Kindern unter 3 Jahren in den meisten Landespflegegeldgesetzen, Vergleich mit "gesunden" Kindern desselben Alters, ohne Richtlinien, "Deckelung" der Pflegebedürftigkeit auf Stufe 3 in den meisten Bundesländern, Anerkennung der "diagnosebezogenen Einstufung" erst ab dem 14. Lebensjahr, Nicht-Anerkennung schwerer, beeinträchtigender Erkrankungen, wenn sie nicht mit einer Beeinträchtigung der Fortbewegung verbunden sind, Nicht-Anerkennung der besonderen Betreuungsnotwendigkeiten der Kinder und Jugendlichen als unerlässlichen Bedarf (wie zum Beispiel: Nicht-Anerkennung der "Maßnahmen zur Verhinderung ernster körperlicher Gefahr bei dauernder, oder wesentlicher Stimmungs- oder Antriebsstörung" – dadurch Reduktion aller Kinder und Jugendlicher auf Stufe 3). „Bestrafung“ der Eltern, die ihr Kind adäquat fördern durch Reduktion des Pflegegelds, weil die „intensive Förderung“ körperlicher oder seelischer Missbildungen nicht anerkannt wird, sondern als "elterliche Pflicht" allein ausgewiesen wird. Verweisung der Eltern bei physiotherapeutisch unerlässlichen Therapieunterstützungen in den Intervallen der Therapie an die Krankenkassen, die sich aber ebenfalls als unzuständig bezeichnen. Neuerdings gibt es die Erteilung der erhöhten Familienbeihilfe über gutachtende ÄrztInnen im Werksvertragsverhältnis mit den Bundessozialämtern (BSA), die zumeist keine Kinder- und JugendfachärztInnen sind, so dass wesentliche pädiatrische Krankheiten nicht erfasst werden. Interpellation ebenfalls bei den BSA, die somit Behörde 1. und 2. Instanz sind. Dies alles führt zu einer schlechteren Rechtsstellung der ohnehin "behinderten" Partei, die zu beseitigen ist.

### 6.6.2 Ausreichende Unterstützung bei der Pflege und Betreuung kranker Kinder und Jugendlicher

Die im Rahmen des bisherigen YAP-Prozesses geforderten Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels beziehen sich einerseits auf den Ausbau der Hauskrankenpflege für Kinder und Jugendliche und andererseits auf den Ausbau kostengünstiger Eltern-Kind-Einheiten in Kinderspitälern.

↳ *Ausbau der Hauskrankenpflege für Kinder und Jugendliche*

Kranke Kinder und Jugendliche brauchen den Schutz und die Pflege der Eltern, auf die sie emotional angewiesen sind. Finanzielle Probleme von Familien machen jedoch einen allzu langen Klinikaufenthalt nicht wünschenswert (weite Entfernungen, Vernachlässigung der Geschwister), aber auch die Spitalerhalter wünschen zu Recht möglichst kurze Aufenthaltszeiten. Für die Genesung ist die häusliche, unterstützende Pflege optimal. Insbesondere bei chronischen Krankheiten und Leidenszuständen, wo heute sowohl die Heimmonitorisierung, als auch die Heimdialyse, als auch die Heimbeatmung Standardverfahren sind, ist die Heimpflege medizinisch gut vertretbar, erbringt qualitativ dieselben Ergebnisse und ist emotional und im Sinne der Familienunterstützung besser. Durch den Ausbau der Hauskrankenpflege ist zu hoffen, dass Trennungen der Kinder von den Eltern dadurch weit seltener vorkommen, als in der Vergangenheit.

↳ *Ausreichende Zahl kostengünstiger, kindgerechter Eltern-Kind-Einheiten in Kinderspitälern*

Eine stationäre Aufnahme eines Kindes ist bisweilen erforderlich. In diesen Fällen ist nach heutigem Wissen und der heutigen Kenntnis der Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung eine Trennung der Bezugspersonen von ihrem Kind für beide Teile zu vermeiden. Diese Trennung führt zu oft lange anhaltenden Enttäuschungen und Verletzungen des Kindes. Im Falle der Eltern führt es zu vermehrter Angst vor dem Spital, zu Aggressionen gegen das Spital

und das dort arbeitende Personal und letzten Endes zu einer Reihe von Missverständnissen. Wenn auch sich diese Notwendigkeit inzwischen in Österreichs Spitälern durchsetzte und Akzeptanz fand. Bedauerlicherweise ist jedoch die Ausrüstung der Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde diesen Erkenntnissen in vielen Fällen weder baulich noch personell gewachsen.

Hier sind folgende *Begleitmaßnahmen* notwendig:

- Schulung von ÄrztInnen
- Schulung der diplomierten und nicht-diplomierten Pflegepersonen
- Herstellung baulicher Gegebenheiten für die Eltern (Waschräume, Speiseräume usw.)
- Abschaffung der zusätzlichen Gebühren für das erforderlich Recht der Eltern auf Begleitung ihres Kindes durch die Krankenanstaltenträger

Erweiterung des Pflegeurlaubs um jenen Anteil, der für die stationäre Pflege benötigt wird, wenn vom aufnehmenden Arzt die unbedingte Notwendigkeit der stationären Aufnahme bestätigt wird.