



NEWSLETTER Nr.18 / 2013

- Editorial: Von der Initiative zum Verein S. 1
- Der neue Vorstand der PKM S. 2
- Rückschau 7. Jahrestagung der PKM in Salzburg S. 3
- Ist da jemand ? S. 5
- PK zu Defiziten bei Kindertherapien S. 6
- Empfehlungen (KIGGS, LBI-HTA) S. 6
- **Resolution 2013 der PKM** **Anhang ab S. 7**

Editorial



Von der Initiative zum Verein

Wie bereits im letzten Newsletter von meinem Vorgänger Ernst Tatzler angekündigt, fand am 16.11.2013 in Salzburg nach der 7. Jahrestagung „Partizipation in der Kinder- und Jugendmedizin“ die Gründungs- und erste Generalversammlung des Vereines Politische Kindermedizin statt.

Unsere Beweggründe für diese Veränderung wurden ebenfalls bereits im letzten Newsletter klar dargelegt.

Ich persönlich habe mich sehr für diesen Schritt eingesetzt und freue mich, ab sofort als Obfrau der PKM zur Verfügung zu stehen. Es ist mir ein großes Anliegen, unsere Arbeit zu den verschiedenen Bereichen der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen weiterzuführen, neue aktive Mitglieder dafür zu gewinnen und unsere Themen, Positionen und Forderungen der Öffentlichkeit zugänglich und bekannt zu machen.

Der derzeitige Vorstand besteht aus 11 Personen – die einzelnen Mitglieder wer-

den weiter unten vorgestellt.

Es gibt 5 Arbeitsgruppen:

- AG „Kind-arm-krank“
- AG „Primärversorgung“
- AG „Schwerpunktsetzung in der tertiären Pädiatrie“
- AG „Migration“
- AG „Selbsthilfegruppen“

Das von mir persönlich geleitete Projekt, einen Verordnungs-katalog für die funktionellen Therapien im Kindes- und Jugendalter zu erstellen, ist in der AG „Kind-arm-krank“ verankert und wird voraussichtlich mit dem fertigen Produkt im Frühling 2014 abgeschlossen sein.

Das Projekt wurde mit Mitteln „Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen Pharmavertrag“ von Hauptverband und Pharmig gefördert. Es gibt großes Interesse der einzelnen Krankenkassen an diesem Katalog, der die Verordnung von Therapien vereinheitlichen soll, und eine gute Zusammenarbeit mit den VertreterInnen der Berufsverbände (Ergotherapie, logopädische Therapie, Physiotherapie).

Die erste Mitgliederversammlung nach der Gründung des Vereines PKM wird am Samstag, dem 22.02.2014 stattfinden. Interessierte sind herzlich willkommen!

Ein traditioneller Kernpunkt unserer Arbeit ist die Jahrestagung, deren heurige Ergebnisse zum Thema „Partizipation in der Kinder- und Jugendmedizin“ inklusive der alljährlichen Resolution auch wieder publiziert werden wird.

Für das kommende Jahr 2014 wird die Arbeitsgruppe „Schwerpunktsetzung“ die Tagung zum Thema „Strukturen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Rare Diseases“ gestalten, wieder in Salzburg im November. Wir laden Sie bereits jetzt dazu ein.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen bedanken, die mir ihr Vertrauen ausgesprochen haben, vor allem bei jenen, die weiter aktiv mitarbeiten. Mein besonderer Dank gilt meinem Vorgänger Ernst Tatzer.

Ich bin davon überzeugt, dass unsere Stimme für die Kinder und Jugendlichen zunehmend gehört wird. Alles was wir bisher erreicht und erarbeitet haben finden Sie auf der Homepage www.polkm.org.

Sonja Gobara

Der neue Vorstand der PKM

Wir möchten Ihnen die Mitglieder des in Salzburg gewählten Vorstands und die Rechnungsprüfer vorstellen:



Tatzer, Püspök, Jürgenssen (RP), Gobara, Kranewitter (RP), Promussas, Himmelbauer, Popow, Thun-Hohenstein, Waldhauser, Fliedl.
Fehlen: Grois, Kerbl

- Prim.Dr. **Sonja Gobara**, Obfrau, Leiterin der AG Kind-arm-krank, Leiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums Ambulatorium Sonnschein in St.Pölten
- Prim.Prof.Dr. **Reinhold Kerbl**, Obfraustellv. Vorstand der Kinderabteilung am LKH Leoben, Präsident der ÖGKJ (Österr. Gesellschaft für Kinder-u.Jgd.heilk.)

- Dr. **Rudolf Püspök**, Schriftführer, Leiter der AG Primärversorgung niedergel. FA f. Kinder-u.Jgd.heilk. i.R.
- **Irmgard Himmelbauer** Msc, Schr.f.Stv. niedergel. Ergotherapeutin und Freiberuflichkeitskoordinatorin des Verbandes Ergo Austria
- Prof.Dr. **Franz Waldhauser**, Kassier Leiter der AG Schwerpunktsetzung in der tertiären Pädiatrie ehem. stellv. Leiter der Univ.Klinik f. Kinder-u.Jgd.heilk., AKH Wien, i.R.
- Priv.Doiz.Dr. **Nicole Grois**, Kassierstv. niedergel. FA f.Kinder-u.Jgd.heilk.

weitere gehören dem Vorstand an:

- Prim.Dr. **Rainer Fliedl**, kooptiert Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Standort Hinterbrühl, Landes-klinikum Baden-Mödling
- Prof.Dr. **Christian Popow**, Webmaster Klinik für Kinder-u.Jgd.psychiatrie, AKH Wien
- Mag.pharm.Dr. **Irene Promussas**, Leiterin der AG Selbsthilfegruppen, Obfrau von „Lobby4kids“
- Dr. **Ernst Tatzer**, ehem. Sprecher der PKM, ehem. Leiter des Landesjugendheimes Hinterbrühl, i.R.
- Prim.Prof.Dr. **Leonhard Thun-Hohenstein**, Tagungspräsident, Leiter der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Christian-Doppler-Klinik, Salzburg

Als Rechnungsprüfer wurden gewählt:

- Dr. **Olaf Arne Jürgenssen** Ehem. Vorstand der Abt.f.Kinder-u.Jgd.heilk, Wr. Neustadt
- Prim.Dr. **Klaus Kranewitter** Leiter des Ambulatoriums für Entwicklungsdiagnostik und Therapie der Lebenshilfe in Salzburg

Unsere Vereinsstatuten finden Sie unter http://www.polkm.org/statuten_pkm%2013_10.pdf

(Link bitte in Adressleiste ihres Browsers kopieren)
Wenn Sie an einer Mitarbeit und/oder Mitgliedschaft interessiert sein sollten, bitten wir um Kontaktaufnahme unter office@polkm.org.

**Rückschau
7. Jahrestagung der PKM
15./16. November 2013
in Salzburg**

**„Partizipation in der Kindermedizin“
- von der Versorgung zur Teilhabe**

Die 7. Jahrestagung fand in neuem Ambiente, aber wieder in Salzburg statt und bescherte uns zwei dichte, informative und spannende Tage. Die Inhalte, von denen viele in Österreich Neuigkeitswert haben, werden wir wie bereits letztes Jahr in 2 Schritten veröffentlichen:

1. Die Präsentationen finden Sie teilweise bereits auf www.polkm.org und
2. wird 2014 wieder ein Tagungsband in Kooperation mit dem Springer-Verlag erscheinen.

Wesentliche Teile der diskutierten Punkte finden sich in der Resolution 2013 (s. Anhang), das Schlussstatement der TeilnehmerInnen am Round Table im Anschluss an die folgende „Rückschau“ (im wörtlichen Sinne):



konzentrierter Meinungs-austausch schon vor Beginn: Popow, Kerbl, Waldhauser, Hammerer



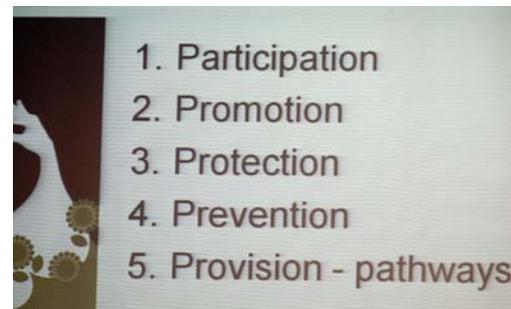
um sie ging es letztendlich: Jugendliche, die für die Jahrestagung eine eindruckliche szenische Intro erarbeitet hatten



Impression aus der Intro



Eröffnungsredner Simon Lenton, GB



erklärt die für den „Child friendly health care approach“ zentralen „5 P's“



Prof. Ehrich, Hannover, engagierter Promotor der Partizipation auf internationaler Ebene



angeregte Diskussion



Round Table mit Kerbl, Sieber, Topf, Stella Promussas, Ehrich, Thun-Hohenstein



Stella Promussas mit aufmerksamem Zuhörer



Jahrestagung und Vereinsgründung geschafft: Hammerer, Kranewitter, Fohler

Round Table: die TeilnehmerInnen wurden von Moderator Reinhold Kerbl zum Abschluss gebeten, zu definieren, was für sie Partizipation bedeutet und die wichtigste Maßnahme zu deren Verbesserung zu nennen.

Hanne Sieber:

Definition: Partizipation gelingt, wenn Kindermeinung genauso respektiert wird wie die Meinung der Erwachsenen, und wenn diese in die Entscheidungsfindung einfließt.

Maßnahme: Der Patient ist das Kind, nicht die Eltern oder das Umfeld, und das Kind ist der primäre Ansprechpartner. Die Eltern fungieren als „Übersetzer“ des Kindes.

Reinhard Topf:

Definition: Partizipation in der Medizin entspricht der Kundenorientierung der Wirtschaft nach dem Motto: Der Kunde ist König !

Maßnahme: Die Spitalsstrukturen müssen so verändert werden, dass sowohl die personellen als auch zeitlichen Ressourcen gegeben sind.

Jochen H.H. Ehrich:

Definition: Bitte nicht eine weitere Definition von Partizipation erfinden, sondern die von Don BERWICK modifizieren ! – „Learning across borders !“

Maßnahme: Transfer der Leitlinien zur Partizipation in die „Praxis“.

Leonhard Thun-Hohenstein:

Definition: Grundsätzliche Haltung (von in der Medizin Tätigen) prinzipieller Verhandlungsbereitschaft mit PatientInnen und ihren Angehörigen mit dem Ziel, zu einer gemeinsamen Sichtweise und daraus sich ergebenden Konsequenzen in Diagnostik und Therapie zu kommen.

Maßnahme: In die Ausbildung von MedizinstudentInnen und AusbildungsärztInnen verpflichtend ein ausreichendes Maß an Gesprächs- und Kommunikationstraining und Selbsterfahrung zu implementieren.

Als Abschluss das wohl alles beschreibende Statement von

Stella Promussas:

Kinder und Jugendliche sollen das Recht haben, ihre Bedürfnisse zu äußern. Der Arzt weiß zwar viel, aber nicht alles. Deshalb sollen Ärzte auch von Kindern lernen. Es ist nicht schlimm, wenn Ärzte von Kindern lernen, so können gleichzeitig neue Erfahrungen eingebracht werden.



Ist da jemand ?



Jetzt ist sie wieder da: die „ unstill“ Zeit vor Weihnachten mit Ihren Lichterketten, Punschständen, Weihnachtsmärkten und dem Gerenne und Gehetze durch die von Weihnachtsliedern erfüllten Kaufhäuser. Und mit ihr – nicht mehr wegzudenken – die alljährliche Weihnachtsaktion des ORF „Licht ins Dunkel“.

Letztes Jahr war das 25 - jährige Jubiläum, natürlich mit neuerlichem Spendenrekord, den es heuer wieder zu brechen gilt. So läuft sie wieder an - die gut geölte Sammelmaschine, vor der es praktisch kein Entrinnen gibt; da ein Glas Punsch, dort eine Einkaufstasche, dann wieder ein nettes Benefiz und natürlich die traditionellen Zündhölzer.

Man tut es gerne, es tut nicht weh und insgesamt fühlt man sich gut als Sponsor, der dazu beiträgt, dass Kindern und behinderten Menschen im Jahr mehr als 12 Millionen Euro zu Gute kommen. Und viel Gutes passiert mit dem Geld. Davon kann man sich anhand diverser Projektberichte im ORF ein deutliches Bild machen. Auch hat die Aktion sicher dazu beigetragen, insgesamt ein besseres Verständnis für Menschen mit Behinderung zu schaffen. Eine echte österreichische Erfolgsgeschichte.

Woher kommt dann doch die Vorsicht und das leise Unbehagen, wenn man versucht, die Aktion im Hinblick auf die gesamte Versorgungssituation von Kindern und Familien mit besonderen Bedürfnissen einzuordnen?

Liegt es daran, dass man sich bei so manchem vorgestellten Projekt fragt, warum dies mit Spendengeldern finanziert werden muss? Oder wenn man hört, dass „Licht ins Dunkel“ manchmal dort einspringt, wo die öffentliche Hand ihre Leistungen zurücknimmt? Oder wenn nicht nur in privaten Kreisen bei der Versorgung armer Kinder mit dem Soforthilfefonds der Aktion argumentiert wird? Oder wenn dieser aushilft, weil „die Finanzierung von sehr kostenintensiven Heilbehelfen oder Therapien für von Krankheiten oder Behinderungen betroffene Kinder (...) aus eigener Kraft oft nicht bewältigt werden (kann).“ (Zitat aus dem Rechenschaftsbericht).

So bekommt nach einem langen Canossagang durch mehrere Institutionen der öffentlichen Hand, wo eine der anderen die Zuständigkeit zuschiebt, eine Familie dann doch noch die Restkosten für den höchst notwendigen Heilbehelf oder ein Kind doch noch seine notwendige Therapie. Ein Segen für das betroffene Kind, ein Armutssymbol für unser Gesundheitswesen.

So zeigt die Aktion auch Schwächen in unserem System auf und diese gilt es auszumerzen. So sehr auch ein Zusammenwirken von „Private Sponsoring“ und Hilfe durch die öffentliche Hand zu begrüßen ist, muss die Grundversorgung – wie zum Beispiel der Zugang zu notwendigen Therapien für Kinder – kostenfrei durch die öffentliche Hand sichergestellt sein.

Eine Aufgabe, die sich auch politisch lohnen könnte.
– „Ist da jemand?“

Dr. Ernst Tatzert
Vorstandsmitglied der PKM
Präsident der Heilpädagogischen Gesellschaft Österreichs
ernst.tatzer@kabsi.at

(Dieser Beitrag erscheint auch in der aktuellen Ausgabe von „Heilpädagogik“)



Pressekonferenz zu Defiziten bei Kindertherapien am 19.11.2013

Die PKM (Rudolf Püspök) hat gemeinsam mit der neuen Gesundheitssprecherin der GRÜNEN Dr. Eva Mückstein – vormals Vorsitzende des Österr. Bundesverbandes für Psychotherapie – und Gabriele Jaksch (Präsidentin des MTD-Dachverbandes) am 19.11. eine PK zu den Defiziten bei den funktionellen Therapien und bei Psychotherapie veranstaltet.



Jaksch, Mückstein, Püspök

Anlass waren einerseits die laufenden Regierungsverhandlungen und andererseits die Tatsache, dass die alarmierenden Zahlen aus einer vom Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger in Auftrag gegebenen Studie bis dato nicht in die öffentliche Diskussion gelangt sind.

Während die PKM die Defizite zuletzt auf Basis der zur Verfügung stehenden Daten mit ca. 70.000 Kindern und Jugendlichen, die in Österreich keine Therapie erhalten, errechnet hatte¹, ergaben die Berechnungen für den Hauptverband, die sich auf ein umfangreicheres Zahlenmaterial stützen konnten, dass im Vergleich zu Deutschland fast 150.000 Kinder und Jugendliche keine Therapie erhalten, siehe http://www.hauptverband.at/mediaDB/973796_EBM_Kindergesundheit_2013.pdf

(Link bitte in Adressleiste ihres Browsers kopieren)

Wenig überraschend wurden diese Zahlen nicht aktiv in die Öffentlichkeit getragen. Da trotz dieser schier unglaublichen Dimension offenbar noch immer viele Verantwortungsträger nicht ausreichend alar-

miert sind, wollten wir dem nachhelfen. Leider war das Interesse der Presse eher gering, was vermutlich auch daran lag, dass im zeitlichen Zusammenhang mit dem Tag der Kinderrechte sehr viele Meldungen an die Presse ergingen und auch viel berichtet wurden. Und das ist ja wieder durchaus erfreulich.

Die Pressemappe der PK vom 19.11.2013 finden Sie auf www.polkm.org.

Empfehlungen

KIGGS-Studie

Unter <http://www.kiggs-studie.de/> können Sie eine Broschüre mit ersten Ergebnissen der KIGGS-Studie „Welle 1“ herunterladen. Sie enthält als Vorinformation Daten aus einer ersten Nachfolgebefragung 2009 bis 2012, die Basiserhebung erfolgte 2003 bis 2006. Die Publikation dazu soll 2014 nachfolgen.

Newsletter LBI-HTA



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Das Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment veröffentlicht laufend die frei zugänglichen Ergebnisse der Evaluation medizinischer Interventionen. Einen guten Überblick über Art und Ergebnisse der neuesten Untersuchungen findet man im Newsletter, den man auf der Homepage des Instituts abonnieren kann. Zuletzt wurden z.B. publiziert:

- Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen und
- Evaluierung von Mental Health Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen.

<http://hta.lbg.ac.at>

Kontakt, Informationsaustausch oder Beendigung der Zusendung unter office@polkm.org

Impressum:

Medieninhaber und Herausgeber Verein Politische Kindermedizin, 3100 St. Pölten, Defreggerstr. 6/17
E-Mail: office@polkm.org, Homepage:

www.polkm.org.

Für den Inhalt verantwortlich: Dr. Sonja Gobara, Dr. Rudolf Püspök.

Weitere Beiträge von: Prof.Dr. Reinhold Kerbl und Dr. Ernst Tatzer

Fotos: Rudolf und Gabriele Püspök

¹ Püspök R, Waldhauser F (2012) 70.000 Kinder und Jugendliche ohne Therapie, Pädiatrie und Pädologie 1/2012, 8-11



Resolution des Vereins

Politische Kindermedizin

2013

Die „Politische Kindermedizin“ fordert die österreichischen Politiker und Politikerinnen auf, sich vorrangig, uneingeschränkt und nachdrücklich für die Zukunft der nächsten Generationen einzusetzen und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die die Entwicklungsmöglichkeiten, die Gesundheit und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen nachhaltig verbessern.

Die Forderungen in der Übersicht

Umsetzung und Anwendung der von Österreich 2011 unterzeichneten europäischen Deklaration zu Child friendly health care (CFHC) nach den entsprechenden Guidelines in allen Gesundheits - Angelegenheiten von Kindern und Jugendlichen

A. Maßnahmen zur Verbesserung der Chancen auf Teilhabe in der Gesellschaft

- Uneingeschränkte Integration der Kinderrechte in die österreichische Verfassung
- Finanzierungskonzepte zur Verhinderung von Kinder- und Jugendarmut und ihrer Folgen, zeitlich verbindlicher Umsetzungsplan
- Gesundheitsförderung nach dem salutogenetischen Prinzip
- Förderung und Ausbau der Frühen Hilfen, insbesondere aufsuchender Hilfen
- Kostenfreiheit für alle etablierten Kindertherapien, insbesondere für die im ASVG der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Therapien
- Finanzierung von Gesundheitsleistungen nach den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien
- Vereinfachung der Administration von Gesundheitsleistungen – Schaffung von bedarfsorientierten One-stop-shops für Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen.
- Umsetzung der fertigen Pläne für die Kinder-Rehabilitation
- Umsetzung des Family Centered Care – Prinzips
- Beseitigung der eklatanten Versorgungsmängel im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Etablierung von Kompetenzzentren mit assoziierten Versorgungsnetzwerken für Kinder und Jugendliche mit seltenen, komplexen, diagnostisch und therapeutisch aufwendigen Erkrankungen (Schwerpunktsetzung hochspezialisierte Medizin)

B. Maßnahmen zur Förderung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen und deren Eltern bei gesundheitsrelevanten Entscheidungen

- Förderung und Ausbau von Maßnahmen zur Hebung der Gesundheitskompetenz der Eltern, Kinder und Jugendlichen
- Umfassende Verbesserung im Bereich ärztlicher Kommunikation
- Förderung und Ausbau mehrsprachiger Angebote
- Förderung von Jugendsprechstunden
- Schaffung entsprechender organisatorischer und struktureller Voraussetzungen

Die Forderungen im Detail

Präambel

Der Verein (früher Plattform) „Politische Kindermedizin“ veröffentlicht seit 2007 jährlich im Anschluss an seine wissenschaftliche Jahrestagung im Herbst eine Resolution, die auf den im Rahmen der Tagung gewonnenen Erkenntnissen basiert, und in der die österreichischen Politiker und Politikerinnen aufgefordert werden, Probleme einer Lösung zuzuführen, die für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen unseres Landes eine essentielle Bedeutung haben.

In Zeiten von mehr oder weniger großen wirtschaftlichen Krisen werden Entscheidungen auch über gesellschafts- und gesundheitspolitisch relevante Entwicklungen meist unter ökonomischen Gesichtspunkten getroffen und von einer kurzfristigen Finanzierbarkeit abhängig gemacht. Die „Politische Kindermedizin“ erinnert die Politikerinnen und Politiker sowie andere Entscheidungsträger daher nachdrücklich daran, dass sie nicht nur für die gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen mitverantwortlich sind, sondern insbesondere auch daran, dass eine langfristige positive Entwicklung unserer Gesellschaft – auch in ökonomischer Hinsicht – nur über eine Verbesserung der Bedingungen für die nächsten Generationen möglich ist.

Wir haben in den letzten Jahren 23 Problembereiche beschrieben und konkrete Vorschläge zu deren Lösung oder Verbesserung gemacht, siehe <http://www.polkm.org/docs.htm>. Die 7. Jahrestagung der Politischen Kindermedizin im November 2013 befasste sich mit dem Thema, „Partizipation in der Kinder- und Jugendmedizin - von der Versorgung zur Teilhabe“. Nahezu alle Punkte der Resolutionen der letzten Jahre betreffen direkt oder indirekt dieses Thema und sind damit unverändert aktuell. Viele der Forderungen der letzten Jahre finden sich somit auch in der vorliegenden Resolution.

Die Frage der Partizipation ist von zentraler Bedeutung für die nächsten Generationen und damit für die gesamthafte gesellschaftliche Entwicklung: wie können wir Kindern und Jugendlichen eine ihrem Entwicklungspotenzial und den tatsächlichen Bedürfnissen entsprechende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen und wie sichern wir in der Gesundheitsversorgung eine Entscheidungsteilhabe auf Basis einer größtmöglichen Gesundheitskompetenz von Kindern, Jugendlichen und deren Familien.

Im Folgenden werden Maßnahmen vorgeschlagen, die in mehreren Arbeitsgruppen im Rahmen der 7. Jahrestagung des Vereins „Politische Kindermedizin“ mit dem Fokus Partizipation in der Kinder- und Jugendmedizin erarbeitet wurden.

Umsetzung und Anwendung der von Österreich 2011 unterzeichneten europäischen Deklaration zu Child friendly health care (CFHC) nach den entsprechenden Guidelines in allen Gesundheits - Angelegenheiten von Kindern und Jugendlichen

CFHC stellt die Bedürfnisse von Kindern und Ihren Familien in den Mittelpunkt und berücksichtigt die 5 Prinzipien aus der UN-Kinderrechtskonvention: Partizipation – Gesundheitsförderung – Schutz vor gesundheitlichen Bedrohungen – Prävention – und Bereitstellung von notwendigen evidenzbasierten Angeboten auch über die traditionellen Gesundheitsleistungen hinaus (die richtige Intervention, beim richtigen Kind, vom richtigen Helfer, zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Platz, mit der richtigen Unterstützung und den richtigen Kosten).

[http://www.coe.int/t/dg3/children/publications/Childfriendly%20health%20care%20documents%20EN%20\(2\).pdf](http://www.coe.int/t/dg3/children/publications/Childfriendly%20health%20care%20documents%20EN%20(2).pdf) (Link bitte in Adressleiste ihres Browsers kopieren)

A. Maßnahmen zur Verbesserung der Chancen auf Teilhabe in der Gesellschaft

- **Uneingeschränkte Integration der Kinderrechte in die österreichische Verfassung**

Wesentliche Grundrechte von Kindern und Jugendlichen werden vernachlässigt: Kinder haben u. a. kein in der Verfassung abgesichertes Recht auf Gesundheitsvorsorge (Art. 24), soziale Sicherheit (Art. 26) oder ein Recht auf Bildung (Art. 28, 29). Die UN-Kinderrechtskonvention muss uneingeschränkt in die Österreichische Bundesverfassung integriert werden, wesentliche Rechte dürfen nicht beschnitten oder durch Erfüllungsvorbehalte wirkungslos gemacht werden.

- **Finanzierungskonzepte zur Verhinderung von Kinder- und Jugendarmut und ihrer Folgen, zeitlich verbindlicher Umsetzungsplan**

Kinderarmut ist die wesentlichste Ursache für verringerte Chancen in der Entwicklung, für schlechtere Gesundheit und schlechtere Bildung, Kinderarmut ist die Wegbereiterin von individueller und gesellschaftlicher Armut in der Zukunft. Ein Konzept zur Verhinderung von Kinderarmut muss verbindliche kurz- und mittelfristige Ziele definieren und konkrete Maßnahmen für ökonomisch vertretbare Zukunftsinvestitionen (adäquate Grundsicherung, barrierefreier Zugang zu Bildung und Gesundheitsvorsorge usw.) festlegen.

- **Gesundheitsförderung nach dem salutogenetischen Prinzip**

sowohl auf individueller als auch auf systemischer Ebene, sowie Präventionsmaßnahmen sind zu stärken. Lebensräume wie Gemeinde, Schule oder Kindergarten müssen gesundheitsförderlich gestaltet sein, die Stärkung der Eltern auf Augenhöhe und mit Respekt erfolgen. Die Bedürfnisse und Teilhabe der Familien stehen im Vordergrund wie in der CFHC vereinbart.

- **Förderung und Ausbau der Frühen Hilfen**

Früh einsetzende und besonders aufsuchende Hilfen stellen eine der sinnvollsten und auch ökonomisch wertvollsten Maßnahmen in der Primärprävention dar und können für gefährdete Gesellschaftsgruppen wesentlich zur Verbesserung der Chancen auf eine positive Entwicklung und Teilhabe beitragen. Der Ausbau dieser in besonderem Maß zukunftssträchtigen Leistungen ist rasch voranzutreiben. Dabei ist auf eine kompetente Koordination und Kontrolle unter Einbeziehung von Jugendwohlfahrt sowie Kinder- und JugendärztInnen und auf eine entsprechende Qualifikation der Leistungserbringer zu achten.

- **Kostenfreiheit für alle etablierten Kindertherapien, insbesondere für die im ASVG der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Therapien**

Derzeit müssen Familien z.B. entwicklungsrelevante Therapien für ihre Kinder – wie Physiotherapie, Ergotherapie, logopädische Therapie und Psychotherapie – bei niedergelassenen TherapeutInnen größtenteils selbst bezahlen und erhalten von den Krankenkassen nur einen Teil refundiert. Die den Familien verbleibenden hohen Selbstkosten führen neben einem zu geringen institutionellen Angebot dazu, dass in Österreich viel zu wenige Kinder und Jugendliche ihrem Bedarf entsprechend versorgt werden – mit oft fatalen Folgen für die Betroffenen und hohen Folgekosten für die Gesellschaft. Ein rascher Ausbau des Angebotes dieser und anderer etablierter Therapien wie z.B. Orthoptische Behandlung und Diätologische Beratung und Therapie als für die Familien kostenfreie Sachleistung ist dringend erforderlich

- **Finanzierung von Gesundheitsleistungen nach den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien**

Aufgrund der neuen Modelle von Krankheit und Gesundheit in ihrer bio-psycho-sozialen Bedingtheit muss die Verantwortung für die Finanzierung der Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen neu überlegt und klar definiert werden. Die Finanzierung ist von den verschiedenen Trägern und Partnern (Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungen, Kammern, Bildungsinstitutionen usw.) gemeinsam so zu gestalten, dass die notwendigen Leistungen den Betroffenen ohne bürokratischen Aufwand und aus einem Topf zur Verfügung gestellt werden.

- **Vereinfachung der Administration von Gesundheitsleistungen – Schaffung von bedarfsorientierten One-stop-shops für Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen**

Die Wege zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen wie z.B. diverse Therapien, Rehabilitationsmaßnahmen und –geräte oder Hilfsmittel sind für Eltern und Betreuer wegen unterschiedlicher Kostenträger oft langwierig. Dieser Prozess verzögert gerade im frühen Kindesalter die medizinisch notwendige möglichst frühe Behandlung und Versorgung. Die Einrichtung von so genannten One-stop-shops würde wesentlich zur Erleichterung der ohnehin schwer belasteten Familien und zu einer substanziellen Reduzierung des bürokratischen Aufwands und von Verwaltungskosten führen.

- **Umsetzung der fertigen Pläne für die Kinder-Rehabilitation**

Nach jahrelangen Bemühungen und Planungen auf Expertenebene ist es heuer gelungen, einen allseits akzeptierten Rehabilitationsplan für Kinder und Jugendliche zu erarbeiten. Dieser Plan konnte aber in letzter Konsequenz nicht umgesetzt werden, da die gemeinsame Finanzierung am Widerstand der Länder gescheitert ist. Somit wird Hunderten von Kindern und Jugendlichen weiterhin eine adäquate Rehabilitation vorenthalten. Wir fordern daher, offene Finanzierungsfragen möglichst rasch zu lösen, um weiteren Schaden von betroffenen Kindern und Jugendlichen abzuwehren. Die fertigen, flächendeckenden Pläne sind ohne weitere Verzögerung umzusetzen.

- **Umsetzung des Family Centered Care – Prinzips**

Kinder mit schweren chronischen Krankheiten überleben heute dank komplexer medizinischer Maßnahmen. Das derzeitige System bevormundet aber die Familien statt anzuerkennen, dass die Familie eine hohe Kompetenz für die Gesundheitsfragen ihrer betroffenen Kinder hat. Family-centered care stellt daher die Familie und nicht das Fachpersonal in das Zentrum von medizinischen Entscheidungen. Die Kinder und ihre Eltern sind als berufenste Entscheidungsträger zuständig für das gesundheitliche Management, da sie sowohl am meisten motiviert als auch kompetent sind. Family-centered care erfordert Umdenken und Umstrukturierungen im Gesundheitssystem. Nur ein informierter, als Entscheidungsträger ernst genommener Patient ist ein gut motivierter Patient.

Wir fordern daher Politiker und Gesundheitsverantwortliche auf, sich mit den Prinzipien der Family-centered care auseinanderzusetzen und die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen.

- **Beseitigung der eklatanten Versorgungsmängel im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Der allseits bekannte und beklagte Versorgungsmangel im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (in Österreich gibt es nur etwa 50% der benötigten Diagnose- und Therapieeinrichtungen) hat sich in den letzten Jahren nur regional (Niederösterreich) gebessert. In weiten Bereichen sind eklatante diagnostische und therapeutische Unterversorgung, Betten-, Informations- und Kompetenzmangel sowie unerfüllbare „Versorgungsaufträge“ die Regel. Wir fordern daher die Erstellung und Umsetzung flächendeckender, bedarfsorientierter und kompetenter Versorgungspläne, die Entbürokratisierung des Zugangs zu Mental Health Care und die Schaffung von zusätzlichen Ausbildungsplätzen in den Mangelfächern Kinder- und Jugendpsychiatrie und Ergotherapie.

Erstellung eines Konzepts für First Point Service im Mental-Health-Bereich unter Einbeziehung von nicht-ärztlichen Berufsgruppen und Schaffung von Gesundheitsberufen mit besonderer Ausbildung in Mental Health Care (z.B. mental health nurses, mental health workers) und unter besonderer Beachtung der Versorgung von ländlichen, meist benachteiligten Regionen. Dabei ist besonders auch auf die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie – auch in Form integrierter Modelle – einzugehen und sind existierende, funktionierende Einrichtungen für Psychosomatik zu berücksichtigen.

Ausbau bzw. Bereitstellung von spezifischen Fort- und Ausbildungsangeboten im Mental Health Bereich und Sensibilisierung von ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten.

- **Etablierung von Kompetenzzentren mit assoziierten Versorgungsnetzwerken für Kinder und Jugendliche mit seltenen, komplexen, diagnostisch und therapeutisch aufwendigen Erkrankungen (Schwerpunktsetzung hochspezialisierte Medizin)**

Ausgehend von bestehenden Strukturen und die aktuell tätigen Ärzte und Therapeuten unterstützend sollen für obige Patienten vernetzte Strukturen entwickelt werden, die einerseits die Einrichtungen für Diagnostik und Therapie, insbesondere wenn der Einsatz von hochspezifischen und kostspieligen Verfahren erforderlich ist, zentral zur Verfügung stellen und andererseits dezentral die qualifizierte Betreuung der Patienten und ihrer Familien ermöglichen. Hierbei ist insbesondere auf den tatsächlichen Bedarf und auf kontinuierliche Qualitätskontrolle nach internationalen Maßstäben zu achten.

Das Ziel ist die Qualitätssteigerung in der Betreuung und der effiziente Einsatz der finanziellen Mittel.

B. Maßnahmen zur Förderung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen und deren Eltern bei gesundheitsrelevanten Entscheidungen

- **Förderung und Ausbau von Maßnahmen zur Hebung der Gesundheitskompetenz der Eltern, Kinder und Jugendlichen**

Das Wissen um gesundheitsfördernde Lebensweise sollte schon verpflichtend in den Schulunterricht eingebaut werden. Eltern sollten in einem niederschweligen Angebot Zugang zu Schulungen für Ernährungs-, Pflege- und Erziehungsfragen erhalten (z.B. Ausbau des Angebots von Eltern-Kind-Zentren).

- **Umfassende Verbesserung im Bereich ärztlicher Kommunikation**

Verpflichtende standardisierte Ausbildung ähnlich internationalen Modellen in der Kommunikation mit Kindern im Rahmen des Medizinstudiums. Schaffung zusätzlicher Fortbildungsangebote für Ärztinnen und Ärzte im stationären und niedergelassenen Bereich für die Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen.

Im Rahmen der dzt. bestehenden Ausbildung Erweiterung des Angebots im Hinblick auf Partizipation, interdisziplinäre Kooperation auch mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen, Konfliktmanagement, Selbsterfahrung, kultur- und gendersensible Kommunikation sowie im Hinblick auf das Überbringen schlechter Nachrichten.

- **Förderung und Ausbau mehrsprachiger Angebote**

Partizipative Entscheidungsprozesse setzen die Möglichkeit eines Dialoges frei von sprachlichen Barrieren voraus. Die Umsetzung entsprechender Angebote in Institutionen und besonders in Praxen niedergelassener GesundheitsdienstleisterInnen übersteigen oft deren organisatorischen und ökonomischen Möglichkeiten. Entsprechende Förderungen bzw. unterstützende personelle Angebote wären geeignet, bestehende Sprachbarrieren zu verkleinern und so dem steigenden realistischen Bedarf an mehrsprachiger Kommunikation Rechnung zu tragen.

- **Förderung von Jugendsprechstunden**

Eine notwendige Verbesserung der derzeit schlechten Akzeptanz und Inanspruchnahme ärztlicher und anderer gesundheitsrelevanter Leistungen durch Jugendliche hängt ganz entscheidend von einem ihrem Alter und ihren Bedürfnissen entsprechenden Angebot ab. Dazu gehören neben dem Fachwissen der betreuenden Gesundheitsdienstleisterinnen adäquate räumliche und zeitliche Rahmenbedingungen. Die Einrichtung von eigenen Jugendsprechstunden sollte durch an den v. a. zeitlich erhöhten Aufwand angepasste Honorare gefördert werden.

- **Schaffung entsprechender organisatorischer und struktureller Voraussetzungen**

Partizipative Entscheidungsprozesse in der Medizin verbessern die Compliance und somit die Heilungschancen auf allen Versorgungsebenen. In Abhängigkeit von der jeweils notwendigen Versorgungsebene sind unterschiedliche strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen notwendig, um Partizipation zu ermöglichen und zu fördern. Konkrete Pläne sollten von einem Expertengremium erarbeitet werden.

Eine der wichtigsten Grundvoraussetzungen ist ein ausreichendes Zeitbudget für die betreuenden ÄrztInnen und anderen GesundheitsdienstleisterInnen. Gerade im Bereich der zentral wichtigen Primärversorgung bestehen hier große Defizite. Die Umsetzung neuer Praxismodelle im Rahmen der Gesundheitsreform wäre ebenso wichtig wie eine ausreichende Berücksichtigung und Aufwertung des Faktors Zeit.

Wien, 6.12.2013

Für die Politische Kindermedizin:

Prim. Dr. Sonja Gobara
(Obfrau)

Prim. Prof. Dr. Reinhold Kerbl
(Obfraustellvertreter)

Dr. Rudolf Püspök
(Schriftführer)

Ziele der Politischen Kindermedizin

- Stärkung des Bewusstseins für die gesellschaftliche Verantwortung in der Kindermedizin
- Aufzeigen und Veröffentlichen von Defiziten und deren Ursachen in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Einsatz für die Behebung solcher Mängel – auch mit politischen Mitteln