

Bericht

zur PG-6 (Kindergesundheit) des Kinderrechte-(Monitoring)-Board im BMFJ

(betreffend Zeitraum 11.3.2013 - 3.11.2014)

„Eine Gesellschaft, die zukunftsfähig sein will, ist auf die Gesundheit ihrer Kinder dringend angewiesen. Bestmögliche Förderung der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit von Anfang an gehört zu den Grundrechten aller Kinder.“

Präambel

Der hier nun vorliegende Bericht der **Projektgruppe 6 (Kindergesundheit)** wurde auf Grundlage des Anbots der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit vom 27.6.2016 und der Auftragserteilung des BMFJ vom 26.5.2017 erstellt. Er berichtet über den Zeitraum der Projektgruppenleitung durch die Kinderliga von 11.3.2013 bis 3.11.2014.

Die PG-6 wurde für den Themenbogen „Kindergesundheit“ in der 2. (inaugurativen) Sitzung des Kinderrechte-Monitoring-Boards (KRMB) am 11.3.2013 konstituiert. Die operative Federführung wurde Prim. Dr. Klaus Vavrik, Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, übertragen.

Die Arbeitsgruppe hielt bis 30.4.2014 vier Sitzungen ab. Ein Zwischenbericht wurde im Plenum am 3.11.2014 präsentiert. Es waren zu diesem Zeitpunkt viele Vorbereitungs- und Abstimmungsprozesse zu einem großen Teil der überantworteten Themen geleistet worden, und es wäre nun die Phase der Erstellung von Berichten und Empfehlungen sowie Eröffnung der letzten Themenfelder gekommen. Da die hierfür im Vorfeld in Aussicht gestellten finanziellen Ressourcen seitens des Ministeriums aber nicht zu Verfügung gestellt werden konnten, wurde die Weiterarbeit ausgesetzt. Die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit hat daraufhin den Vorsitz und die operative Federführung der PG-6 zurückgelegt.

Die Leitung der Projektgruppe scheint zwischenzeitlich nicht neu besetzt worden zu sein, jedenfalls wurde seit diesem Zeitpunkt keine weitere Arbeitssitzung einberufen. In einer Plenums-Sitzung zur Neufassung der Statuten im April 2016 wurde von Seiten BMFJ ein neuerlicher Anlauf zur Erstellung von Berichten unternommen und die Finanzierung der dafür erforderlichen Arbeit zugesagt. Die Kinderliga wurde ersucht, dieses Produkt zu erstellen. Daher haben wir - mit dem bedauerlichen zwischenzeitlichen Verlust von 1,5 Arbeitsjahren - ein Anbot gelegt, über unsere aktive Zeit der PG-Leitung einen Bericht zu verfassen, und eine entsprechende Beauftragung erhalten.

Wien, Juli 2017

Einleitung

Der „Ausschuss für die Rechte des Kindes“ (siehe UN-Übereinkommen über die Rechte des Kindes) hat zu seiner 61. Session (17.9. – 5.10.2012) Vertreter der österreichischen Administration zu einer „Erörterung der von den Vertragsstaaten vorgelegten Berichte gemäß Artikel 44 des Übereinkommens“ eingeladen. Dies erfolgte auf Grund des vorweg übermittelten „Staatenberichtes“ sowie des von NGO's verfassten und über die National Coalition (Netzwerk Kinderrechte) koordinierten „Schattenberichtes“ an den UN-Kinderrechteausschuss.

Die daraus hervorgegangenen „Abschließenden Bemerkungen des UN-Kinderrechteausschusses 2012 für Österreich“ (Concluding Observations) waren der politische Hintergrund für die Errichtung eines Kinderrechte-(ehem. Monitoring)-Boards (KRMB) im Bundesministerium für Familie und Jugend.

Für die Abarbeitung der verschiedenen Themenbereiche wurden Projektgruppen eingerichtet, so auch die PG-6 für den Themenbogen „Kindergesundheit“. Als Referenzpunkte für die inhaltliche Arbeit wurden aus jenen Concluding Observations die Absätze 29, 30 und 46 – 51 definiert. Die entsprechenden Texte werden bei den zugehörigen Themenfeldern ausgewiesen.

Aktiv teilnehmende Mitglieder der PG-6 waren im genannten Arbeitszeitraum:

Klaus Vavrik	Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (Vorsitz)
Petra Lehner	Bundesministerium für Gesundheit
Robert Griebler	Gesundheit Österreich GmbH
Astrid Liebhauser	KIJA Kärnten
Brigitta Schmidsberger	Amt für Soziales, Jugend und Familie
Ulrike Schulz	Zentrum für Entwicklungsförderung, WISO
Karl Zwiauer	Kinder- und Jugendabteilung, Klinikum St. Pölten
Renate Mitterhuber	Lehrhebamme, Stillberaterin, Psychotherapeutin
Ursula Gessner	Österreichisches Hebammengremium
Gerlinde Feichtlbauer	Österreichisches Hebammengremium
Katharina Kruppa	Baby Care Ambulanz, Preyer'sches Kinderspital
Astrid Holubowsky	Sektion BFH, Öster. NW gesundheitsfördernder KH
Claudia Klier	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde
Marete Tschokert	Bundesjugendvertretung
Brigitte Hackenberg	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde
Thomas Frischer	
i.v. Astrid Käfer	Kinder- und Jugendabteilung, Wilhelminenspital
Christina Dietscher	Ludwig Boltzmann Society Ltd.

Die Thematik „**Systematisches Kindergesundheitsdaten-Monitoring**“ wurde vom Plenum und der zentralen Leitung des Boards gleich zu Beginn an die PG-1 („Daten“) delegiert und überantwortet.

Zu den Themenfeldern „**ADHS**“, „**Babyklappe/Anonyme Geburt/Recht auf Wissen um seine Herkunft**“ sowie „**Stillraten/Vermarktung Muttermilchersatz/Baby-Friendly Hospitals**“ fanden Sitzungen und Abstimmungsprozesse statt. Zu diesen Bereichen können daher auch zusammenfassende Texte der inhaltlichen Arbeit erstellt werden.

Diese sind eine Zusammenstellung aus Protokollen und Diskussionsbeiträgen aus den Projektgruppensitzungen sowie aus Texten, welche von Mitgliedern der PG dem Board zu Verfügung gestellt worden sind. Textpassagen aus diesen Quellen sind auszugsweise – z.T. wortgetreu - eingeflossen und werden nicht extra kenntlich gemacht. Texte von externen Personen hingegen werden gesondert kenntlich gemacht (*kursiv*) und diese namentlich genannt.

Der Themenbogen „**Sucht- u. Lebensstilerkrankungen/Depression/dysfunktionale Familien**“ ist auf Grund der Arbeitsunterbrechung nicht mehr innerhalb der PG-6 bearbeitet worden. Es kann jedoch ein Praxisbericht der erfolgreichen Entstehungsgeschichte der „Frühen Hilfen“ in Österreich verfasst werden. Die Kinderliga war hierfür ja Impulsgeber und als eine der Trägerorganisationen der Umsetzungs-Modellprojekte am Aufbau zentral beteiligt.

Weitere Themenfelder, welche von Mitgliedern der PG-6 als wesentliche Topics genannt, aber ebenfalls nicht mehr bearbeitet worden sind, waren:

- Gesundheitsförderung (v.a. im Setting Bildungswesen)
- Reproduktionsmedizin
- Qualitätssicherung: zertifizierte Kinder- und Jugendlichen-Qualifikation für alle therapeutisch tätige Berufsbilder
- Berufsübergreifende, interdisziplinäre Netzwerkarbeit
- Diagnostisch-therapeutische Versorgungslage
- Rehabilitation

Hierzu kann ein kursorischer Übersichtstext erstellt werden.

Empfohlen wird dem BMFJ, die Texte zu den Themenfeldern 1-3 vor einer Verwertung für den Staatenbericht oder einer eventuellen Veröffentlichung einem Konsensusprozeß innerhalb der ehemaligen Mitglieder der PG-6 zu unterziehen.

Themenfeld 1

ADHS – Aufmerksamkeitsdefizits-Hyperaktivitäts-Syndrom

Aus den „Abschließenden Bemerkungen des UN-Kinderrechteausschusses 2012“:

46. Während der Ausschuss die hohe Qualität der pädiatrischen Versorgung zur Kenntnis nimmt, ist er über das Fehlen einer systematischen Überprüfung der Kindergesundheit besorgt. Ebenfalls besorgt ist er über die zu hohe Verschreibung von Medikamenten wie Ritalin für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefiziten und Hyperaktivitätsstörungen.

47. Der Ausschuss empfiehlt, der Vertragsstaat möge ein landesweites System für die Überprüfung des Zustands der Kindergesundheit einrichten. Auch empfiehlt er, dass der Vertragsstaat das Phänomen der übermäßigen Verschreibung von Psychostimulanzien für Kinder sorgfältig prüfen und Initiativen ergreifen möge, um Kindern mit diagnostizierten Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts-Störungen ebenso wie deren Eltern und Lehrern Zugang zu einer breiten Palette von psychologischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen und Behandlungen zu bieten.

Diskussion und Prozess:

Auf die Empfehlung, „ein landesweites System für die Überprüfung des Zustands der Kindergesundheit einzurichten“, wird im letzten Kapitel dieses Berichts eingegangen.

Um die Frage der „übermäßigen Verschreibung von Psychostimulanzien für Kinder“ einer genaueren, von medizinischen oder industriellen Interessen unabhängigen Überprüfung zuzuführen, wurde seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) über den Weg des Obersten Sanitätsrates schon Anfang 2012 eine Expertengruppe beauftragt die Thematik näher zu beleuchten und gegebenenfalls Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Der entsprechende Bericht wurde im März 2013 veröffentlicht (Bundesministerium für Gesundheit. AD(H)S Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung Bericht. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, 2013.).¹

In Österreich lagen bis dahin leider keine epidemiologischen Daten zur Prävalenz sowie Diagnostik und Therapie von AD(H)S vor. Auf eine Anfrage des Bundesministeriums für Gesundheit beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurden für diese Überprüfung nun patientenbezogene Daten zur medikamentösen Versorgung mit Präparaten, die die Wirkstoffe Methylphenidat bzw. Atomoxetin enthalten, erhoben. Es wurde allerdings nur der niedergelassene Bereich erfasst. Die von den 13 großen Sozialversicherungsträgern (9 Gebietskrankenkassen, BVA, SVA, SVB, VAEB) zur Verfügung gestellten Daten wurden bei der BGKK zusammengeführt und analysiert.

Die verfügbaren Analysenparameter waren:

- Medikamentenversorgung mit Methylphenidat oder Atomoxetin in den Jahren 2008 bis 2011 (mit gering unterschiedlicher Datenverfügbarkeit der SV-Träger)

¹ Teile des OSR-Berichts werden hier mit freundlicher Genehmigung auszugsweise übernommen; der

- Alter und Geschlecht der Patienten
- Beginn und Ende der AD(H)S-Therapie mit Methylphenidat oder Atomoxetin im Analysenzeitraum 2008 bis 2011
- Definierte Tagesdosen, Packungen und Kosten pro Patient und Jahr

Die Erhebung² entsprach de facto einer Vollerhebung für Österreich im niedergelassenen Bereich und enthält die Abrechnungsdaten von über 98 % der Einwohner. Nicht inkludiert in die Analyse sind die Versicherten der Betriebskrankenkassen mit ca. 50.000 Versicherten, die Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten und die Nichtversicherten.

Es fanden sich 13.699 Patienten, die zwischen 2008 und 2011 mit den genannten Wirkstoffen auf Kosten eines Sozialversicherungsträgers versorgt wurden. Davon haben 1.012 Patienten (7,4%) bei mehreren Sozialversicherungsträgern AD(H)S-Medikamente bezogen. Durch die Verfügbarkeit pseudonymisierter Daten konnte aber eine fehlerhafte Darstellung durch Mehrfachzählung von identen Patienten vermieden werden.

Die Anzahl der medikamentös versorgten Patienten verhielt sich wie folgt:

2008: 6.066 Patienten

2009: 7.499 Patienten (gegenüber dem Vorjahr +19% m, + 27% w)

2010: 8.225 Patienten (gegenüber dem Vorjahr + 8% m, + 15% w)

2011: 8.171 Patienten (gegenüber dem Vorjahr 1% m, +4% w)

Die Patientenzahlen zeigten mit 20 % im Jahr 2009 einen ungewöhnlich hohen Anstieg, der sich in den Folgejahren abflachte. Dies könnte mit der Aufnahme der retardierten Formen von Ritalin in den Erstattungskodex im Jahr 2009 zusammenhängen, unter der Annahme, dass mit der Markteinführung ein verstärktes Marketing des Anbieters verbunden war.

Das Gesamtverschreibungsniveau lag in Österreich jedoch in einem moderaten Bereich und insgesamt deutlich niedriger, als in vergleichbaren europäischen Ländern.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung zeigte grundsätzlich den bekannten männlichen Überhang, aber auch einen Trend einer Steigerung des Anteils weiblicher Patientinnen sowie geschlechtsspezifische Unterschiede in der Altersverteilung. Bei den männlichen Patienten waren 90% unter 27 Jahre alt und bei den weiblichen wurde die 90% Grenze erst bei 47 Jahren überschritten. Auch die Relation männlicher zu weiblicher Patienten von 5:1 bei den Jugendlichen nivellierte sich auf ein Geschlechterverhältnis von 1:1 bei den über 35-Jährigen.

Die Verteilung der ärztlichen Verordnungen von Methylphenidat oder Atomoxetin durch Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerinnen bzw. Fachärzte/Fachärztinnen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendheilkunde) für die Jahre 2008 und 2010 verhielt sich wie folgt: AM 0-14 J: 18530 - FA 0-14 J: 15166.

Allerdings ist hierbei zu betonen, dass es in diesem Beobachtungszeitraum nur wenige und zumeist privatmedizinisch ordnende niedergelassene KJP-FÄ in Österreich gab. Erst in den letzten Jahren kam es in OÖ, NÖ und Wien zu einer deutlichen Ausweitung

² Erhebung der Versorgungsdaten, DI Berthold Reichardt/Burgenländische Gebietskrankenkasse, BGKK, Eisenstadt, 7. Mai 2012

von kinder- und jugendpsychiatrischen kassenärztlichen Angeboten. Die fachärztliche Verschreibung im Untersuchungszeitraum erfolgte daher möglicherweise hpts. über Institutionen, mit einer vermutlichen Weiterverordnung durch Allgemeinmediziner und Medizinerinnen. Diese Hypothese kann aber nicht mit Daten unterlegt werden.

Die Marktdaten zeigten, dass die Abgabemengen von Methylphenidat in den Jahren 2009 bis 2011 steigende Tendenz aufwiesen. Marktführend war hier Ritalin. Bemerkenswert ist insbesondere der Trend zu höheren Dosierungsformen, was ein Hinweis auf einen verstärkten Gebrauch auch in der Erwachsenenmedizin sein könnte. Der Marktanteil von Atomoxetin-hältigen Arzneispezialitäten ist im Vergleich zu Methylphenidat wesentlich geringer. Ebenso ist der Anstieg in Zeitraum zwischen 2009-2011 insgesamt geringer. Auch lässt sich keine so ausgeprägte Verschiebung zu höher dosierten Darreichungsformen feststellen.

Als ergänzende Information wurde erhoben, dass dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) im Mai 2012 insgesamt 6 Nebenwirkungs-Fallmeldungen zu Ritalin-hältigen Arzneispezialitäten aus Österreich vorlagen. Betroffen waren Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 10 und 19 Jahren. Alle Reaktionen waren als erwartet gemäß der Fachinformation einzustufen.

Im Zusammenhang mit Atomoxetin lagen insgesamt 28 Fallmeldungen vor. Betroffen waren Patienten im Alter zwischen 7 und 55 Jahren. Lediglich 2 dieser Fälle waren als unerwartet gemäß Fachinformation einzustufen: es handelte sich um periphere Durchblutungsstörungen, die ambulant therapiert wurden. Der Ausgang wurde als komplette Erholung berichtet.

In Relation zu den steigenden Verordnungs- bzw. Abgabemengen ist die Fallzahl von Nebenwirkungsmeldungen für beide Wirkstoffe daher vergleichbar gering und über den Zeitraum 2009 bis 2011 fallend.

Resümee und Empfehlungen:

Aus den vorliegenden Daten aus 2008-2011 über die ärztliche Verordnung von Psycho- stimulantien in Österreich ist **keine quantitativ übermäßige Verschreibungspraxis** zu erkennen. Das Gesamtniveau ist im europäischen Vergleich moderat. Der Anstieg von 2008-09 ist vermutlich durch die Markteinführung neuer retardierter Verabreichungs- formen zu begründen und hat sich in den nächsten Jahren wieder deutlich abgeflacht. Bemerkenswert war hingegen eine kontinuierliche Verschiebung hin zu weiblichen Patientinnen und zu höheren Dosierungsformen. Zweiteres dürfte darauf hindeuten, dass im Beobachtungszeitraum ADHS auch in der Erwachsenenmedizin zunehmend Beachtung fand.

Grundsätzlich empfohlen wird jedenfalls ein **breiter multidisziplinärer Ansatz in der Diagnostik und Therapie von ADHS**.

Eine einseitig biologische Perspektive und demzufolge alleinige medikamentöse Therapie entspricht weder den Erfordernissen der zumeist sehr heterogenen Ursachen- konstellation noch international-wissenschaftlichen Standards. Es gilt den intervention- ellen Stufenplan (Information-Psychoedukation-Verhaltensmodifikation-Medikation) zu beachten und in das Behandlungskonzept jedenfalls auch psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen zu integrieren. Dieser Anspruch ist sachgerecht vor allem in einem **integrativen Versorgungskonzept mit einem multidisziplinärem Team** zu

leisten. Davon, wie auch von entsprechenden flankierenden psychosozialen und pädagogischen Maßnahmen (etwa im Bildungswesen) sollte mehr und vor allem auf Grundlage einer konkreten bedarfsorientierten Versorgungsforschung zu Verfügung gestellt werden.

Diese Haltung wird auch von der **österreichischen Experten-Community** unterstützt, was durch zwei Konsenspapiere zum Ausdruck kommt:

Aus: „Standards zur Diagnostik und Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung - AD(H)S im Kindes- und Jugendalter“, Vavrik et al., 2005:

„Dem Störungsbild des AD(H)S liegt oftmals eine multifaktorielle Genese zugrunde und das Bild selbst weist keine scharfe und sichere Entität auf. Darüber hinaus gibt es eine Fülle von Differenzialdiagnosen, welche eine phänomenologisch ähnliche Symptomatik hervorrufen können. Eine gesicherte Diagnose ist daher nur auf Grundlage einer mehrdimensionalen Abklärung im Sinne einer multiaxialen Diagnostik zu stellen. Eine solche mehrdimensionale Abklärung hat in jedem Fall die biologische, psychische und soziale Entwicklungsdimension des Kindes zu berücksichtigen und auf fachlich qualifiziertem Niveau zu untersuchen. Ein gut funktionierendes interdisziplinäres Netzwerk ist unabdingbar für die Diagnostik und Behandlung von AD(H)S bzw. Kindern u. Jugendlichen mit hyperaktivem Verhalten! Aufgabe dieses Netzwerkes aller mit dem Kind befassten Professionen ist es einen integrativen Behandlungsplan zu erstellen und diesen in regelmäßigen Abständen gemeinsam mit Eltern und Kind zu evaluieren.“

sowie:

aus der Zusammenfassung des Konsensus-Statement ADHS, Hackenberg et al., 2012:

„Zur Behandlung der ADHS ist in jedem Lebensalter ein multimodales Konzept notwendig, das Psychoedukation, Psychotherapie (vor allem Verhaltenstherapie), Elterntraining, medikamentöse Therapie und Ergotherapie umfasst. Das Kind bzw. der Jugendliche mit ADHS benötigt Unterstützung nicht nur im familiären, sondern auch im schulischen Umfeld. Die medikamentöse Behandlung der ADHS soll nur einen Teil der Therapie darstellen.“

Empfohlen wird weiterhin, dass die **Indikationsstellung einer medikamentösen Therapie durch einen Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder durch einen Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde** (vorzugsweise mit entwicklungs- und sozialpädiatrischer oder neuropädiatrischer Zusatzqualifikation) erfolgen sollte. Ein qualitätsvoller Umgang durch z.B. regelmäßige Evaluation des Therapieverlaufs ist auch im Laufe der langfristigen Weiterbehandlung unabdingbar.

Eine **regelmäßige, einschlägige Fort- und Weiterbildung** der verschreibenden ÄrztInnen ist anzustreben. Für PsychologInnen und PsychotherapeutInnen ist eine spezielle Weiterqualifikation im Bereich des Kinder- und Jugendalters Voraussetzung für eine gelingende Behandlung. Eine gezielte und spezifische Information auch anderer von der Thematik betroffenen Berufsgruppen über Häufigkeit und Therapie von AD(H)S wird empfohlen.

In der **alltäglichen Versorgung** ist seit dem letzten Staatenbericht doch so manches gelungen. Vor allem durch bewusstseinsbildende und medienöffentliche Aktivitäten der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit wurde vielerorts durch Sozialversicherungen und Länder dem allgemeinen, erheblichen Versorgungsmangel entgegengewirkt und sowohl multidisziplinäre, entwicklungs- und sozialpädiatrische Einrichtungen wie auch neue kassenfinanzierte Ordinationen für Kinder- und Jugendpsychiatrie geschaffen.

Dennoch ist die Situation in vielen Regionen noch nicht zufriedenstellend und der reale Versorgungsmangel groß. Es gibt zum Teil monatelange Wartezeiten auf therapeutische Angebote oder im näheren Einzugsgebiet oft nur privat vorzufinanzierende Leistungen.

Beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde ein **Monitoring der weiteren Verschreibungszahlen für Psychostimulantien** angeregt. Es fanden zwei Sitzungen zur Schaffung von entsprechenden Grundlagen statt. Ob diese Anregung umgesetzt wurde, ist derzeit leider nicht bekannt, wäre aber sehr zu begrüßen.

Insbesondere kommt aber vor allem den **präventiven Maßnahmen** in der frühen Kindheit große Bedeutung zu. Da ja – wie aus der neurobiologischen Forschung bekannt – die ersten Lebensmonate der Kindheit eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Struktur und Funktionalität des Gehirns einnehmen, sollte bereits während der Schwangerschaft und Säuglingszeit zur Reduktion von unangemessenen und Gesundheits-schädlichen Stressbelastungen von Eltern und Kind ein psychosozial-präventives Angebot, wie etwa „Frühe Hilfen“ zu Verfügung stehen.

Die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit hat hierzu 2011 eine erste Tagung und Pressekonferenz abgehalten und von 2013 – 2015 in einem Projektverbund mit regionalen Sozialversicherungen (WGKK, NÖGKK, OÖGKK, StGKK, KGKK) Modellprojekte in fünf Bundesländern initiiert und umgesetzt.

Auf Grund der sehr erfolgreichen Erfahrungen wurde das Frühe-Hilfe-Programm darauf österreichweit von den sgn. „Vorsorgemittel“ übernommen und soll in näherer Zukunft flächendeckend ausgebaut werden. In der „Gesundes Österreich GesmbH“ wurde ein „Nationales Zentrum Frühe Hilfen Österreich“ errichtet, um übergeordnete Strategien und Standards zu entwickeln und regionalen Frühe-Hilfe-Netzwerken beim Aufbau zu unterstützen.

Themenfeld 2

Stillraten/Vermarktung Muttermilchersatz/Baby-Friendly Hospitals

Aus den „Abschließenden Bemerkungen des UN-Kinderrechteausschusses 2012“:

48. Der Ausschuss ist besorgt über die niedrige Rate des ausschließlichen Stillens in den ersten sechs Monaten und das Fehlen eines Mechanismus für die systematische Überwachung von Verstößen gegen den Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatz. Der Ausschuss ist ferner besorgt über die geringe Zahl der Krankenhäuser, die als babyfreundlich zertifiziert sind.

49. Der Ausschuss empfiehlt dem Vertragsstaat:

- (a) Verstärkung seiner Bemühungen um Bewusstseinsbildung im Hinblick auf die Wichtigkeit des Stillens und Förderung des ausschließlichen Stillens von Kindern bis zum Alter von sechs Monaten;
- (b) Verstärkung der Überwachung der bestehenden Marketingvorschriften in Bezug auf Muttermilchersatz und Gewährleistung, dass solche Regelungen regelmäßig überwacht und Maßnahmen gegen diejenigen ergriffen werden, die gegen diese Bestimmungen verstoßen; und
- (c) Erhöhung der Zahl der Geburtskliniken, welche die erforderlichen Standards erfüllen und als babyfreundlich im Sinn der Baby-Friendly-Hospital-Initiative (BFHI) zertifiziert werden.

Diskussion und Prozess:

Vorausgeschickt sein, dass in der folgenden Diskussion trotz zum Teil divergenter inhaltlicher Positionen zum Einsatz von Muttermilch-Ersatzprodukten die positiven, biologisch wie psychisch-gesundheitlichen Langzeitwirkungen des Stillens für Mutter und Kind einerseits wie auch die Unantastbarkeit des freien Willens der Mutter auf Grundlage einer gut informierten Entscheidung andererseits für alle Beteiligten außer Frage stehen.

Aus der letzten österreichischen Stilldatenerhebung 2006 ist bekannt, dass etwa 90% der Mütter zwar nach der Geburt zu stillen beginnen, die Stillrate nach den ersten drei Lebensmonaten dann noch bei 72,4% (60% voll gestillt) liegt, nach sechs Monaten jedoch auf einen Wert von nur mehr 55% (lediglich 9,7% voll gestillt) abfällt. Demgegenüber gelingt es skandinavischen Ländern das Niveau bei etwa 80% bis zum sechsten Lebensmonat und darüber hinaus zu halten.

Defizite und damit mögliche Ursachen für die suboptimale Stillrate werden in den Bereichen

- der allgemeinen, öffentlichen Bewusstseinsbildung,
 - des spezifischen Wissens auch von mit Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit befassten Berufsgruppen sowie
 - einer qualifizierten Nachbetreuung
- gesehen.

Als wenig hilfreich hat sich die früher erhebliche Polarisierung der in Österreich geführten Diskussion zwischen "ausschließlichem Stillen" einerseits und der Zulassung von Beikost andererseits erwiesen. Dieser Diskurs ist häufig – vor allem in den Medien – nicht auf einer rational-fachlichen Ebene („Was ist gut für Mutter und Kind.“) geblieben, sondern in einen irrationalen Lager- und Ideologiestreit abgeglitten (exemplarisch: „Der hohe Preis fürs Stillen um jeden Preis“; 3. Juni 2012; derstandard.at). „Frauenrechte versus Kinderrechte“ oder die unterschwellige Botschaft „Gute Mutter – schlechte Mutter“ wirken spaltend und tragen nicht zu einer freien Entscheidungsfindung „in the best interest of the child“ bei.

Eine sachliche, Experten-basierte öffentliche Meinungsbildung hingegen hat häufig gefehlt. Es gab etwa eine Stillbroschüre des BMG, die Website des Programms "Richtig essen von Anfang an!" (seit 2008 eine Kooperation zwischen der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) oder den „Nationalen Aktionsplan Ernährung“ (NAP.e 2013), aber breitenwirksame Aktivitäten blieben rar.

Auch objektive Daten – wie etwa die obengenannte Stilldatenerhebung 2006 – wurden nicht weitergeführt oder monitorisiert, weshalb heute wenig seriöse Information über Trends und Entwicklung des Stillens in Österreich vorliegt.

Studien zeigen klar, dass Informationen und Unterstützung in der Geburtsvorbereitung sowie in der Geburtsklinik entscheidend dazu beitragen, ob Mütter diese Entscheidung treffen und wie lange sie letztlich stillen. Die Qualität der vermittelten Informationen und die Entscheidung hängen wiederum stark von der Ausbildung des geburtshilflichen Personals ab. WHO und UNICEF haben daher mit der Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) ein internationales Zertifizierungsprogramm entwickelt, das die entsprechende Qualifizierung geburtshilflichen Personals und die Veränderung der geburtshilflichen Praxis ins Zentrum stellt.

Aktuell sind in Österreich lediglich knapp 19% der Einrichtungen als Baby-friendly zertifiziert, d.h. nur in diesen Einrichtungen wird das Stillen umfassend gemäß evidenzbasierten internationalen Standards gefördert, und nur in diesen Einrichtungen ist einigermaßen sichergestellt, dass das geburtshilfliche Personal ausreichend geschult ist, um Mütter gut beim Stillen unterstützen zu können.

Einer der Gründe für die nicht zufriedenstellenden Stillraten dürfte also auch die unzureichende Förderung des Stillens in österreichischen geburtshilflichen Einrichtungen sein.

Das BMG hat daher bereits 2010 eine Eingliederung der bis dahin in Österreich von engagierten Einzelpersonen getragenen BFHI-Bewegung in das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) angeregt. Das ONGKG ist ein gemeinnütziger Verein und repräsentiert das österreichische Sub-Netzwerk des 1990 von der WHO gegründeten internationalen Netzwerks „Health Promoting Hospitals“. Hauptziel des ONGKG ist die Unterstützung österreichischer Gesundheitseinrichtungen in der Implementierung und Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderung für PatientInnen, MitarbeiterInnen und die regionale Bevölkerung. Die Ziele des ONGKG sind daher sehr gut mit BFHI kompatibel.

Mit Unterstützung des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger und des Fonds Gesundes Österreich wurde 2010/11 im ONGKG eine Sektion „Baby-friendly Hospitals“ geschaffen, die seither in Österreich für die kontinuierliche Betreuung BFHI-zertifizierter Einrichtungen und für die Koordination von Re- und Neuzertifizierungen zuständig ist. Von 2011-2013 koordinierte die Sektion ein aus Vorsorgemitteln des Bundes finanziertes Roll-Out der Baby-friendly Hospitals-Bewegung in Österreich. In diesem Kontext konnten 6 Re- und 5 Neuzertifizierungen vorgenommen werden, 2014 wurde bereits eine weitere BFHI-Neuzertifizierung durchgeführt. Aktuell haben 16 österreichische Geburtshilfen den BFHI-Status. Während zu Beginn des Roll-Out 15% der jährlichen österreichischen Geburten in einem BFHI durchgeführt wurden, sind es inzwischen knapp 20%.

Durch die Sektion und das Roll-Out ist es auch gelungen, eine dauerhafte Infrastruktur für BFHI in Österreich zu etablieren, sodass die Bewegung auch längerfristig unterstützt werden kann. Diese umfasst u.a.

- Eine klare Anlaufstelle für Fragen und interessierte Einrichtungen
- Regelmäßige Informationen für österreichische geburtshilfliche Einrichtungen
- Tool-Box für die Zertifizierungsvorbereitung
- Klar geregelter Zertifizierungsablauf
- Qualifizierung von BFHI-GutachterInnen
- Öffentlichkeitsarbeit auch für Mütter (z.B. BFHI-Announce in der Begleitbroschüre zum österreichischen Mutter-Kind-Pass)
- Anbindung an die internationale BFHI-Bewegung

(siehe <http://www.ongkg.at/baby-friendly.html>)

Die BFHI hat in Österreich durch das Roll-Out zwar neue öffentliche Aufmerksamkeit gewonnen und einen Wachstumsschub erfahren - und diese Entwicklung scheint sich aktuell fortzusetzen, aber das Engagement der österreichischen Krankenhäuser für BFHI ist dennoch keineswegs gesichert. So haben sich etwa während des Roll-Out zwei bereits zertifizierte Einrichtungen aufgrund des mit der Zertifizierung verbundenen Aufwands und der Kosten gegen eine Verlängerung ihres Engagements für BFHI entschieden.

Die Teilnahme eines Krankenhauses an der Baby-friendly Hospitals Initiative beruht auf Freiwilligkeit. Hauptmotivation von Krankenhäusern, sich der Initiative anzuschließen, sind die ethische Haltung des Personals und teilweise auch die Erwartung eines gewissen Wettbewerbsvorteils. Anreize seitens des Gesundheitssystems bzw. der Gesundheitspolitik fehlen jedoch.

So sind sämtliche Kosten für eine BFHI-Zertifizierung (insbesondere Schulungen des Personals, Honorare für GutachterInnen) von der Einrichtung selbst zu tragen. Dies stellt in wirtschaftlich herausfordernden Zeiten ein Haupthindernis für die Beteiligung von Krankenhäusern an der Initiative dar.

Hinzu kommt, dass das Stillen in den Ausbildungs-Curricula von KinderärztInnen, GynäkologInnen und Kinderkrankenpflegepersonen eine unzureichende Rolle spielt und daher von den Angehörigen dieser Berufsgruppen als vergleichsweise nachrangig behandelt wird.

Teilweise wird die Förderung des Stillens auch als mütterfeindlich eingeschätzt: so werden etwa Aspekte wie das 24h-Rooming-In und das Stillen nach Bedarf, die zu den BFHI-Kriterien gehören, von nach der Geburt erschöpften und Erholung suchenden Müttern teilweise abgelehnt. Da die Geburtshilfen vor allem im städtischen Bereich zu den wenigen Einrichtungen des Gesundheitswesens gehören, die auch im österreichischen Sozialversicherungssystem einem gewissen Wettbewerb unterliegen, bemühen sich Einrichtungen, den (vermuteten) Wünschen und Anforderungen von Müttern nachzukommen. Dies trifft insbesondere auch für private Einrichtungen zu.

Problematisch ist weiters, dass es kein bundesweites Monitoring der Stilldaten im Krankenhaus gibt, sodass ein Benchmarking zwischen den Einrichtungen fehlt und kein Anreiz besteht, bestimmte Stillraten zu erreichen. Entsprechende Daten sind nur für die Baby-friendly Hospitals bekannt, die im Kontext ihrer alle vier Jahre erforderlichen (Re-)Zertifizierungen ihre Stillraten mit einem spezifisch für BFHI entwickelten Instrument dokumentieren und zum Zeitpunkt des Gutachtens einen Wert von mindestens 80% ausschließlich gestillter bzw. BFHI-konform ernährter Babys aufweisen müssen (d.h., wenn nicht gestillt wird, muss dafür eine nachvollziehbare medizinische Indikation vorliegen).

Vor dem Hintergrund der geschilderten Probleme bemüht sich BFHI Österreich neben der Fortsetzung der Routinetätigkeiten vor allem darum, die Motivationslage von Krankenhäusern für BFHI zu verbessern. Dabei wird vor allem auf flächendeckende Informationen zur Erweiterung der Zertifizierungskriterien gesetzt: 2009 haben WHO und UNICEF einen erweiterten Kriterienkatalog vorgelegt, der seit 2011 auch in Österreich umgesetzt wird. Dieser sieht u.a. vor, dass Mütter, die nicht stillen wollen oder können, in einem Baby-friendly Hospital optimal in den Gebrauch von Flaschennahrung eingeschult werden. BFHI ist somit die einzige Bewegung, die auch für diese Klientel qualitätsgesicherte Schulungen anbietet.

Ebenfalls neu seit 2011 sind – ergänzend zu den 10 Schritten zum erfolgreichen Stillen – die Kriterien der Mütterfreundlichkeit, die von WHO und UNICEF als optional vorgeschlagen und vom BFHI-Beirat für Österreich als verbindlicher Bestandteil der österreichischen Zertifizierungen verabschiedet wurden. Diese sehen u.a. die freie Wahl der Geburtsposition, die Mitnahme einer Begleitperson, die Möglichkeit, während der Wehenphase leichte Speisen und Getränke einzunehmen, sowie die Minimierung invasiver Geburtshilfetechniken vor.

Wichtig erscheint auch, Krankenhäusern den Druck hinsichtlich der zu erreichenden Stillraten zu nehmen, der in der Vergangenheit z.T. dazu geführt hat, dass BFHI immer wieder mit dem Vorwurf des Stillzwangs konfrontiert wurde. Die 2009 erweiterten Kriterien sehen vor, dass auch eine informierte Entscheidung der Mutter gegen das Stillen als BFHI-konform zu interpretieren ist. Entsprechend besteht die Aufgabe der Geburtsklinik darin, die Mutter nachweislich über das Stillen zu informieren und sie beim Stillen zu unterstützen, nicht aber, sie um jeden Preis zum Stillen zu bringen. Durch diese Veränderung in den Kriterien können sich Einrichtungen nun voll und ganz auf die Informationsqualität im Sinne von Coaching konzentrieren, ohne Druck in Richtung Stillen ausüben zu müssen.

Ein weiterer wichtiger Punkt für die Zukunft ist der Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit in Richtung Mütter: Eine Möglichkeit, die Attraktivität einer BFHI-Zertifizierung für Geburtskliniken zu erhöhen, besteht auch in der Verbesserung der Nachfrage.

Last but not least bemüht sich BFHI Österreich darum, sich nach Maßgabe der Möglichkeiten in relevante politische Entscheidungsprozesse einzubringen, um dadurch die Rahmenbedingungen für die Stillförderung in Geburtseinrichtungen zu verbessern.

Es steht jedoch außer Frage, dass BFHI, solange die gesundheitspolitischen Incentives ausbleiben und sich die Interessenslage junger Eltern hinsichtlich der Stillförderung nicht gravierend ändert, weiterhin eher ein Minderheitenprogramm bleiben wird.

Ein weiterer entscheidender Aspekt liegt in der fachlichen Begleitung von stillenden Müttern. Nach dem Hebammenbetreuungsmodell wird der Zusammenhang zwischen der Nachbetreuung von Müttern im Anschluss an die Geburt eines Kindes und der Stilldauer deutlich: je länger die Frauen betreut wurden, umso länger ist die reale Stilldauer.

Hinsichtlich der sogenannten „Starterpakete“ (durch einschlägige Unternehmen unterstützte Baby-Erstausrüstung) wurde mit der Industrie eine schriftliche Vereinbarung zur Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen der EU-Richtlinie 2006/141/EG auf Grundlage des „WHO-Codex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten“ getroffen, deren praktische Handhabung von der Ernährungskommission der ÖGKJ überwacht wird („Übereinkommen zwischen der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und den in Österreich tätigen Säuglingsnahrungsmittelherstellern“, freigegeben als Konsensuspapier vom Präsidium der ÖGKJ am 10. 9. 2012).

Obwohl es eine Selbstverständlichkeit sein sollte, dass gesetzliche Vorgaben eingehalten werden und dies auch viele Jahre lang so war, *„ist es durch den offensichtlich härteren Konkurrenzkampf der Säuglingsnahrungshersteller in Österreich zu einer Abkehr von diesem Grundkonsens gekommen. Inakzeptable Werbemaßnahmen waren die Folge, die diametral dem Regelwerk entgegenstanden. Das vorliegende „Gersbergalm-Abkommen“, das zwischen den führenden Säuglingsnahrungsherstellern, die in Österreich Säuglingsnahrungen herstellen und vertreiben, und der ÖGKJ vereinbart wurde, soll wieder einen Zustand der Regelkonformität und Einhaltung der gültigen Rechtslage herstellen. Es soll damit auch ein öffentliches Zeichen gesetzt werden, das klar das Bekenntnis zu diesen Regelwerken zum Ausdruck bringt, ein gemeinsames Ziel - nämlich den Schutz des Stillens - formuliert und auch den Umgang mit ev. Regelverstößen regelt.“* (Pädiatrie & Pädologie 5/2012 Springer-Verlag).

Es wurde von Seiten der PG-6 ein „Runder Tisch“ mit allen fachlichen und industriellen Stakeholdern in Österreich geplant, welcher durch die vorzeitige Beendigung der Projektgruppe jedoch nicht mehr durchgeführt werden konnte.

Resümee und Empfehlungen

Es gibt ausreichend gute Evidenz dafür, dass Stillen sowohl kurz- als auch langfristig die beste Förderung der Gesundheit Neugeborener darstellt. Zusätzlich ist der bindungsfördernde Effekt ein starker Prädiktor für eine gute und stabile psychische Entwicklung.

Insofern ist die **Förderung des Stillens als ein wichtiges gesundheitsbezogenes Kinderrecht** anzusehen. Es ist ein Recht des Kindes, optimal ernährt zu werden. Es ist ebenso ein Recht jeder Mutter, eine best-informierte Entscheidung über die Ernährung ihres Kindes zu treffen und in dieser optimal unterstützt zu werden. Die dafür notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen müssen durch **qualifizierte Angebote im Gesundheitswesen und durch Öffentlichkeits-wirksame gesundheitspolitische Maßnahmen** geschaffen werden.

Dazu bedarf es einiger Voraussetzungen, die in Österreich nur zum Teil bestehen.

Die Grundposition der PG-6, welche vielleicht nicht von allen Mitgliedern gleichermaßen mitgetragen wird, aber als Kompromiss formuliert werden kann, ist:

„Stillen ist die optimale ausschließliche Ernährung für Säuglinge in den ersten etwa 6 Monaten. Dann soll unter Gabe adäquater Beikost weitergestillt werden, solange Mutter und Kind es wollen (auch ins 2. Lebensjahr hinein).“

Dies entspricht nach vorliegender Information auch den aktuellen Positionen von ESPGHAN (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition), AAP (American Academy of Pediatrics) sowie der deutschen und der österreichischen Ernährungskommission.

Die Stillraten in Österreich sind im internationalen Vergleich unzufriedenstellend, so dass in folgenden Bereichen eine Intensivierung der Bemühungen erforderlich ist. Diese Bereiche greifen z.T. eng ineinander, werden aber aus Gründen der Übersichtlichkeit getrennt gelistet.

Zum Aspekt der **Öffentlichkeitsarbeit** bedarf es:

- vermehrte allgemeine Bewusstseinsbildung zum Stillen und Ernährung. Hier scheint es trotz intensiver Bemühungen noch viel Nachholbedarf zu geben.
- Stillempfehlungen auf der HP des BMG
- Bewusstmachen der Wichtigkeit von Interaktion und Feinfühligkeit gegenüber dem Baby, sowie von Achtsamkeit und dem Erkennen und Beantworten der kindlichen Bedürfnisse.
- Erarbeitung einer „Werbekultur“ für Stillen - Insbesondere ist auf den Wert des Stillens intensiver öffentlich hinzuweisen, jedoch ohne Stigmatisierung jener Mütter, die nicht stillen können/dürfen oder wollen.

Für die Verbesserung im Bereich der **Aus- und Weiterbildung** wird empfohlen:

- Information schon im Kindes- und Jugendalter: allgemeine Information über Fortpflanzung, Geburt, Baby und Stillen als optimale Ernährung und Entwicklungsförderung gehört zum Naturkundeunterricht in alle Lehrpläne.
- Gute Information der auszubildenden Kinder-Diplom-Gesundheits- und Krankenpflege (ist dzt. im Curriculum nur angedeutet) sowie der allgemeinen Diplom-Gesundheits- und Krankenpflege; gute und übereinstimmende Ausbildung im Hebammen-Curriculum.

- Aufnahme des Themas ins Curriculum der Studenten der Medizin (Stillen kommt nicht vor) in Rahmen der Kinderheilkundevorlesung bzw. Ernährungsmedizin.
- Fortbildung der Kinderärzte sowie deren Ordinationshilfen, insbesondere auch um Bewusstseinsbildung zu fördern. Die meisten Kinderärzte sind zwar „für's Stillen“, haben aber zu wenig Ausbildung und erkennen daher oft mögliche weitere Unterstützungsmöglichkeiten nicht.
- Fortbildungsangebote für AllgemeinmedizinerInnen sowie deren Ordinationshilfen
- Fortbildungsangebote für die Sozialarbeiterinnen, Sozialpädagoginnen, die junge Eltern etwa in der Elternberatung sehen
- Bessere Bekanntmachung der bestehenden Fortbildungsangebote z.B: des VSLÖ /Elacta
- Bessere Bekanntmachung von spezialisierten Angeboten: IBCLCs, (international board certified lactation consultant bietet intensive Aus- und Weiterbildung und Rezertifizierungen), Hebammen, La leche liga, Still-Beraterinnen

Zur Stärkung der **Baby friendly Hospital Initiative:**

- Es werden zwar zunehmend mehr Abteilungen zertifiziert, jedoch sind es noch deutlich weniger als wünschenswert und in vergleichbaren Nachbarländern. Durch die Umstrukturierung und Anbindung an ONGKG ist zu erwarten, dass sich die geburtshilflichen Abteilungen mehr als bisher dafür interessieren werden.
- Zu empfehlen ist eine verstärkte Information und gezielte Einbindung der Fachgesellschaften von Pädiatrie und Gynäkologie zu BFHI (z.B. Vorträge bei den Jahrestagungen und Fortbildungen), um vorhandene Vorbehalte auszuräumen.
- Es braucht Wissensgenerierung und Evaluation über förderliche und hinderliche Faktoren für die Implementierung von BFHI in österreichischen Krankenhäusern.
- Weiters intensive Information über die Auswirkungen der Betreuung in der Geburtsabteilung auf Stillraten und Stilldauer sind nötig. Die Langzeitwirkungen der frühen Unterstützung des Bondings und Stillens auf die Beziehung innerhalb der Familie, die Gesundheit und Entwicklung der Kinder und Mütter sind gute Argumente.
- Der Wille zur Erreichung von BFHI für eine Abteilung ist nur von innen aus Überzeugung und als gemeinsame Selbstverpflichtung möglich und erfordert viel Mut, Zeit und gute und intensive Zusammenarbeit im gesamten Team. Es muss der erweiterte Kriterienkatalog der WHO breiter bekannt gemacht und so den Krankenhäusern der Druck hinsichtlich der zu erreichenden Stillraten genommen werden.
- Daher ist die Unterstützung und Begleitung der Abteilungen bei der Umstellung erforderlich. Insbesondere die Kosten der BFH-Zertifizierung sollten von der öffentlichen Hand getragen werden. Eine solche ist nicht zwingend ein Wettbewerbsvorteil für die Einrichtung, aber jedenfalls ein Benefit für die Gesundheit der dort geborenen Kinder und somit in öffentlichem Interesse.

Zum möglichen „Conflict of Interest“ der Nahrungsmittelindustrie und zur Umsetzung des „**Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten**“ ist anzumerken:

- Die aktuelle freiwillige Vereinbarung mit der ÖGKJ ist begrüßenswert.
- Es braucht eine verstärkte Bekanntmachung des Kodex (vielfach sind Kodex-Verstöße nicht bewusst), wie auch eine
- Bewusstmachung des Einflusses der Werbung und der „Anfütterung“ (siehe z.B. die Initiative MEZIS-„Mein Essen zahl ich selbst“ – Teil von nofreelunch.org).
- Offen erscheint auch, wer die Einhaltung der Richtlinien des Kodex überprüft und welche Ahndung es bei Regelverstößen gibt. Wichtig wäre dabei für die Glaubwürdigkeit jedenfalls eine Unabhängigkeit von Zuwendungen der Industrie.

Zusätzlich wird empfohlen:

- Es ist darauf zu achten, dass qualifizierte Stillinformation niederschwellig, kostenfrei und auch über **Sprachbarrieren** hinweg frei zugänglich ist.
- Ein möglicher Weg wäre eine frei zugängliche, krankenkassenfinanzierte (aufsuchende) Nachbetreuung durch qualifizierte Berufe. Dies könnte evtl. über ein **allgemeines Basismodul** (häuslicher Erstbesuch bei allen Neugeborenen in Österreich) der Frühen Hilfen geleistet werden.
- Es braucht eine **regelmäßige Stildatenerhebung** bzw. Monitoring des Stillverhaltens der österreichischen Bevölkerung.
- Die Abschaffung der Stillkommission im BMG wird von der PG problematisiert. Eine **fachliche Bündelung der Inhalte und Agenden** scheint vorteilhaft (evtl. eine „Task force Stillen“ oder Still-KoordinatorIn für Österreich im BMG)

Themenfeld 3

Babyklappe/Anonyme Geburt/Recht auf Wissen um seine Herkunft

Aus den „Abschließenden Bemerkungen des UN-Kinderrechteausschusses 2012“:

29. Der Ausschuss wiederholt seine Besorgnis über die Praxis der anonymen Kindesweglegung im Vertragsstaat durch den Einsatz von „Babyklappen“ oder „Babynestern“, welche, unter anderen, eine Verletzung der Artikel 6, 7, 8, 9 und 19 des Übereinkommens darstellt.
30. Der Ausschuss fordert den Vertragsstaat entschieden auf, alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Praxis der anonymen Weglegung zu beenden und im Gegenzug alle Alternativen zugänglich zu stärken und zu fördern, wie die Möglichkeit von anonymen Geburten in Krankenhäusern als letztes Mittel, um das Aussetzen und oder den Tod des Kindes zu vermeiden, und ein vertrauliches Register der Eltern zu führen, auf welches das Kind zu einem späteren Zeitpunkt zugreifen könnte, unter Berücksichtigung der Verpflichtung, sämtliche Bestimmungen des Übereinkommens zu erfüllen. Darüber hinaus fordert der Ausschuss den Vertragsstaat auf, seine Anstrengungen zur Feststellung der Ursachen, die zur Weglegung von Säuglingen führen, zu verstärken, einschließlich der Ausweitung des Angebots von Familienplanung sowie geeigneter Beratung und sozialer Unterstützung für ungeplante Schwangerschaften und zur Vorbeugung von Risikoschwangerschaften.

Die angesprochenen Artikel 6-9 und 19 aus dem „Übereinkommen über die Rechte des Kindes“ der Vereinten Nationen vom 20. November 1989:

Artikel 6

- (1) Die Vertragsstaaten erkennen an, dass jedes Kind ein angeborenes Recht auf Leben hat.
- (2) Die Vertragsstaaten gewährleisten in größtmöglichem Umfang das Überleben und die Entwicklung des Kindes.

Artikel 7

- (1) Das Kind ist unverzüglich nach seiner Geburt in ein Register einzutragen und hat das Recht auf einen Namen von Geburt an, das Recht, eine Staatsangehörigkeit zu erwerben und soweit möglich, das Recht, seine Eltern zu kennen und von ihnen betreut zu werden.
- (2) Die Vertragsstaaten stellen die Verwirklichung dieser Rechte im Einklang mit ihrem innerstaatlichen Recht und mit ihren Verpflichtungen auf Grund der einschlägigen internationalen Übereinkünfte in diesem Bereich sicher, insbesondere für den Fall, dass das Kind sonst staatenlos wäre.

Artikel 8

- (1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, das Recht des Kindes zu achten, seine Identität einschließlich seiner Staatsangehörigkeit, seines Namens und seiner gesetzlich anerkannten Familienbeziehungen ohne rechtswidrige Eingriffe zu behalten.
- (2) Werden einem Kind widerrechtlich einige oder alle Bestandteile seiner Identität genommen, so gewähren die Vertragsstaaten ihm angemessenen Beistand und Schutz mit dem Ziel, seine Identität so schnell wie möglich wiederherzustellen.

Artikel 9

(1) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass ein Kind nicht gegen den Willen seiner Eltern von diesen getrennt wird, es sei denn, dass die zuständigen Behörden in einer gerichtlich nachprüfaren Entscheidung nach den anzuwendenden Rechtsvorschriften und Verfahren bestimmen, dass diese Trennung zum Wohl des Kindes notwendig ist.

Eine solche Entscheidung kann im Einzelfall notwendig werden, wie etwa wenn das Kind durch die Eltern misshandelt oder vernachlässigt wird oder wenn bei getrennt lebenden Eltern eine Entscheidung über den Aufenthaltsort des Kindes zu treffen ist.

(2) In Verfahren nach Absatz 1 ist allen Beteiligten Gelegenheit zu geben, am Verfahren teilzunehmen und ihre Meinung zu äußern.

(3) Die Vertragsstaaten achten das Recht des Kindes, das von einem oder beiden Elternteilen getrennt ist, regelmäßige persönliche Beziehungen und unmittelbare Kontakte zu beiden Elternteilen zu pflegen, soweit dies nicht dem Wohl des Kindes widerspricht.

(4) Ist die Trennung Folge einer von einem Vertragsstaat eingeleiteten Maßnahme, wie etwa einer Freiheitsentziehung, Freiheitsstrafe, Landesverweisung oder Abschiebung oder des Todes eines oder beider Elternteile oder des Kindes (auch eines Todes, der aus irgendeinem Grund eintritt, während der Betreffende sich in staatlichem Gewahrsam befindet), so erteilt der Vertragsstaat auf Antrag den Eltern, dem Kind oder gegebenenfalls einem anderen Familienangehörigen die wesentlichen Auskünfte über den Verbleib des oder der abwesenden Familienangehörigen, sofern dies nicht dem Wohl des Kindes abträglich wäre. Die Vertragsstaaten stellen ferner sicher, dass allein die Stellung eines solchen Antrags keine nachteiligen Folgen für den oder die Betroffenen hat.

Artikel 19

(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenszufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, vor schlechter Behandlung oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Missbrauchs zu schützen, solange es sich in der Obhut der Eltern oder eines Elternteils, eines Vormunds oder anderen gesetzlichen Vertreters oder einer anderen Person befindet, die das Kind betreut.

(2) Diese Schutzmaßnahmen sollen je nach den Gegebenheiten wirksame Verfahren zur Aufstellung von Sozialprogrammen enthalten, die dem Kind und denen, die es betreuen, die erforderliche Unterstützung gewähren und andere Formen der Vorbeugung vorsehen sowie Maßnahmen zur Aufdeckung, Meldung, Weiterverweisung, Untersuchung, Behandlung und Nachbetreuung in den in Absatz 1 beschriebenen Fällen schlechter Behandlung von Kindern und gegebenenfalls für das Einschreiten der Gerichte.

Rechtslage in Österreich:

Durch Art II des Bundesgesetzes BGBlINr19/2001 wurde § 197 StGB, der das Verlassen eines Unmündigen unter Strafe gestellt hatte, aufgehoben. Rechtlich wurde Frauen dadurch die anonyme Geburt und die Weglegung des Kindes nach der Geburt in sogenannte „Babyklappen“ ermöglicht (vgl auch den Erlass des BMJ JAB136/2001). Nach den Gesetzesmaterialien (JAB404 BlgNr21. GP) sollen diese Frauen vor der Aufdeckung ihrer Identität sicher sein. Durch die Übergabe eines Kindes im Wege eines „Babynests“ oder durch eine Geburt, bei der die Mutter anonym bleibt, entsteht eine Situation, die derjenigen eines Findelkindes entspricht. Nach § 211 ABGB obliegt die Obsorge für im Inland aufgefundene Kinder unbekannter Eltern dem Jugendwohlfahrtsträger. (Quelle: RIS – Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes).

Diskussion und Prozess

Die Meinungsbildung und der Diskurs über Nutzen versus Schaden der legalisierten Möglichkeit von „Babyklappe“ oder „Babynest“ aus der Perspektive der betroffenen Kinder blieben bis zuletzt divergent. Die entscheidende Frage, ob sich durch dieses Angebot die Zahl der Kindstötungen (Neonazid) reduzieren lässt, wird in zwei österreichischen Publikationen kontroversiell beantwortet.

Diese sind:

- „Is the introduction of anonymous delivery associated with a reduction of high neonaticide rates in Austria? A retrospective study.“, Klier CM³, Grylli C, Amon S, Fiala C, Weizmann-Henelius, Pruitt SL, Putkonen H.; BJOG. 2013 Mar;120(4):428-34.
- „Reduzieren Angebote zur anonymen Kindesabgabe (anonyme Geburt und Babyklappe) die Tötung von Neugeborenen?“, Dr. Maria Orthofer⁴ u. Dr. Rudolf Orthofer⁵; Pädiatrie & Pädologie 2013

Laut Fr. Orthofer „haben seit Einführung der Möglichkeiten zur anonymen Geburt und Kindesabgabe im Babynest Mitte 2001 nach Aufzeichnungen der Jugendwohlfahrtsbehörden 457 Mütter diese Möglichkeit in Anspruch genommen; in den vollständig dokumentierten Jahren 2002 bis 2011 waren es 431 Mütter, das sind knapp 3,6 Fälle pro Monat. In 386 Fällen (etwa 90%) wurden die Kinder anonym in Krankenhäusern geboren und in 45 Fällen (etwa 10%) über Babyklappen abgegeben. In den Standesamtsregistern wurden allerdings im Zeitraum 2002-2011 nur 339 Geburten ohne Mütter gemeldet, das sind nur 79% der von der Jugendwohlfahrt dokumentierten Interventionen. Das heißt, dass bei etwa 21% der anonym geborenen Kinder die Mütter vermutlich ihre ursprüngliche Anonymität wieder rückgängig gemacht haben.“

Die polizeilichen Anzeigen sowie die gerichtlichen Verurteilungen wegen Tötung von Neugeborenen gehen seit 1975 mit Schwankungen, aber kontinuierlich zurück; seit 2004 zeigt sich eher ein Plateau.

Die rechtliche Maßnahme zur Babyklappe und anonymer Geburt wurde in einem Jahr beschlossen, in welchem besonders viele Säuglinge tot in Abfalleimern und auf Friedhöfen aufgefundenen wurden. Der Erlass wurde anschließend seit 2002 österreichweit umgesetzt und durch die österreichische Bioethikkommission 2010 unterstützt. Die besondere kinderrechtliche Problematik ergibt sich aber aus der Unmöglichkeit für die Kinder ihre biologischen Wurzeln und Herkunft zu kennen. In dieser Polarität von zwei einander entgegenstehenden Rechtsgütern wird in der rechtlich-politischen Diskussion in Österreich bis dato das Überleben des Kindes als das höhere Rechtsgut gegenüber dem Nicht-Wissen um seine Herkunft gewertet.

Eine Arbeitsgruppe rund um Fr. Dr. Klier hat mit wissenschaftlichen Partnern aus Finnland, Schweden, Norwegen, Niederlande und England alle Kindestötungen (im Altersbereich von 0 -18 Jahren) durch ihre biologischen, Adoptiv-, Stief- oder Pflegeeltern im Zeitraum 1995-2005 untersucht, um besser zu verstehen, welche Risiko-

³ Ass. Prof., PD Dr. Claudia M Klier, Stell. Leiterin der Psychosomatik an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde. Leiterin des österreichischen Teams von E.C.U.F. (European Collaboration for the Understanding of Filicide)

⁴ Abteilung Jugendwohlfahrt, Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, Wien

⁵ Department Foresight & Policy Development, Austrian Institute of Technology GmbH, Wien

faktoren hier wirksam werden und welche präventiven Möglichkeiten Verbesserungen schaffen könnten. Eine spezielle, daran anschließende Analyse des engeren Phänomens Neonatizid in Österreich und Finnland zeigte nach 2002 ein interessant verändertes Muster im Sinne eines „all time low“.

In einer weiteren Arbeit, wurden die Zahlen aus den Polizeistatistiken von Finnland, Schweden und Österreich verglichen und für Österreich ein signifikanter Rückgang der Neugeborenentötungen nach 2001 erhoben, während in den beiden anderen Ländern keine Veränderung stattfand. Als plausible Erklärung konnte bloß der Erlass zur Einführung von Babyklappe und anonymer Geburt mit 2001 gefunden werden, da es keine andere relevante Veränderung in diesem Zeitraum gegeben hatte. Ein statistisches Vorhersagemodell errechnete zusätzlich, dass es für den Zeitraum 2002-2010 um 23 weniger Fälle von Anzeigen in Bezug auf Neonatizid gab, als es aufgrund der Zahlen von 1976-2001 in Vergleich zu anderen Staaten erwartbar gewesen wäre. Das grundsätzliche Problem der Erfassung bzw. vice versa der Dunkelziffer bei diesem Delikt ist natürlich immer mit zu bedenken.

Dem gegenüber postuliert Fr. Orthofer, dass es durch die Einführung von Babyklappe und anonymer Geburt im Jahr 2001 zu keinem erkennbaren Trendbruch gekommen ist. Da die Zahlen der Einzeljahre stark schwanken, wurden Trends über die jeweiligen zentriert gleitenden 3- bzw. 5-Jahresmittelwerte (d.h. für das betrachtete Jahr und die vorangegangenen und nachfolgenden Jahre) samt deren Standardabweichungen verglichen. Der deutliche Rückgang der Zahlen von 2001-2004 ist nach ihrer Ansicht *„lediglich eine Fortsetzung der vergangenen Trends. Es ist nach den Erkenntnissen dieser Arbeit kein besonderer zusätzlicher Rückgang der Neonatizide erkennbar.“*

Von beiden Autorinnen wird allerdings die statistische Analysemethode der jeweils anderen als nicht zielführend qualifiziert.

Im Berichtszeitraum 2013/14 waren österreichweit etwa 15 Babyklappen „in Betrieb“. Es wurden dort laut Jugendwohlfahrtsbericht des BMFJ und Statistik Austria jährlich ein Neugeborenes in einer Babyklappe abgegeben. Insgesamt wurden 46 bzw. 43 Kinder anonym geboren, bei 7 bzw. 6 davon wurde die Anonymität durch die Mutter wieder aufgehoben.

Die Zahl an Verurteilungen wegen Tötung eines Neugeborenen nach §79 StGB war im selben Zeitraum ebenso ein Kind pro Jahr.

Abgesehen von der divergenten Auseinandersetzung über wissenschaftliche Methodik des Generierens und der Interpretation von Daten und abgesehen von der quantitativen Dimension des Problems, blieb doch ein erhebliches Dilemma der Werteabwägung in der Arbeitsgruppe bestehen.

Ist die Babyklappe tatsächlich oftmals der letzte Ausweg für eine gebärende Frau in seelischer oder sozialer Not und würde sie andernfalls ihr neugeborenes Kind töten bzw. unversorgt zurück lassen?

Fehlt es vielleicht hingegen im Vorfeld an niederschwelliger Unterstützung und Begleitung für derart Krisenschwangerschaften?

Sind Mütter bei solch krisenhaften Entscheidungen oftmals einfach nicht ausreichend über Hilfs- und Unterstützungsangebote informiert? Oder ist es eine „informierte Bilanz-Entscheidung“?

Welche Motive und Situationen sind es, die Frauen die Klappe benutzen lassen?
Und welche sind es, die sie trotz der Möglichkeit, den Weg zur Klappe nicht einschlagen und ihr Kind an anderen Orten weg legen lassen?
Ermöglicht, ja stimuliert die Klappe vielleicht sogar medizinisch unbegleitete Geburten?
Wie ist die Gefährdung und der tatsächlich realisierte „Schaden“ bei Müttern und Kindern durch medizinisch unbegleitete Geburten (unprofessionelle Abnabelung, Unterkühlung, Sauerstoffmangel, Blutverlust, Geburtsverletzungen, ...) in jeden Einzelfall wie auch kumulativ zu bewerten?
Und wie steht dem das möglicherweise Überleben einer unbekanntem Zahl von Kindern gegenüber?
Besteht die Gefahr, dass z. B. Missbrauch, Vergewaltigung, Inzest oder sexuelle Ausbeutung durch anonyme Geburten verschleiert und damit letztlich der Täter geschützt wird?
Oder lässt die Angst den Frauen keine andere Wahl?
Was waren die Gründe, dass ca. 20% der Mütter ihre Anonymität doch noch ablegen konnten?

Diese Fragen sind nur exemplarisch gelistet und werden von einigen mehr gefolgt. Leider gibt es kaum gesicherte Antworten auf diese Fragen. Insbesondere etwa auch zum medizinischen und psychischen Outcome von Kindern, die in einer „Babyklappe“ abgegeben wurden. Der Zustand der Kinder in der Babyklappe, lässt laut Berichten oft auf dramatische Umstände schließen.
Hier fehlt es an Fakten-basiertem Wissen und an Daten, um eine besser belastbare, rationale Einschätzung entwickeln zu können.

Auf der anderen Seite steht das für manche Kinder und Jugendliche verheerend erlebte Unwissen über ihre Herkunft, die Entwicklung von Identitätskrisen oder auch nachhaltigen Identitätsstörungen. Auch hier zeigen Analysen und Arbeiten, dass es traumatische Folgen haben kann, wenn Fragen zur Herkunft später überhaupt nicht beantwortet werden können.
Und es besteht das faktische und verbrieft internationale Recht des Kindes auf das Wissen um seine Herkunft.

Resümee und Empfehlungen

Aus der Sicht der Kinder und ihrer Rechte, aber auch eingedenk des oben geschilderten Werte-Dilemmas, erscheint es den Mitgliedern der PG-6 überwiegend ganz besonders notwendig zu sein, auf der Ebene der **Maßnahmen** notwendige Akzente zu setzen und Aktivitäten zu starten, um die Situation einer derart dramatischen Schwangerschaftsbelastung, die zu einer potentiellen Kindesweglegung führen könnte, erst gar nicht entstehen zu lassen oder frühzeitig entschärfen zu können.

Solche Maßnahmen wären etwa:

- Ausbau der sexualpädagogischen Angebote zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften
- Ausbau und v.a. auch Bekanntmachung von niederschwelliger, professioneller Unterstützung und Begleitung für Krisenschwangerschaften unter eindeutiger Wahrung der Anonymität der Kindesmutter, wenn gewünscht.

- Aufbau von regionalen Netzwerken, in denen es um Information und konkrete Unterstützung von Schwangeren sowie Müttern mit neugeborenen Kindern geht
- Information über die Gefährdung, in welche sich die Mutter selbst und ihr Kind bei einer unbegleiteten Geburt begeben
- Motiv- und Evaluationsstudien zu den oben formulierten Fragen

Ein pragmatischer Weg auf der konkreten **Angebotsebene** könnte sein, die Babyklappe durch forcieren und stärkerem Bekanntmachen der Möglichkeit der anonymen Geburt kontinuierlich unnötig werden und dieses Angebot alsbald auslaufen zu lassen. Dieser Prozess scheint nach den Babyklappen-Zahlen der letzten Jahre weitgehend schon im Laufen zu sein.

Im Weiteren wird aber die Entwicklung in Richtung einer „**vertraulichen Geburt**“ nach dem Vorbild Deutschland zu befürworten sein.

„Mit In-Kraft-Treten des Gesetzes zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt am 1. Mai 2014 soll sowohl dem Wunsch von Müttern in Krisensituationen, ihr Kind anonym zur Welt zu bringen, als auch dem Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Herkunft entsprochen werden. Schwangere, die ihren Namen nicht nennen wollen, können nach dem Gesetz zukünftig in einem Krankenhaus oder in der Obhut einer Hebamme entbinden, ohne dass ihre Identität unmittelbar bekannt wird. Die Geburt wird dann unter einem Pseudonym dokumentiert. Im Fall einer Adoption hat das Kind mit Vollendung des 16. Lebensjahres das Recht, die Identität der Mutter zu erfahren. Will die Mutter sich dann immer noch nicht zu erkennen geben, muss ein Familiengericht entscheiden, ob der Wunsch der Mutter höher zu bewerten ist als das Interesse ihres Kindes, seine Abstammung zu kennen.“

(Wissenschaftlicher Dienst des deutschen Bundestages Nr. 26/13)

Der Vorteil der vertraulichen Geburt ist, dass sie “einen sicheren Rahmen für Mutter und Kind schafft, der der Mutter in der aktuellen Überforderung einen Ausweg bietet und dennoch dem Kinderrecht auf Wissen um seine Herkunft später gerecht werden kann.“ Die Kosten hierfür müssten von der öffentlichen Hand übernommen werden.

Eine Replik im Zusammenhang mit dem Kinderrecht auf Wissen um seine Herkunft ist noch zur Novelle des **Reproduktionsmedizingesetzes** (1/2015) zu machen, da die Begutachtung des Gesetzesentwurfes noch im November 2014 erfolgte.

Um diese Recht zu schützen, hätte der Gesetzgeber **keine anonymisierte Eizellen- und Samenzellenspende zulassen sowie ein Informationsrecht des Kindes auf seine Entstehungsgeschichte und Herkunft formulieren müssen.**

Die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit hat in ihrer damaligen Stellungnahme zum Gesetzesentwurf folgende Vorschläge eingebracht:

§ 18. (3) Diese Aufzeichnungen und die Zustimmung nach ... sind von der Krankenanstalt oder der Einrichtung oder vom Facharzt in der Ordinationsstätte 80 Jahre lang aufzubewahren.

(4) Es ist ein Recht des Kindes altersentsprechend und gemäß seinem Reifegrad von Geburt an Aufklärung über seine Entstehungsgeschichte und Herkunft zu erhalten.

§ 20. (1) Die Aufzeichnungen über dritte Personen, die Samen oder Eizellen zur Verfügung gestellt haben, sowie deren genetischen Daten sind vertraulich zu behandeln jedoch dem so gezeugten Kind entsprechend seinen Recht auf Aufklärung nach § 18 (4) zugänglich zu machen.

Bedauerlicher Weise ist von diesem Ansatz nichts im Gesetz eingeflossen. Die Aufbewahrungszeit der Daten ist mit 30 Jahren beschränkt und zur Auskunftspflicht gegenüber den durch Dritte gezeugten Kindern gibt es lediglich folgenden Passus:

§ 20. (1) Die Aufzeichnungen über dritte Personen, die Samen oder Eizellen zur Verfügung gestellt haben, sowie deren genetische Daten sind vertraulich zu behandeln.

(2) Dem mit dem Samen oder den Eizellen einer dritten Person gezeugten Kind ist auf dessen Verlangen nach Vollendung des 14. Lebensjahres Einsicht in die Aufzeichnungen nach § 15 Abs. 1 zu gewähren und daraus Auskunft zu erteilen. Zum Wohl des Kindes ist in medizinisch begründeten Ausnahmefällen der Person, die mit der gesetzlichen Vertretung für die Pflege und Erziehung betraut ist, Einsicht und Auskunft zu erteilen.

Das derart formulierte Einsichtsrecht ist somit nur jenen Kindern und Jugendlichen zugänglich, welche dies selbst aktiv verlangen. Die Möglichkeit eines aktiven Verlangens setzt aber voraus, dass die betroffenen Kinder über ihre künstliche Zeugung Kenntnis erlangt haben. Viele Familien nach fortpflanzungsmedizinischen Interventionen leben diese Zeugungsgeschichte des Kindes aber als Familiengeheimnis mit all den bekannten psychischen und sozialen Folgen der „Herkunftslüge“ (Tabuisierung und Leugnung, Problematik des „Schattenvaters“/der „Schattenmutter“, Zuordnung und Ablehnung von Charaktereigenschaften, Verwirrung der Gefühle, Zugehörigkeitsproblematik, ...).

Diese fragwürdige Gesetzesmaterie sollte alsbald im Sinne der Kinderrechtskonvention §7 überarbeitet und repariert werden.

Themenfeld 4

Sucht- und Lebensstilerkrankungen/Depression/dysfunktionale Familien Prävention / Rehabilitation

Aus den „Abschließenden Bemerkungen des UN-Kinderrechteausschusses 2012“:

50. Während die präventiven, kurativen und Substitutions-Programme des Vertragsstaates zur Kenntnis genommen werden, ist der Ausschuss besorgt über das bei Kindern im Vertragsstaat anzutreffende hohe Ausmaß des Missbrauchs von Alkohol, Tabak, Cannabis und anderen illegalen Drogen, sowie von Depressionen und Fettleibigkeit, oft aufgrund von Armut, Gewalt, dysfunktionalen Familien und der Unfähigkeit der Eltern, mit ihren Kindern zurechtzukommen. Er ist auch besorgt über den Mangel an Betreuungs- und Rehabilitationsprogrammen, womit diese problematischen Situationen bewältigt und die davon betroffenen Kinder unterstützt werden könnten.
51. Der Ausschuss empfiehlt dem Vertragsstaat, seine Anstrengungen zu verstärken, um die Bedürfnisse von Kindern aus dysfunktionalen Familien wahrzunehmen und Maßnahmen zur Minderung der von derartigen familiären Verhältnissen ausgehenden psychischen Auswirkungen und zum Ausbau von Betreuungs- und Rehabilitationsprogramme für Kinder zu ergreifen, die unter der Sucht nach Alkohol, Tabak, Cannabis und anderen illegalen Drogen beziehungsweise unter Depressionen und Übergewicht leiden. Mit Verweis auf die allgemeine Bemerkung Nr. 4 (CRC/C/GC/4, 2003) empfiehlt der Ausschuss, der Vertragsstaat möge spezialisierte und jugendgerechte Behandlungsmöglichkeiten von Drogenabhängigkeit und Dienste zur Schadensminimierung für Kinder entwickeln.

Dieses Themenfeld konnte die PG-6 auf Grund der leider vorzeitigen Beendigung ihres Wirkens leider nicht mehr erarbeiten. Es wird hier - wie vereinbart - ein cursorischer Übersichtstext über gesundheitspolitische Aktivitäten sowie insbesondere über die Entwicklung von „Frühen Hilfen“ in Österreich zu Verfügung gestellt.

Da der letzte Staaten- bzw. Schattenbericht an den Kinderrechteausschuss in Genf 2011 übermittelt wurde, wird hier im Schwerpunkt über den Zeitraum 2011-14 berichtet.

Die in diesem Kapitel vom Kinderrechteausschuss formulierte Besorgnis besteht absolut zu Recht. Im Jänner 2010 hat die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit ihren ersten „**Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich**“ erstellt. Erstmals wurde auch in der breiten Öffentlichkeit bekannt, was in Expertenkreisen ein offenes Geheimnis war: gestützt auf internationale Vergleichsdaten musste man erkennen: **Es steht nicht gut um die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Österreich!**

Während das österreichische Gesundheitswesen für die Allgemeinbevölkerung zumeist Top-Bewertungen erhält (der Euro-Health-Consumer-Index etwa listet Österreich im Vergleichsjahr auf Platz drei hinter den Niederlanden und Dänemark.), liegt es im Ranking von OECD und UNICEF in den Bereichen „Gesundheit“ und „Risikoverhalten“ von Kindern und Jugendlichen 2010 an der **letzten Stelle aller europäischen Länder!**

Hinter dieser Platzierung stehen etwa die höchste Raucher- und Gewalter-fahrungsrate von 15-Jährigen in Europa, ein hoher Alkohol- und PC-Spiele- sowie TV-Konsum, hohe

Adipositas-Zuwachsraten, u.a.m. Diese Entwicklung betrifft grundsätzlich alle Industriestaaten, **Österreich** hat aber offensichtlich **ein besonders großes Problem damit**.

Die Risikofaktoren für Gesundheit und Entwicklung sowie die modernen Morbiditäten von Kindern und Jugendlichen haben sich in Industrienationen in den letzten Jahrzehnten fundamental verändert. Waren es früher die klassischen Infektions- und Mangelkrankungen, welche die Gesundheit und Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen bedroht haben, so sind heute an deren Stelle Lebensstilerkrankungen (wie Bewegungsmangel, Haltungsschäden, Fehlernährung, ...), zu Chronifizierung neigenden Entwicklungsstörungen sowie psychosozialen Integrations- und Regulationsstörungen getreten.

Dies ist einerseits auf erfreuliche Behandlungserfolge gegen frühere Bedrohungen, andererseits aber vor allem auf Folgen des gesellschaftlichen Wandels zurück zu führen.

Gemeinsam ist diesen Gefährdungen, dass sie häufig durch ein ungünstiges Zusammenspiel von konstitutionellen Faktoren des Kindes bzw. der Familie, gesundheitlichem Fehlverhalten, mangelnder Information und unzureichenden Ressourcen der Eltern sowie belastenden Lebensverhältnissen verursacht und aufrechterhalten werden. Nach wie vor besteht auch eine deutliche gesundheitliche Benachteiligung auf Grund regionaler und sozialer Faktoren. Betroffen hiervon sind besonders Kinder, die in Armut aufwachsen, ein bildungsfernes Umfeld haben, in entlegenen ländlichen Gebieten oder in städtischen Ballungszentren leben sowie Kinder aus Migrantenfamilien. Frühe Warnzeichen für spätere Störungen werden oft nicht rechtzeitig erkannt und hoch belastete Kinder häufig nicht erreicht. Eine moderne Versorgungsstruktur sollte jedenfalls auf derartige gesellschaftliche Veränderungen mit angemessenen Konzepten so rasch als möglich reagieren.

Viele dieser »neuzeitlichen« Krankheitsbilder haben **die Wurzel ihrer Entstehung in einem sehr frühen Lebensalter**. Gerade Kindheit und Jugendzeit könnten daher die wichtigsten Lebensphasen für präventive und gesundheitsfördernde Angebote sein, weil die erzielten Effekte über die gesamte weitere Lebensspanne wirksam sind. Es macht daher großen Sinn, die Lebensräume von Kindern gesundheitsfördernd zu gestalten, zu einer Zeit, wo Verhalten noch gelenkt und gelernt werden kann, anstatt später oft enorm teure therapeutische Programme für chronisch kranke Erwachsene finanzieren zu müssen. Dies gilt für moderne »Volkskrankheiten« wie z.B. Bewegungsmangel und Fehlernährung, die in großem Ausmaß zu Übergewicht, Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen, ebenso wie für unangemessene psychosoziale Stressbelastung von Kindern durch Armut, Gewalt, Überforderung der Eltern oder multimediale Vereinsamung, welche in Unruhe und Störungen des Sozialverhaltens, Depression, Suchtverhalten oder andere psychische Erkrankungen münden. Diese Faktoren und Erkrankungen sind es, die Österreich im internationalen Vergleich zu einem Land mit einer deutlich **unterdurchschnittlichen Gesundheitserwartung** machen und die später die großen **Kostenverursacher** im Gesundheitswesen sind.

Die Ausgaben für **Gesundheitsförderung und Prävention** werden in Österreich mit etwa 2,3% angegeben. International liegen sie bei etwa 5-6%. Auf dieses Niveau sollten Sie jedenfalls auch in Österreich angehoben werden. **Kernelemente sollen Angebote in der (frühen) Kindheit sowie solche zur Verhinderung gesundheitlicher Ungleichheit sein.**

Die öffentlich-mediale aber auch politische Resonanz nach der Präsentation des ersten Kindergesundheitsberichts der Kinderliga war groß und die Aufmerksamkeit im Berichtszeitraum ungebrochen hoch. Das ist erfreulich und wichtig, weil nur ein längerfristiges Problembewusstsein die notwendigen Veränderungen bewegen kann. Die Inhalte so mancher Berichterstattung oder Diskussion gingen aber oftmals leider am Kern der Sache vorbei. Es wurde immer wieder recht undifferenziert das Bild der „rauchenden, trinkenden, ernährungsgestörten und gewalttätigen Jugendlichen“ als Problem transportiert.

Aber kein Bursche fällt als „15-jähriger gewaltbereiter Trinker“ vom Himmel, und kein Mädchen wird als „rauchende und essgestörte 14-Jährige“ geboren. Solche Kinder und Jugendlichen sind nicht das Problem, sie haben ein Problem. Sie haben eine individuelle Entwicklungsgeschichte, eine spezifische Biographie dorthin. Auf diese Entwicklungsgeschichten können wir Einfluss nehmen, um diese Biographien müssen wir uns kümmern und möglichst frühzeitig und gezielt Hilfe anbieten, wenn wir unsere Verantwortung als Gesellschaft wahr- und ernstnehmen möchten.

Die Thematik wurde auf Grund der öffentlichen Dynamik, die es bekommen hat, auf die politische Agenda gesetzt und brachte einige Bewegung ins Feld.

- Im März 2010 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit ein „**Kindergesundheitsdialog**“ ins Leben gerufen, welcher 2011 mit dem Produkt einer „**Kindergesundheitsstrategie**“ seinen Abschluss fand.
- Im Bundesministerium für Gesundheit wurde eine „**Koordinationsstelle Kindergesundheit**“ und ein „**Intersektorales Komitee zur Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie**“ geschaffen, welches fünf Ministerien, Vertreter der Bundesländer und der Sozialversicherung sowie Fachgesellschaften und NGO's umfasste. Die Kinderliga hatte von 2012 bis Anfang 2015 den Vorsitz inne.
- Im Jahr 2011 wurde der **Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e)** veröffentlicht. Eine Maßnahme, die daraus umgesetzt wurde, ist die Initiative "Unser Schulbuffet".
- Unter dem Titel „**Richtig Essen von Anfang an**“ (REVAN) haben die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), das BMG und der HV-SVT ein Programm zum Thema Ernährung in der Schwangerschaft, Stillzeit und Ernährung im den ersten drei Lebensjahren entwickelt.
- Der sgn. „**Schattenbericht**“ über die Umsetzung der Rechte der Kinder in Österreich an die Menschenrechtskommission in Genf (2011) mit den darauf replizierenden Concluding Observations bewirkte die Einsetzung eines **Kinderrechte-Monitoring-Boards** im Bundesministerium für Familie und Jugend, in welchem auch die „**Projektgruppe Kindergesundheit**“ eingerichtet wurde.
- Im Sommer 2011 war die Kinderliga eingeladen bei den **Gesundheitsgesprächen im Europäischen Forum Alpbach** (einem traditionellen und hochrangigen Think-Tank der österreichischen Politik) ein Referat sowie Workshop abzuhalten. Die Resonanz war derart groß, dass
- „**Kinder- und Jugendgesundheit: die Zukunft beginnt heute!**“ zum Generalthema der Gesundheitsgespräche 2012 gemacht wurde (dies waren die bis dahin bestbesuchten Alpbacher-Gesundheitsgespräche aller Zeiten).

- Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger beauftragte eine Untersuchung zu **„Ausgewählten Fragen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die österreichische Krankenversicherung“** (2011) und verfasste eine
- **„Strategie der österreichischen Sozialversicherung zu bestimmten Aspekten der Kinder- und Jugendgesundheit“** (2012).
- Ebenfalls 2012 wurde **„Rahmengesundheitsziele für Österreich“** erarbeitet, welche mit dem Ziel 6: **„Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen“** explizit einen thematischen Schwerpunkt in diese Richtung gesetzt haben.
- Im Jahr 2013 hat die Kinderliga im Zuge der Nationalratswahl eine **„Politische Deklaration zur Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich“** formuliert, welche von allen wahlwerbenden Parteien unterzeichnet wurde.
- Ebenfalls 2013 wurde vom Gesundheitsministerium ein **„Nationale Aktionsplan Bewegung (NAP.b)“** veröffentlicht, der bis dato jedoch keine sichtbaren überregionalen Maßnahmen mit sich brachte.
- Durch den zwischen Pharmawirtschaft und Sozialversicherung abgeschlossenen **„Pharma-Rahmenvertrag“** wurden in den Jahren 2012 – 2015 insgesamt 6,75 Millionen Euro für Maßnahmen zu den Themen Kindergesundheit und Prävention zur Verfügung gestellt.

Dies war eine sehr dynamische und von der politischen Themensetzung her ergiebige Zeit. Aber es ist im Laufe der Jahre auch deutlich geworden, wie schwierig es ist, von der guten Idee oder Vision bzw. der theoretischen Themenentwicklung, zu einer Umsetzung auf der Maßnahmenebene zu kommen. Nur wenige der formulierten Vorhaben sind in die Nähe einer Realisierung gekommen. Das was aber letztlich zählt, ist, was bei den Menschen ankommt, was die Bevölkerung tatsächlich in ihrem Lebensalltag erreicht und ihre Lebenssituation verbessert.

Die Aufbruchsstimmung und der Schwung der ersten Jahre haben Bewusstheit und Projekte geschaffen, sich aber im Weiteren kaum in nachhaltige Programme einer innovativen Prävention oder Regelversorgung überführen lassen.

Die Positive Ausnahme stellt die kontinuierliche Umsetzung der „Frühen Hilfen“ dar.

Frühe Hilfen sind ein Gesamtkonzept von unterstützenden Maßnahmen in der frühen Kindheit, welches die spezifischen Belastungen und Ressourcen von Familien erfasst, begleitet und mit regionalen Gesundheits-, Sozial-, Jugendhilfe- und Bildungsangeboten vernetzt. Sie leisten einen nachweisbaren Beitrag zur sozialen und gesundheitlichen Chancengerechtigkeit und sind international erprobt und evaluiert.

In jenen beiden Jahren der Alpbacher Gesundheitsgespräche 2011/12 wurden vor Ort von der Kinderliga die ersten Informationen über das Konzept der „Early-Interventions“ gestreut. Zusätzlich wurde im Februar 2011 in Kooperation mit der GAIHM (German speaking Association of Infant Mental Health) an der Universität Wien eine überaus gut besuchte und öffentlich - auch durch Pressearbeit verstärkt - sehr wahrgenommene Tagung mit dem Titel „Was Kinder überleben lässt – die Liebe als Wirkfaktor in der frühen Kindheit“ organisiert und das Thema im Rahmen des Kindergesundheitsdialoges

sowie der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie als zentrale Forderung eingebracht und vorangetrieben. Damit war der Grundstein der politischen Aufmerksamkeit gelegt.

In einem Grundlagenprojekt der „Gesundheit Österreich GmbH“ wurden österreichische Standards erarbeitet, welche u.a. folgende „österreichische Definition“ erbrachte: *„In Österreich verstehen wir unter FRÜHEN HILFEN ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zur gezielten Frühintervention in der frühen Kindheit, die mit dem Zeitpunkt der Zeugung bis hin zum Schuleintritt definiert wird (ca. 0-6 Jahre). Ausgehend von den individuellen Lebenslagen und Ressourcen der Familien, (werdenden) Eltern und schwangeren Frauen – v.a. jener in besonderen Belastungssituationen – zielen Frühe Hilfen auf niederschwellige und passgenaue Unterstützung durch eine effiziente Vernetzung der Frühe-Hilfen-Angebote im regionalen System und somit auf eine möglichst frühe Reduktion der spezifischen Belastungsfaktoren, auf eine Stärkung der individuellen und familiären Ressourcen und der Elternkompetenz und auf die Sicherung der Entwicklung und des Wohls des Kindes ab.“* (Haas, Pammer, Weigl, Winkler, 2013)

Als nächster Schritt konnte im Rahmen der **„Gesundheitsziele Projekte aus dem Rahmen-Pharmavertrag“** (ein Finanzierungsprogramm von Gesundheitsförderungsprojekten von HV-SVT und Pharmig) gemeinsam mit **„Netzwerk Familie“**, welche in Vorarlberg schon Praxiserfahrung mit Frühe-Hilfen-Angebote gemacht haben, ein größeres **Modellprojekt** etabliert werden. Dies wurde schließlich in fünf Bundesländern von der Kinderliga in einem Kooperationsverbund mit WGKK, NÖGKK, OÖGKK, StGKK und KGKK von 2013–2015 umgesetzt. In einigen Regionen gelang es auch eine operative und finanzielle Brücke zur Landespolitik zu schlagen und die regionalen Projekte gemeinsam umzusetzen. Von der GÖG wurde begleitend zum Modellprojekt ein Umsetzungsleitfaden entwickelt.

Der theoretische Hintergrund und die Funktion von Frühen-Hilfen müssen hier nicht weiter erklärt werden. Es soll aber kurz die weitere Entwicklung in Österreich dargestellt werden.

Nach zentraler Projektentwicklung, regionalem Strukturaufbau und Schulung der ersten Mitarbeiterinnen („Familienbegleiterinnen“) der fünf Modellregionen wurde 2014 mit der operativen Umsetzung begonnen.

Der Evaluationsbericht beschreibt dazu: *„Von März 2014 bis Oktober 2015 wurden 277 (werdende) Eltern an die Familienbegleiterinnen zugewiesen. 204 Familien wurden vorwiegend im Rahmen von Hausbesuchen begleitet. 357 Kinder wurden im Rahmen der Familienbegleitung erreicht, ca. 50% bereits in der Schwangerschaft. Bei 62% der Familien wurde im Rahmen der Familienbegleitung weiterer Unterstützungsbedarf ausgelotet. In 67% dieser Fälle konnten Familien an Angebote im psychosozialen-pädagogischen Bereich, in 75% im Gesundheitsbereich angebunden und in 78% an Ämter und Behörden weitervermittelt werden. Dadurch konnten sowohl Familien als auch Fachkräfte entlastet werden.“*

Durch den praktischen Umsetzungserfolg und die rasche Evidenz der Wirksamkeit von Frühen-Hilfen ist auch eine kollektive politische Bewegung entstanden. Der Abschlussbericht der Modellprojekte schreibt hierzu: *„Die Gesundheit Österreich im Auftrag des Gesundheitsministeriums, der Hautverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, die Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit und die (einzelnen) Sozialversicherungsträger - um nur einige zu nennen - haben sich stark gemacht für eine*

kontinuierliche Weiterführung der Frühen Hilfen und ein Über-Ressorts-Hinausdenken im Sinne von Health-in-All-Policies.

Die Gesundheit Österreich GmbH entwickelte ein Idealmodell der Frühen Hilfen, mit einem universellen Angebot für alle Eltern - nicht nur für jene in belastenden Situationen - und spezifizierte das indizierte Angebot, das auch im Modellprojekt umgesetzt wird, mit den drei tragenden Säulen des regionalen Netzwerkes, einem Netzwerkmanagement und der Familienbegleitung.

Im Januar 2015 wurde das Nationale Zentrum Frühe Hilfen NZFH.at nach deutschem Vorbild gegründet, das nun österreichweit die Qualitätssicherung übernimmt. Frühe Hilfen wurden in verschiedenen Strategiepapieren verankert, ein Commitment der Ministerien Gesundheit, Familie, Soziales und Integration zur Relevanz der Frühen Hilfen liegt vor.

Die Vorsorgemittelperiode 2015-2017 wurde Frühen Hilfen (als einen von zwei möglichen Themen zur Auswahl) gewidmet. In allen Bundesländern haben sich die Gebietskrankenkassen und größtenteils auch die Länder für eine Förderung des Themas Frühe Hilfen beworben, vielfach sogar in Kooperation, ganz im Sinne des Gedankens Früher Hilfen. Frühe Hilfen werden auf Basis der Erfahrungen in Vorarlberg und in den 5 Modellregionen unter Verwendung und Weiterentwicklung der im Modellprojekt entwickelten Qualitätssicherungsinstrumente (wie beispielsweise e-Dokumentation, Dokumentationsleitlinien, Leitfäden) österreichweit ausgerollt.

Die Modellregionen „Gut begleitet von Anfang“ an werden weitergeführt und zum Teil ausgebaut. Bis Mitte 2017 sollen Frühe-Hilfen-Strukturen in 52 Regionen etabliert sein.“

Resümee und Empfehlungen:

Durch das Aufgreifen des Konzepts der **Frühen Hilfen** in den Modellprojekten, der Entwicklung eines Idealmodells, der Errichtung eines „Nationalen Zentrums Frühe-Hilfen Österreich“ und der Zweckwidmung der Vorsorgemittel wurde ein wichtiger Schritt für die Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich gesetzt.

Das ist ein wirklich schöner Erfolg: sowohl im politischen Agenda-Setting wie auch in der praktisch gelungenen Umsetzung. Der weitere Ausbau des Angebots sollte nun vor allem zur Stabilisierung von Familienkonstellationen unter Belastung und somit zur Verbesserung des alltäglichen Aufwachsens und der Lebensraumgestaltung von Kindern in Österreich beitragen.

Bedauerlich ist, dass sich in einigen Bundesländern die regionalen Sozialversicherungen und Länder auf keine strategische Zusammenarbeit einigen konnten und hier nun „Parallel-Projekte“ entstehen.

Ein weiteres Ziel muss es auch sein, dass Frühe Hilfen zu einem Angebot für jede Familie mit einem neugeborenen Kind in Österreich wird und nicht nur selektiv für „belastete“ Familien“ zu Verfügung steht. Dies könnte – wie in anderen Ländern bereits üblich – etwa im Rahmen eines „Willkommensbesuch“ bei jeder/m neuen ErdenbürgerIn erfolgen.

Ein solches Basisangebot sowie die Überführung der Frühen Hilfen aus dem immer noch andauernden „Projektstatus“ in eine Regelfinanzierung wären die nun dringend erforderlichen nächsten Schritte.

Auch die artikulierte Sorge der Kommission über den Mangel an Rehabilitationsprogrammen besteht zu Recht. Im Berichtszeitraum gab es kein einziges definitives Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche in Österreich. Lediglich ein paar wenige Betten – hauptsächlich im Indikationsgebiet Neuropädiatrie - waren an Erwachsenenrichtungen für Kinder und Jugendliche angeschlossen. Dass diese Angebotsform nicht die durchgängige interdisziplinäre Qualität aufweisen konnte, liegt auf der Hand.

Über die aktuelle Entwicklung rehabilitativer Strukturen in Österreich wird im nächsten Themenfeld „Weitere wesentliche Topics“ unter Punkt 4: „Ausreichendes, kostenfreies diagnostisch-therapeutisches Angebot“ berichtet.

Themenfeld 5

Weitere wesentliche Topics

Weitere Themenfelder, welche von Mitgliedern der PG-6 als wesentliche Topics genannt wurden, sind wegen der vorzeitigen Beendigung nicht mehr innerhalb der PG bearbeitet worden. Es wird hier ein kursorischer Übersichtstext erstellt, welcher aus inhaltlich unterschiedlichen Arbeitsgruppen (etwa im Kindergesundheitsdialog sowie der AG Kindergesundheit zu den Rahmengesundheitszielen, u.a.) und Dokumenten (etwa den jährlichen „Berichten zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich“ der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit) gespeist werden.

1. Es braucht aussagekräftige Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Österreich

Für eine zielorientierte gesundheitspolitische Planung und Fakten-basierte strategische Entscheidungen braucht es umfassende, standardisiert erhobene Daten. In Österreich weiß man jedoch sehr wenig über den Gesundheitszustand der Kinder- u. Jugendlichen sowie über ihre Lebensumstände.

Die einzige Quelle systematisch erhobener Daten ist die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children Study) der OECD-Staaten, in welcher Österreich 2010 in den Bereichen „Gesundheit“ und „Risikoverhalten“ im hintersten Feld aufgeschienen ist; ja z.T. sogar trauriges Schlusslicht bei einigen Aspekten war (etwa beim Rauchen und Gewalterfahrung von Jugendlichen). In der Folgeerhebung 2014 gab es in einigen Aspekten marginale Verbesserungen, in vielen Bereichen aber ein weitgehend unverändertes Bild, woraus insgesamt kein klarer Trend abzuleiten ist. Dies ist für ein Land mit – im internationalen Vergleich – hohen Gesundheitsausgaben ein äußerst unbefriedigendes Ergebnis.

Trotz mehrfacher Ankündigungen verschiedener öffentlicher Stellen gibt es bis dato aber nach wie vor keine umfassende systematische Datenerhebung zur Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich. Häufig wird auf die deutsche KIGGS-Studie verwiesen und deren Daten auch für Österreich herangezogen und umgerechnet.

2014 wurden im Rahmen der EU-SILC von der Statistik Austria mittels des „**Austrian Health Interview Survey (ATHIS)**“ erstmals auch Informationen zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren erhoben. Das Fragensample war allerdings recht eingeschränkt und die Auswertung leider nicht so differenziert, wie es die Fragen zugelassen hätten. So werden etwa somatische Beschwerden nicht von psychischen abgegrenzt und auch die Frage nicht ausgewertet, ob eine adäquate Versorgung möglich gewesen ist. Insgesamt ist die Einbeziehung der Kinder- und Jugendlichen in die ATHIS aber sehr positiv zu sehen. Sie sollte in Zukunft deutlich ausgeweitet und als regelmäßiges Monitoring vorgesehen werden.⁶

⁶ Austrian Health Interview Survey (ATHIS):
http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&pubId=714

In den Jahren 2013-2015 wurde von der Universitätsklinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie und dem Ludwig Boltzmann Institut „Health Promotion Research“ die „**MHAT-Studie**“ (Mental Health in Austrian Teenagers) zur „Psychische Gesundheit der österreichischen Jugend“ durchgeführt. Sie wurde durch Mittel der „Gemeinsamen Gesundheitsziele“ des Rahmenvertrages zwischen Pharmaindustrie und Sozialversicherung unterstützt. Ziel der Studie war es, einen Überblick über die psychische Gesundheit von Jugendlichen zu erhalten und Erkenntnisse zur Förderung von psychischer Gesundheit und zur Behandlung von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zu gewinnen.⁷

Im Februar 2016 wurde vom Gesundheitsministerium der erste „**Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit**“ veröffentlicht. Die Gesundheit Österreich GmbH hat auf 289 Seiten die in Österreich verfügbaren Daten zusammengetragen und kommentiert. Dieser erste Schritt hin zu einer - hoffentlich regelmäßigen - Gesundheitsberichtserstattung ist grundsätzlich sehr zu begrüßen. Der Bericht wurde aber auch zu einem entlarvenden Dokument dafür, wie wenig wir in diesem Bereich wissen. Die Zahlen stammen häufig aus weit zurückliegenden Quellen und aus diversen Einzelstudien ohne einen guten Gesamtüberblick geben zu können. Sie fußen vielfach auf Abrechnungsdaten der Krankenhäuser, Medikamentenverschreibungen und Todesursachen. Diese Aspekte beschreiben aber nur vergleichsweise kleine Teile des großen Gebietes der Kinder- und Jugendgesundheit und sind wenig geeignet, deren aktuellen Kernthemen der „Modernen Morbiditäten“ und die überwiegend extramural notwendige Versorgung abzubilden.

Das Fehlen von systematisch erhobenen, epidemiologischen Daten zur Prävalenz von somatischen wie psychischen Erkrankungen, hat zur Folge, dass der Bedarf an Diagnose- und Versorgungsangeboten – sowohl auf der regionalen als auf der bundesweiten Ebene - nur unzureichend eingeschätzt werden kann.

Es fehlen somit:

- solide und **aussagekräftige Daten** über den Gesundheitsstatus unserer Kinder und Jugendlichen,
- ein **Monitoring** im Sinne wiederholter **systematisch-epidemiologischer** Erhebungen, welches Veränderungen und Entwicklungen abbilden kann,
- eine **regelmäßige Kinder- und Jugend-Gesundheitsberichterstattung**, sowie
- eine substantielle **Versorgungsforschung**, welche einerseits den Bedarf und andererseits die Angebote in der Versorgungslandschaft erfasst.

2. Gesundheitsförderung und Prävention:

Gerade Kindheit und Jugendzeit könnten die wichtigsten Lebensphasen für präventive und gesundheitsfördernde Angebote sein, weil die erzielten Effekte über die gesamte weitere Lebensspanne wirksam sind. Es macht somit großen Sinn, die Lebensräume von Kindern gesundheitsfördernd zu gestalten, zu einer Zeit, wo Verhalten noch gelenkt und gelernt werden kann, anstatt später oft enorm teure therapeutische Programme für

⁷ MHAT-Studie: <http://www.mhat.at/>

chronisch kranke Erwachsene anbieten und finanzieren zu müssen. Dies gilt für moderne »Volkskrankheiten« wie z.B. Bewegungsmangel und Fehlernährung, die in großem Ausmaß zu Übergewicht, Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen, ebenso wie für unangemessene psychosoziale Stressbelastung von Kindern durch Armut, Gewalt, Überforderung oder multimediale Vereinsamung, welche in Unruhe und Störungen des Sozialverhaltens, Depression oder andere psychische Erkrankungen münden. Dies sind später die großen Kostenverursacher im Gesundheitswesen und auch die Gründe, die Österreich im europäischen Vergleich zu einem Land mit deutlich unterdurchschnittlicher Gesundheitserwartung machen.

Die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention werden in Österreich mit etwa 2,3% angegeben. International liegen sie bei etwa 5-6%. Auf dieses Niveau sollten Sie jedenfalls auch in Österreich angehoben werden. Als kleines Rechenbeispiel: alleine die Zweckwidmung der von jugendlichen RaucherInnen ins Budget gezahlten Tabaksteuer in Richtung Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen würde 60,5 Millionen Euro für Prävention einbringen. Kernelemente der Verwendung sollen Angebote in der (frühen) Kindheit sowie solche zur Verhinderung gesundheitlicher Ungleichheit sein.

Vom Bundesministerium für Gesundheit wurden Nationale Aktionspläne zu Ernährung (2011) und Bewegung (2013) veröffentlicht, wo jedoch bis dato noch keine breitenwirksamen Effekte abzuleiten sind. Lediglich die Rate der jugendlichen RaucherInnen ist lt. HBSC 2014 abnehmend. Hierzu wurde im Mai 2015 vom Fonds Gesundes Österreich ein Tabakpräventionsprojekt „Leb dein Leben ohne Rauch – YOLO“ gestartet.

Zwei Aspekte sollen hier noch besonders hervorgehoben werden:
gesundheitsorientierte Bildungsarbeit und Familien- bzw. Kinderarmut.

2.1. Gesundheitsorientierte Bildungsarbeit

Gesundheit und Bildung sind eng miteinander verknüpft. Sie stehen in vielfacher Wechselwirkung und bedingen einander. Sie sind zentrale Säulen für die Zukunft unserer Kinder.

Kinder sind grundsätzlich zutiefst neugierige, die Welt mit Lust und Freude erforschende Wesen und jedes für sich von der ersten Sekunde seines Lebens an eine eigenständige Persönlichkeit. **Bindung** sichert ihr Überleben, die **Plastizität des Gehirns** ermöglicht das Lernen. Beides ist eingebettet in individuelle Bedingungen und Beziehungen des Lebens.

Überträgt man diese Gedanken auf das Bildungswesen, dann braucht es eine neue, an einer lebendigen und gesunden Entwicklung orientierte Bildungskultur und Bildungsatmosphäre: ermutigend, wertschätzend und individuell förderlich für die Potentialentfaltung jedes einzelnen Kindes und Jugendlichen!

Das Bildungssystem als Wegbereiter und Helfer um Lebensmut und Gesundheit zu stärken!

Wenn Bildung im Kern ihrer Zielsetzung vornehmlich Persönlichkeitsbildung ist, dann wird sie im Wesentlichen geprägt und gelenkt durch die im Bildungssystem gelebten Beziehungen und der dort herrschenden Wertewelt. Persönlichkeitsentwicklung muss daher auch ein tragender Teil der Ausbildung von PädagogInnen der Zukunft sein.

Es zählen nicht so sehr die - ideologisch oft extrem überschätzte - Schulform oder die Lehrpläne, sondern die Menschen, die sie vermitteln und die Art und Weise, wie sie es tun. Der Prozess des Lernens ist oftmals lehrreicher als der Inhalt und das Geheimnis erfolgreicher PädagogInnen ist ihre Begeisterung für den (Lehr-)Inhalt und ihre Wertschätzung im Kontakt. Eine substantielle Veränderung im Bildungssystem ist daher nur über eine positive Veränderung der Beziehungen in der Bildungslandschaft zu erwarten.

Zum spezifischen Thema Gesundheit und Bildung hat eine multidisziplinäre Arbeitsgruppe der Kinderliga sowie des Kindergesundheitsdialogs ein Zehn-Punkte-Programm entwickelt, welches hier in voller Länge wiedergegeben wird.

- 1. **Bestmögliche und umfassende (d.h. körperliche, geistige, seelische und soziale) Gesundheit ist die Grundlage für ein ganzheitliches Wohlbefinden und somit auch für ein erfolgreiches psychosoziales wie kognitives Lernen.** Insofern ist die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auch für das Bildungssystem von Belang und Teil der pädagogisch-educativen Verantwortung. Die Chancengleichheit der Bildungskarriere beginnt schon bei den Bedingungen für ein gesundes und förderliches Aufwachsen der Kindern und Jugendlichen.*
- 2. **Für den Bereich der Elementarpädagogik ist eine höchst mögliche und dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Betreuungsqualität zu fordern.** Das erfordert hohes fachliches Wissen und persönliche Kompetenz der PädagogInnen über frühe Kindheit, eine offene Bereitschaft zur Kooperation mit dem familiären System und einen alters-gemäßen Betreuungsschlüssel in der Einrichtung. In eine Kurzform gefasst: **Bindung kommt vor Bildung und Qualität vor Quantität.***
- 3. **Der Übergang in das Schulsystem ist eine prägende Weichenstellung.** Er sollte daher durch ein **umfassendes Screening zur Erfassung der biopsychosozialen Gesundheit** zur rechten Zeit ergänzt werden. Entwicklungsbeeinträchtigungen der körperlichen wie der seelischen Gesundheit können die Bildungslaufbahn und damit den gesamten weiteren Lebensweg des einzelnen Kindes ganz entscheidend erschweren. Daher ist es sowohl aus individual-präventiver als auch aus bildungsökonomischer Sicht wertvoll, derartige Entwicklungsbeeinträchtigungen möglichst früh zu erkennen und qualifizierte Therapie- bzw. Fördermaßnahmen einzuleiten. Die kürzlich eingeführte „Sprachstandsfeststellung“ greift hier – eindimensional auf die Sprache bezogen – deutlich zu kurz.*
- 4. **Kindergarten und Schule sollen in all ihren Dimensionen ein gesundheitsförderlicher Lebensraum sein.** Kinder und Jugendliche verbringen viel Lebenszeit in Bildungseinrichtungen und die Entwicklung von Lebensstil und Gesundheitsverhalten ist oftmals stark durch die Peer-Group geprägt. Daher ist „Schule“ nicht nur ein Ort der Wissensvermittlung, sondern muss auch als Lebensraum der Persönlichkeitsbildung und der Entstehung von Gesundheitsbewusstsein verstanden und genützt werden.*

5. **Gesundheitsbildung bzw. Gesundheitserziehung soll Teil des pädagogischen Regelangebotes sein.** Neben dem Wollen und einem gesundheitsförderlichen Umfeld braucht es auch faktisches Wissen und orientierende Vorbilder für die Umsetzung einer gesunden Lebensführung. Dies könnte im Rahmen von Bildungseinrichtungen mit moderner und praxisorientierter Lernmethodik angeboten werden.⁸
6. **Die Kompetenzen und Ressourcen der verschiedenen, im Bildungswesen tätigen Gesundheits-, Sozial- sowie Heil- und Sonderpädagogischen Berufe sollen in arbeitsteiliger und kooperativer Teamstruktur gebündelt** und diese für alle Gesundheitsfragen und –belange interdisziplinär genutzt werden (etwa in der Organisationsform von Schulgesundheits-Kompetenzzentren auf Bezirksebene).
7. **Der wesentlichste Faktor zur Lernmotivation ist die Qualität der Beziehung aller im Schulsetting tätigen Personen.** Insofern sind vor allem die sozialen Kompetenzen, die Persönlichkeit und die Haltung des Lehrpersonals sowie ein respektvoller und achtsamer Umgang mit den anvertrauten SchülerInnen der Kern jedes Lernerfolges. Die Auswahl und Weiterqualifizierung der pädagogischen MitarbeiterInnen soll daher vorrangig nach Aspekten der Beziehungskompetenz erfolgen. Notwendige strukturelle Bedingungen (z.B. Verhältniszahlen von SchülerInnen zu LehrerInnen) sowie Begleitmaßnahmen für die Förderung der psychischen Gesundheit der PädagogInnen sollen zu Verfügung gestellt werden.
8. **Gesundheitsorientierte Elternbildung könnte eine sinnvolle und effiziente Präventionsmaßnahme zur Kinder- und Jugendgesundheit sein.** Ein verbessertes bio-psycho-soziales Gesundheitsbewusstsein der Eltern hat unmittelbar Einfluss auf die Gesundheit ihrer Kinder. Diesen Ansatz über das Bildungssystem zu nutzen macht insofern Sinn, als dass Eltern dort in hohem Masse und wenig segregativ erreichbar sind.
9. **Bildungskoaching und Arbeitsassistenz für Jugendliche an der Schnittstelle zur Arbeitswelt können wertvolle Orientierungshilfen sein.** Für eine gedeihliche Bildungskarriere braucht es für Kindern und Jugendlichen auch gute Übergänge zwischen den verschiedenen Lebensaltern und Phasen. Wie beim Eintrittsprozess in die Schule bedarf es für manche junge Menschen auch eines gut begleiteten Übergang ins Berufsleben.
10. **Außerschulische Kinder- und Jugendarbeit in freizeitlichen Lebensräumen kann Gemeinschaftsgefühl und Lebenskompetenz stärken.** Freizeitverhalten unterscheidet sich oft vom Verhalten im Rahmen von formalen Bildungsstrukturen. Außerschulische Jugendarbeit kann daher eine wertvolle gesundheitsfördernde und persönlichkeitsbildende Maßnahme an anderen Lebensorten von Kindern und Jugendlichen sein (z.B. Regulation von Risiko- und Suchtverhalten, Sportaktivitäten, Selbstwertsteigerung, Verantwortungsübernahme, etc.).

⁸ Im aktuellen Kinder- und Jugend Gesundheitsbericht des BMG wird für 58% der SchülerInnen eine problematische bzw. unzureichende Gesundheitskompetenz ausgewiesen! Österreich hat in einer internationalen Health Literacy Studie insgesamt miserabel abgeschnitten (www.health-literacy.eu)

Eine Annäherung der Bildungslandschaft an diese Maßnahmen würde dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche in bestmöglicher Weise und einem ihnen gerecht werdenden, entwicklungsförderlichen Umfeld wichtiges über sich und das Leben lernen können.

2.2. Familien- bzw. Kinderarmut

Kinder haben laut UN-Kinderrechtskonvention ein Recht auf „höchstmögliche Gesundheit“ sowie auf „angemessenen Lebensstandard“. Beides misst sich in Relation zum allgemeinen Wohlstand eines Landes. Österreich gilt laut internationalem Währungsfonds als elftreichstes Land der Welt und als drittreichstes Land der EU. Die Erfüllung der UN-Kinderrechtskonvention sollte in einem Wohlstandsland wie Österreich also kein Problem sein.

Hingegen wurde von der Statistik Austria im Jahr 2014 veröffentlicht,

- dass etwa 280.000 Kinder und Jugendliche – das ist jeder sechste junge Mensch in Österreich – in Armut leben oder von Armut bedroht sind.
- dass die Armutsquote bei Kindern deutlich höher liegt als bei Erwachsenen.
- dass das Armutsrisiko einer Familie mit jedem Kind mehr rasant zunimmt.

Zudem ist aus wissenschaftlichen Arbeit bekannt:

- dass Kinder die in Armut leben häufiger Unfälle haben, häufiger erkranken und dann weniger Chancen haben, die notwendigen Therapien zu erhalten, weil diese oft nicht kassenfinanziert sind und sich die betroffenen Familien den Selbstbehalt nicht leisten können.
- dass sie später als Jugendliche und Erwachsene dreimal so häufig von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gelenksbeschwerden, Diabetes, uam. betroffen sind sowie häufiger und in größerer Zahl psychisch erkranken.
- und schlussendlich im Durchschnitt um 5-8 Jahre früher sterben.

Armut hat viele Gesichter

Auch wenn Kinder in Österreich gegenüber vielen anderen Regionen der Welt in einem grundsätzlich „privilegierten“ Wohlstandsstaat leben, ist die ausgrenzende und demütigende Wirkung von Armut nicht geringer. Sie leiden unter dem unmittelbaren Mangel an Kleidung, Heizung, Gesundheitsversorgung, Freizeit- und Sportaktivitäten. Sie leiden aber auch an der Außenseiterrolle, wenn sie etwa für den Sozialkontakt in der Peer-Group ein Smartphone bräuchten. Sie leiden neben der materiellen Armut auch an der existentiellen Angst, Perspektivenlosigkeit und Nervosität ihrer Eltern, dem Mangel an gemeinsamer Zeit, Freude, Förderung und Zuversicht, an Spracharmut, dem Mangel an positiver Orientierung und Zugehörigkeit in der Gemeinschaft. Es bereitet Scham, wenn man bei einer Geburtstagsfeier kein Geschenk mitbringen kann und beim Fußballspielen im Park nicht die passenden Schuhe hat. Auch diese Armutsdimensionen schränken die Entwicklungsmöglichkeiten und Potentialentfaltung von Kindern und Jugendlichen erheblich und nachhaltig ein.

Weitere soziale Risikofaktoren, wie Migrations- oder Flüchtlingsbiographie, die Sorge um chronisch oder psychisch kranke Eltern, das Erleben von Gewalt, Vernachlässigung, Fremdunterbringung, o.ä. verstärken die Folgen von Armut noch zusätzlich.

Kinder machen 20% der Bevölkerung in Österreich aus, ihnen kommen aber nur 5,8% der Gesundheitsausgaben zu. Das ist deutlich unter EU-Schnitt!

Kinder sind als Gruppe häufig von systematischer, „indirekter“ Benachteiligung betroffen. So werden für diese etwa 20% der Bevölkerung (0-18 Jahre) nur 5,8% der Gesundheitsausgaben aufgewendet. Der EU-Schnitt gibt 6,4%, Deutschland 8,3% und Großbritannien mit 9,6% sogar fast das Doppelte für ihre Jugend aus! Bei den Sozialausgaben sind es etwa 8% (0-15 Jahre). Die daraus entstehenden **Mängel im Angebot sowohl bei Gesundheitsförderung wie auch Versorgung treffen arme Kinder deutlich häufiger und härter**, weil deren Eltern sich diese Leistungen nicht „zukaufen“ können.

Andrerseits ist aus vielen Forschungsbereichen bekannt, dass gerade die frühe Kindheit auf Grund der „biologischen Programmierung“ eine absolute Schlüsselzeit für die weitere Gesundheits- und Lebensstilentwicklung ist. Eine Längsschnittstudie aus Mannheim⁹ etwa zeigt, dass bei Kindern mit frühen Umfeldbelastungen wie Armut, geringem Bildungsstand, psychischer oder chronischer Erkrankung der Eltern, Gewalterfahrung, etc. der Anteil an kognitiv entwicklungsbeeinträchtigten 8-Jährigen mit 27,7% ca. drei Mal so hoch war als in der unbelasteten Gruppe. Die Rate von psychischen Auffälligkeiten lag bei 41,4%. Diese Befunde lassen sich ebenso wie spätere organische Erkrankungen bis ins Erwachsenenalter verfolgen und sind auch bei später besserem Lebensstandard weitgehend stabil.

Viele chronische Erkrankungen werden erst durch die Kombination und die Summation von negativen Gesundheitseinflüssen – wie Umweltbedingungen, Lebensstil, Kindheits-erlebnisse, etc. – ausgelöst. Kurz: **Die armen Kinder von heute sind die chronisch kranken Erwachsenen von morgen!**

Armut macht Kinder krank, weil

- sie unter schlechteren Ernährungs-, Wohn- und Umwelt-Bedingungen leben;
- ihre Eltern weniger Zeit und Geld für Förderungs- und Genesungsprozesse haben,
- Existenzangst, Not und Scham die Seele belasten.

Krankheit macht Familien arm, weil

- das Kümern um ein (chronisch) krankes Kind die Erwerbstätigkeit behindert;
- Medikamente, Therapien, Heil- und Hilfsmittel oft erhebliche private Geldmittel erfordern, weil sie vielfach nicht ausreichend kassenfinanziert sind bzw. die Selbstbehalte für viele eine große finanzielle Belastung darstellen;
- sie Kosten für Therapien und Heilbehelfe vorfinanzieren und auf den Kostenbeitrag der Krankenkasse bzw. Förderstellen oft lange warten müssen;
- gerade bei seltenen Erkrankungen (davon sind in Summe in Österreich rund 200.000 Kinder betroffen) notwendige Therapien oder Medikamente oftmals nicht bewilligt und die Kosten von den Familien selbst getragen werden müssen.

⁹ Mannheimer Längsschnittstudie zu Risiko- und Schutzfaktoren, M. Laucht

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit von Beginn des Lebens an ist eine der wichtigsten Ressourcen, die wir Kindern mit auf ihren Lebensweg mitgeben können. Es ist wesentlich sinnvoller, heute in die Gesundheit von Kindern zu investieren und mit deutlich geringerem Aufwand Chancen für sie zu schaffen, als später kostenintensiv chronisch kranke Erwachsene behandeln zu müssen.

97% aller Kinder kommen völlig gesund und voller Potentiale auf die Welt. Aber schon im Laufe von wenigen Jahren ist ein erheblicher Teil von ihnen durch die Bedingungen ihres Aufwachsens körperlich und/oder psychisch erkrankt. Armut ist ein wesentlicher Aspekt, der durch eine **soziale Präventionspolitik** vermeidbar wäre.

Armut darf Kinder nicht krank machen!

- Es braucht eine Form der direkten **finanziellen Sicherung für Kinder**, wo alle Transferleistungen und Zuschüsse gebündelt dem Kind zugeordnet und gewidmet sind, um einen armutsfreien Lebensstandard zu gewährleisten.
- Auch für Kinder in Armut müssen die **notwendigen Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen** garantiert sein.

Krankheit darf Kinder nicht in die Armut führen!

- Alle notwendigen **Therapien und Heilbehelfe müssen kassenfinanziert** sein.
- **Selbstbehalte** für Therapien und Heilbehelfe **für Kinder müssen abgeschafft werden**.

Die Gesundheitsförderung gerade in bedürftigen Bevölkerungsgruppen wäre eine große Chance und von dringender Notwendigkeit! Frühe Hilfen, Interventionen auf der Ebene der Familiensysteme, Gesundheitsförderung im Bildungssystem, etc.. Alles das wären fruchtbare und erfolgversprechende Maßnahmen, welche erstens viel persönliches Leid verhindern, aber auch die allgemeine „Gesundheitserwartung“, die „gesunden Lebensjahre“ der Bevölkerung verbessern und so viel Geld im höheren Lebensalter sparen könnte.

Resümee und Empfehlungen:

In besonderer Weise werden benötigt:

- Erhöhung der Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung
- flächendeckende Einrichtung eines **Frühe-Hilfen-Systems** wie im Themenfeld zuvor beschrieben und genannt
- Verbesserung von **Bindungsqualität** und **Erziehungskompetenz** der Eltern
- Prävention von **Gewalt und Vernachlässigung** (50% der Eltern bekennen sich in der Gewaltprävalenzstudie des BMWFJ 2011 zu „leichten Formen“ der körperlichen Gewalt in der Erziehung, 16% sogar zu „schweren Körperstrafen“) sowie eine regelmäßige standardisierte Erhebung der **Gewaltprävalenz**

- konkrete Maßnahmen sowie Weiterbildungsangebote zu den Bereichen **Ernährung, Bewegung, Suchtverhalten und psychische Gesundheit**, sowie zum **interkulturellen Dialog** und zur **Inklusion** von Kindern und Jugendlichen
- Stärkung der **Gesundheitskompetenz** von Kindern und Jugendlichen allgemein, aber insbesondere in Familien mit Migrationshintergrund etwa durch health-literacy-Programme für deren Eltern
- Als erhebliche neue Herausforderung wird sich in den kommenden Jahren die **Integration von Kindern und Jugendlichen mit Fluchtbiografie** erweisen. Hierfür gilt es Standards der medizinisch-therapeutisch-pädagogischen Versorgung zu entwickeln.
- Stärkung der **gesundheitlichen Chancengleichheit** durch
 - Bekämpfung der **Familien- und Kinderarmut**, durch
 - beziehungs- und gesundheitsorientierte **Bildungsarbeit** sowie durch eine
 - **präventiv orientierte Jugendhilfe**.

3. Berufsübergreifende, interdisziplinäre Netzwerkarbeit

Kinder und Jugendgesundheit ist eine Querschnittsmaterie und betrifft sowohl in der Entstehung wie auch in der Bewältigung von Erkrankungen zumeist mehrere Lebensräume. Um dieser Tatsache effizient zu begegnen bedarf es auch einer interdisziplinären und gut vernetzten Arbeitsform der befassten Gesundheitsberufe untereinander, wie auch mit den Partnerprofessionen aus der Pädagogik und Jugendhilfe.

Sinnvolle Netzwerkarbeit benötigt drei wesentliche Aspekte: **Kommunikation, Koordination und Kooperation**. Sie darf nicht bloß dem Zufall oder dem „privaten“ Engagement von Einzelpersonen überlassen werden, sondern muss aus einer übergeordneten Perspektive mit Plan und Strategie nachhaltig eingerichtet und finanziert werden.

Im Kapitel „Gesundheit“ des aktuellen Regierungsprogramms wird insofern darauf Bezug genommen, als dass unter den prioritären Maßnahmen die „Etablierung von multiprofessionellen bzw. interdisziplinär organisierten Versorgungsformen im ambulanten Bereich“ sowie „einheitliche Ansprechpartner für Patientinnen zur Koordination von Gesundheitsförderung, Diagnose und Therapie sicherzustellen sind.“

Diese Absicht soll nun österreichweit in der Form von **Primärversorgungszentren** (Primary-Health-Care-Centers) umgesetzt werden. Bis dato ist aber keine spezifische Angebotsebene für Kinder und Jugendliche vorgesehen. Wie schon einleitend vermerkt, stellen Kinder und Jugendliche aber etwa 20% der Bevölkerung dar und sie brauchen in vielen Aspekten inhaltlich völlig andere Angebote, Kompetenzen und Herangehensweisen, Wissen und Umsetzungsstrategien als Erwachsene. Dieses Erfordernis ist nicht einfach „nebenher“ durch die/den eine/n oder andere/n punktuell beigezogene ExpertIn herzustellen.

Dafür braucht es **im gesamten Team die durchgängige Kinder- und Jugendspezifische Kompetenz** von kinder- und jugendmedizinischen Angeboten über

Krankenpflege und psychosoziale Professionen zu den funktionellen Therapie bis hin zu Sonder-, Heil- und Sozialpädagogik.

Zusätzlich könnten enorme Benefits und Synergien gehoben werden, indem spezifische **Child-Health-Care-Centers** in Kooperation etwa mit einem nahen Bildungscampus oder Einrichtungen der Jugendhilfe gedacht und in ein und der selben Zuständigkeit auch psychosoziale und Entwicklungsstörungen mitbetreut werden. Auch Gesundheitsförderung und Prävention sowie diverse Public-Health-Aufgaben (von Stillgruppen über Eltern-Cafes, Entwicklungsbegleitung bei spezifischen Fragestellungen, regionale Angebote für Migranten-Familien oder Gesundheitsförderung, One-stop-shop bzw. One-Point-of-Service, Koordinationsstelle für Frühe-Hilfen, bis hin zu hoheitlichen Aufgaben, uam) wären dort passgenau und vermutlich auch kostengünstig systemimmanent gut angebunden.

Gerade im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit besteht für diese Organisationsform und für das Arbeiten im interdisziplinären Team auf Grund der über 30-jährigen Erfahrungen in den Entwicklungs- und Sozialpädiatrischen Zentren schon hohes praktisches Vorwissen und Kompetenz.

Kindern und Jugendlichen diese Chance wider besseren Wissens der Notwendigkeit nicht zu Verfügung zu stellen, wäre ein fatales Versäumnis und ein Vorenthalten kommunaler Verantwortung.

4. Ausreichendes, kostenfreies diagnostisch-therapeutisches Angebot

Das **Fehlen** von österreichweit zumindest **60-80.000 Therapieplätzen** für Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen Entwicklungsstörungen bei Wartezeiten von bis zu einem Jahr und mehr, ist durch mehrere Untersuchungen mittlerweile außer Streit gestellt. Seit der zunehmenden öffentlichen Bekanntheit dieser Mangelversorgung gibt es in manchen Bundesländern durchaus beachtenswerte Absichten und z.T. auch Aktivitäten für einen Ausbau des Versorgungsangebotes. Die Realität der faktischen Umsetzung hinkt diesem Wunsch aber oft noch weit hinterher.

Nach wie vor gibt es ganze Bundesländer oder große Regionen, in denen junge Menschen **keine Chance haben kostenfrei eine Behandlung** durch Logopädie, Physio- oder Ergotherapie, Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erhalten. Der allergrößte Teil der niedergelassenen Versorgung ist weiterhin mit einer **Zuzahlung** (ca. 30-60 € pro Therapiestunde) verknüpft. Zuzahlungen aber gefährden bzw. verhindern notwendige Behandlungen oder belasten Familien finanziell schwer. Der sonst erhoffte Lenkungseffekt von Selbsthalten im Gesundheitswesen erweist sich in diesem Fall als völlig kontraproduktiv, weil, je schwerer erkrankt oder behindert ein Kind ist, je mehr Therapie es daher braucht, desto größer wird die finanzielle Belastung und je schwächer der finanzielle Hintergrund der jeweiligen Familie ist, desto weniger erhalten jene Kinder dann die von Ihnen benötigte Therapie. **Dies widerspricht der gesundheitlichen Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit eklatant. Zuzahlungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollten somit samt und sonders und ohne Einschränkung aufgehoben werden.**

Für manche Bereiche der Versorgung entwicklungsbeeinträchtigter Kinder hat sich die öffentliche Hand bis dato als nicht ausreichend zuständig erklärt. Dies betrifft etwa die Behandlung von Menschen mit **Autismus**, die **Palliativbetreuung** von chronisch kranken oder sterbenden Kindern, u.a.m. Auch in der Finanzierung von **Hilfsmittel und Heilbehelfen** müssen oft erhebliche Zuzahlungen geleistet werden, welche die finanziellen Möglichkeiten von Familien häufig übersteigen. Der Organisationsaufwand für Verordnung, Bewilligung, Umsetzung und Finanzierung jener Heilbehelfe ist zusätzlich enorm, sodass viele Eltern daran scheitern.

Zentrale Aspekte jeder Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind Erreichbarkeit und Leistbarkeit der Angebote. Regionale Verfügbarkeit und Kostenfreiheit sind daher die wesentlichen Faktoren, an welchen entschieden wird, ob ein Kind oder Jugendlicher seine, oftmals im wahrsten Sinn des Wortes »Notwendige« Therapie bekommen kann oder nicht.

Was es für eine ausreichende Versorgung vordringlich braucht, sind:

- **Ausreichende**, kostenfreie diagnostisch-therapeutische **Angebote für alle Kinder**
- Eine entsprechende **Bedarfs- und Versorgungsforschung**
- **Abschaffung aller Zuzahlungen** im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit
- Ausbau der **integrierten Versorgung** für Kinder u. Jugendliche mit Entwicklungsstörungen.
- **Kinder-PHCs** (= CHCC - Child Health Care Centre)
- **One-stop-shops** für die Hilfs- und Heilmittelversorgung.
- **Therapieangebote** (fix oder als mobile Dienste) **in Bildungseinrichtungen** (dort wo die Kinder „sind“, ohne Wegzeiten und Belastungen für die Familien)

Ein Sonderthema der Versorgung ist die **Rehabilitation**. Obwohl der Bedarf inklusive Bettenzahl und Qualitätsstandards politisch seit dem Kindergesundheitsdialog 2011 klar gestellt ist und seit 1997 mittlerweile drei österreichweite Kinder-Rehabilitationspläne erarbeitet wurden, gibt es bis heute kein einziges (Phase II -) Kinder-Reha-Zentrum. 7700 Plätzen für Erwachsene, stehen etwa 50, eher zufällig verstreuten Plätzen für Kinder gegenüber.

Höchst erfreulich ist aber zu berichten, dass mittlerweile zwischen dem HV-SVT und den Bundesländern eine Einigung über die gemeinsame Finanzierungsverantwortung erzielt werden konnte. Im Zuge dessen wurde auch die Gleichbehandlung von angeborenen und erworbenen Störungen sowie die Notwendigkeit einer familien-orientierten Rehabilitation (therapeutische Mitbetreuung von Familienmitgliedern bei Bedarf) außer Streit gestellt. Dies ist aus der Sicht der betroffenen Kinder und deren Familien sehr zu begrüßen, weil dadurch der Anspruch auf Behandlung nicht aus der Perspektive der jeweiligen formalen Nicht-Zuständigkeit, sondern aus der Perspektive des Bedarfs zugeordnet und damit ein wertvoller Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet wird. Die meisten der geplanten Standorte sind bereits vergeben und die Umsetzung ist im Laufen.

Zuletzt sei jedoch darauf hingewiesen, dass auch für Kinder und Jugendliche, ebenso wie bei Erwachsenen, die Möglichkeit der **ambulanten Rehabilitation** eine sehr nützliche Alternative sein kann. Es gibt oftmals gute fachliche Gründe für die Durchführung im stationären Setting, aber auch ein wohnortnahes ambulantes Reha-Angebot kann sehr sinnvoll sein und manchmal für Familien leichter in den Alltag integriert werden. Sicherergestellt müssen jedenfalls die entsprechende Kompetenz eines interdisziplinären Teams sowie die Rahmenbedingungen bezüglich Ausstattung und Frequenz des Rehabilitationsangebotes sein.

5. Qualitätssicherung

„Kinder sind keine kleinen Erwachsenen“ ist ein bekannter Stehsatz, der nicht oft genug wiederholt werden kann, aber von nicht einschlägig befassten Menschen selten in seiner tatsächlichen Tragweite verstanden wird. Um mit Kindern gut und sachgerecht arbeiten zu können, braucht es **spezifisches Wissen, altersadäquate Methodik und Rahmenbedingungen**, unter denen diese Arbeit möglich ist.

Alle Maßnahmen für diese Zielgruppe müssen daher einer objektivierbaren, Experten gestützten und grundsätzlich am Kindeswohl orientierten Qualitätssicherung unterliegen. Dies ist insofern wichtig, da in einer marktwirtschaftlich- und dienstleistungsorientierten Gesellschaft zunehmend auch andere – vor allem ökonomische - Motive eine große Rolle spielen.

Ein wesentlicher Aspekt ist die **Ausbildung und Qualifikation von AnbieterInnen und LeistungserbringerInnen**. Derzeit gibt es definierte Ausbildungen zur Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinderkrankenpflege (die letzte scheint allerdings gefährdet). Im neuen Psychologiestatusgesetz ist nunmehr seit Juni 2014 eine spezifische Kinder-, Jugend- und Familien-Psychologie Weiterbildung vorgesehen. Auch im Bundesverband für Psychotherapie wurde ein offizielles Curriculum mit Zertifikat verabschiedet. Bei allen anderen Gesundheitsberufen fehlt eine spezifische Qualifizierung.

Wie wichtig neben der persönlichen Kompetenz und Eignung sowie einer am Kind orientierten Wertehaltung auch die Rahmen- und Strukturqualität der Einrichtung sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind, um gute Ergebnisse zu erzielen, soll an zwei Beispielen deutlich gemacht werden.

Im Bereich der **institutionellen Kleinkindbetreuung** ist es aktuell ein großes gesellschaftspolitisches Ziel, das quantitative, so genannte „Barcelona-Ziel“ (d.h. 30 % der unter dreijährigen Kinder in Krippenbetreuung unterzubringen), zu erreichen. Andererseits weisen aber immer mehr Studien darauf hin, dass - neben einer zu geringen zielgruppen-spezifische Qualifikation der PädagogInnen - vor allem ein **nicht ausreichender Betreuungsschlüssel** eine erhebliche Stressbelastung für die Kinder schafft, die sie altersadäquat nicht bewältigen können. Dies erzeugt langfristig Schäden, welche sich in einem später schwierigen bis hin zu dissozialem Verhalten äußern können und eine erhebliche Erschwernis für die weitere Schul- und Lebensbewältigung bedeuten.

In Österreich gibt es große Regionen, v.a. im städtischen Bereich, wo der Betreuungsschlüssel für Kinderkrippen bei 2:16-18 (2 PädagogInnen zu 16-18 Kinder) liegt. Dies ist nach fachlichen Kriterien, etwa den „Empfehlungen der Gesellschaft für seelische

Gesundheit in der frühen Kindheit (GAIMH) zur Betreuung und Erziehung von Säuglingen und Kleinkindern in Krippen“ weit von fachlich-orientierenden Empfehlungszahlen entfernt.

Im letzten Regierungsprogramm wurde in allen befassten Passagen nun von einer „quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung der elementarpädagogischen Einrichtungen“ gesprochen. Dies ist sehr zu begrüßen, weil eine bloß „möglichst kostengünstige Aufbewahrungsstätte“ für unsere Kleinsten einen Schaden für diese selbst und die Gesellschaft verursacht, dessen Zeche später teuer bezahlt werden muss. Von einer konkreten Umsetzung war allerdings bis dato noch wenig zu bemerken.

Das zweite Beispiel betrifft den **Kinderwunsch** und die technischen Möglichkeiten seiner Umsetzung. Österreich weist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine völlig **unangemessen hohe Rate an frühgeborenen Kindern auf**. Diese erklärt sich unter anderem auch aus der **Reproduktionsmedizin**, da diese - ohne gesetzliche Limitierung - überwiegend mehrere befruchtete Eizellen einsetzt, was zu übermäßig häufigen Mehrlings-Schwangerschaften und Mehrlingsfrühgeburten führt.

Dieses Vorgehen ist hauptsächlich dem Profit der anbietenden Institute geschuldet, weil das Versprechen einer hohen Schwangerschaftsrate natürlich die zahlungskräftige Kundschaft motiviert. Gleichzeitig wissen wir aber, dass Mehrlingsfrühgeburten zu einer erheblichen Zahl an entwicklungsbeeinträchtigten und behinderten Kindern führen und neben der Not der Betroffenen auch eine hohe ökonomische Belastung für das Gesundheitswesen darstellt. Eine Einlings-Geburt etwa kostet im Allgemeinen Krankenhaus Wien ca. 9.000.-, eine Zwillingsgeburt 35.000.- und eine Drillingsgeburt etwa 110.000.- allein für die Geburt und die postpartale Betreuung.

Aufgrund der häufigen Beeinträchtigungen durch die Frühgeburt benötigen Kinder danach oft noch jahrelange Therapien und Fördermaßnahmen. Dies alles erzeugt oftmals erhebliches persönliches Leid für das Kind und deren Familie und die Kosten müssen ebenfalls die Allgemeinheit oder die Familien zahlen, während der Profit bei den reproduktionsmedizinischen Einrichtungen bleibt.

Medizin-ethisches Ziel muss es sein, ein möglichst gesundes Kind am zu erwartenden Geburtstermin zu gebären. Dafür ist eine gesetzliche Regelung in Richtung „**Single-Embryo-Transfer**“ die richtige Maßnahme. Schweden hat diesen Schritt schon vor mehreren Jahren gesetzt und weist etwa die Hälfte unserer Frühgeborenenrate auf. Zusätzlich braucht es eine gute, vor allem psychosoziale Beratung und Begleitung der, auf eine Schwangerschaft hoffenden Eltern, unter der Prämisse des Kindeswohls.

Nach nur zwei Wochen Begutachtungsfrist Ende 2014 wurde das neue „Fortpflanzungs-Medizinrechts-Änderungsgesetz“ im Jänner 2015 im Nationalrat beschlossen. Die vorhandenen Chancen, dabei auch die hohe Frühgeborenen-Rate mit all den nachteiligen Folgen für die Kinder durch eine Limitierung der eingesetzten befruchteten Eizellen zu senken, ebenso das Menschen- und Kinder-Recht um das Wissen um seine Herkunft ausgewogen zu regeln, den Kinderwunsch-Eltern eine optimierte Beratung und Begleitung durch die schwierige und oft sehr belastete Zeit beizustellen oder durch eine entsprechende Evaluation über qualitative Aspekte der Geburt und über die weitere Entwicklung dieser Kinder Bescheid zu wissen, u.a.m. wurde leider versäumt, obwohl dies in allen politischen Strategiepapieren zur Kindergesundheit der letzten Jahre als klares, ja prioritäres Ziel artikuliert wurde.

Schätzungen gehen davon aus, dass heute etwa 9% unserer Kinder aus der medizinisch unterstützten Fortpflanzung kommen. Keine kleine Gruppe also. Die ersten Kinder aus der künstlichen Befruchtung in Österreich sind mittlerweile 30 Jahre alt, aber wir wissen nahezu nichts darüber, wie es ihnen geht.

Wenn das Ziel des ganzen fortpflanzungsmedizinischen Unterfangens das - nach Wissen und Gewissen - bestmögliche Leben eines neuen Menschen ist, dann sollte sich das Vorgehen und der Inhalt des Gesetzes auch primär daran ausrichten, die Perspektive des Kindeswohls klar definieren und Schaden am Kind versuchen zu vermeiden. Wenn das Kind aber bloß zum Produkt oder Projekt der Wunscherfüllung wird, dann wird zwischen Angebot und Nachfrage alles was möglich ist sprichwörtlich „um jeden Preis“ gemacht. Dass diesen Preis aber oft die Kinder mit vorhersagbaren und vermeidbaren Beeinträchtigungen und schwierigen Lebensverläufen bezahlen und die Eltern in der späteren Betreuung häufig sagen, sie wären über diese möglichen Folgen niemals aufgeklärt worden, zeigt, wie wenig das Kindeswohl oder der Kinderschutz gegenüber ökonomischen Interessen und der vorgegaukelten optimalen Wunscherfüllung wiegen.

Um Kindern und Jugendlichen ihr Recht auf eine fachgerechte Behandlung zu gewähren, braucht es:

- eine spezifische, verbindliche und zertifizierte **Zusatzqualifikation** für alle Gesundheitsberufe, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten (idealerweise durch die jeweilige Fachgesellschaft definiert und organisiert),
- eine verpflichtende **Registratur** aller TherapeutInnen mit Angabe, der - für die Versorgung - wesentlichen Eckdaten (dies brächte sowohl den KonsumentInnen wie auch den GeldgeberInnen mehr Klarheit über die LeistungserbringerInnen),
- eine **persönliche Eignung** für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien
- sowie **angemessene Rahmenbedingungen**, d.h. Struktur- und Prozessqualität, um dieser Aufgabe gerecht werden zu können.

6. Stärkung der Elternschaft

Eltern haben eine Schlüsselposition bei der Entwicklung von Gesundheit und Lebensstil ihrer Kinder. Sie sind deren wichtigste Lebensraumgestalter und haben den frühesten und lebenslang prägendsten Einfluss auf die nächste Generation. Solche oder ähnliche Statements werden häufig geschrieben. Sie sind unwidersprochen bzw. werden durch vielerlei Untersuchungen bestätigt.

Dennoch muss festgestellt werden, dass die Ressource „Eltern“ im Gesundheitswesen noch viel zu wenig konkret genutzt und respektiert wird. Bei vielen Gesundheitsthemen erreichen wir Kinder und Jugendliche nur über ihre Eltern. Dies gilt präventiv ebenso, wie bei der kurativen oder rehabilitativen Begleitung (chronisch) erkrankter Kinder.

Für einen effizienten diagnostisch-therapeutischen Prozess braucht es daher:

- Eine **unlimitierte und kostenfreie Mitbetreuung der Eltern** auf Indikation und E-card des Kindes oder Jugendlichen.
- Angebote zur Förderung der **Gesundheits- und Erziehungskompetenz** von Eltern oder andern LebensbegleiterInnen.
- Bestmögliche Unterstützung der Eltern durch die öffentliche Hand bei der Erfüllung dieser Aufgabe.

Allein das Faktum „ein Kind zu haben“ lässt Familien statistisch auf ein niedrigeres Niveau des Lebensstandards fallen. Die höchste Armutsgefährdung haben heute Alleinerzieherinnen und Mehrkindfamilien. Krankheit verstärkt diesen Prozess nochmals. Das faktische und emotionale „Sorgen“ um ein (chronisch) krankes Kind hindert an Berufstätigkeit. Es kostet Lebenskraft, Zeit und Geld und erschwert soziale Kontakte enorm. Die damit verbundene Lebensaufgabe und Schicksalsbewältigung kann die Gesellschaft den betroffenen Familien ohnehin nicht abnehmen. Viele dieser Eltern machen darüber hinaus aber die Erfahrung, dass auch mögliche Hilfen oft hart erkämpft und die Kraft hierfür zusätzlich aufgebracht werden muss. Sie klagen etwa über einen enormen Bürokratie- und Zuständigkeitsdschungel, über eine häufig erlebte „BittstellerInnen Position“ und über ihren Kampf um Hilfsmittelfinanzierung, um Pflegegeldvalorisierung, um die Integration von chronisch kranken oder verhaltens-auffälligen Kindern in das Kindergarten- und Schulsystem und vieles anderes mehr.

An dieser Situation hat sich in den letzten Jahren leider nicht viel verändert. Die Stärkung und Unterstützung von Eltern und Familien werden im Regierungsprogramm zwar mehrfach erwähnt, eine Konkretisierung der Maßnahmen bleibt offen.

7. Health in all Policy – Next Generation Policy

Kinder- u Jugendgesundheit ist eine Querschnittsmaterie, die als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden muss, welche alle staatlichen Sektoren und Organisationen betrifft und involviert. Insofern sind auch alle Ressorts und Politikfelder gefordert, **kooperativ ihren Anteil an der gesellschaftlichen Verantwortung für ein umfassend gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu leisten.**

Hierfür - und für unzählige lebenspraktische Beispiele auch - bräuchte es eine Ressortübergreifende Kinder- und Jugendgesundheits-Politik, wenn möglich mit Finanzierung aus einer Hand!

Ein erfreuliche Ansatz hierzu war, dass jenes „Intersektorale Komitee zur Umsetzung der Kinder und Jugend Gesundheitsstrategie“ eben intersektoral installiert wurde. Sein Aktivitätsradius hat aber in den letzten Jahren leider sehr abgenommen. Eine über Ihre Ressortgrenzen hinaus agierende Koordinationsstelle für Kinder und Jugendgesundheit im Gesundheitsministerium ist leider an ein Auftragsinstitut ausgegliedert worden. **Für eine tatsächliche „Health-in-all-Policy“-Politik bedarf es einer deutlich höherrangigen Verbindlichkeit und Konsensebene.**

Was es darüberhinaus aber noch ganz dringlich braucht, ist eine starke Vertretung der Anliegen und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen im alltäglichen politischen „Geschäft“ und in der aktuellen politischen Agenda. Kinder- und Jugend(-gesundheits)-politik ist im besten Sinn des Wortes **Zukunftspolitik**! Sie ist **volkswirtschaftlich** höchst sinnvoll, soll insgesamt politisch **priorisiert** werden und kann nur erfolgreich sein, wenn sie **alle Lebensräume** berücksichtigt.

Daher bräuchte es:

- Eine **parlamentarische Kinderkommission** (mit Abgeordneten aller Fraktionen und ExpertInnen gemischt besetzt)
- Ein Ressort für **Kinder-**, Jugend- und Familienangelegenheiten (d.h. wo Kinder auch im Namen geführt wird)
- Die vollständige Aufnahme der **UN-Kinderrechtskonvention** in die österreichische Verfassung

Texterstellung durch

Dr. Klaus Vavrik

Ehrenpräsident der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit

Wien im Juli 2017