



NEWSLETTER Nr. 48 / 2021

- Editorial S. 1
- 14. JT der PKM „Bildung und Gesundheit“ 19./20.11., Salzburg S. 2
- Was können wir tun, um die Auswirkung der 4. COVID-19 Welle durch die Deltavariante auf die Schulen im Herbst zu minimieren? S. 3
- Kindernetzwerk Industrieviertel: Eine Tagung in Niederösterreich S. 7
- Kindernetzwerk Industrieviertel: Reha-Klinik Kokon, Bad Erlach S. 8
- Verbesserung des Verfahrens der Fremdunterbringung und begleitende Elternschulung und Unterstützung für Eltern fremd untergebrachter Kinder S. 10
- Empfehlungen, Termine S. 12

Editorial

„So als wäre nichts gewesen“ könnte man die Stimmung bei vielen Menschen mit dem Abklingen der 3. Covid-Welle beschreiben. Damit meinen wir aber nicht jene mitunter nicht nur medizinisch gefährlichen Mitmenschen, die sich als Corona-Leugner oder Impfgegner alleine im Besitz der einzigen und echten Wahrheit wähnen, sondern alle jene, die sich ganz einfach in einem halbgeimpften Umfeld und internationale Entwicklungen verdrängend auf den beginnenden „Sommer wie damals“ freuen wollen. Er sei Ihnen (und natürlich auch uns) gegönnt, aber mit dem Sommer 2021 wird SARS-Covid-19 nicht zu Ende sein.

Die ExpertInnen (gemeint sind jetzt jene, die man aufgrund ihres Wissens und ihrer Erfahrung tatsächlich als solche ansehen kann) diskutieren allein den Schweregrad der spätestens im Herbst zu erwartenden 4. Welle und nicht, ob es sie geben wird. Einer dieser Experten ist zweifelsfrei unser Vorstandsmitglied Andreas van Egmond-Fröhlich, pädiatrischer Pulmologe, der sich in diesem NL ab Seite 3 eingehend damit auseinandersetzt, warum man die Schulen für den Präsenzunterricht trotzdem offenhalten sollte und wie das auch funktionieren könnte. Er schlägt in schlüssiger Weise zahlreiche Maßnahmen vor, die er mit akribisch erarbeiteter aktueller Literatur untermauert. Interessierte Leserinnen sind auch herzlich eingeladen, bei Fragen und für weitere Hintergrundinformationen mit ihm in Kontakt zu treten:

a.vaneqmondfroehlich@gmail.com

Die Entwicklungen von Covid-19 im Herbst sind auch für unsere im letzten Jahr verschobene 14. Jahrestagung „Bildung und Gesundheit“ im November von großer Bedeutung. Wir hoffen, dieses nicht zuletzt durch die Pandemie so besonders aktuelle Thema mit allen Interessierten als Präsenzveranstaltung abhalten zu können, Plan B einer Online-Veranstaltung wird mitgedacht. Eine Programmübersicht und erste Details finden Sie auf Seite 2.

Andere medizinische und sozialpädiatrische Sorgen gehen aber auch mit, neben, trotz und wegen Covid-19 weiter: Irene Promussas berichtet von einer Online-Veranstaltung zum Kindernetzwerk Industrieviertel in NÖ (S.7), Christine Fröhlich vermittelt in einem Beitrag zu ebendieser Veranstaltung Einblicke in die Arbeitsweise und Möglichkeiten der Kinder-Reha-Klinik in Bad Erlach, NÖ (S.8).

Ein wichtiges Thema, das in der öffentlichen Wahrnehmung gar nicht vorkommt, ist unserem Obmann Christian Popow seit Jahren ein Anliegen: er plädiert eindringlich für eine adäquate Betreuung von Eltern, deren Kinder fremduntergebracht werden, nicht zuletzt zur Verbesserung der Chancen der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Lesen Sie seine schlüssigen Überlegungen und Vorschläge ab Seite 10.

Wir wünschen Ihnen (und uns) einen schönen Sommer und einen in jeder Hinsicht freundlichen Herbst,

*Christian Popow, Obmann
Rudolf Püspök, Herausgeber*

14. Jahrestagung der Politischen Kindermedizin

Bildung und Gesundheit



Foto: © Rudolf Püspök

19./20. November 2021
Salzburg

Die Tagung wird primär als Präsenzveranstaltung geplant

Ort: Paracelsus Medizinische Privatuniversität

!!Bitte reservieren Sie rechtzeitig Ihre Unterkunft in Salzburg!!

Weitere Informationen finden Sie in den nächsten Wochen auf www.polkm.org

Vorläufiges Programm der 14. Jahrestagung

Freitag, 19.11. 10-18 Uhr

- Bildung und Gesundheit
 - Das Recht der Kinder auf Förderung, Bildung und Gesundheit
 - Macht Schule krank?
 - Ökonomische Aspekte der Bildungsversäumnisse
- Bildung und Behinderung
 - Abenteuer Inklusion an Österreichs Schulen
 - Abenteuer soziale Arbeit an Österreichs Schulen

- Abenteuer biopsychosoziale Inklusionsarbeit als School Nurse
- Von der Würde der Kinder in der Schule
- Round Table: Eine gute Schule für alle Kinder?

Samstag, 20.11. 9-13 Uhr

- Gesundheit und Schule
 - 7 Schritte zu einer neuen Schule
 - COVID 19 und die Wiederentdeckung der Schule als Ort der Begegnung?
 - Soziale und regionale Ungleichheit in der Schule
 - Bildung und Integration
- Abschlussdiskussion

Was können wir tun, um die Auswirkung der 4. COVID-19 Welle durch die Deltavariante auf die Schulen im Herbst zu minimieren?

Andreas van Egmond-Fröhlich, pädiatrischer Pneumologe
a.vaneqmondfroehlich@gmail.com

Als Pädiater, die täglich im ambulanten und stationären Bereich in Landeskrankenhäusern mit den psychischen Folgen für Kinder und Jugendliche konfrontiert sind, freuen wir uns über die wichtigen Schritte zur Normalisierung im Schulbetrieb. Trotz der Lockerungen sinken die Inzidenzen auf niedrigem Niveau und die Impfung macht Fortschritte. Angesichts der weltweiten Ausbreitung der hochinfektiösen Delta-VOC (B.1.617.2), die in England bereits die britische Variante verdrängt hat und die Inzidenz um über 60% pro Woche steigen lässt, ist uns jedoch eine 4. Welle im Herbst sicher. Die rasche Ausbreitung trotz guter

Durchimpfung und wärmerer Jahreszeit ist durch 2-2,5-fach höhere Ansteckungsfähigkeit der Deltavariante gegenüber dem Wildtyp aus Wuhan bedingt. Auch gegenüber der Alphavariante B.117, wird eine ca. 50-60% höhere Übertragbarkeit errechnet. Auch in Deutschland ist der Anteil der Deltavariante bereits auf 6,2% und in Schleswig-Holstein gar auf 20% gestiegen¹.

Die Erfahrung aus Nordwestengland lehrt uns, dass die Deltavariante Kinder und Jugendliche im Schulalter besonders stark betrifft (Abb. 1), weil die höhere Ansteckungsfähigkeit dieser Variante die geringere Empfänglichkeit und Ansteckungsfähigkeit von Kindern bis 12 Jahren ausgleicht, Kinder und Jugendliche noch nicht geimpft sind und die mit vielen SchülerInnen besetzten Klassenzimmer oft unzureichend gelüftet sind. In Schottland verdrängt die Deltavariante besonders schnell bei Kindern unter 10 Jahren². Die Schulen sind dort nun der am häufigsten angegebene Ansteckungsort³.

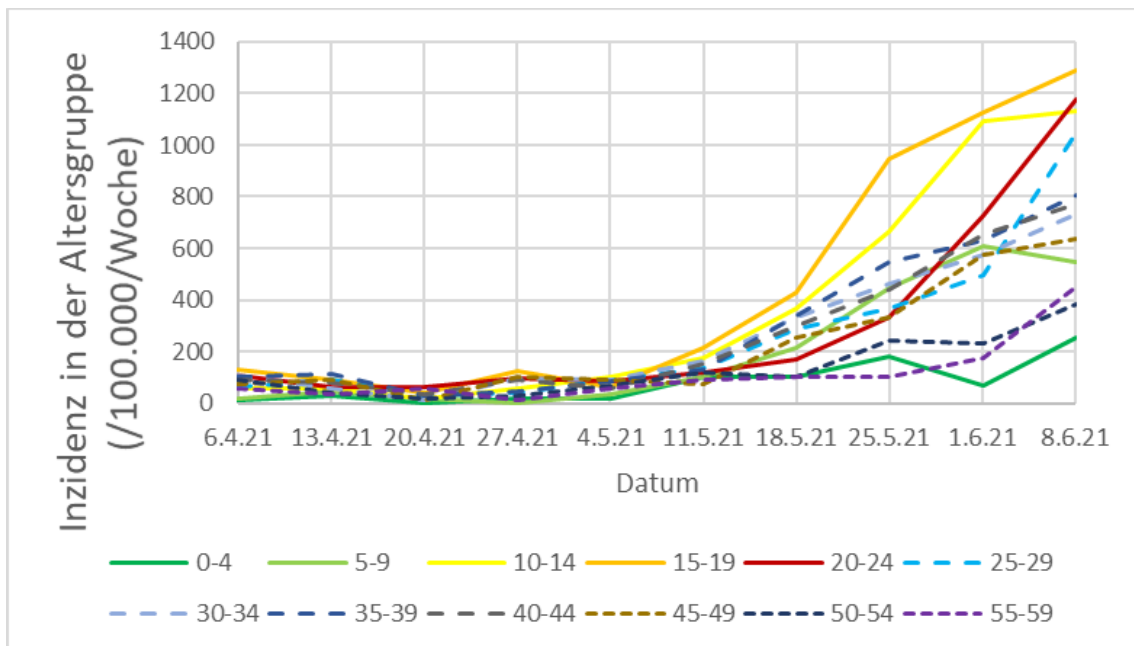


Abb. 1: Altersspezifische Inzidenz von SARS-CoV-2 in der Region Blackburn with Davern, Nordwestengland für unter 60-Jährige. Über 60-Jährige weisen einen geringeren Anstieg auf (<https://coronavirus.data.gov.uk/details/cases?areaType=Itla&areaName=Blackburn%20with%20Darwen>)

1

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Bericht_VOC_2021-06-16.pdf?__blob=publicationFile

² [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01358-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01358-1)

³ <https://www.bmj.com/content/bmj/373/bmj.n1445.full.pdf>

Zwar erkrankten die SchülerInnen nur selten schwer an COVID-19 (nur ca. 1% muss stationär behandelt werden), aber ca. 0,02-0,1% Kinder erkrankten mehrere Wochen nach der SARS-CoV-2 Infektion an einem hyperinflammatorischen Syndrom^{4,5}. Dieses nennt man PIMS oder MIS-C und bedarf meist einer intensivstationären Behandlung.

Das Rennen des Impffortschritts gegen die neue Variante ist in Österreich noch nicht gewonnen. In England, das uns in Bezug auf die Impfung fast 2 Monate voraus ist⁶, steigt die Krankenhausbelegung durch COVID-19 bereits. Frühe Daten aus Schottland deuten ein 1,85-fach (95% CI 1,39–2,47) höheres Hospitalisierungsrisiko bei der Deltavariante an. Die Hospitalisierungsrate dürfte in der aktuellen Welle in Großbritannien nach neueren Modellrechnungen dank guter Durchimpfung und der Verschiebung der für den 21.6. geplanten Öffnungsschritte, unter den vorangegangenen Wellen liegen⁷.

Eine abgeschlossene Impfung schützt sehr gut gegen eine Krankenhausaufnahme auch mit der Deltavariante⁸. Sollte es gelingen, vor der 4. Welle fast alle Risikopersonen vollständig zu impfen, so wäre die Morbidität und Mortalität deutlich reduziert und die Intensivversorgung geschützt. Es wird wohl noch gute 2 Monate dauern, bis sich die Deltavariante in Österreich ähnlich ausbreitet wie in England und die Verfügbarkeit von Impfstoffen dürfte sich über den Sommer weiter verbessern. Bis Anfang

September könnten die Österreicher mit über 13 Millionen Impfdosen geimpft sein, sofern die Menschen nicht impfmüde werden, z.B. weil sie sich in Sicherheit wähnen. In den USA ist die Impfquote seit Mitte April trotz ausreichender Impfstoffverfügbarkeit und unzureichender Durchimpfung in allen Alterskategorien auf ein Drittel gesunken⁹. Auch in Österreich¹⁰ muss die Einstellung zur Impfung noch deutlich verbessert werden, um eine ähnlich gute Durchimpfung wie in Großbritannien zu erreichen. In Großbritannien sind mehrere soziale Charakteristika signifikant mit einer niedrigen Durchimpfung verknüpft, wie z.B. Sprachkenntnisse¹¹.

In Bolton in Nordwestengland fehlten am 27. Mai 21% der Volksschüler und 31% der Sekundarschüler wegen der lokalen Coronaepidemie¹² und für alle Schulen in der besonders betroffenen Region in Nordwestengland wurden seitens der Lehrergewerkschaft bereits Schulschließungen gefordert¹³. In Manchester sind in Sekundarschulen bereits ganze Jahrgänge in Quarantäne¹⁴. Über 80 Schulen sind betroffen und bis 127 SchülerInnen in einer Schule.

Es ist uns Kinderärzten sehr wichtig den Präsenzunterricht zu erhalten, denn die psychosoziale Belastung und der Wegfall von sozialen Netzwerken und Tagesstrukturen durch die Lockdowns hat zu einem so deutlichen Anstieg psychischer und psychiatrischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen geführt, dass die Behandlungsressourcen der ambulanten und stationären

⁴ Payne et al. Incidence of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Among US Persons Infected With SARS-CoV-2. JAMA Netw Open. 2021 Jun 1;4(6):e2116420. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.16420.

⁵ https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/23/Art_01.html

⁶ <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> accessed 10.6.21

⁷ <https://www.techgate.org/usa/2021/06/15/coronavirus-sage-warned-covid-admissions-could-spike-past-7000-a-day-with-indian-variant/?amp=1>

⁸ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.22.21257658v1>

⁹ <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> accessed 10.6.21

¹⁰ <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitrag/corona-dynamiken30/>

¹¹ <https://www.ons.gov.uk/file?uri=/peoplepopulationandcommunity/healthandsocial-care/healthinequalities/datasets/covid19vaccinationratesandoddsratiosbysociodemographicgroup/70yearsandover8december2020to9may2021/firstandseconddosecountsandratesforpublication.xlsx>

¹² <https://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/very-worrying-increase-in-school-absences-before-halfterm-amid-delta-variant-spread-b1861822.html>

¹³ <https://www.bbc.com/news/uk-england-lancashire-57328208>

¹⁴ <https://www.manchesterevening-news.co.uk/news/greater-manchester-news/delta-variant-out-control-greater-20850157>

psychiatrischen Versorgung dem Ansturm und Bedarf längst nicht mehr gerecht werden können und eine Unterversorgung stattfindet¹⁵.

Durch prolongierte Schulschließungen und den besonders für sozial benachteiligte Kinder wenig effektiven Onlineunterricht und Schichtunterricht in Halbklassen kam es zu einer teils erheblichen Verlangsamung des Bildungsfortschritts. Bildung ist neben einer besseren psychischen und physischen Gesundheit mit einem Anstieg der Produktivität und Lebensdauer korreliert.

Wie können wir die Schulen sicherer machen?

1. Die Impfung von gefährdeten Personen vorantreiben:
 - a. Risikopersonen (z.B. Großeltern), die im Haushalt von Schülern wohnen.
 - b. SchülerInnen ab 12 Jahren, die selbst Risikopersonen sind, oder mit einer nicht impfbaren Risikoperson im Haushalt leben.
 - c. Lehrkräfte und Schulangestellte, die noch nicht vollständig geimpft sind.
 - d. Kultursensitives Impfangebot in Bezirken mit niedrigem sozioökonomischem Status und hohem Migrationsanteil. In England sind Impfteams mit Impfbussen in die Bezirke gefahren und in den Hotspots von Tür zu Tür gegangen.
 - e. Sollte das Impfstoffangebot die impfwilligen über 40-Jährigen trotz Ausschöpfung aller Lockmittel und Vergünstigungen übertreffen, so wäre zu überlegen, ob nicht auf die anstehende 4. Welle mit weit höherer Inzidenz als alle vorangehenden Wellen und die sehr hohe Ansteckungsfähigkeit der Deltavariante deutlichst hingewiesen werden sollte. Man könnte die Aufklärung auch zuspitzen: „Wer sich jetzt nicht impfen lässt,

wird angesteckt werden und trägt selbst die Verantwortung für die gesundheitlichen Konsequenzen der Erkrankung und wir werden zu keinem Lockdown oder zu Schulschließungen zurückkehren, um Impfunwillige zu schützen.“

- f. Ein Impfangebot für illegale Einwanderer ist zu erwägen.
 - g. Wegen einer erworbenen und angeborenen Immunschwäche nicht wirksam impfbare Menschen müssen sich während der 4. Welle sehr effektiv schützen. Für sie und alle anderen ist eine möglichst kurze obgleich heftige 4. Welle von Vorteil.
2. Reduktion der Übertragung an Schulen
 - a. Ohne Lüftungsanlagen ist eine effiziente Lüftung, wie sie auch die bautechnischen Regelungen der Länder vorschreiben, praktisch nicht möglich.¹⁶ Die regelmäßige Lüftung der Unterrichtsräume mit 3 Luftwechsel/h¹⁷ zur Reduktion der potenziell virenbeladenen Aerosolkonzentration sollte daher witterungsunabhängig durch zentrale (mit Außenluft) oder widrigenfalls dezentrale Lüftungsanlagen mit Wärmetauschern erfolgen. Diese Investition wird auch gegen andere Viren (z.B. Influenza) helfen und so in den kommenden Jahren Fehlzeiten vermindern und über niedrigere CO₂-Werte die Konzentrationsfähigkeit und Lernausdauer verbessern¹⁸. Die hierfür benötigte beschleunigte Bedarfserfassung, Mittelallokation und Beschaffung sollten noch vor den Sommerferien erfolgen, damit die Installation in den Sommerferien betrieben werden kann. Dabei sollte in Schulen begonnen werden, die bereits in der Vergangenheit Schulcluster zeigten (oft Brennpunktschulen), sowie in

¹⁵ D- Mula Immer mehr Kinder und Jugendliche psychisch erkrankt – doch Österreich spart bei Therapien

Kontrast.at 23.2.21 <https://kontrast.at/psychische-erkrankungen-kinder-corona/>

¹⁶ https://www.bmk.gv.at/dam/jcr:35a9fa4b-d15f-484c-8e91-97a2961434a0/positionspapier_SARS-CoV2.pdf Seite 9.

¹⁷ <https://www.umweltbundesamt.de/richtig-luften-in-schulen#warum-ist-ein-regelmassiger-luftaustausch-in-klassenzimmern-wichtig>

¹⁸ Eine Überprüfung der Lüftung kann auch durch CO₂-Messgeräte mit Alarmfunktion erfolgen.

Ganztagsschulen und Schulen für Kinder mit Behinderungen.

- b. Der Einsatz von mobilen oder stationären Luftreinigern kann die Aerosolkonzentration in Innenräumen reduzieren¹³.
 - c. Zur Begrenzung der Inzidenzen wäre das Tragen von FFP2 Masken durch SekundarschülerInnen¹⁹ im Unterricht wohl anfangs wieder erforderlich.
3. Screening-Tests bei SchülerInnen
- a. Die fortgesetzte Testung von SchülerInnen und Schulpersonal dient der Qualitätssicherung der lokalen Infektionsschutzmaßnahmen. Die frühe Erkennung und Isolation von Infizierten reduziert die Übertragung an der Schule etwas. Quarantäne ganzer Schulklassen oder gar temporäre Schulschließungen gehen zu Lasten der Funktion der Schule für Bildung und soziale Entwicklung. Stattdessen sind die Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe (Lüften, Masken, Impfung) zu optimieren.
 - b. Sollten überwachte PCR-Gurgeltests bis dahin 2x/Woche logistisch und finanziell umsetzbar sein, so könnten sie dank höherer Sensitivität als Eingangstests verwendet werden und ohne übermäßige Fehlzeiten die Übertragung deutlicher bremsen.
4. Allgemeine Impfung bei 12-15-Jährigen?

Zunächst muss gesichert sein, dass der Schutz vor körperlichen Erkrankungen (durch COVID-19 und PIMS/MIS-C) die möglichen Nebenwirkungen (NW) übertrifft. Die alters- und geschlechtsabhängige Häufigkeit der vermuteten NW einer Herzmuskelentzündung bei meist männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen muss noch genauer untersucht werden. Die ständige Impfkommission hat deshalb in Deutschland noch keine allgemeine Empfehlung zur Impfung ausgesprochen. Da die Impfung von Erwachsenen im Alter von 40+ Jahren aktuell prioritär ist, wird es Gelegenheit geben, seltene NW bei den über 3,3 Millionen bis Ende Mai mit Comirnaty (Biontech Pfizer) geimpften 12-15-Jährigen im Detail zu erfassen.

Eine Einschränkung des Präsenzunterrichts durch Quarantäne, Schulschließungen und Schichtunterricht in der 4. Welle ist nur dann gerechtfertigt,

1. wenn eine Modellierung²⁰ auf der Basis der Verteilung und Entwicklung der Inzidenz eine Überbelegung der Intensivbetten in der Kinderheilkunde durch PIMS/MIS-C voraussagt.
2. falls sie zum Schutz von ungeimpften Erwachsenen gesichert ausreichend effektiv²¹ und ethisch vertretbar²² ist und eine Überbelegung der vorgesehenen Bettenkapazität voraussagt wird²³

¹⁹ Obwohl die Inzidenz bei VolksschülerInnen von Natur aus geringer ist (vgl. Abb.1), könnte es erforderlich sein, dass sie phasenweise eine FFP-2 Maske auch in den Klassenzimmern tragen.

²⁰ Da die bedingte Wahrscheinlichkeit von MIS-C/PIMS bei einer nachgewiesenen SARS-CoV-2 Infektion etwas unscharf ist und die Fortschritte in der proaktiven Immunmodulatorischen Therapie eine Aufnahme auf eine pädiatrische Intensivstation verhindern könnte, sollten Erkenntnisse aus der 3. Welle in Großbritannien herangezogen werden, um die tolerierbare Inzidenz bei Schulkindern zu bestimmen.

²¹ Eine Modellrechnung des Effektes einer Impfung von 12-15-Jährigen wies nur einen geringen Effekt auf die Morbidität und Mortalität bei Erwachsenen auf

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/23/Art_01.html.

²² Wenn eine ausreichende Zahl von Intensivbetten für nicht an COVID-19 Erkrankte und nicht Impfbare mit COVID-19 freigehalten wird, bleibt das Verursacherprinzip erhalten.

²³ Diese Voraussage sollte durch eine Modellrechnung auf der Basis der aktuellen Belegung sowie der Durchimpfung und Inzidenz in den gefährdeten Altersgruppen bei Erwachsenen erfolgen. Die Verdrängung der Alphavariante durch die Deltavariante wird wohl ähnlich wie die rezente Verdrängung des Wildtyps aus Wuhan durch die Alphavariante zeitversetzt in den Bundesländern ablaufen. Dies ermöglicht prinzipiell den Transfer von Intensivpatienten zwischen den Regionen.

Kindernetzwerk Industrieviertel: Eine Tagung in Niederösterreich



Foto © Anja Grundböck

Niederösterreich ist für Lobby4kids ein eher schwieriges Pflaster. Kann man sich in Wien auch direkt an Magistrate oder die Bildungsdirektion wenden, wenn es um die Inklusion von Kindern mit Behinderungen geht, so haben in NÖ auch die BürgermeisterInnen ein gewichtiges Wort im Einzelfall mitzureden. Auffallend auch die hohe Anzahl an Sonderschulen – etwa eine Drittel aller österreichweiten Einrichtungen befinden sich im größten Bundesland.

Umso erfreulicher, dass im Industrieviertel ein Kindernetzwerk entstanden ist, das es sich zur Aufgabe gemacht hat, sich um diese Gruppe von Kindern zu kümmern und den Weg der Inklusion zu gehen.

Am 28.5. fand ein **Online-Symposium** statt: „**Kinder mit Behinderung – wenn’s anders läuft**“. Viele bekannte Themen wie Betreuung, Kindergarten, Schulsystem, Arbeitswelt, aber auch Sprache wurden behandelt. Die Keynote kam von Behindertenanwalt Hansjörg Hofer.

Die Autorin dieser Zeilen leitete durch die freundliche Vermittlung von Christine Fröhlich einen Breakoutroom zum Thema „Die Herausforderung der Corona-Pandemie: wissenschaftliche Fakten, Hürden und Gefahren“. Dabei konnte nicht nur unsere Lobby4kids vorgestellt werden, sondern auch das während des ersten Lockdowns gemeinsam mit Pro Rare erstellte Paper, in dem alle zusätzlichen Schwierigkeiten dieser Kindergruppe aufgezeigt wurden, ebenso wie die Situationsanalyse, entstanden aus vielen Geschichten, die vor allem Lobby4kids immer zugetragen werden. Ziel war es nun, den Status quo zu analysieren, zu benennen, was gut läuft und was noch immer verbessert gehörte.

Gar nicht leicht gestaltete sich das Bemühen, den Weg der Inklusion als erstrebenswert dazustellen. Zu sehr ist noch immer der Gedanke in den Köpfen, dass einige Kinder im Regelsystem „untergehen“ würden, „nicht inklusionsfähig“ seien (was immer das auch heißen mag) und die anderen dann „gebremst“ würden. Zum Teil ist das sogar nachvollziehbar, denn so lange das inklusive System nicht großzügig mit Unterstützungsleistungen ausgestattet wird, handelt es sich auch nicht um ein echtes inklusives System. Im Zuge dessen konnte wieder auf die School Health Nurse hingewiesen und der Unterschied zur Mobilien Kinderkrankenpflegerin erklärt werden.

Betroffen machte auch die Tatsache, dass große psychische Probleme vor allem bei Jugendlichen seit der Pandemie zu beobachten sind, angefangen von Selbstverletzungen bis hin zu völligem Rückzug. Auch so genannte brave Kinder hätten sich zum Teil verändert, berichtete eine Teilnehmerin, wären plötzlich aggressiv geworden. Eine wichtige Rolle spielen natürlich die Eltern, daher ist guter Elternkontakt immer wichtig, darin waren sich alle einig. Wenig hilfreich ist dabei, dass viele Eltern gegen Maßnahmen wie das Testen sind, während die Kinder selbst größtenteils kein Problem damit zu haben scheinen.

Die vielgepriesene Digitalisierung stellte sich auch nicht als Allheilmittel heraus. Selbst wenn alle nötigen Endgeräte da waren, fehlte einerseits bei vielen Kindern mit Behinderungen die Fähigkeit, damit umzugehen, andererseits gab es auch Schamgefühle bezüglich Wohnsituation etc. Gut liefen alle Aktionen, bei denen Kinder und Jugendliche über Spiele und andere Aktivitäten gewonnen werden konnten, vor allem im Freien.

Fazit: Der Weg der Inklusion ist noch weit, aber diese Tagung war durchaus ein großer Schritt vorwärts. Wenn wir die Haltung annehmen, dass nicht das Kind dem System angepasst werden muss, sondern das System so verändert werden muss, dass jedes Kind seinen guten Platz darin findet, ist durchaus Hoffnung angesagt.

*Irene Promussas
Obfrau Lobby4Kids*

Kindernetzwerk Industrieviertel: Reha-Klinik Kokon, Bad Erlach

Im Rahmen des bereits im obigen Beitrag genannten **Online-Symposiums „Kinder mit Behinderung – wenn´s anders läuft“** am 28.5. wurde für die Kinder-Reha-Klinik Kokon folgendes Protokoll präsentiert, das einige Einblicke in die Möglichkeiten und die Arbeitsweise dieser erst 2019 eröffneten Einrichtung ermöglicht.



Für wen ist KOKON Bad Erlach als Kinder-Reha da?

- für jeden, der Rehabedarf hat und
- für jeden, der rehafähig ist, wozu die Fähigkeit an Gruppen teilzunehmen und davon zu profitieren, gehört
- für Kinder und Jugendliche von 0-18 Jahren und deren Begleitperson(en); begleitet werden können Jugendliche prinzipiell bis zum 18. Lebensjahr. Begleitpersonen sind für die Pflege und Betreuung zuständig, d.h. sie müssen präsent sein während des Aufenthaltes. Reha hat keine Kapazitäten für die Übernahme von versorgenden Pflegetätigkeiten. Pflegepersonen helfen aber beim Erlernen von Alltagsroutinen wie Zähneputzen oder Toiletentraining.

Indikationen:

- 1) 67 Betten für Mobilisierung: Folgen nach Verletzungen oder Operationen des Stütz- und Bewegungsapparates, motorische Entwicklungsstörungen, angeborene Fehlbildungen, neurologische Erkrankungen wie Infantile Cerebralparese, Myelomeningozele, u.v.a.
- 2) 47 Betten für Mental Health (MH): psychiatrische Erkrankungen (KJP), Entwicklungs- und Sozialpädiatrie (ESP) mit allgemeinen Entwicklungsstörungen, chronische Erkrankungen mit psychosozialen Belastungen.

Innerhalb der Bereiche gibt es diverse Schwerpunkte, z.B.: Skoliose, frühkindliche Essstörungen, Adipositas, Diabetes, Neurofibromatose, Achondroplasie...

Kontraindikationen:

Keine Gruppenfähigkeit, Infektiosität.

Neuro/Mob: Beatmungspflicht. Bisher Einzelfallentscheidungen bei intermittierender nicht-invasiver Beatmung; an einem Konzept für die interne Entscheidungsfindung und die Genehmigung durch die Sozialversicherung SV wird gearbeitet.

KJP: akute Suchtproblematik, akute Selbst- oder Fremdgefährdung; nicht stabile Essstörungen mit akuter Gefährdung.

Reha-Abbrüche - können beidseitig stattfinden, wenn Hausregeln nicht eingehalten werden oder der Patient den Aufenthalt aus verschiedenen Gründen nicht weiterführen kann.

Ad Gruppenfähigkeit bei Kindern im Autismus-Spektrum oder bei schwerer Intelligenzminderung: hier muss man die Grenzen von Reha beachten → kokon hat viele Gruppenangebote. Von dem Austausch in den Gruppen profitieren an sich viele Kinder und deren Eltern. Eltern werden stark miteinbezogen und sind z.B. in den Gruppenstunden meist anwesend.

Eine Gruppengröße á 8 Kinder, die für eine wirtschaftlich leistbare Kinder-Reha eingepplant ist, wird v.a. für Kinder im Autismus-Spektrum (über)fordernd sein, ein eigenes Konzept mit kleineren Gruppen und der doppelten Therapeutenzahl wurde erstellt, Erfahrungen damit sind gut, jedoch wird dieser erhöhte Ressourcenbedarf oder auch eine höhere Frequenz an Einzelstunden von der SV als Leistungsträger (noch) nicht finanziert.

Dafür könnte sich das Netzwerk auch politisch positionieren: der Bedarf an personellen Ressourcen für die therapeutische Begleitung von Kindern im ASS und ihren Eltern im ambulanten und Reha-Bereich muss in den Finanzplänen für kostenfreie Therapien für Kinder berücksichtigt werden.

Ziele des kokon Bad Erlach für Kinder, die von ihren Eltern begleitet werden: Momente schaffen, wo Eltern und Kind sich in

geschütztem Rahmen begegnen und neue gelingende Erfahrungen sammeln können.

Finanzierung von Begleitpersonen und -kindern:

eine Begleitperson pro Kind wird vom Leistungsträger voll übernommen. Eine zweite Begleitperson v.a. bei mehreren Kindern im Reha-Prozess KANN bewilligt werden. Eltern werden aber nicht automatisch freigestellt (Pflegeurlaub, Hospizkarenz,..) - müssen sich selbst drum kümmern - hier auch gerne vorab mit unseren SozialarbeiterInnen Kontakt aufnehmen.

Eine 2. Begleitperson kann auch auf eigene Kosten mitkommen: 60,40€ / Tag für Essen und Übernachtung (Stand Mai 2021).

Der Aufenthalt von Begleitkindern wird auch finanziert (z.B. alleinerziehende Mutter mit zwei Kindern).

Das Begleitkind kann auch als „Therapiekind“ bewilligt werden, wenn eine Diagnose besteht (z.B. nach ICD-10 Klassifizierung - F43.2 Anpassungsstörung, psychosoziale Belastung bei chronisch krankem Geschwisterkind). Dann erhält auch das Geschwisterkind Therapien.

Pflegebedarf vorher abklären - ein Elternteil für zwei Kinder kann sehr stressig sein, da die Kinder zu unterschiedlichen Zeiten Therapien haben (aufgrund unterschiedlicher Therapiepakete).

Reha-Antrag:

Der Antrag wird vom Kinderfacharzt/Hausarzt gestellt, Antrag auf der kokon- oder der SV-Homepage zum Download. Wenn dieser bewilligt wird, bekommen die Eltern einen Fragebogen und alle Infos zugeschickt, die vor der Aufnahme auszufüllen sind. Erst sobald alle Unterlagen einlangen, kann die Gruppenzusammenstellung und damit der Aufnahmetermin geplant werden.

Aufenthaltsdauer und Therapien im Kokon:

je nach Indikation 3-5 Wochen: 3 Wochen für Mobilisierung, 4 Wochen für Mobilisierung bei neurologischen Erkrankungen, 5 Wochen für KJP und ESP, mit der Option auf Verlängerung, wenn gerade ein passender Turnus startet und eine Verlängerung von der SV genehmigt wird.

Prinzipiell sollte zu Beginn immer ein aktueller klinischer bzw. klinisch-psycholog. Befund vorliegen. Im kokon findet keine klin.-

psych. Diagnostik statt – nur rehaspezifische Diagnostik (=Standard), die für die aktuelle Behandlung wichtig ist, z.B. um Komorbiditäten abzuklären oder Differentialdiagnosen zu stellen (z.B. ADHS,...).

Die Gruppeneinteilung und Therapiepakete werden anhand der Befunde und Fragebögen an die Patienten, Eltern und betreuenden Institutionen erstellt und stehen bereits vor Aufnahme fest. Individuelle Änderungen werden bei Bedarf je nach Kapazität und Möglichkeit vorgenommen, können aber nicht garantiert werden, da ein Leistungspaket vorab definiert ist und dem Leistungsträger nachgewiesen werden muss.

Unser Therapieprogramm: Schwerpunkt Gruppen - daher Aufnahme in Gruppen von Gleichaltrigen mit gleicher Indikation und Entwicklungsstand, daneben Einzeltherapien und indikationsspezifische Schulungen und (bei begleiteten Patienten) auch Elternschulungen.

Therapiefrequenz: die SV finanziert 2,5 Therapiestunden pro Tag pro Primärpatient – Einzel- und Gruppe.

Nachsorge:

Die Nachbetreuung nach Reha geht entweder zurück an die Behandler oder es wird bei Bedarf Anbindung an ambulante Therapeuten oder Institutionen hergestellt. Diese Kontakte / Folgetermine werden meist bereits während des Aufenthalts koordiniert, um einen guten nahtlosen Übergang zu ermöglichen. Kontakt während des Aufenthalts mit Vorbehandlern, Kindergarten, Schule, Nachbehandlern... wird aufgenommen, wenn Eltern ihr Einverständnis geben.

Netzwerken:

Direkte Vernetzung mit der Reha (TherapeutInnen, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, Heilstättenschule, ...) über Befunde, Briefe und persönliche Rücksprache vor, während und nach der Reha – beidseitig von großem Interesse im Sinne der Optimierung des Reha-Erfolges und der Nachbetreuung!!

Kontakt: <https://kokon.rehab>
christine.froehlich@kokon.rehab
yvonne.fischer@kokon.rehab

SozialarbeiterInnen:
karl.donhauser-hirsch@kokon.rehab
ines.schwarz-strasser@kokon.rehab

Christine Fröhlich

Verbesserung des Verfahrens der Fremdunterbringung und begleitende Elternschulung und Unterstützung für Eltern fremd untergebrachter Kinder

Fremdunterbringung, die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in einer Wohngemeinschaft (WG) ist die ultima ratio für Kinder, deren primäre Bezugspersonen (in der Folge „Eltern“ genannt) nicht ausreichend für die ihnen anvertrauten Kinder sorgen können²⁴. Die Maßnahme wird vom Familiengericht auf Betreiben des Jugendamts (AJF) verfügt und bleibt so lange aufrecht, bis entweder die Probleme der Eltern sich so weit gebessert haben, dass sie das Wohlergehen der Kinder nicht mehr gefährden oder die Kinder selbst für sich sorgen können. In Österreich sind etwa 14.000 Kinder und Jugendliche fremduntergebracht²⁵, davon 60% in Wohngemeinschaften und 40% bei Pflegeeltern mit starken regionalen Unterschieden^{26 27 28}.

Im Rahmen der Begleitung von Familien, in denen die Gefährdung des Kindeswohls vermutet wird, entsteht für das Amt für Jugend und Familie (AJF) bzw. seine MitarbeiterInnen eine Doppelrolle als Berater, Unterstützer und gleichzeitig für die Kindesabnahme und Fremdunterbringung Mitentscheidende / Verantwortliche. Beratung und Unterstützung setzen ein Vertrauensverhältnis voraus, das wegen der „Bedrohung“ mit einem Entzug der Obsorge unter Umständen gar nicht entsteht, bzw. spätestens bei einer oft gegen den Willen der Eltern erfolgenden Entscheidung zur Fremdunterbringung endet. Diese Maßnahme wird nicht selten wegen „mangelnder Kooperation mit dem AJF“ getroffen, was die geschilderte Problematik noch verdeutlicht.

Um die Kindesabnahme nicht zu „gefährden“, werden die Kinder manchmal ohne vorherige Verständigung ihrer primären Bezugspersonen direkt von der zuständigen SozialarbeiterIn aus dem Kindergarten oder

der Schule „abgeholt“ und im Krisenzentrum bzw. nachfolgend in einer WG untergebracht. Dieses Vorgehen ist verständlicherweise ebenfalls nicht vertrauensfördernd und erschwert auch den Beziehungsaufbau zwischen WG und den Eltern.

Mit der Fremdunterbringung endet meist auch - mit Ausnahme der halbjährlichen oder jährlichen Fallverlaufskonferenzen - die Unterstützung der Eltern durch das AJF. Diese Unterstützung bleibt dann den MitarbeiterInnen der WG überlassen, die mit dieser Aufgabe oft überfordert sind, da sie weder den dafür notwendigen Auftrag noch die notwendige Zeit oder Mittel haben. Großteils erfolgt die Elternberatung dann im Rahmen von Elterngesprächen in einem eingeschränkten Ausmaß, so ist z.B. aufsuchende Betreuung oder Therapie meist nicht vorgesehen. Dies führt zu weiteren Problemen in der Dreiecksbeziehung AJF - WG - Eltern und erschwert die Rückführung in die Herkunftsfamilie. Aus diesen Gründen schlagen wir eine Änderung des Verfahrens der Fremdunterbringung und eine Verbesserung der Elternbetreuung vor.

Vorschläge für eine Verbesserung des Fremdunterbringungsverfahrens „Kindesabnahme“

Für die Beurteilung der Notwendigkeit einer Fremdunterbringung sollte neben dem Jugendamt und dem Familiengericht eine dritte, unabhängige Institution (z.B. die Kinder- und Jugendanwaltschaft) involviert werden, die sich ihr unabhängiges Bild von der Überforderung der Bezugspersonen bzw. der anders nicht zu behebenden „Gefährdung des Kindeswohls“ machen kann, damit das AJF auch weiterhin seine Beraterfunktion erfüllen kann. Für das Verfahren der „unfreiwilligen“ Unterbringung psychisch kranker Menschen wegen Selbst- oder Fremdgefährdung nach dem Unterbringungsgesetz (UbG 1990) hat sich ein auf 3 Säulen (RichterIn, PsychiaterIn bzw. unterbringende psychiatrische Institution,

²⁴ d.h., wenn Maßnahmen zur Unterstützung der Erziehung nicht ausreichen, B-KJHG 2013

²⁵ 2016 waren 13.646 Kinder und Jugendliche fremduntergebracht,

(https://www.kija.at/images/Sonderbericht_Kinderrechte_2017_15q74.pdf)

²⁶ Ebd.

²⁷ <https://www.hilfe-jugendamt.at/wp-content/uploads/2018/08/Kindesabnahme-und-Fremdunterbringung.pdf>

²⁸ https://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/12780261_5339/06c193/Fremdunterbringung_Studie_2020.pdf

PatientenanwältIn) beruhendes Verfahren sehr bewährt. In Sachen Fremdunterbringung sollte das Team, AJF + WG + Eltern + Jugendanwaltschaft, in regelmäßigen Abständen auch die Verlaufsbeurteilung bzw. die Erfolgskontrolle der Fremdunterbringung übernehmen. Dieses Verfahren würde das Konfliktpotenzial der Fremdunterbringung mit den Folgen, Feindbild AJF/WG, Konkurrenz(phantasien) zwischen Eltern und WG („wer ist die bessere Mutter?“), Loyalitätskonflikte der Kinder (WG-BetreuerInnen - primäre Bezugspersonen)), entschärfen.

Vorschläge für eine Verbesserung der Betreuung der primären Bezugspersonen, „Elternbetreuung“ bei fremdunterbrachten Kindern

Ist die Entscheidung für eine Fremdunterbringung wegen Gefährdung des Kindeswohls gefallen, so wird das AJF in den meisten Fällen als Feind gesehen, mit ihm auch oft die betreuende WG, die gar nicht in die Fremdunterbringungsentscheidung eingebunden war und nur ihre Aufgabe der Kinderbetreuung und -förderung wahrnimmt. Das bedeutet oft einen Beziehungsabbruch zwischen Eltern und AJF - mit Ausnahme der Fallverlaufskonferenzen und der Kinder, bei denen die Eltern wirklich freiwillig der Fremdunterbringung zustimmen, was selten vorkommt. Außerdem stellt das AJF mit der Fremdunterbringung meist die bisherigen, oft intensiven Betreuungsmaßnahmen ein, da das Kind ja ohnehin in der WG versorgt wird. In den meisten Fällen wird nach der Fremdunterbringung keine regelmäßige, begleitende professionelle Elternbetreuung (Elternberatung, -schulung und -therapie) angeboten, sehr zum Nachteil der Kinder und der Kommunikation zwischen Eltern, Kindern, WG und AJF.

Daher sollte die oft sehr geringe Elternbetreuung parallel zur Fremdunterbringung durch ein gezieltes Elternprogramm, das je nach Bedarf folgende Elemente beinhalten sollte, ergänzt werden:

- Elternschulung, ev. im Gruppensetting
 - Umgang mit der Kränkung der Kindesabnahme
 - Fehleranalyse: welche Fehler wurden gemacht, wie kann ich sie vermeiden, verbessern

- Erziehungsziele
- Verbessern elterlicher Kompetenzen - respektvolle Kommunikation, Streitkultur, wie kann ich erwünschtes Verhalten fördern und unerwünschtes Verhalten verringern, wie stelle ich angemessene Forderungen, Konfliktmanagement, Setzen klarer Grenzen, Umgang mit schwierigen Situationen
- altersadäquate Nähe, notwendige Freiräume in der Beziehung
- Umgang mit Schulproblemen
- Freizeitgestaltung und -aktivitäten, Planen gemeinsamer Aktivitäten
- Umgang mit ev. konkurrierenden Ansprüchen des 2. Elternteils
- Problem bezogene Förderung von Eltern und Kind usw.
- Vorbereitung auf das Ende der Fremdunterbringung

Bewertung

Die beiden vorgeschlagenen Maßnahmen sind weder kostenintensiv noch - bis auf die personelle Belastung der Kinder- und Jugendanwaltschaften (etwa 8h/Kind und Jahr) - besonders aufwändig (12h für das Gruppenprogramm, 25h/Kind und Jahr für die psychotherapeutische und sozialpädagogische Elternbetreuung. Dieser Aufwand sollte sich für alle Beteiligten lohnen:

- Verbesserung der Kooperation zwischen Eltern und AJF
- größere Rechtssicherheit, vor allem Verbesserung der Vertretung der Kindesinteressen bei der Beurteilung der Voraussetzungen für die Fremdunterbringung und auch der Dauer dieser Maßnahme
- verbesserte Kooperation Eltern – WG
- Verbesserung der elterlichen Kompetenz, die sich ebenfalls positiv auf die kindliche Situation auswirken sollte
- ev. Verringerung der Fremdunterbringungen bzw. deren Dauer

Eine bessere Unterstützung der Eltern empfiehlt auch der Sonderbericht der Volksanwaltschaft 2017

https://www.kija.at/images/Sonderbericht_Kinderrechte_2017_15a74.pdf

Christian Popow
christian.popow@meduniwien.ac.at

Empfehlungen, Termine



Der eben erschienene neueste Newsletter der Arbeitsgruppe „Schwerpunkte und Netzwerke für Seltene Erkrankungen“ beinhaltet 2 Hauptthemen:

1. das seit Jahren bestehende Chaos in der Versorgung von Patienten mit Enzyersatztherapie. Es wird an konkreten Beispielen gezeigt, was es für die Betroffenen bedeutet - wie sie im Stich gelassen werden und monatelang ohne Therapie sind, wie sie die Verwaltung hinhält, wie sie verzweifelt beginnen, ihre Krankenkassen zu klagen...
2. Die Selbsthilfe-Organisation Pro Rare Austria, die durch konsequente Arbeit zu einer öffentlichkeitswirksamen Lobby für Patienten mit Seltenen Erkrankungen herangereift ist, hat einen Generationenwechsel vollzogen.

http://www.polkm.org/newsletter-rare-diseases/newsletter-rare-diseases_21-1.pdf



11. ÖSTERREICHISCHER KONGRESS FÜR SELTENE ERKRANKUNGEN 2021

24. - 25. September 2021

Nähere Information folgt!

<https://www.prorare-austria.org/>

Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungen



8. Symposium zu Kinder- und Jugendgesundheit 25. November 2021

Corona - Auswirkungen & Entwicklungen in der Kinder- & Jugendgesundheit

Hybrid-Veranstaltung unter Einhaltung der dann geltenden COVID-19-Vorgaben

Organisation: Ing. Stephanie Drahos, MA
kindergesundheit@sozialversicherung.at

Impressum / Offenlegung (§§ 24,25 MedienG)
Medieninhaber und Herausgeber Verein Politische Kindermedizin, 3100 St. Pölten, Defreggerstr. 6/17
E-Mail: office@polkm.org
Homepage: www.polkm.org

Für Inhalt und Zusammenstellung verantwortlich:
Prof. Dr. Christian Popow, Prim. Dr. Sonja Gobar, Prof. Dr. Reinhold Kerbl und Dr. Rudolf Püspök.
Weitere Beiträge in Verantwortung der jeweiligen Autoren.

Fotos: © Copyright ist bei den jeweiligen Fotos angegeben

Erklärung über die grundlegende Richtung im Sinne des § 25 Abs 4 MedienG: Der Newsletter der Politischen Kindermedizin unterstützt die Umsetzung der statutarischen Vereinszwecke (<http://www.polkm.org/statuten.pdf>), insbesondere die Punkte

- Stärkung des Bewusstseins für die gesellschaftliche Verantwortung in der Kindermedizin und
- Aufzeigen und Veröffentlichen von Defiziten und deren Ursachen in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

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