

# Monatsschrift Kinderheilkunde

Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin

Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Organ der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

Elektronischer Sonderdruck für  
F. Waldhauser

Ein Service von Springer Medizin

Monatsschr Kinderheilkd 2010 · 158:326–337 · DOI 10.1007/s00112-009-2104-9

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der  
privaten Homepage und Institutssite des Autors

F. Waldhauser · E. Harms · L. Damm · R. Kerbl

## Politische Kindermedizin im internationalen Vergleich

## Redaktion

R. Kerbl, Leoben  
 F. Waldhauser, Wien

F. Waldhauser<sup>1,2</sup> · E. Harms<sup>3</sup> · L. Damm<sup>4</sup> · R. Kerbl<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien

<sup>2</sup> Wien

<sup>3</sup> Universitätskinderklinik Münster

<sup>4</sup> Institut für Umwelthygiene, Medizinische Universität Wien

<sup>5</sup> Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, KH Leoben

# Politische Kindermedizin im internationalen Vergleich

*„I have repeatedly encountered a fundamental lack of understanding of the special requirements of children in the minds of adult focussed senior colleagues responsible for local health and other service delivery. Kennedy<sup>a</sup> also alluded to this when he commented that children are perceived to be ‚only small adults requiring smaller portions of food‘. It is not the ‚fault‘ of such people that they do not understand. If anything it is the fault of children’s staff for not having engaged with and educated them about the requirements of children.“ [4]*

Sir Albert Aynsley-Green

Professor of Paediatrics

Children’s Commissioner for England

**Jeder Kinderarzt wird irgendwann mit der Tatsache konfrontiert, dass das Ergebnis seiner Tätigkeit nicht nur von der frühzeitigen Diagnose und der korrekten Therapie einer organischen oder psychischen Erkrankung seiner Patienten abhängt, sondern auch davon, ob das soziale und medizinische Umfeld entsprechend ausgestattet ist, um optimale Ergebnisse zuzulassen: Ob ein Arzt genügend Zeit hat, um sich den Patienten detailliert zu widmen, ob er bei spezifischen Krankheitsbildern genug Er-**

**fahrung hat, ob er im Team arbeitet und entsprechende personelle und materielle Ressourcen vorhanden sind, ob der Output einer fairen internationalen Evaluierung unterliegt, sind bekannte Determinanten des therapeutischen Ergebnisses. Sie werden durch die Organisation unseres Gesundheitssystems vorgegeben und sind somit politisch bedingt und politisch veränderbar.**

## Historie – Julius Tandler

Die zentrale Bedeutung der Politik für die Kindergesundheit ist in der Pädiatrie seit ihrer Entstehung bekannt, und politisches Handeln wurde von Anfang an von verantwortungsbewussten Medizinern gezielt als Prophylaxe und Therapie eingesetzt.

In Österreich ist der Namen Julius Tandler (■ **Infobox 1**) untrennbar mit dem politischen Einsatz für die Gesundheit der Kinder im frühen 20. Jahrhundert verbunden. Tandler, ein Anatom, der durch die entsetzliche Not und ihre Konsequenzen für die Gesundheit der Kinder nach dem 1. Weltkrieg aufgeschreckt wurde, schloss sich der Sozialdemokratie an und wurde 1920 Stadtrat für das Wohlfahrts- und Gesundheitswesen in Wien. In dieser Funktion setzte er zahlreiche ge-

— Kinderwäschepaket für Neugeborene,

- Übernahme und damit Finanzierung der meisten Wiener Kinderkrankenhäuser durch die Stadt Wien,
- Gründung der Schulzahnklinik,
- Gründung der Mütterberatungsstellen,
- Gründung der Kinderübernahmestellen,
- Gründung der Kindergärten,
- Etablierung des Fürsorgesystems und
- Etablierung der ersten Ansätze eines Jugendamtes.

Diese Aktionen kosteten dem damals darniederliegenden Staat Unsummen, die im Wesentlichen durch eine in Wien hierfür eingeführte Lohnsummensteuer von 2% und später 4% aufgebracht wurden [32]. Nach dem Motto „pecuniam non olet“ wurden auch ungewöhnliche Finanzierungswege beschritten: So bezahlten die Wettenden beim Pferderennen durch die von ihnen erhobenen Steuern das Säuglingswäschepaket, das tägliche Mittagessen von 13.000 Schülern wurde durch Abgaben aus Nachtlokalen und Bars bestritten, und mit den Abgaben der Wiener Stundenhotels wurde ein Entbindungsheim im Brigittaspital finanziert (■ **Infobox 1**).

Die soziale Hilfe wurde unter Tandler von einer Mildtätigkeit auf Gnadenbasis zu einem Recht auf Wohlfahrt für alle, die sie benötigten. Tandler fasste sein Credo in einem Satz zusammen: „Wer Kindern Paläste baut, reißt Kerkermauern nieder“.

<sup>a</sup>Ian Kennedy, Vorsitzender des Untersuchungsausschusses über die postkardiologischen Todesfälle in Bristol

Hier steht eine Anzeige.



**Tab. 1 Kennziffern zur Kindermortalität und den Ausgaben für das Gesundheitssystem<sup>a</sup>**

Position	Land	Jahr				Jahr			
		Mortalität im Alter <5 Jahren (‰) <sup>b</sup>				Gesundheitsausgaben (% des BIP)			
		2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
1	San Marino	2,9	2,5	2,2	1,9				
2	Liechtenstein	3,5	3	2,5	2,1				
3	Luxemburg	3,8	3,4	2,9	2,6	7,7	7,3		
4	Singapur	3	2,9	2,8	2,7				
5	Island	2,9	2,9	2,8	2,8	9,4	9,1	9,3	
6	Schweden	3,6	3,4	3,2	3	9,2	9,1	9,1	
7	Finnland	3,7	3,6	3,5	3,4	8,5	8,3	8,2	
8	Japan	3,7	3,6	3,6	3,5	8,2	8,1		
9	Norwegen	4	3,8	3,7	3,5	9,1	8,6	8,9	8,6
10	Andorra	4	3,8	3,7	3,6				
11	Italien	4,2	4	3,8	3,6	8,9	9,0	8,7	9,0
12	Portugal	4,7	4,3	4	3,6	10,2	9,9		
13	Irland	5,1	4,6	4,1	3,7	7,3	7,1	7,6	
14	Tschechien	4,4	4,2	4	3,8	7,2	7,0	6,8	
15	Slowenien	4,4	4,2	4	3,8				
16	Frankreich	4,5	4,3	4,1	3,9	11,1	11,0	11,0	
17	Griechenland	4,6	4,4	4,2	4	9,4	9,5	9,6	
18	Österreich	4,8	4,6	4,3	4,1	10,4	10,2	10,1	
19	Zypern	4,9	4,6	4,3	4,1				
20	Monaco	4,4	4,3	4,2	4,1				
21	Deutschland	4,7	4,6	4,5	4,3	10,7	10,5	10,4	
22	Spanien	4,7	4,6	4,4	4,3	8,3	8,4	8,5	
23	Dänemark	5	4,8	4,6	4,4	9,5	9,6	9,8	
24	Schweiz	5,1	4,9	4,7	4,6	11,2	10,8	10,8	
25	Israel	5,6	5,2	5	4,7				
26	Niederlande	5,4	5,2	4,9	4,7	9,8	9,7	9,8	
27	Belgien	5	4,9	4,9	4,8	10,3	10,0	10,2	
28	Korea (Süd)	5,6	5,4	5,2	5,1	5,7	6,0	6,3	6,6
29	Estland	7,2	6,6	6,1	5,6				
30	Neuseeland	6,4	6,1	5,9	5,7	8,8	9,2	9,0	
31	Großbritannien	6	5,9	5,8	5,7	8,2	8,5	8,4	
32	Australien	5,9	5,9	5,8	5,8	8,7	8,8	8,9	
33	Kroatien	6,8	6,5	6,2	5,9				
34	Kuba	6,7	6,4	6,1	5,9				
35	Malta	6,3	6,3	6,2	6,2				
36	Kanada	6,3	6,3	6,4	6,4	9,9	10,0	10,1	
37	Malaysia	7,6	7,2	6,8	6,4				
38	Ungarn	7,6	7,2	6,9	6,5	8,3	8,1	7,4	
39	Brunei	7	6,9	6,8	6,7				
40	Polen	7,5	7,3	7,1	6,9	6,2	6,2	6,4	
41	Serbien	9,1	8,5	7,8	7,2				
42	Lettland	8,5	8,1	7,7	7,4				
43	Vereinigte Arabische Emirate	8,8	8,4	8,1	7,7				
44	USA	8	7,9	7,8	7,8	15,7	15,8	16,0	
45	Slowakei	8,4	8,3	8,1	8	7,0	7,3	7,7	

BIP Bruttoinlandsprodukt

<sup>a</sup>Aufgeschlüsselt nach Ländern und Jahr; geordnet nach Mortalität, Darstellung des oberen Viertels <sup>b</sup>Infobox 1

Das „Rote Wien“ war damals das Mekka der Sozialpädiatrie.

Es muss jedoch festgehalten werden, dass Tandlers damaliger Einsatz – offensichtlich primär aus finanziellen Erwägungen – nicht die geistig und intellektuell Abnormen und die Schwerstbehinderten umfasste. Hier stand er den Ideen der Eugenik nahe [33].

## Global

Heutzutage wird der Zusammenhang zwischen Kindermedizin und dem politischen Handeln nirgends offensichtlicher als in den Entwicklungsländern:

► Ein Einsatz von 5,1 Mrd. US\$/Jahr würde jährlich 6 Mio. Kindern das Leben retten

Im Jahr 2003 stellte die Bellagio Study Group fest, dass von den 10 Mio. Kindern, die jährlich sterben, 6 Mio. gerettet werden könnten, wenn in 42 Entwicklungsländern 23 simple präventive Maßnahmen gesetzt werden würden [9, 12, 18]. Dies würde in der Summe jährlich 5,1 Mrd. US\$ oder 887 US\$ pro verstorbenem Kind kosten [10].

Die 1991 von der UNO (United Nations Organization) verhängten Wirtschaftssanktionen über den Irak nach dem 1. Golfkrieg kosteten in den folgenden 5 Jahren laut ihren eigenen Angaben mehr als 1/2 Mio. Kindern das Leben [43], die Kindersterblichkeit nahm während der Sanktionen um mehr als 100% zu. Die Säuglingssterblichkeit stieg von 47‰ (zwischen 1984 und 1989) auf 108‰ (zwischen 1994 und 1999) und die Sterblichkeit der unter 5-Jährigen von 56‰ auf 131‰ [3].

## USA

Heute ist der Einsatz von politischen Mitteln für die Gesundheitsbelange der Kinder wahrscheinlich in der amerikanischen Pädiatrie am weitesten entwickelt.

Bekanntlich sind die USA eines der wenigen Länder des Westen, in welchem es keine allgemeine Krankenversicherung gibt. 2008 waren 9,9% oder 7,3 Mio. Kinder in den USA nicht versichert (■ Infobox 1). Die praktischen sozialen Fol-

gen dieses Systems erleben die niedergelassenen Kinderärzte in ihrer tagtäglichen Arbeit, sie werden zunehmend auch numerisch erfasst: In den USA erlebten von 1000 im Jahr 2002 Geborenen 7,8 nicht ihren 5. Geburtstag im Jahr 2007 (Sterblichkeit unter dem 5. Lebensjahr), in Schweden 3,2, in Finnland 3,5, in Japan 3,6, in der CSR (ehemalige Tschechoslowakei) 4,0, in Österreich 4,3 und in Deutschland 4,5 (Tab. 1).

Neben dieser prekären sozialen Situation ist in den USA die Entwicklung der Bürgergesellschaft weit fortgeschritten: Eigeninitiative und der Zusammenschluss zu Bürgerinitiativen zur Lösung anstehender Probleme sind allgegenwärtig. Gespeist von diesen beiden Wurzeln haben die amerikanischen Pädiater individuell und als Organisation frühzeitig begonnen, gegen dieses unsoziale System anzukämpfen. Aufgrund mangelnder Unterstützung in der politischen Auseinandersetzung in dieser Frage haben sich die Pädiater 1930 aus der American Medical Association (AMA) herausgelöst und ihre eigene Gesellschaft, die American Academy of Pediatrics (AAP), gegründet. Seit damals ist diese eine hoch politisierte Vereinigung und hat neben der wissenschaftlichen und klinischen Entwicklung des Faches „child advocacy“ als eine ihrer zentralen Aufgaben festgelegt [28, 41].

### „Child advocacy“

Die AAP definiert „child advocacy“ als: „*Advocacy is many things. It is speaking out, speaking up, speaking for. In its simplest and most profound form, advocacy is giving voice to the questions, „What is wrong here? Couldn't we do better?“ Advocates witness and bring to light abuses and inequities, unfair practices and dangerous conditions. Advocates take unpopular positions by questioning the status quo. They ask, „Why?“ when others assert, „We have always done it this way.“ Some advocacy involves taking serious risks, caring enough about a cause to question authority and even to court personal repercussion.*

*But other advocacy work is quiet, reformative, and constructive. Advocates who don't simply wag their fingers and cry foul but figure out new ways of addressing seri-*

## Zusammenfassung · Abstract

Monatsschr Kinderheilkd 2010 · 158:326–337 DOI 10.1007/s00112-009-2104-9  
© Springer-Verlag 2010

F. Waldhauser · E. Harms · L. Damm · R. Kerbl

### Politische Kindermedizin im internationalen Vergleich

#### Zusammenfassung

Seit Beginn der Pädiatrie ist den Kinderärzten der Zusammenhang zwischen der Organisation des Gesundheitssystems und dem Ergebnis ihrer Tätigkeit bewusst. Sie versuchen daher – historisch und national unterschiedlich – auf das jeweilige Gesundheitssystem Einfluss zu nehmen. Getrieben durch das Fehlen einer allgemeinen Krankenversicherung bzw. eklatante Fehlleistungen hat sich „child advocacy“ in den angelsächsischen Ländern als spezifische Disziplin der Pädiatrie etabliert, die in den letzten Jahren in die Medical Schools und das Ausbildungscurriculum einging. In Deutschland werden die Gesundheitsagenden der Kinder von den entsprechenden Fachgesellschaften primär auf traditionelle Weise wahrgenommen. Auf-

grund von Lücken in der Allgemeinen Krankenversicherung und wegen verbesserungswürdiger Ergebnisindikatoren entwickelte sich in Österreich in den letzten Jahren unter dem Namen „Politische Kindermedizin“ (PKM) eine Bewegung mit starken Parallelen zur angelsächsischen „child advocacy“. Erklärtes Ziel der PKM ist, Defizite in der Versorgung von Kindern öffentlich aufzuzeigen, um ihnen ihren Teil am Gesundheitsetat zu sichern und eine Spitzenversorgung zu gewährleisten.

#### Schlüsselwörter

Pädiatrie · Politische Kindermedizin · Gesundheitssystem · Lobbying · „child advocacy“

### An international comparison of political paediatrics

#### Abstract

Since the start of their speciality paediatricians have been aware of the interdependence between the organisation of the health system and the results of their work. Consequently, they have attempted to have an impact on the health system, albeit in varying ways historically and nationally. In Anglo-Saxon countries, driven mainly by the lack of general health insurance or severe failings in child health care, „child advocacy“ was developed as a specific paediatric discipline and has been introduced in medical schools and the paediatric curriculum. Traditionally, child health issues in Germany are primarily promoted on political committees by delegates of paediatric societies. In Austria, due to

gaps in general health insurance for children and suboptimal results in performance indicators, a movement of paediatricians, therapists and patient group representatives developed under the name „Politische Kindermedizin“ (political paediatrics). It is comparable in its intentions to „child advocacy“. One explicit aim of the group is the public discussion of child health issues in order to secure children their fair share of the health budget and to guarantee them optimal medical treatment.

#### Keywords

Paediatrics · Political paediatrics · Health system · Lobbying · Child advocacy

### Infobox 1 Weiterführende Informationen

- Advocacy Committee, Royal College of Paediatrics and Child Health: [www.rcpch.ac.uk/Policy/Advocacy](http://www.rcpch.ac.uk/Policy/Advocacy)
- American Academy of Pediatrics (AAP): [www.aap.org/advocacy.html](http://www.aap.org/advocacy.html)
- Gesundheitsministerkonferenz: [www.gesundheitsministerkonferenz.de/index.php?&nav=beschluesse\\_76&id=76\\_7.1](http://www.gesundheitsministerkonferenz.de/index.php?&nav=beschluesse_76&id=76_7.1)
- Julius Tandler: [www.ropeswien.at/online/page.php?P=11689](http://www.ropeswien.at/online/page.php?P=11689)
- Kindersterblichkeit, OECD: [www.oecd.org/document/16/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html)
- Kindersterblichkeit, WHO: [www.childmortality.org/](http://www.childmortality.org/)
- Österreichischer Gesundheitsplan für Kinder: [www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/8/8/9/CH0772/CMS1117802910284/kindergesundheitsplan\\_kurzfassung1.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/8/8/9/CH0772/CMS1117802910284/kindergesundheitsplan_kurzfassung1.pdf)
- Plattform „Politische Kindermedizin“: [www.polkm.org](http://www.polkm.org)
- USA, Krankenversicherungssituation: [www.census.gov/hhes/www/hlthins/hlthin08/hlth08asc.html](http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/hlthin08/hlth08asc.html)
- USA, Pädiatriebildung: [www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC\\_progReq/320\\_pediatrics\\_07012007.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReq/320_pediatrics_07012007.pdf), p 28

ous problems and making a significant difference.“ [29]

Die AAP folgt diesem Leitbild, indem sie die Gesundheitsinteressen ihrer Kinder auf nationaler, Landes- und Gemeindeebene wahrnimmt (■ **Infobox 1**).

### Politische Ebenen der AAP-Aktivität

**Division on Federal Affairs** Diese Abteilung der AAP versucht, die Bundesgesetzgebung zugunsten der Kinder zu beeinflussen, indem sie sich u. a. für eine allgemeine Krankenversicherung, für die Qualitätssteigerung in der Versorgung, für Medikamenten- und Hilfsmittelsicherheit, für allgemeine Impfungen, für die Schusswaffenkontrolle usw. einsetzt. Sie stellt Expertise zur Verfügung, verteilt Informationsmaterial, betreibt politisches Lobbying und bildet Lobbyisten aus.

**Division on State Government Affairs** Hiermit versucht die AAP, die oben angeführten Themen auf Landesebene umzusetzen, soweit sie durch Landesgesetze geregelt werden. Der Schwerpunkt liegt hier im Versuch, beispielhafte Landesgesetze in einem Land („state“)

durchzusetzen, die dann von anderen Ländern übernommen werden können.

**Gemeindeebene** Die meiste Breitenwirkung scheint die AAP durch die Aufnahme von „child advocacy“ in das Curriculum des „Community Pediatrician“ auf Gemeindeebene erreicht zu haben.

### Umsetzung von „child advocacy“ durch den Einzelnen

Berman [6] und Aitkin et al. [2] stellten in bemerkenswerten Publikationen die praktischen Schritte dar, die für erfolgreiche „child advocacy“ durch den einzelnen Pädiater auf lokaler Ebene zu berücksichtigen sind. Die zentralen Punkte sind laut Berman [6]:

*An approach to child advocacy*

- Develop a clear mission.
- Implement a strategy of small wins.
- Identify friends and build coalitions.
- Identify adversaries and attempt to neutralize their opposition.
- Be pragmatic and willing to compromise.
- Don't burn bridges and never compromise a legislator.
- Hire an effective lobbyist.
- Develop a good working relationship with the media (newspaper, radio, and television).
- To the extent possible, minimize looking self-serving.

Die Arbeiten von Berman [6] und Aitkin et al. [2] lesen sich streckenweise wie eine „how to do“-Liste und ein Auszug aus Machiavellis „Il Principe“ unter Supervision eines Systemtherapeuten. Anscheinend sind Kenntnisse aus diesen Bereichen nötig, um für die Kinder erfolgreich sein zu können, und offenbar ist „child advocacy“ lehr- und lernbar.

### Aus- und Weiterbildung, Anreize

Seit Beginn dieses Jahrzehnts wurde „child advocacy“ schrittweise in die Ausbildung der amerikanischen Pädiater aufgenommen [15, 31] und ist jetzt verpflichtender Bestandteil im Curriculum der Pädiatriebildung (■ **Infobox 1**). Die ersten Nachuntersuchungen legen nahe, dass die systematische Aufnahme von „child advocacy“ in das Curriculum von den angehenden Kinderärzten gerne an-

genommen wird und Zeichen von Effektivität zeigt [11, 17].

Zusätzlich unterstreicht die AAP die Bedeutung von „child advocacy“ seit 1991 durch die jährliche Vergabe des Child Health Advocate Award an einen Beamten und seit 2005 durch die Vergabe des Anne E. Dyson Child Advocacy Award an einen angehenden Pädiater für außerordentliche Beiträge zur Kindergesundheit durch „child advocacy“.

### Großbritannien

Auch in Großbritannien (United Kingdom: UK), einem Land mit einer mehr als 50-jährigen Geschichte einer allgemeinen Krankenversicherung, ist „child advocacy“ ein zentrales Thema der Pädiatrie geworden.

Hier waren die lange Zeit vernachlässigte, vergleichsweise hohe postkardiologische Mortalität bei Kindern in Bristol und der sexuelle Missbrauch und die Ermordung der 8-jährigen Victoria Climbié durch ihre Großtante und deren Liebhaber der Anstoß. Diese beiden in der Öffentlichkeit breit diskutierten Ereignisse stellten die Qualität der englischen Gesundheitsvorsorge für Kinder in Frage. Beide Fälle wurden durch unabhängige Regierungskommissionen untersucht, bestätigt und auch auf Systemfehler im Gesundheitssystem zurückgeführt [20, 24]. Es wurden folgende Hauptschwächen angeprangert [4]:

Care of children always dominated by the demands of adult-centric services

- Lack of concern for vulnerable individuals
- Ignoring rights which demand protection
- Quality of care less than it should be
- Fragmentation and lack of responsibility
- Lack of effective planning
- Failure to listen to patients and carers
- Lack of effective leadership

Diese breite öffentliche Diskussion zusammen mit der energischen Forderung nach Sitz und Stimme der Kindermedizin bei den Behörden durch die Spitzen der Pädiatrie von England, Wales und Schottland unter Federführung von Albert Aynsley-Green [5] resultierte schließlich in einer

beachtlichen Top-down-Bewegung mit interessantem Potenzial für die Kindermedizin im UK:

— **Im nationalen Gesundheitssystem (NHS) wurde 2000 eine „children’s taskforce“ für Fragen der adäquaten Bereitstellung und Finanzierung der Kindermedizin eingerichtet.**

Aynsley-Green wurde zu ihrem Vorsitzenden und zum ersten National Clinical Director for Children bestellt und mit Kompetenzen in allen Gremien des NHS ausgestattet [4]. Mit der Etablierung des Children’s National Service Framework wurde eine Art nationaler Gesundheitsplan für Kinder geschaffen mit verbindlichen Vorgaben bezüglich Struktur- und Ergebnisqualität und einem Implementierungsrahmen von 10 Jahren. Schließlich wurde im neu gebildeten Ministerium für Kinder, Schule und Familie die Position eines Children’s Commissioner for England geschaffen mit Kompetenzen zwischen den Regierungsstellen. Er hat die Interessen der Kinder zu vertreten und ist als eine Behörde des öffentlichen Rechts mit einer jährlichen Berichtspflicht an das Parlament ausgestattet [34]. Er gleicht in Vielem dem Österreichischen Kinder- und Jugendanwalt, hat aber im Gegensatz zu diesem als erste Aufgabe die Kinder- und Jugendgesundheit.

➤ **Die englische Pädiatrie ist in der englischen Gesundheitsverwaltung sehr präsent und aktiv**

Insgesamt gesehen ist es der englischen Pädiatrie gelungen, sich massiv in die englische Gesundheitsverwaltung einzubringen und „clinical governance“ für Kinder umzusetzen. „Clinical governance“ hat die Intention, paternalistische Strukturen in der Medizin durch partizipative zu ersetzen und die Output-Qualität kontinuierlich zu überprüfen [25]. Ein Weg zu diesem Ziel ist, die Top-down- in eine Bottom-up-Bewegung umzukehren.

Im Gegensatz zu den USA war für „child advocacy“ auf lokaler Ebene wegen der bestehenden Allgemeinen Sozialversicherung – wie oben dargestellt – bis zum Beginn des letzten Jahrzehnts im UK wenig Bedarf. Die Sparmaßnahmen im

Gesundheitssystem in den 1990er Jahren, das amerikanische Beispiel [41] und die oben dargestellte Stimulierung durch die jetzige Administration führten letztlich mit Beginn des Jahres 2000 im UK zu einer vermehrten Wahrnehmung dieser Aufgabe [13, 26]. Das Royal College of Paediatrics and Child Health gründete 1997 ein Advocacy Committee (■ **Infobox 1**), publizierte eine Arbeitsanleitung für den Community Paediatrician [1] und setzt sich jährlich eine Prioritätenagenda.

Das UK scheint zurzeit vor der Aufnahme von „child advocacy“ in die Ausbildung zum Kinderarzt zu stehen [40].

## Deutschland

Im Vergleich zu vielen anderen Ländern besitzt Deutschland im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ein gut funktionierendes Gesundheitssystem. Alle Kinder sind entweder gesetzlich (GKV) oder privat krankenversichert (PKV). Auch die privaten Krankenkassen sind verpflichtet, jedes neugeborene Kind unabhängig von seinem Gesundheitszustand ohne Zuschläge innerhalb der ersten 2 Monate auf Antrag aufzunehmen. Für Kinder, die nicht GKV- oder PKV-versichert sind, tritt die Sozialhilfe ein.

Auch Psychotherapie durch medizinische oder psychologische Psychotherapeuten, Physiotherapie und Ergotherapie werden von den Krankenkassen finanziert, z. T. auf Antrag. Diese umfangreiche Versorgung hat während der letzten 2 Jahrzehnte allerdings auch zu einer erheblichen Zunahme der Zahl von Ergotherapeuten geführt. Damit einher ging eine Erweiterung der Indikationen, die häufig dem Ausgleich gesellschaftlich bedingter Defizite im sozialen und familiären Umfeld dienen soll.

Im Euro Health Consumer Index 2009 (EHCI 2009) liegt Deutschland bei seit Jahren insgesamt steigendem Gesamtranking nach Österreich und der Schweiz auf Rang 6 der Gesundheitsleistungen [8]. Die Kindersterblichkeit (<5 Jahren) ist in den 3 Ländern vergleichbar und seit Jahren sinkend. Laut EHCI sind in Deutschland die Wartezeiten für eine Therapie inzwischen die niedrigsten in Europa.

Der EHCI 2009 nennt Deutschland „mystery country“, da es das wohl am we-

nigsten restriktive und am meisten verbraucherorientierte Gesundheitssystem in Europa besitzt, mit den Kosten dafür aber dennoch nur im Mittelfeld liegt.

Der UNICEF-Bericht (UNICEF: United Nations International Children’s Emergency Fund) zur Lage der Kinder in Industrieländern 2010 findet Deutschland zwar etwas verbessert jetzt insgesamt auf Rang 8 von 21 [7]. Für Gesundheit und Sicherheit (Dimension 2) liegt Deutschland unverändert auf Rang 11. Die Defizite werden v. a. der materiellen Benachteiligung bestimmter Bevölkerungsgruppen (Kinder alleinerziehender Mütter) zugerechnet, die seit Jahren zu steigender Kinderarmut in Deutschland führt. Weitere, allerdings weltweit verbreitete Gesundheitsrisiken sind Übergewicht und Bewegungsarmut von Kindern und Jugendlichen.

## Stärken der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland

Ein bedeutender Vorteil des kinderärztlichen Primärarzt systems in Deutschland ist die Nähe zum Patienten. Niedergelassene Kinderärzte in der Praxis sind gleichzeitig Haus- und Fachärzte, d. h. sie dürfen ohne Umwege und ohne Überweisung durch einen Allgemeinarzt in Anspruch genommen werden. Trotzdem reicht die Zahl der Kinderärzte in freier Praxis nicht für eine vollständige ambulante Versorgung aller Kinder und Jugendlicher aus, besonders im ländlichen Bereich. Gemessen an dem hohen zeitlichen und persönlichen Engagement sind die Vergütungsstrukturen in der Praxis nicht angemessen.

➤ **Für kinderärztliche Praxisinhaber wird es immer schwieriger, Nachfolger/-innen zu finden**

Gleichzeitig haben mit Änderung der Weiterbildungsordnung im Jahr 2003 (gebietsbezogen zusätzlich 4 Schwerpunkte und 5 Zusatzweiterbildungen) die Möglichkeiten fortgesetzter Weiterbildung in der Klinik für junge Kinderärzte/-innen so stark zugenommen, dass für viele der Wechsel zum Unternehmer in eigener Praxis nicht mehr so attraktiv ist, zu-

mal auch die Vergütung im Krankenhaus im vorletzten Jahr verbessert wurde. Diese weit vorangetriebene Spezialisierung spiegelt die erreichte Differenzierung und Leistungsfähigkeit der Pädiatrie wider. Allerdings können einige der Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen auch nur in einer Klinik umgesetzt werden. Resultat dieser Veränderungen für das Primärarztsystem ist, dass es für kinderärztliche Praxisinhaber immer schwieriger wird, eine/-n Nachfolger/-in zu finden. Für den Praxisinhaber kann dies eine Entwertung seiner persönlichen Altersvorsorge beinhalten. Für die Versorgung der Kinder und Jugendlichen bedeutet dies, dass die primärärztliche Versorgung in der bisherigen Form gefährdet ist und langfristig durch ein neues Konzept ersetzt werden muss. Hier wird es entscheidend auf den politischen Willen ankommen.

Eine weitere Stärke der Pädiatrie in Deutschland ist die Anfang der 1990er Jahre erfolgte Änderung des Sozialgesetzbuchs V (SGB V), bei welcher mit dem § 119 die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) eingeführt wurden. Damit wurde auch der nichtmedizinische Teil der Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher auf eine stabile Grundlage gestellt, überwiegend zu Lasten der Krankenversicherung und zum geringeren Teil der Kommunen.

### Schwächen der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland

Eine ausgesprochene Schwäche des deutschen Gesundheitssystems ist die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Krankheitsfall. In vielen Ländern, v. a. den angelsächsischen, ist die Versorgung in einer Kinderklinik durch Kinderärzte und Kinderpflegepersonal eine Selbstverständlichkeit. Nicht so in Deutschland, obwohl es hier etwa 270 selbstständige Kinderkliniken oder -abteilungen gibt. Viele Kinder und Jugendliche werden hierzulande nach wie vor in Kliniken für Erwachsene ohne kinderärztliche oder kinderpflegerische Grundversorgung versorgt. Im ersten Lebensjahr trifft dies bereits 8% der Kinder und steigt mit zunehmendem Lebensalter auf über 50% bei den über 10-jährigen an. Das oft genannte Argument, die nächste Kin-

derklinik sei zu weit entfernt, kann nicht zutreffen, denn die Entfernung nimmt schließlich nicht mit dem Lebensalter des Kindes zu. Tatsache ist, dass sich mit steigendem Lebensalter auch nicht-kinderärztliche Behandler mehr zutrauen.

### ◉ In Deutschland sind Fehlbelegungen von Kindern in Erwachsenenkliniken zu häufig

Die Bundesrepublik Deutschland hat wie viele andere Länder auch die UNO-Charta für die Rechte der Kinder unterzeichnet und ratifiziert. Unter anderem ist darin festgelegt, dass Kinder und Jugendliche im Erkrankungsfall ein Recht darauf haben, von speziell ausgebildeten Kinderärzten und Kinderpflegepersonal behandelt zu werden, auch wenn z. B. im Notfall zunächst die Aufnahme nicht in eine Kinderklinik erfolgt ist. Die Fehlbelegung von Kindern in Erwachsenenkliniken ist seit langem ein Streitgegenstand im deutschen Gesundheitswesen. An der offensichtlichen Unlösbarkeit dieser Problematik zeigen sich exemplarisch strukturelle Schwächen des deutschen politischen Systems, die die Lösung mancher grundsätzlicher Weichenstellung erschweren.

### Offene Probleme

Grundsätzlich darf in Deutschland jeder Arzt Menschen jeden Lebensalters behandeln, ausgenommen der Kinderarzt, der gesetzlich versicherte Patienten nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht mehr zu Lasten der GKV behandeln darf. Das führt auf der einen Seite zu einem unerwünschten Zugriff fraglicher Kompetenz auf Kinder und Jugendliche, auf der anderen Seite aber auch zu Schwierigkeiten beim Übergang von chronisch kranken Patienten aus der Betreuung des Kinder- und Jugendarztes in die Erwachsenenmedizin.

### — Leider sind Erwachsenenmediziner mit vielen pädiatrischen Krankheitsbildern nicht vertraut.

Damit besteht die Gefahr, dass beim Übergang der Betreuung von Jugendlichen in das Erwachsenenalter der mühsam gewonnene Behandlungserfolg der Pädiatrie

wieder verlorengeht. Hier wird die Politik Weichen stellen müssen, um die gesundheitliche Versorgung von chronisch kranken Patienten auch beim Übertritt in das Erwachsenenalter zu sichern.

Für die ambulante Betreuung von Patienten mit seltenen, chronischen und komplexen Erkrankungen hat der Bundestag 2003 ein Gesetz geschaffen, nämlich den § 116b des SGB V. Danach sollen für diese Patienten, die zu einem großen Teil in der Pädiatrie betreut werden, ambulante Versorgungsstrukturen geschaffen werden, die ihre dauerhafte und kompetente ambulante Versorgung altersunabhängig sichern, unter Einbeziehung dazu speziell qualifizierter Ambulanzen in Kliniken. Auch dieses Gesetz wurde seither kaum umgesetzt, weil der Gesetzgeber zur Finanzierung keine Angaben gemacht hatte, auch nicht machen konnte, weil er für diese nicht zuständig ist. Entsprechend schleppend kommt dieses wichtige Projekt auch erst in letzter Zeit in Bewegung.

Gerade die Betreuung von Patienten mit seltenen und komplexen pädiatrischen Erkrankungen ist eine Herausforderung, die Wissen und Erfahrung voraussetzt. Spezialisierung erfordert daher auch Zentralisierung. Es darf eigentlich nicht dazu kommen, dass im Kampf um Behandlungserlöse die bestmögliche Behandlung von Patienten aufs Spiel gesetzt wird. Am Beispiel der Versorgung extrem kleiner und unreifer Frühgeborener zeigen sich in Deutschland die Grenzen politischen Handelns. Durch den v. a. durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Interessenvertreter diktierten Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) wurde die Behandlung dieser in höchstem Maße gefährdeten Patienten nicht etwa zentralisiert, sondern es wurden sogar bestehende regionale Behandlungsstrukturen praktisch aufgelöst. Es ist eine Herausforderung an die Politik, derartige Fehlentwicklungen zum Nachteil der Betroffenen umgehend zu korrigieren.

### Politische Aktionen

Der 27.06.2002 war ein denkwürdiger Tag in der Geschichte der deutschen Kinder- und Jugendmedizin. Nach hartnäckiger und kluger Vorbereitung durch die Ver-



Hier steht eine Anzeige.



**Tab. 2** Im Jahr 2009 in Österreich niedergelassenen Kindertherapeuten. (Nach [30])

Berufsgruppe	Gesamt	Mit Kassen
Physiotherapeuten	369	37 <sup>a</sup> +(9 <sup>b</sup> )
Ergotherapeuten	187	19 <sup>a</sup> +(4 <sup>b</sup> )
Logopäden	342	90 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>Verträge mit allen öffentlichen Krankenkasse

<sup>b</sup>Verträge mit Teilen der öffentlichen Krankenkassen

treter der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendmedizin (bvjk) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) verabschiedete der Deutsche Bundestag einen fraktionsübergreifenden Antrag aller Bundestagsfraktionen mit dem Titel „Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sichern und verbessern“ [35]. Darin wurden zahlreiche Forderungen aus den genannten Fachgesellschaften aufgegriffen: z. B.

- die Schlüsselfunktion des Pädiaters bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen,
- der Stellenwert der Prävention,
- die flächendeckende stationäre pädiatrische Versorgung,
- der Erhalt der Kinderkrankenpflege,
- die Arzneimittelversorgung von Kindern und Jugendlichen und vieles andere mehr.

Die Bundesregierung wurde aufgefordert, für die Umsetzung zu sorgen. Es stellt sich nun die Frage, warum dies nicht erfolgte. Die Antwort ist einfach: Das Hindernis ist die föderale Struktur der Bundesrepublik Deutschland, in der jedes der 16 Bundesländer für sich die Kompetenz für die Regelung der Gesundheitspolitik innehat.

### ➤ **Bund und Länder wollen die gefassten Beschlüsse nicht wirklich umsetzen**

Die Länder haben ebenfalls eine gemeinsame Arbeitsebene, die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder. Diese hat hinsichtlich der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen im November 1997 in Saarbrücken einstimmig beschlossen und im Juli 2003

in Chemnitz erneut bekräftigt (➤ **Info-box 1**), dass die oben genannten Forderungen der UNO-Charta voll zu berücksichtigen seien. Man fragt sich, warum nun trotz gemeinschaftlicher Willensbekundung in den Ländern selbst davon so wenig umgesetzt wurde. Die Antwort ist ernüchternd: Wollten die Länder diesen Beschluss wirklich umsetzen, müssten sie dazu Gesetze erlassen und deren Einhaltung überwachen. Und angesichts lokaler und kommunaler Interessen und des Wunsches der Parlamentarier, wieder gewählt zu werden, bleibt eine so gute Absicht letzten Endes auf der Strecke – alle Politiker sind Gutmenschen, nur leider stehen die Verhältnisse dagegen.

### Resümee

Obwohl – wie oben dargestellt – die deutsche Pädiatrie auch Schwächen und offene Probleme zeigt, ist es, abgesehen von den jüngsten Auseinandersetzungen um die Mindestzahlregelung in der Versorgung von Frühgeborenen unter 1250 g [46], bisher zu keiner nennenswerten Bewegung im Sinne von „child advocacy“ gekommen. Dies ist wahrscheinlich auf die lückenlose Krankenversicherung und die im OECD-Vergleich (OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development) großzügigen Gesundheitsausgaben für Kinder von rund 4,15% des BIP pro Kopf zurückzuführen [47].

### Österreich

Im Gegensatz zu den USA gibt es in Österreich eine allgemeine Krankenversicherung, über die praktisch alle Kinder versichert sind und die anerkannterweise zu den besten der Welt zählt [8, 16, 42]. Die Qualität der medizinischen Versorgung der Kinder – z. B. beurteilt an der Sterblichkeit der unter 5-Jährigen – steht zwar weltweit nicht an erster Stelle, ist aber doch mit den anderen deutschsprachigen Ländern im Mittelfeld des oberen Viertels des weltweiten Länderrankings gelegen (➤ **Tab. 1**). Verständlicherweise ist der Druck zur Entwicklung von „child advocacy“ in Österreich geringer als in den USA, und die Einflussnahme der österreichischen Kinderärzte auf die Gesundheitspolitik erfolgt traditionell in Bera-

tungsgremien der jeweiligen Regierungen (Oberster Sanitätsrat, Impfausschuss usw.; [48]). Geht man jedoch mehr ins Detail, werden durchaus Risse in diesem rosigen Bild des österreichischen Gesundheitssystems erkennbar.

### Schwächen des österreichischen Systems

#### Lücken in der allgemeinen Krankenversicherung

Bekanntermaßen bedürfen etwa 10–15% der Kinder und Jugendlichen wegen Defiziten in ihrer Entwicklung einer – meist passageren – Physiotherapie, Ergotherapie, logopädischen Therapie oder auch einer Psychotherapie. Die österreichische Sozialgesetzgebung anerkennt zwar den Anspruch und damit die Finanzierung derartiger Therapien, aber es gibt keinen Gesamtvertrag der Sozialversicherungen mit den entsprechenden Berufsverbänden. Nur wenige niedergelassene Therapeuten haben eine Direktverrechnung mit den Krankenkassen vereinbart (➤ **Tab. 2**).

#### ➤ **Ein beträchtlicher Teil der Behandlungen muss von den Eltern vor- und teilfinanziert werden**

Dies bedeutet, dass bei einem beträchtlichen Teil der Patienten deren Eltern die Therapien vorfinanzieren müssen, und dann auf Antrag – abhängig von Kasse und Therapieart – von den Krankenversicherungen rund 30–70% der Kosten rückerstattet bekommen, bei Psychotherapie etwa 25–30%. Praktisch werden dadurch oft Kindern aus schwierigen sozialen Verhältnissen oder mit Migrationshintergrund diese Therapien vorenthalten. Ihre Eltern sind nicht im Stande oder nicht willens, die Vorfinanzierung zu übernehmen und/oder den bürokratischen Hürdenlauf – oft mangels Sprach- und Schreibkenntnissen – zu bewältigen. Grob geschätzt werden den Kindern auf diese Weise etwa 30–50% der Therapien vorenthalten. Die österreichische Gesellschaft spart sich so jährlich etwa 75–90 Mio. EUR, hauptsächlich auf Kosten der Kinder aus schwierigen sozialen Verhält-

nissen und/oder mit Migrationshintergrund [30].

### Bescheidene Gesundheitsleistungen im europäischen Vergleich

Der seit 2005 erscheinende Health Consumer Index vergleicht jährlich die Gesundheitssysteme von 33 europäischen Ländern. Österreich befindet sich zurzeit im Gesamtranking an 4. Stelle, beachtet man jedoch die 38 Indikatoren in den 6 untersuchten Einzelbereichen, ist Österreich in den die Gesundheitsleistungen betreffenden Bereichen keineswegs an der Spitze gelegen (Gesundheitsergebnisse: Platz 14, gleichrangig mit Griechenland und der Tschechischen Republik; Gesundheitsangebot: Platz 12, gleichrangig mit Portugal), während es bei dem nicht die Gesundheitsleistungen messenden Bereich sehr weit vorne liegt (Patientenrechte, E-Health, Wartezeit auf Therapie, Zugang zu Medikamenten) [8].

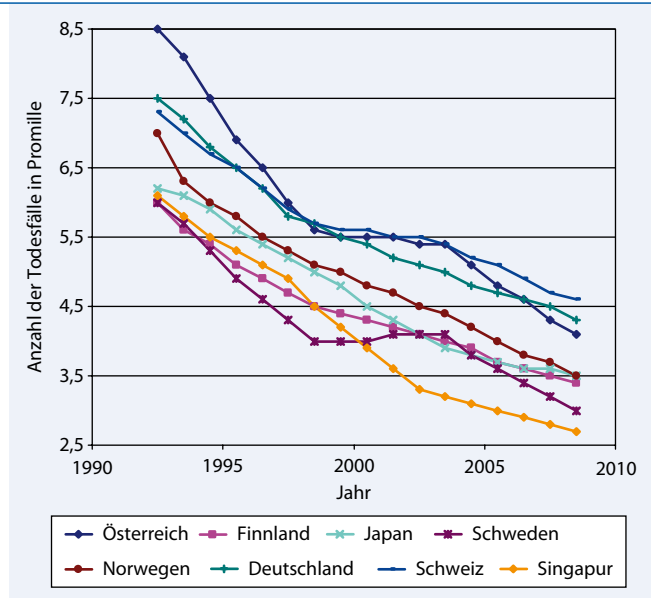
Im vorliegenden Band der *Monatsschrift Kinderheilkunde* werden spezifisch die die Gesundheitsleistungen an Kindern erfassenden Indizes der UNICEF und OECD vorgestellt. Leider bestätigen sie das beschriebene fragwürdige Ergebnis in verstärktem Maße [47].

### Reduktionspotenzial der Sterblichkeit bei Kindern bis zum 5. Lebensjahr

Die Mortalität der unter 5-Jährigen lag 2008 in Österreich bei 4,1‰, in den skandinavischen und in den entwickelten asiatischen Ländern bei rund 3,2‰ (■ **Tab. 1**).

Bei einer Anzahl von etwa 78.000 Geburten in Österreich sind somit 2008 etwa 350 der Kinder verstorben, die ansonst in diesem Jahr ihr 5. Lebensjahr vollendet hätten. Hätte das Land die oben angeführte Mortalitätsrate der skandinavischen oder entwickelten asiatischen Länder, wären nur etwa 250 Kinder verstorben, d. h. etwa 100 weniger als tatsächlich verstorben sind. Bei der im Vergleich zu den genannten Ländern höheren Mortalität in Österreich handelt es sich nicht um ein einmaliges Ereignis des Jahres 2008, sondern eine konstante Größe über Jahrzehnte (■ **Abb. 1**, [23]). Dieses Resultat ist nicht einfach durch geringere Gesundheitsausgaben für Kinder zu erklären,

**Abb. 1** ► Anzahl der jährlichen Todesfälle pro 1000 Lebendgeborenen bei unter 5-Jährigen in den Jahren 1992–2008, Daten der WHO (**Infobox 1**)



denn Schweden und Finnland geben nur marginal mehr aus als Österreich [47].

Allein gemessen an der Kindermortalität könnte Österreich jährlich etwa 100 Kindern das Leben retten, würde es seine Mittel so effektiv einsetzen, wie dies in den skandinavischen oder den entwickelten asiatischen Ländern der Fall ist.

### Regionale Unterschiede in der Säuglingsmortalität

Die Epidemiologen Waldhoer et al. [38, 39] untersuchten in konsekutiven Arbeiten die Säuglingssterblichkeit in Österreich seit 1984 und fanden beträchtliche regionale Unterschiede. Bezüglich der Mortalität betragen diese bis zu 45% zwischen verschiedenen politischen Bezirken (Schwankungen der standardisierten Mortalitätsrate von 0,83–1,21) mit einem Cluster von niedriger Mortalität in den Bezirken im Südosten Österreichs.

Dieser regionale Unterschied ist nicht durch Differenzen bei bekannten Risikofaktoren für Frühgeburtlichkeit oder Säuglingssterblichkeit erklärbar. Würde ganz Österreich die niedere Mortalitätsrate des Südostens aufweisen, wären laut den Berechnungen der Autoren 1510 Säuglinge zwischen 1984 und 2002 nicht verstorben [38]. Obwohl es Hinweise auf regionale Qualitätsunterschiede in der Patientenversorgung als potenzielle Ursache für dieses Phänomen gibt, steht ein klarer Beweis aus [39]. Ähnliche regionale Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit wurden bereits 20 Jahre vorher vom Insti-

tut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften beschrieben [23].

### Potenzielle Ursachen für die Schwächen

Zum Teil mögen die dargestellten Schwächen an den relativ geringen Gesundheitsausgaben für Kinder in Österreich (2,95% des BIP pro Person <20 Jahren) etwa im Vergleich zu Deutschland (4,15%) liegen. Allerdings geben Schweden und Finnland nur marginal mehr als Österreich für ihre Kinder aus (Schweden: 3,05%; Finnland: 3,25%) und liegen trotzdem in allen Ergebnisindikatoren bezüglich Gesundheitsleistungen für Kinder an der Weltspitze [7, 47].

Das amerikanische Gesundheitssystem ist durch eine ausgezeichnete Spitzenversorgung mit einem seit Jahren bestehenden, hochdifferenzierten und gut eingespielten System von Subspezialitäten gekennzeichnet [14]; gleichzeitig schließt die amerikanische Gesellschaft rund 10% ihrer ärmsten Kinder aus der untersten Gesellschaftsschicht von dieser Versorgung aus, weil sie bisher keine allgemeine Krankenversicherung zugelassen hat. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass die USA im internationalen Vergleich der Indikatoren, die die generelle Leistungsfähigkeit die Gesundheitssysteme für Kinder bewerten, wie die Säuglingssterblichkeit oder die Sterblichkeit bis zum 5. Lebensjahr, stets sehr mäßig abschneiden (■ **Tab. 1**). Hingegen weisen Länder mit

einer allgemeinen Krankenversicherung und einem niederschweligen Zugang zu einem hochdifferenzierten Gesundheitssystem mit gut entwickelten Subspezialitäten, wie Skandinavien, Japan oder Singapur, die geringste Kindersterblichkeit auf (■ Tab. 1).

Trotz der beschriebenen Zugangsbeschränkungen hat Österreich – wie die anderen deutschsprachigen – Länder eine allgemeine Krankenversicherung mit einem leider sehr spät begonnenen und noch wenig entwickelten System von Subspezialitäten. Analog zu den anderen deutschsprachigen Ländern liegt es im internationalen Länderranking obiger Kenngrößen im Mittelfeld des oberen Viertels (■ Tab. 1).

Vermutlich würden die deutschsprachigen Länder durch einen raschen und konsequenten Ausbau der Subspezialitäten die erhöhte Sterblichkeit gegenüber der Weltspitze abbauen. Jedenfalls führt der Health Consumer Index 2009 das relative mager Ergebnis bei den Performance-Indikatoren auf einen Mangel an Spezialisierung zurück. Exemplarisch mag die Entwicklung der Kinderonkologie in den letzten Jahrzehnten sein: Hier konnte durch konsequente Spezialisierung die Überlebensrate der Patienten von rund 10% auf mehr als 90% gesteigert werden [27, 44].

## Politische Aktionen

In Österreich hat sich im letzten Jahrzehnt „child advocacy“ an den oben aufgezeigten Mängeln entzündet. Im Herbst 2003 haben 12 größtenteils langgediente Kinderärzte und Kindertherapeuten mit dem an die breite Öffentlichkeit gerichteten Sachbuch „Weggelegt – Kinder ohne Medizin?“ auf diese Defizite hingewiesen [37]. Konkrete Beispiele aus der sozialpädiatrischen Unterversorgung und Defizite im tertiären Versorgungssektor wurden aufgezeigt und konkrete Verbesserungen eingefordert [19].

Die Öffentlichkeit hat die dargestellten Probleme breit diskutiert, ein regionaler Krankenhausträger hat geklagt, aber die Bundesregierung richtete eine Untersuchungskommission mit Beteiligung externer Experten ein und bestätigte Probleme in der tertiären Versorgung [45]. Im Anschluss setzte sie ein 75-köpfiges Ex-

pertenkomitee ein, das unter massiver Beteiligung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde den „Österreichischen Gesundheitsplan für Kinder“ (■ Infobox 1) erarbeitete. Das substanziellste Ergebnis war die Einführung von 6 pädiatrischen Subspezialitäten auf Additivfacharzzebene zum Sonderfach Kinder- und Jugendheilkunde zum 01.01.2008.

Trotz dieser erfreulichen Entwicklung sind viele der Forderungen der Buchautoren [19] und wegweisenden Vorschläge aus dem „Gesundheitsplan für Kinder“ bisher nicht umgesetzt.

## Die Plattform „Politische Kindermedizin“ könnte zum österreichischen „child advocacy“ werden

Wegen dieser weiter bestehenden Defizite hat sich aus der Gruppe der Buchautoren die Plattform „Politische Kindermedizin“ (■ Infobox 1) entwickelt. Sie stellt eine lose Ansammlung von Ärzten und Therapeuten dar, die sich im Wesentlichen an den Ideen von „child advocacy“ orientiert und diese in ihrem Mission Statement für die lokalen Gegebenheiten adaptiert:

Politische Kindermedizin befasst sich nicht mit Krankheiten per se, sondern mit Organisationsstrukturen, die das Auftreten, die Diagnostik und den Verlauf von Krankheiten bei Kindern beeinflussen. Mit Hilfe ihres wissenschaftlichen Standbeins sucht sie den Einfluss von organisatorischen Gegebenheiten mit natur- oder sozialwissenschaftlichen Methoden exakt zu beschreiben und zu analysieren. Sie bildet damit das Fundament für eine „evidence-based“ Gesundheitspolitik. Analog zu den anderen klinischen Wissenschaften versucht sie, die gewonnenen Erkenntnisse praktisch für die Patienten umzusetzen. Als praktisches Standbein setzt sie neben dem „Dienstweg“ traditionelle politische Mittel ein, wie Pressestatements, Pressekonferenzen, Sachbuchdarstellungen, Information von Eltern und Betroffenenorganisationen und Schulterschluss mit gleichgesinnten Wissenschaftlern. [36]

In diesem Sinne versucht sich die „Politische Kindermedizin“ zurzeit eine innere Struktur mit Homepage (■ Infobox 1),

Newsletter, regelmäßigen lokalen und österreichweiten Treffen zu geben und gleichzeitig nach außen zu wirken, indem sie mit Jahrestagungen, wissenschaftlichen Publikationen [21, 22] und Statements in Printmedien, Funk und Fernsehen die anstehenden Probleme öffentlich diskutiert.

Ob es gelingt, die „Politische Kindermedizin“ als die österreichische Spielform von „child advocacy“ zu etablieren und zu einem beständigen Player in der öffentlichen Diskussion zu machen, werden die nächsten Jahre zeigen. Bei der Betrachtung der internationalen Entwicklung kann kein Zweifel bestehen, dass für eine derartige Bewegung Bedarf besteht.

## Diskussion

In einer demokratisch organisierten Gesellschaft erfolgt der Interessenausgleich am Verhandlungstisch. Die transparente Darlegung der Bedürfnisse der einzelnen Mitglieder ist eine Grundvoraussetzung für das Funktionieren des Systems. In der Auseinandersetzung um die Gesundheitsressourcen können Kinder ihre Interessen nicht selbst darlegen und Mitwirkende des Systems sein. Ihre natürlichen Vertreter, die Eltern, organisieren sich zunehmend in Selbsthilfegruppen und versuchen, diese Funktion zu übernehmen. Es fehlt ihnen jedoch an Fachkompetenz, sodass seit Jahrzehnten Ärzte, meist aus der Pädiatrie kommend, einspringen.

Im angelsächsischen Raum, wo aufgrund der sozialpolitischen Umstände der Bedarf besonders groß ist, hat sich innerhalb der Pädiatrie unter dem Begriff „child advocacy“ eine Disziplin entwickelt, die bereits in den Lehrplan der Medical Schools Eingang gefunden hat und Bestandteil der Facharztausbildung ist. Wahrscheinlich wegen der lückenlosen Deckung durch die Krankenversicherung und der finanziell vergleichsweise guten Ausstattung der Kindermedizin in Deutschland hat es dort bisher nur vereinzelt öffentliche Aktionen im Sinne von „child advocacy“ gegeben. In Österreich, einem Land mit Lücken im System der allgemeinen Krankenversicherung und z. T. mäßigen Performance-Indikatoren (s. oben, [47]), versucht seit mehreren Jahren die Plattform „Politische Kindermedizin“

nach dem Muster von „child advocacy“, öffentlich Defizite in der Kindermedizin zu thematisieren, um einen Reformschub zu bewirken. Dies führte z. T. zu massiven Konflikten mit übergeordneten Dienststellen aus Gesundheitsmanagement und Politik.

**Fazit für die Praxis**

**Wenn Kinder ihren gerechteren Anteil am Gesundheitsetat bekommen sollen, wird in Zukunft trotz der Widerstände ihr spezifischer Bedarf öffentlich darzustellen sein. Nur so kann ein fairer, auch von der Zustimmung der Öffentlichkeit getragener Ausgleich stattfinden. Dass im Gegenzug die Öffentlichkeit den effektiven Einsatz ihrer Mittel belegt haben möchte, ist ihr gutes Recht, und dieser Forderung sollte bereitwillig nachgekommen werden. Die Zeit des Paternalismus und der „Geheimratspolitik“ sollte auch in der Medizin endlich der Vergangenheit angehören. Von Transparenz würden sicher die Kinder, aber auch die Finanzierenden profitieren.**

**Korrespondenzadresse**

**Prof. Dr. F. Waldhauser**  
 Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde,  
 Medizinische Universität Wien  
 Amerlingstraße 4/20, A-1060 Wien  
 f.waldhauser@aon.at

**Interessenkonflikt** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Literatur**

1. **Advocacy Committee of RCPCH (2008)** Advocating for children January 2008. Royal College of Paediatrics and Child Health, London, www.rcpch.ac.uk/doc.aspx?id\_Resource=3229
3. **Ali2000Lancet3551851Ali MM, Shah IH (2000)** Sanctions and childhood mortality in Iraq. Lancet 355:1851–1857
4. **Aynsley-Green2004Curr Opin Pediatr14237Aynsley-Green A (2004)** Is all well with children and childhood and the health-related services provided from them in contemporary society? Exploiting the opportunities for children. Curr Opin Pediatr 14:237–245
6. **Berman1998Pediatrics102632Berman S (1998)** Training pediatricians to become child advocates. Pediatrics 102:632–636
7. **Bertram H, Kohl S (2010)** Zur Lage der Kinder in Deutschland 2010: Kinder stärken für eine ungewisse Zukunft. Deutsches Komitee für UNICEF, Köln, www.unicef.de/fileadmin/content\_media/presse/Bertram2010/Info\_Bertram\_09web.pdf

8. **Björnberg A, Garroffe BC, Lindblad S (2009)** Euro health consumer index 2009. Health Consumer Powerhouse, Brüssel, www.healthpowerhouse.com/files/Report%20EHC%202009%20091005%20final%20with%20cover.pdf
9. **Black2003Lancet3612226Black RE, Morris SS, Bryce J (2003)** Where and why are 10 million children dying every year? Lancet 361:2226–2234
10. **Bryce2005Lancet3652193Bryce J, Black RE, Walker N et al (2005)** Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? Lancet 365:2193–2200
16. **Hofmayer2006Health Systems Transition81Hofmayer MM, Rack HM (2006)** Austria: health systems review. Health Systems Transition 8:1–247, www.euro.who.int/Document/E89021.pdf
19. **Jürgenssen O, Kirchner S, Kurz R et al (2003)** Forderungen zur Therapie der Österreichischen Kindermedizin. In: Waldhauser F, Jürgenssen O, Püspök R et al (Hrsg) Weggelegt – Kinder ohne Medizin? Czernin, Wien, S 261–273
21. **Kerbl R, Thun-Hohenstein L, Damm L (2010)** Kind und Recht: 3. Jahrestagung Politische Kindermedizin 2009. Springer, Berlin Heidelberg New York
27. **National Research Council (2003)** Childhood cancer survivorship: improving care and quality of life, 1st edn. National Academic Press, Washington
29. **Palfrey J (2004)** Child advocacy. In: Risko W, Chi G, Palfrey J (eds) Community pediatrics curriculum. Children's Hospital, Boston, pp 50–71, www.aap.org/commpeds/CPTI/CurriculumBod2005.pdf
30. **Püspök R (2010)** Das Recht der Kinder auf Therapie. In: Kerbl R, Damm L, Thun-Hohenstein L (Hrsg) Kind und Recht. Springer, Berlin Heidelberg New York
31. **Rezet2005Pediatrics1151172Rezet B, Risko W, Blaschke GS (2005)** Competency in community pediatrics: consensus statement of the Dyson Initiative Curriculum Committee. Pediatrics 115:1172–1183
36. **Waldhauser F (2008)** Politische Kindermedizin – Ein Wissenschaftszweig mit politischen Implikationen? In: Kerbl R, Thun-Hohenstein L, Vavrik K et al (Hrsg) Kindermedizin – Werte versus Ökonomie. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 47–61
37. **Waldhauser F, Jürgenssen O, Püspök R et al (2003)** Weggelegt – Kinder ohne Medizin? Czernin, Wien
38. **Waldhoer2006Wien Klin Wochenschr118341Waldhoer T, Haidinger G, Wald M et al (2006)** Non-random geographical distribution of infant mortality in Austria 1984–2002. Wien Klin Wochenschr 118:341–347

**Das vollständige Literaturverzeichnis ...**

... finden Sie in der html-Version dieses Beitrags im Online-Archiv auf der Zeitschriftenhomepage [www.Monatsschriftkinderheilkunde.de](http://www.Monatsschriftkinderheilkunde.de)

**Publikationsangaben in Förderanträgen – Qualität statt Quantität**

Ab dem 1. Juli 2010 gelten neue Regelungen für Publikationsangaben in Förderanträgen und Abschlussberichten. Diese stellte die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) nun vor.

Wissenschaftler dürfen dann in ihren Anträgen und Berichten an die DFG statt beliebig vieler nur noch wenige, besonders aussagekräftige Publikationen als Referenz nennen. So soll die immer größere Bedeutung von Publikationsverzeichnissen und numerischen Indikatoren verringert werden und die eigentliche Beschreibung des Forschungsprojekts mehr Gewicht erhalten.

Zwei zentrale Stellen in Förderanträgen und Abschlussberichten sind betroffen: die Literaturangaben zum wissenschaftlichen Lebenslauf sowie die Literaturangaben mit direktem Bezug zum beantragten oder bearbeiteten Forschungsprojekt.

Beim wissenschaftlichen Lebenslauf dürfen künftig insgesamt maximal fünf Veröffentlichungen angeführt werden, bei projektbezogenen Publikationen pro Jahr der Förderperiode nur zwei. In allen Fällen sollen nur Publikationen genannt werden, die bereits veröffentlicht sind oder deren Veröffentlichung unmittelbar und nachweisbar bevorsteht.

Im Gegenzug dazu soll die Schilderung dessen, was Antragsteller erreichen wollen und hierzu bereits an eigenen Arbeiten geleistet haben, größer werden und als Hauptteil zur Grundlage für die Begutachtung und Bewertung des Forschungsprojekts werden.

*Quelle: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), www.dfg.de*