



VOLKSANWALTSCHAFT

# Das chronisch kranke Kind im Schulsystem

Dr. Peter Fichtenbauer

Schriftenreihe der Volksanwaltschaft - Band III

# Das chronisch kranke Kind im Schulsystem

Veranstaltung Palais Epstein, 2015

# Inhalt

Vorwort und Einleitung .....	5
Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Kerbl Gleiche Rechte für chronisch kranke Kinder. Medizinische Aspekte. ....	11
Dr. Lilly Damm Kinder mit chronischen Erkrankungen in der Schule .....	31
Gabriele Hintermayer, MSc Pflegerische Pädagogen/Pädagoginnen – Möglichkeiten und pflegerische Grenzen .....	49
Volksanwalt Dr. Günther Kräuter Bildung und Kinderrechte .....	55
BMG SC Hon.-Prof. Dr. Gerhard Aigner Chronisch kranke Schüler im Schulsystem .....	61



## Vorwort und Einleitung

Am 28. Mai 2015 fand die Veranstaltung „Das chronisch kranke Kind im Schulsystem“ in den Räumlichkeiten des österreichischen Parlaments (Palais Epstein) statt. Ziel der Veranstaltung war einerseits die Diskussion medizinischer und rechtlicher Aspekte zur Findung von Lösungsansätzen für alle Betroffenen, andererseits die Bewusstseinsbildung und Information an die Lehrkräfte über die bei der Veranstaltung anwesenden Multiplikatoren (darunter insbesondere Führungskräfte aus den Schulverwaltungen und Personalvertretungen).

Vortragende waren Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold KERBL, Vizepräsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, Dr. Lilly DAMM, Child Public Health-Expertin an der Medizinischen Universität Wien, Gabriele HINTERMAYER, MSc., Geschäftsführerin der Mobilien Kinderkrankenpflege, Sektionschef Hon.-Prof. Dr. Gerhard AIGNER, Leiter der Sektion II im BMG und Volksanwalt Dr. Günther KRÄUTER. Die Moderation lag in den Händen des ORF-Journalisten Prof. Dr. Peter RESETARITS.

Die Vortragenden haben sich freundlicherweise dazu bereiterklärt, uns ihre Ausführungen ohne gesonderte Vergütung in schriftlicher Form zur Verfügung zu stellen. Dafür – wie überhaupt für ihr gesamtes Engagement, welches das Gelingen der Veranstaltung erst möglich gemacht hat – gebührt ihnen besonderer Dank.

Wir freuen uns, nunmehr alle Beiträge einem interessierten Publikum vorstellen zu können. Die Reihenfolge entspricht dem Ablauf der Veranstaltung. Die ersten drei Beiträge behandeln schwerpunktmäßig medizinische und pflegerische Aspekte, die letzten beiden erörtern juristische Implikationen der gegenständlichen Problematik.

Prof. KERBL gelingt es in seinen Ausführungen („Gleiche Rechte für chronisch kranke Kinder. Medizinische Aspekte“, S. 11), die in der Praxis am häufigsten auftretenden chronischen Krankheiten in einer Sprache zu beschreiben, die auch dem Laien ohne weiteres verständlich ist. Kurz und eingängig erläutert er jeweils das Krankheitsbild und die erforderlichen Hilfsmaßnahmen,

wobei sowohl die Perspektive des Kindes als auch die seiner Umgebung berücksichtigt wird. Ohne die mögliche fachliche Komplexität bestimmter Konstellationen zu verschweigen, nimmt der Beitrag die Scheu vor der Befassung mit medizinisch relevanten Sachverhalten und ermutigt insbesondere Pädagogen dazu, hinzuschauen und die einem medizinischen Laien zumutbare Hilfe zu leisten. Gleichzeitig werden Probleme nicht verschwiegen, vom Informationsdefizit bzw. falschem „Sicherheitsdenken“ von Lehrern bis hin zu rechtlichen Unwägbarkeiten.

In eine ähnliche Richtung gehen die Darlegungen von Dr. DAMM („Kinder mit chronischen Erkrankungen in der Schule – Darstellung der Child Public Health Perspektive“, S. 31). Eine besondere Stärke ihres Beitrages besteht darin, aufzuzeigen, mit welchen einfachen Maßnahmen man den betroffenen Kindern den Schulalltag wesentlich erleichtern kann, z.B.: verlässliche Weitergabe von wesentlichen Informationen; Ermöglichung von ausreichenden Pausen, damit Diabetiker ihren Blutzuckerspiegel messen können; Rücksichtnahme bei Schulveranstaltungen oder Änderungen des Stundenplans; Kompensation von Fehlstunden durch strukturierte Weitergabe des versäumten Unterrichtsstoffes usw. Dabei zeigt sich, dass eine substantielle Unterstützung chronisch kranker Kinder oft gar keine Setzung medizinischer Maßnahmen durch Lehrer erfordert, sondern nur darin besteht, es den Betroffenen ohne disziplinäre Rügen oder sonstige organisatorische Hürden zu ermöglichen, ihre Krankheit (erforderlichenfalls auch während des Unterrichts) selbst zu managen. Zu Recht verweist auch Dr. DAMM darauf, dass auf juristisch-abstrakter Ebene klar scheinende Abgrenzungen auch für Laien zulässiger medizinischer Hilfe in der Alltagspraxis durchaus Schwierigkeiten bereiten können.

Der Beitrag von Frau HINTERMAYER (Pflegerische Pädagogen/Pädagoginnen – Möglichkeiten und pflegerische Grenzen“, S. 49) verweist insbesondere darauf, dass der Anspruch auf bestmögliche Bildung chronisch kranker Kinder die Pflege vom privaten Lebensbereich zuhause notwendigerweise auf die Schule verlagert. Damit stellt sich die Frage, wer die von ihr übersichtlich kategorisierten Pflegetätigkeiten übernehmen soll, wobei die Autorin zurecht darauf hinweist, dass bei bestimmten anspruchsvollen

pflegerischen Tätigkeiten Pädagogen ebenso an unüberwindliche Grenzen stoßen können wie im medizinischen Bereich. Mit guten Gründen plädiert sie daher für die Etablierung von „Schoolnurses“ und zeigt auf, dass bedauerlicherweise Bedarf und Angebot in ganz Österreich auseinanderklaffen. Auch die unterschiedlichen Regelungen hinsichtlich der Kostenübernahme in den Bundesländern werden zu Recht hinterfragt.

Volksanwalt Dr. KRÄUTER („Bildung und Kinderrechte“, S. 55) legt den völker- und verfassungsrechtlichen Hintergrund der Eingliederung chronisch kranker Kinder in den Schulunterricht dar und erläutert dabei insbesondere die Bedeutung des zentralen Begriffs der „Inklusion“: Demnach haben sich primär nicht Kinder mit chronischen Krankheiten dem Schulsystem anzupassen, sondern umgekehrt: Das Schulsystem hat sich soweit als möglich den Bedürfnissen der Kinder anzupassen. Der von Volksanwalt Dr. KRÄUTER gebrachte internationale Vergleich zeigt, dass Österreich hier einen veritablen Aufholbedarf aufweist.

Sektionschef Dr. AIGNER („Chronisch kranke Schüler im Schulsystem – Der rechtliche Rahmen für Gesundheitsberufe“, S. 61) erläutert die rechtlichen Rahmenbedingungen für medizinische Tätigkeiten durch Laien wie etwa Pädagogen. Dabei wird deutlich, wie unbestimmt der Wortlaut etwa des Ärztegesetzes hinsichtlich der Frage nach der Abgrenzung zwischen den Ärzten vorbehaltenen Tätigkeiten einerseits und auch medizinischen Laien erlaubten Hilfestellungen andererseits ist. So muss der Autor auf Gesetzesmaterialien zurückgreifen, um zu einigermaßen konkreten Abgrenzungen zu kommen. Als gangbaren Weg, um Rechtssicherheit zu erlangen, zeigt er die Möglichkeit der Delegation medizinischer Leistungen an Nichtmediziner gemäß § 50a Ärztegesetz auf, wobei er betont, dass diese Bestimmung ein durchaus weites Spektrum an Leistungen erfasst.

Soweit der kurze Überblick über die in dieser Publikation erhaltenen Beiträge. Aus unserer Sicht lassen sich daraus unschwer einige konkrete Forderungen zur Verbesserung der Situation ableiten. Manche sind bereits in den Beiträgen selbst enthalten und brauchen im folgenden nur wiederholt zu werden. Die Aufzählung beginnt mit basalen, ohne nennenswerten weiteren finanziellen bzw. organisatorischen Aufwand zu bewerkstellenden Veranlassungen und

führt in weiterer Folge zu komplexeren Maßnahmen, welche für das Schulsystem eines Landes von einem wirtschaftlichen und sozialen Entwicklungsgrad wie Österreich gleichwohl ohne weiteres zu schaffen sein müssten.

### **Information an Pädagogen über die medizinischen Fakten und juristischen Problemlagen:**

Pädagogen fehlt oft eine auch für medizinische Laien verständliche Information selbst über die häufigsten Erkrankungen und die damit verbundenen Bedürfnisse. Die in dieser Publikation enthaltenen Beiträge sollen die Hemmschwelle zur Beschäftigung mit gegenständlicher Thematik abbauen helfen. Weitere vertiefende Fortbildungen an den jeweiligen Schulstandorten können alle Beteiligten stärken.

### **Rücksicht auf die Bedürfnisse chronisch kranker Kinder ist Dienstpflicht:**

Wie insbesondere die Ausführungen von Dr. DAMM zeigen, brauchen betroffene Kinder oft gar keine Hilfe von außen. Es müssen durch entsprechende Information an die Lehrer (siehe oben) bloß Rahmenbedingungen geschaffen werden, unter denen die Kinder selbst ihre Krankheit managen können. Hier wäre klarzustellen, dass es zu den Dienstpflichten von Lehrern gehört, entsprechend Rücksicht zu nehmen. Z.B. ein Diabetikerkind zu ermahnen, wenn es im Unterricht zur Vermeidung der Unterzuckerung isst, stellt eine disziplinar relevante Dienstpflichtverletzung dar.

### **Ausbildung und Einsatz speziell geschulter Ansprechpersonen in der Lehrerschaft:**

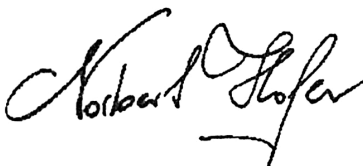
An jeder Schule sollte es Lehrer geben, die sich – mit Unterstützung bzw. unter Aufsicht der Schulärzte – freiwillig einer Art erweiterten Ersthelferausbildung unterzogen haben. Im Rahmen einer solchen Ausbildung wären Kenntnisse zu vermitteln, welche es den Teilnehmern ermöglichen, gemäß § 50a Ärztegesetz delegierte ärztliche Tätigkeiten entsprechend fachkundig dort zu übernehmen, wo sich die betroffenen Kinder selbst nicht helfen können. Die Bereitschaft, als solche Ansprechperson zu fungieren, sollte durch eine



gesetzlich explizit diesem Zweck gewidmete Gehaltszulage (in jedenfalls dreistelliger Höhe brutto monatlich) vergütet werden. Damit wäre auch klargestellt, dass eine solche Tätigkeit im Rahmen erweiterter Dienstpflichten als Lehrer angesiedelt ist und damit insbesondere dem Amtshaftungsgesetz unterliegt. Dieses Modell könnte an Schulstandorten mit relativ geringem Bedarf an (relativ einfachen) medizinischen Hilfeleistungen Anwendung finden.

### **Etablierung eines „School-Nurse-Systems“ (Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit pädiatrischen Know How in den Schulen):**

Das soeben vorgeschlagene Modell speziell geschulter Ansprechpersonen in der Lehrerschaft stößt, wie schon angedeutet, freilich an quantitative ebenso wie an qualitative Grenzen. Tätigkeiten in diesem Rahmen sollen keinesfalls dazu führen, dass ein allzu großer oder gar überwiegender Teil der Lehrerdienstzeit für medizinische Hilfestellungen verbraucht wird. Wo der Bedarf an medizinischer Hilfe am jeweiligen Schulstandort so groß bzw. so komplex wäre, dass eine Überforderung der Ansprechpersonen eintreten würde, müsste man solche Tätigkeiten in professionelle Hände legen. Eine gangbare Lösung stellt dabei das von Volksanwalt Dr. KRÄUTER und Frau HINTERMAYER favorisierte „School-Nurse-System“ dar. Je nach Bedarf würde es sich dabei um fix einer bestimmten Schule zugeteilte oder mehrere Schulen zugleich betreuende Pflegekräfte handeln, welche ihre pflegerische Tätigkeit in Zusammenarbeit mit den Schulärzten, die für den ärztlichen Teil verantwortlich sind, verrichten. Um das Prinzip der Schulgeldfreiheit zu wahren, müssten diese unmittelbar mit dem Schulbesuch verbundenen Hilfestellungen für die Eltern kostenfrei sein.



Ing. Norbert HOFER

3. Präsident des Nationalrates



Bgdr. Dr. Peter FICHTENBAUER

Volksanwalt



Reinhold Kerbl

## **Gleiche Rechte für chronisch kranke Kinder.**

### **Medizinische Aspekte.**

#### **Einleitung**

---

In Österreich sind etwa 190.000 Schulkinder von chronischen Erkrankungen betroffen. Schweregrad und damit Betreuungsaufwand weisen jedoch im Einzelfall eine große Bandbreite auf. Während bei vielen Schulkindern deren Erkrankung in der Schule nicht „auffällt“ bzw. oft gar nicht bekannt ist, besteht bei anderen ein ständiger Betreuungsaufwand (Bsp. Diabetes) oder auch die Notwendigkeit zu akuter Intervention (Bsp. Epilepsie). Folgende Faktoren spielen für den Betreuungsaufwand eine entscheidende Rolle:

- Art und Schwere der Erkrankung
- Alter der Patientin / des Patienten
- Art der Überwachung und ggf. Therapiemaßnahmen
- Ausmaß der Selbstversorgung durch die Patientin / den Patienten
- Potenzielle akute Bedrohungen im Rahmen der Erkrankung
- Kommunikationsqualität und –intensität (u.a. mit Ärztinnen und Ärzten)
- Soziale Situation

In diesem Beitrag werden einige typische Beispiele aus verschiedenen Erkrankungsgruppen dargestellt, deren (mögliche) Problematik beleuchtet und mögliche Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt.

## Allergische Erkrankungen

---

### Fallvignette

Hannah ist 8 Jahre alt. Vor einem Jahr wurde sie nach einem Bienenstich mit einer schweren allergischen / anaphylaktischen Reaktion ins Krankenhaus eingeliefert. Nach der Entlassung wurde ihr ein Notfallset mitgegeben, das sie immer mitführen soll. Die Eltern haben damals mit der Klassenlehrerin darüber gesprochen. In der jetzigen Klasse sind aber keine Details bekannt.

### Medizinischer Aspekt

Allergische Erkrankungen können von vielen verschiedenen Substanzen ausgelöst werden. Sie verlaufen sowohl bzgl. Schwere als auch Art der Präsentation sehr unterschiedlich (von „harmlosem“ Hautausschlag bis zum anaphylaktischen Schock). Dementsprechend sind auch die notwendigen Maßnahmen sehr unterschiedlich, sie müssen situationsangepasst erfolgen.

### Lösungsansätze

Entscheidend sind die Kenntnis über das Bestehen einer allergischen Disposition und die (potenziell) auslösenden Stoffe, die Einhaltung einer Allergenkarenz, die frühzeitige Erkennung von Symptomen und die adäquate Intervention. Im Einzelfall kann die Verabreichung von Adrenalin lebensrettend sein. Patient(in) und Betreuungspersonen müssen ausreichend über Details der Allergieneigung informiert sein, und – wenn Adrenalin verschrieben wurde – muss das Medikament immer mitgeführt werden. Die Verabreichung des Medikaments kann nach Einschulung auch durch Laien erfolgen.



Abb. 1

Röntgenbild eines Patienten mit Asthma bronchiale. In beiden Lungen zeigt sich eine „Streifenzeichnung“ als Hinweis auf eine chronische Erkrankung der Bronchien.

## Asthma bronchiale

---

### Fallvignette

Tobias ist 10 Jahre alt. Er leidet – wie sein Vater – seit früher Kindheit an Asthma. Einige Male war er wegen schwerer Anfälle schon im Spital. Derzeit ist er mit einer Inhalationstherapie (die er selbst verabreicht) ganz gut „eingestellt“, er kann auch am Turnunterricht uneingeschränkt teilnehmen. Durch virale Infekte, Pollen, eventuell aber auch in Stresssituationen kann ein weiterer Asthmaanfall auftreten.

### Medizinischer Aspekt

„Asthma bronchiale“ ist eine chronische Erkrankung der Bronchien, diese neigen zu Hyperreaktivität mit Spasmus und Schleimhautschwellung.

Die Erkrankung kann sehr unterschiedliche Verläufe nehmen (von Spontanheilung bis zu lebenslanger Atemwegsproblematik). Oft ist die Erkrankung gut „stabilisiert“. Andererseits können „Asthmaanfälle“ mit akuter Luftnot durch körperliche Belastung, Kälte, Stress etc. ausgelöst werden. Derartige Anfälle sind grundsätzlich immer möglich und erfordern dann eine rasche Intervention.

### **Lösungsansätze**

Wie bei anderen Erkrankungen mit der Möglichkeit einer „Dekompensation“ ist es entscheidend, dass alle Betreuungspersonen darüber Bescheid wissen. Therapeutisch ist es wichtig, auf den Patienten beruhigend einzuwirken, medikamentös wird meist mit bronchierweiternden Sprays (müssen immer mitgeführt werden) das Auslangen gefunden. Bei schwereren Verläufen kann Sauerstoffgabe und Klinikeinweisung erforderlich werden.

## **ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom)**

---

### **Fallvignette**

Kevin ist 9 Jahre alt. Die Lehrerin beklagt sich immer wieder, dass er oft „nicht bei der Sache“ ist, mit seinen Schulleistungen ist sie ebenso unzufrieden wie seine Eltern. Vor einem Jahr wurde von einem Kinderarzt „ADHS“ diagnostiziert und eine Therapie mit Ritalin® eingeleitet. Seither geht es in der Schule besser, Probleme gibt es aber immer wieder mit anderen SchülerInnen.

### **Medizinischer Aspekt**

Bei „ADHS“ handelt es sich um eine Kombination körperlicher Hyperaktivität mit geistiger Unaufmerksamkeit („Zappelphilipp-Syndrom“). Konflikte in der Schule und nicht zufriedenstellender Schulerfolg sind häufig. Manchmal wird allerdings die Diagnose vorschnell und „zu großzügig“ gestellt – nicht

jedes „lebhaftes“ Kind leidet an ADHS. Wichtig ist daher in jedem Einzelfall die sorgfältige Diagnostik unter Einbeziehung aller relevanten Personen (Kind, Eltern, Pädagoge/Pädagogin, Arzt/Ärztin, Psychologe/Psychologin). ADHS kann sich im zeitlichen Verlauf bessern, aber auch verschlechtern und ins Erwachsenenalter perpetuieren. Es zeigt sich eine Koinzidenz zu anderen Erkrankungen (z.B. Schlafstörungen).

### **Lösungsansätze**

Entscheidend sind neben adäquater Diagnostik das Verständnis der Umgebung sowie die patientenangepasste Therapie (Verhaltenstherapie ggf. kombiniert mit medikamentöser Therapie). Wenn eine medikamentöse Therapie verordnet wurde und sich diese als wirksam erweist, sollte sie konsequent verabreicht werden.

## **Diabetes mellitus**

---

### **Fallvignette**

Lydia ist 14 Jahre alt. Im Alter von 11 Jahren wurde bei ihr Diabetes mellitus I diagnostiziert. Lydia ist mit ihrer Erkrankung zunächst sehr sorgsam und eigenverantwortlich umgegangen, seit einigen Monaten fallen den LehrerInnen aber schlechtere Schulleistungen auf. Die SchulkollegInnen haben auch bemerkt, dass Lydia kaum mehr Blutzuckerkontrollen durchführt. Auf Befragen sagt Lydia, dass sie jetzt nur mehr selten kontrollieren muss.

### **Medizinischer Aspekt**

Kinder und Jugendliche erkranken bevorzugt an Diabetes Typ I. Es handelt sich dabei um eine Autoimmunerkrankung mit mangelnder Insulinproduktion. Diabetes mellitus Typ II ist bei Kindern und Jugendlichen selten, Typ II geht mit Insulinüberproduktion und Insulinresistenz einher und betrifft fast ausnahmslos stark übergewichtige Kinder und Jugendliche.

Bei Diabetes handelt es sich um eine in den letzten Jahrzehnten unter

Kindern und Jugendlichen zunehmende Erkrankung. Die Therapie bei Diabetes mellitus I besteht aus einer Kombination von speziell angepasster Diät („Broteinheiten“) und Insulingaben. Diese können entweder durch mehrfaches tägliches Spritzen erfolgen oder durch kontinuierliche Verabreichung per Pumpe. Im Jugendalter kommt es oft zu schlechter Mitarbeit (Compliance) der PatientInnen, sowohl zu hohe (Hyperglykämie) als auch zu niedrige Zuckerwerte (Hypoglykämie) können dann auftreten.



Abb. 2

11-jährige Patientin mit Insulinpumpe. Die Pumpe wird an einem Gürtel getragen oder an der Hose befestigt und appliziert kontinuierlich Insulin über eine im Unterhautfettgewebe fixierte Nadel. Die Dosierung wird je nach Tageszeit und körperlicher Betätigung angepasst.

## Lösungsansätze

Pädagogisches Personal kann in mehrfacher Hinsicht wertvolle Beiträge erbringen, sowohl bei der Krankheitserkennung (Müdigkeit, Gewichtsverlust,



vermehrtes Trinken, häufiger Toilettenbesuch etc.) als auch bei der Betreuung im Krankheitsverlauf (Unterstützung bei Blutzuckermessungen, Diäteeinhaltung, ggf. Hilfe bei der Berechnung und Verabreichung von Insulin, psychische Unterstützung in der Klasse). Sowohl bei hohem Blutzucker (Hyperglykämie) als auch bei „Unterzuckerung“ (Hypoglykämie) sind das rechtzeitige Erkennen einer derartigen Symptomatik und entsprechende Intervention entscheidend.

## Epilepsie / Anfallsleiden

---

### Fallvignette

Robin ist 13 Jahre alt. Im Alter von 11 Jahren hatte er einen ersten Krampfanfall. Nach weiteren 2 Anfällen wurde ihm im Alter von 12 Jahren eine medikamentöse Therapie verordnet – trotzdem hatte Robin vor einem halben Jahr einen weiteren Anfall. Die Eltern haben die Schulärztin und den Klassenvorstand informiert. Nun steht ein Wandertag bevor, dort soll auch ein kurzes Stück eines Klettersteiges bewältigt werden. Robin soll „sicherheitshalber“ nicht teilnehmen.

### Medizinischer Aspekt

Es existieren sehr verschiedene Formen von „Epilepsie“. Diese haben unterschiedliche Altersgipfel, unterschiedliche klinische Präsentation, und erfordern unterschiedliche Therapiemaßnahmen. Epileptische Anfälle imponieren meist als „bedrohlich“, gehen aber nur selten mit schweren Komplikationen einher.

### Lösungsansätze

Entscheidend ist das Wissen aller Betreuungspersonen um das Vorliegen und die Art einer solchen Erkrankung, das Vermeiden möglicher „Triggerfaktoren“ (z.B. Flackerlicht und Schlafmangel), das Einhalten möglicher Schutzmaßnahmen (z.B. beim Schwimmsport, Turnunterricht, Klettern), im Anfallsfall die ruhige und situationsangepasste Intervention.

Für den „Notfall“ gibt es einfach zu verabreichende Medikamente, die auch von Laien in die Mundschleimhaut (bevorzugt) oder rektal gegeben werden können. Weiters muss dafür gesorgt werden, dass keine Atembehinderung auftritt (stabile Seitenlagerung, KEIN Mundkeil!).

## Hämophilie (Bluterkrankheit)

---

### Fallvignette

Sebastian ist 11 Jahre alt. Im frühen Kindesalter wurde bei ihm eine schwere Bluterkrankheit (Hämophilie) diagnostiziert. Er muss daher u.a. Kontaktsportarten vermeiden, trotzdem können Bagateltraumata zu schweren Blutungen führen, die dann eine spezielle Behandlung mit einem Gerinnungskonzentrat erfordern. Die Mitschüler sind über die Erkrankung informiert und gehen sehr „sorgsam“ mit Sebastian um.



Abb. 3

Bei Patienten mit Hämophilie können auch Bagateltraumata zu Blutungen führen. Kontaktsportarten sollten daher vermieden werden.

## **Medizinischer Aspekt**

„Hämophilie“ tritt in verschiedenen Formen und sehr verschiedenen Schweregraden auf. Sie betrifft v.a. Buben. Generell besteht eine erhöhte Blutungsneigung, die v.a. bei Verletzungen und Operationen relevant wird. Es tritt dann eine mitunter stark verzögerte Blutstillung ein, die zu massiven Blutverlusten führen kann. Unbedingt vermieden werden müssen wiederholte Gelenkblutungen, da diese zu frühzeitiger Invalidität führen können.

## **Lösungsansätze**

An schwerer Hämophilie Erkrankte sollen einen „Notfallausweis“ mit sich führen. Alle Betreuungspersonen sollen über die Erkrankung Bescheid wissen, um sich am Krankheitsmanagement beteiligen zu können. Hämophile sollten Kontaktsportarten meiden, bei trotzdem auftretender Blutung ist in schweren Fällen ein Ersatz von Gerinnungsfaktoren erforderlich – dieser erfolgt meist an einer Klinik.

Ähnliche Vorsichtsmaßnahmen gelten für Kinder und Jugendliche, die unter gerinnungshemmender Therapie (z.B. Marcumar®, Sintrom®) stehen.

# **Angeborene und erworbene Herzerkrankungen**

---

## **Fallvignette**

Samira ist 11 Jahre alt. Sie hat eine lange Narbe über dem Brustbein. Sie erzählt, dass sie schon in den ersten Lebenstagen wegen eines schweren Herzfehlers („Transposition“) operiert wurde. Samira erzählt, dass sie seither „völlig gesund“ und auch uneingeschränkt belastbar ist. Die Sportlehrerin möchte „sicherheitshalber“ aber ein aktuelles Attest eines pädiatrischen Kardiologen.

## **Medizinischer Aspekt**

Angeborene Herzerkrankungen werden häufig im frühen Kindesalter opera-

tiv korrigiert und haben dann meist eine gute Prognose. In Abhängigkeit vom ursprünglichen Herzfehler sind die Kinder allerdings unterschiedlich belastbar, dies muss u.a. im Sportunterricht bedacht werden.

Erworbene Herzerkrankungen sind häufig Folge einer Infektion (Endokarditis, Myokarditis). Es gibt sehr unterschiedliche Verläufe und Schweregrade. In Abhängigkeit von Verlauf und Schweregrad ist die körperliche Belastung anzupassen.

### **Lösungsansätze**

Wie oben angegeben, müssen körperliche und insbesondere sportliche Belastung individuell angepasst werden. Zu diesem Zweck ist das Attest eines Kinderkardiologen hilfreich. Viele vorbestehende „Herzfehler“ haben keinerlei Einschränkung zur Folge, andere (insbesondere Kardiomyopathien) bedingen sehr wohl ein erhöhtes Belastungsrisiko, mitunter auch das plötzliche Auftreten von Herzrhythmusstörungen. Wenn Patienten unter medikamentöser Therapie stehen, muss diese konsequent eingenommen werden.

Bei bestimmten Erkrankungen muss im Fall von Fieber und operativen Eingriffen auch eine antibiotische Therapie erfolgen („Endocarditisprophylaxe“).

## **Krebserkrankungen, Blutkrankheiten und Immunschwäche**

---

### **Fallvignette**

Niki ist 16 Jahre alt. Er ist an „Lymphdrüsenkrebs“ erkrankt und steht seit einigen Wochen unter Chemotherapie. Diese hat neben Übelkeit, Erbrechen, Haarausfall und anderen Nebenwirkungen zu ausgeprägten Blutbildveränderungen geführt. Demnächst ist zusätzlich noch eine Strahlentherapie vorgesehen. Bisher hat Niki die Therapie ganz gut „weggesteckt“. Er hat jetzt den großen Wunsch, trotz chemotherapiebedingter Immunschwäche „normal“ in die Schule zu gehen.



Abb. 4

Kinder und Jugendliche unter onkologischer und immunsuppressiver Therapie haben neben anderen Nebenwirkungen auch eine herabgesetzte Immunabwehr und sind daher für Infektionen vermehrt gefährdet.

### **Medizinischer Aspekt**

Derartige Erkrankungen sind zwar selten, erfordern aber einen speziellen Schutz der Betroffenen. PatientInnen unter bzw. kurz nach Chemotherapie haben ebenso wie Kinder mit angeborener Immunschwäche oder sonstiger immunsuppressiver Therapie ein erhöhtes Risiko für Infektionen und müssen daher vor diesen geschützt werden. Dies geschieht z.B. bei bakteriellen Erregern durch antibiotische Therapie bzw. Prophylaxe, gegenüber viralen Erregern v.a. durch Vermeidung der Exposition (Bsp. Schafblattern / Varicellen). Fieber ist bei diesen Patienten immer ein „Alarmzeichen“ und sollte umgehend zu einer ärztlichen Abklärung führen.

## Lösungsansätze

Kinder und Jugendliche unter intensiver Chemotherapie können zumeist dem Regelunterricht in ihrer Stammschule nicht folgen. Soweit es ihr Zustand erlaubt, können sie aber im Krankenhaus an der Heilstättenschule unterrichtet werden. Bei guter Kommunikation zwischen Stammschule und Heilstättenschule gelingt es durchaus auch, Schularbeiten und Tests im Krankenhaus zu absolvieren und so auch das Schuljahr abzuschließen.

Nach Abschluss der intensiven Chemo- bzw. immunsuppressiven Therapie können die Patienten wieder routinemäßig am Unterricht teilnehmen. Allerdings sind sie in dieser Phase noch vermehrt infektionsgefährdet, weshalb der Kontakt mit ansteckenden Erkrankungen in den ersten Monaten nach Therapie vermieden werden muss.

Darüber hinaus können ehemalige onkologische Patienten neben krankheitsbedingten Defiziten (z.B. neurologische Defizite nach Hirntumor, orthopädische Probleme) auch unter therapiebedingten Spätfolgen (z.B. hormonelle Defizite, Wachstumsstörung) leiden. Die Betreuungspersonen sollten über diese Bescheid wissen.



Abb. 5

Neurodermitis und andere chronische Hauterkrankungen werden oftmals als „unschön“ empfunden und können zu einer Stigmatisierung der Betroffenen führen. Vielfach besteht auch die (unbegründete) Angst vor Ansteckung.

# Neurodermitis und andere chronische Hauterkrankungen

---

## Fallvignette

Katharina ist 11 Jahre alt. Sie leidet an Neurodermitis, bei Krankheitsschüben hat sie starken Juckreiz und muss sich dann häufig kratzen. Ihr Arzt und ihre Mutter haben gesagt, dass sie die Haut stets „fett halten“ muss. Katharina schämt sich aber, wenn ihre Haut durch das Einschmieren so glänzt. Die MitschülerInnen begegnen Katharina mit Vorsicht, um sich nicht „anzustecken“.

## Medizinischer Aspekt

Neurodermitis geht meist mit chronischem Juckreiz einher. Die Erkrankung verläuft oft in Schüben, Phasen relativer Remission können – oft rasch – mit akuten Exazerbationen abwechseln. In Phasen der Verschlechterung kann es auch zu „offenen Stellen“ kommen, dies bedingt dann auch eine erhöhte Infektionsgefahr.

Bei Neurodermitis und anderen chronischen „unschönen“ Hautveränderungen (Bsp. Psoriasis = Schuppenflechte) besteht in der Schule die Angst vor Ansteckung, obwohl diese Gefahr nicht besteht.

Insbesondere Neurodermitis kann mit Begleitproblemen einhergehen. Neben juckreizbedingten Schlafstörungen und konsekutiv möglichen Konzentrationsproblemen tagsüber können insbesondere auch psychische Belastungen auftreten, wenn sich Kinder durch ihr äußeres Erscheinungsbild als „minderwertig“ empfinden und (z.B.) beim Turnunterricht versuchen, ihre Erkrankung zu verstecken.

## Lösungsansätze

Entscheidend ist die Aufklärung der Umgebung über Ursache und fehlende Infektiosität, konsequente Hautpflege (z.B. nach dem Duschen), bei akutem Schub die adäquate Intervention.

## Zystische Fibrose (CF, Mukoviszidose)

---

### Fallvignette

Tobias ist 17 Jahre alt. Alle wissen, dass er eine schwere Lungenerkrankung hat, die tatsächliche Diagnose kennen nur wenige. Tobias muss mehrmals täglich Inhalationstherapien durchführen, ist aber trotzdem immer kurzatmig und hat auch oft blaue Lippen. Zudem ist Tobias stark untergewichtig und fehlt oft in der Schule. Vom Sportunterricht ist Tobias seit einigen Jahren völlig befreit, alles andere versucht er mitzumachen. Seine Mitschüler bemühen sich, Tobias – wo immer möglich – zu unterstützen.

### Medizinischer Aspekt

Diese schwere und fortschreitend verlaufende Erkrankung u.a. der Lunge geht einher mit Einschränkung der Atemfunktion aufgrund zähen Bronchialsekrets. Kinder mit dieser Erkrankung müssen konsequent die ihnen empfohlenen Therapiemaßnahmen einhalten, können aber trotzdem immer wieder akute Verschlechterungen erfahren. Diese äußern sich v.a. durch vermehrtes Husten und Atemnot und machen oft eine Klinikeinweisung erforderlich.

Im fortgeschrittenen Stadium kommt es neben Atemnot auch zu Sauerstoffmangelzuständen, die eine Sauerstofftherapie erfordern. Auch wenn sich die Prognose der Erkrankung in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert hat und die mittlere Lebenserwartung bei entsprechender Therapie bereits ca. 40 Jahre beträgt, ist die Erkrankung letztlich noch immer unheilbar.

### Lösungsansätze

Kinder und Jugendliche mit Zystischer Fibrose sollen soweit in den Alltag (auch Sportunterricht) eingebunden werden, wie es ihr jeweiliger Zustand erlaubt. Die (bei Kindern mit CF meist umfangreichen) Therapiemaßnahmen (Inhalationen, Atemgymnastik, Kochsalzzulage, Medikamenteneinnahme etc.) sollen auch in der Schule ermöglicht werden.



Da akute Verschlechterungen (v.a. durch Atemwegsinfektionen) jederzeit möglich sind, ist eine sehr sorgsame Beobachtung dieser Patienten erforderlich. Insbesondere sollte auf vermehrtes Husten, Zeichen der akuten Atemnot und Zeichen von Sauerstoffmangel geachtet werden. In diesen Fällen sollte dann rasch ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden.



Abb. 6

„Ritzen“ als Ausdruck von Autoaggression kommt bei Jugendlichen relativ häufig vor und ist meist kein unmittelbarer Ausdruck von Suizidalität.

## Psychosomatische, somatoforme und psychiatrische Erkrankungen

---

### Fallvignette

Cindy ist 16 Jahre alt. Sie hat im letzten Jahr stark abgenommen, in der Schule sprechen alle von einer „Essstörung“. Cindy selbst sagt, dass es ihr

gut geht, auch ihre Schulerfolge sind ausgezeichnet. Beim Sportunterricht ist Cindy besonders „aktiv“, die Sportlehrerin macht sich allerdings deswegen Sorgen. Sie bittet die Schulärztin zur Beratung.

### **Medizinischer Aspekt**

Diese Erkrankungsgruppe gewinnt zunehmend an Bedeutung, das Präsentationsbild ist vielfältig. Neben schweren Essstörungen (Anorexie, Bulimie) werden sehr unterschiedliche somatoforme Störungen (wiederkehrende Kopfschmerzen, Bauchschmerzen etc.) beobachtet, die oft nur schwer von somatischen Problemen unterschieden werden können.

Bei sogenannten Konversionen ist auch der Ausfall organischer Funktionen (Sehen, Gehen) möglich.

Psychiatrische Erkrankungen manifestieren sich u.a. als Depressionen, rechtzeitiges Erkennen und Behandeln ist hier entscheidend. Erhöhte (vorgegebene/demonstrative oder tatsächliche) Suizidalität tritt in dieser Erkrankungsgruppe überproportional häufig auf. Weiters treten oft soziale Verhaltensstörungen (u.a. Schulverweigerung, Aggressionen gegen sich selbst und andere) sowie Suchtneigung (Drogen, Internet u.a.) auf.

### **Lösungsansätze**

Da es sich um vielfältige Probleme mit sehr unterschiedlichem Krankheitswert handelt und die Symptome oft erst spät richtig gedeutet werden, sollte für das pädagogische Personal eine Schulung zum Erkennen derartiger Erkrankungen angeboten werden.

Auch im Umgang mit bereits „diagnostizierten“ Patienten sollte das betreuende pädagogische Personal bestimmte Vorkenntnisse haben, um auf diese Weise unterstützend wirken zu können (z.B. bei Anorexie, Krisenintervention, Mobbing).

Bei entsprechender „Schwere“ der Symptomatik (z.B. Äußerung von Suizidalität) sollte jedoch immer ärztliche Hilfe gesucht werden.

# Chronisch kranke Schulkinder – Schwachstellen in der derzeitigen Betreuung und Versorgung

---

## **Wissens-, Informations- und Kommunikationsdefizite**

Wissens-, Informations- und Kommunikationsdefizite können mehrere Ursachen haben. So ist das pädagogische Personal bezüglich chronischer Erkrankungen oft nicht ausreichend „geschult“. Die auf diese Weise bestehenden Wissensdefizite bedingen einerseits Unsicherheit im Umgang mit chronisch kranken Kindern, teilweise ablehnendes Verhalten bezüglich der Versorgung, im Einzelfall aber auch falsches Handeln.

Informationsdefizite können aber auch daraus resultieren, dass Eltern die Lehrerinnen und Lehrer ihrer Kinder nicht oder nur unvollständig über deren Erkrankungen informieren. Derartiges gilt v.a. auch bei Klassen- und Schulwechsel, wenn die notwendigen Informationen oft nicht adäquat weitergegeben wurden.

Schließlich können derartige Defizite auch aus mangelnder Kommunikation zwischen Schulärztin/Schularzt und sonstigen betreuenden ÄrztInnen resultieren, wobei sicher auch der „Zeitfaktor“ (begrenzt verfügbare Zeit pro Schüler/Schülerin) eine Rolle spielt.

## **Mögliche Stigmatisierung**

Kinder mit chronischen Erkrankungen fühlen sich (oft nicht ganz zu Unrecht) stigmatisiert und nicht vollwertig in die Klassengemeinschaft integriert. Ihre Erkrankung bringt in vielen Fällen gewisse Einschränkungen mit sich (Fehlzeiten, nur bedingte Teilnahme an Sportunterricht, Wandertagen, Exkursionen etc., mitunter notwendige „Sonderbetreuung“, Durchführung von Maßnahmen [z.B. Blutzuckerkontrolle] auch während der Schulzeit, Verabreichung von Medikamenten und andere Maßnahmen auch in der Schule etc.). Auch wenn chronisch kranke Schülerinnen und Schüler oft von der Klassengemeinschaft und den LehrerInnen sehr fürsorglich behandelt

werden, haben sie doch durch ihre Erkrankung eine gewisse Sonderstellung, die manchmal zur Außenseiterrolle wird.

### **Fehlende rechtliche Grundlagen**

Lehrerinnen und Lehrer sind grundsätzlich nicht berechtigt, medizinische Maßnahmen zu setzen. Gleichzeitig sind sie allerdings zur Erste-Hilfe-Leistung verpflichtet. Im Einzelfall ist die Grenze zwischen Erste-Hilfe-Maßnahme und medizinischer Maßnahme unscharf (Bsp. Diabetes: Unterstützung bei Berechnung der Insulindosis, Blutzuckermessung und Gabe von Traubenzucker bei kritischer Hypoglykämie/Unterzuckerung). Grundsätzlich sollte es Lehrerinnen und Lehrern oder sonstigem in der Schule anwesenden Fachpersonal nach entsprechender Einschulung zumutbar sein, jene Maßnahmen zu setzen, die auch sonst von Laien (v.a. Eltern) gesetzt werden können. Entsprechende Vorinformation über Art der Erkrankung, mögliche Komplikationen, und ggf. zu setzende Intervention sind dafür allerdings Voraussetzung.

### **„Sicherheitsdenken“**

Mitunter unterbleiben notwendige Maßnahmen aus der Angst, damit möglicherweise einen Schaden zu setzen. Tatsächlich ist die Abwägung möglicher Nutzen vs. möglicher Schaden oft – insbesondere in einer Akutsituation – nicht leicht zu treffen. Es ist daher wichtig, mögliche Szenarien vorab mit medizinischem Fachpersonal durchzugehen und gegebenenfalls zu „üben“.

Das „Sicherheitsdenken“ hat häufig auch Einfluss auf die Inklusion chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in Aktivitäten, die „potenziell gefährlich“ sein könnten. Dies betrifft v.a. den Sportunterricht, aber auch Wandertage und Exkursionen. SchülerInnen mit bestimmten Erkrankungen werden nicht selten von derartigen Aktivitäten ausgeschlossen, um „kein Risiko einzugehen“.

### **Eingeschränkte Möglichkeiten der SchulärztInnen**

Die steigende Zahl an Ganztagschulen bzw. Ganztagsklassen hat zur Folge,

dass viele Maßnahmen, die sonst von den Eltern gesetzt oder assistiert werden, in der Schule erfolgen müssen (Medikamentengaben, Inhalationen etc.). Grundsätzlich könnten SchulärztInnen dabei unterstützend eingreifen. Allerdings sind sie 1) meist zeitlich nur begrenzt in der Schule verfügbar 2) für therapeutische Interventionen nicht zuständig. Diese Einschränkung der schulärztlichen Zuständigkeit erlaubt somit keine optimale medizinische Versorgung chronisch kranker Kinder während der Schulzeit.

## Ansätze zur besseren Versorgung/Betreuung chronisch kranker Kinder

---

Grundsätzlich positiv ist, dass mit der Parlamentarischen Enquete im Jahr 2015 und anderen Aktivitäten das Problembewusstsein für diese Thematik erhöht wird. Dies ist eine grundlegende Voraussetzung für eventuelle Verbesserungen der Versorgungssituation.

Die notwendigen Maßnahmen leiten sich aus den oben genannten Defiziten ab. So sollten Schulkinder – wann immer möglich – so weit wie möglich in den „normalen“ Schulbetrieb integriert/inkludiert werden. Dies kann nur dann geschehen, wenn die betreuenden Personen bestmöglich über Art der Erkrankung, mögliche Risiken und gegebenenfalls zu setzende Interventionen informiert sind. Neben einer allgemeinen Schulung / Fortbildung über „chronische Erkrankungen“ für Lehrerinnen und Lehrer sollte daher für „kritische Patienten“ auch eine Art „Notfallplan“ aufliegen und dieser ggf. auch trainiert werden.

Voraussetzung für die bestmögliche Betreuung chronisch kranker Schulkinder ist, dass die Kommunikation Kinderarzt/Hausarzt – Eltern – SchulärztIn – LehrerInnen optimiert wird.

Weiters sollten ÄrztInnen und PädagogInnen gemeinsam daran arbeiten, Stigmatisierung von chronisch kranken Kindern möglichst zu verhindern. Dies kann einerseits durch sachliche und ehrliche Informationsverbreitung geschehen (Um welche Erkrankung handelt es sich? Was können wir

gemeinsam tun? etc.), andererseits durch möglichst vollständige Inklusion.

Die Frage „Wer betreut chronisch kranke Kinder in der Schule?“ bleibt eine Aufgabenstellung für die nächsten Jahre. Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen haben grundsätzlich eine hohe Bereitschaft zur Übernahme von Selbstverantwortung. Darüber hinaus muss aber für „Assistenz“ und v.a. Intervention bei Notfällen entsprechend ausgebildetes Personal „vor Ort“ sein. Die Antwort, wie hier die Verantwortung zwischen Lehrerinnen/Lehrern, Schulärztin/Schularzt und ggf. sonstigem medizinischen Personal (Kinderkrankenschwester?) verteilt wird, muss die weitere Sachdiskussion erbringen. Wahrscheinlich gibt es dafür auch keine allgemein gültige „beste Lösung“, sondern diese muss sich wahrscheinlich jeweils auch an den individuellen Umständen (Größe und Art der Schule etc.) orientieren.

## Schlusswort

---

Kinder und Jugendliche verbringen viele Jahre ihres Lebens in der Schule. Gemeinsam sollten wir daran arbeiten, dass (auch) chronisch kranke Kinder diese wichtige Lebenszeit so wenig wie möglich als „Patienten“ erleben, sondern – wann immer möglich – als „ganz normale Schulkinder“.

### **Anschrift des Autors**

Univ.Prof. Dr. Reinhold Kerbl  
LKH Hochsteiermark / Leoben  
Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde  
Vordernbergerstraße 42  
8047 Leoben  
Tel. +43 3842 401 2438  
Fax +43 3842 401 2738  
Email: reinhold.kerbl@kages.at

Dr. Lilly Damm

# Kinder mit chronischen Erkrankungen in der Schule

Darstellung der Child Public Health Perspektive

## Einleitung

Beunruhigende Schlagzeilen wie „Keiner darf Schüler bei Anfall helfen“ und „Schüler mit Epilepsie: Lehrern fehlt Wissen“ haben die Parlamentarische Veranstaltung der Volksanwaltschaft am 28. Mai 2015 mit einem aktuellen medialen Akzent aus der Steiermark versehen.<sup>1</sup>

Gibt es tatsächlich so ernste Probleme in den Schulen mit chronisch kranken Kindern?

Sowohl die Erfahrungen und Berichte vieler Betroffener, als auch die wissenschaftliche Studienlage bestätigen diesen Befund bedauerlicherweise.

Statistisch betrachtet, befindet sich in jeder Klasse ein, in vielen Klassen jedoch mehrere Schulkinder mit einer chronischen Erkrankung. In vielen Fällen wissen die Lehrer nichts davon und in den ihnen bekannten Fällen fühlen sie sich oft nicht zuständig. Sie wissen einerseits nicht, dass Verlauf

<sup>1</sup> <http://www.kleinezeitung.at/s/steiermark> vom 26.5.2015 sowie vom 28.5.2015

und Ausprägung mancher chronischer Erkrankungen eines Kindes sehr viel mit ihrer pädagogischen Arbeit zu tun hat. Andererseits werden durch den hohen Einsatz engagierter LehrerInnen viele Probleme abgefangen. Dennoch kommt es bei nicht wenigen chronisch kranken Kindern und ihren Familien zu einer regelrechten Notsituation im Zusammenhang mit dem Kindergarten bzw. Schulbesuch.

Im Folgenden sollen einige Zusammenhänge dieser komplexen Sachlage dargestellt und konkrete Lösungsvorschläge erörtert werden.

## A) Problemstellung

### Wie viele Kinder sind betroffen?

---

Erste Hinweise lieferte die österreichische HBSC-Studie (Health Behaviour of Schoolaged Children) aus 2010, die bei den Jugendlichen in 16,8% eine „vom Arzt diagnostizierte und behandelte Erkrankung“ erhoben hat. Diese österreichischen Erhebungen decken sich mit den Zahlen der internationalen Literatur, wobei man insgesamt davon ausgehen kann, dass bis zu 20% aller SchülerInnen im Jugendalter Gesundheitsprobleme haben.

Die folgende Abbildung zeigt die Aufschlüsselung nach Jahrgängen sowie Burschen und Mädchen in der HBSC Studie:

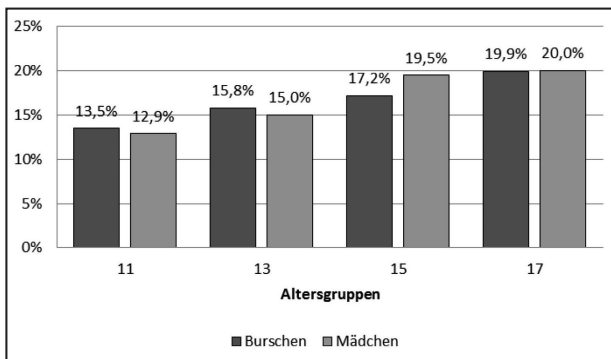


Abb.1: Prävalenz chronischer Erkrankungen der 11-,13-,15- und 17-jährigen SchülerInnen nach Alter und Geschlecht

Quelle: Daniela Ramelow et al. **Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen** Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Hrsg: Bundesministerium für Gesundheit



Bezogen auf die Gesamtschülerzahl sind das in Österreich zumindest 190.000 Schulkinder mit einer chronischen Erkrankung. Diese Kinder sind medizinisch meist gut versorgt, weshalb ein Schulbesuch für sie oft überhaupt erst möglich ist.

## Welche Erkrankungen haben sie?

---

Zu diesen Erkrankungen, von denen einige im medizinischen Beitrag von Prof. Kerbl genauer dargestellt werden, gehören allgemein bekannte Krankheiten wie Asthma bronchiale, Diabetes mell. oder Epilepsie ebenso wie seltenerere, beispielsweise das juvenile Rheuma, Mukoviszidose, das Adrenogenitale Syndrom (AGS) oder Phenylketonurie und schwere Allergien, um nur einige zu nennen. Nicht zu vergessen sind die Kinder mit Erkrankungen, die technische Hilfsmittel wie Pumpen, Sonden oder Shunts erforderlich machen, sowie Kinder, die eine Organ-Transplantation oder Krebserkrankung überstanden haben.

Eine 2014 publizierte Pilot-Studie gibt die Häufigkeit des Auftretens von psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 10. bis 18. Lebensjahr mit 18,9% an, wobei es Hinweise gibt, dass dieser Anteil unterschätzt wird.<sup>2</sup>

Man kann daher davon ausgehen, dass mindestens jeder fünfte Jugendliche von einem psychischen Problem betroffen ist und dass damit diese Problematik in Österreich häufiger ist als beispielsweise in Deutschland. Diese Zahlen und vor allem die Konsequenzen für das Schulwesen wurden bislang noch nicht ausführlich diskutiert.

## Welche Bedeutung hat das für die Bildungseinrichtungen?

---

Einige Beispiele sollen den Einfluss für die pädagogische Arbeit im Schulalltag verdeutlichen.

2 Julia Philipp et al. The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)-Study: preliminary results from a pilot study. *Neuropsychiatr* (2014) 28:198–207 DOI 10.1007/s40211-014-0131-9

In den **Pausen** muss die Möglichkeit für regelmäßige Messungen (z.B. des Blutzuckerspiegels) und andere medizinisch notwendige Maßnahmen gesichert sein, daher dürfen Pausen nicht ohne weiteres verschoben oder gekürzt werden.

Die sichere **Teilnahme** von Kindern mit chronischen Erkrankungen **an Schulveranstaltungen** (Schikurse, Schullandwochen, Ausflüge, Wandertage) darf nicht in Frage gestellt werden.

Die **Kompensation von Fehlstunden** (z.B. durch Krankenhausaufenthalte) soll durch eine sichere und strukturierte Weitergabe von Unterrichtsstoff erfolgen.

Das **Schulbuffet** muss auf Kinder mit Stoffwechselerkrankungen eingerichtet sein.

Die Abhaltung von **Prüfungen** kann durch eine Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit der Kinder (z.B. bei Über- oder Unterzuckerung bei einem diabetischen Kind, vor oder nach einem Epilepsie- oder Asthma-Anfall) zu einem schlechteren Ergebnis führen, als dem tatsächlichen Wissen entspricht.

Es sind in diesem Zusammenhang aber auch andere organisatorische Fragen ungelöst: Wer ist in der Schule (bzw. im Kindergarten) für diese Kinder zuständig? Welche Berufsgruppen müssen hier welche Aufgaben übernehmen? Wer finanziert notwendige zusätzliche Unterstützungsleistungen, usw.?

Die Problemsituation wird durch die Zunahme an Erkrankungen einerseits und durch vermehrt angebotene ganztägige Schulformen andererseits vergrößert. Auch das gesamte System der Nachmittagsbetreuung ist davon betroffen, ist aber noch nicht ins Blickfeld der Verantwortlichen gerückt.

Wie die Praxis zeigt, ist das „System Schule“ auf diese Problematik nicht ausreichend vorbereitet, was dazu führen kann, dass Kinder dadurch ernste gesundheitliche Nachteile, ja Gefährdungen, erfahren.

## Welche Unterstützung brauchen die Kinder?

---

Wie im Beitrag von Prof. Kerbl ausgeführt wird, benötigen nicht alle Kinder Unterstützung. In manchen Fällen ist es nur wichtig, von der Erkrankung zu wissen und im Notfall richtig zu handeln. Manche Kinder z.B. mit ADHS benötigen sonderpädagogisches Know-How, manche nur eine gewisse Rücksicht durch PädagogInnen, damit die Kinder ihre Erkrankung selbst gut managen können. Manchmal ist die Verabreichung eines Medikaments im Laufe des Schulalltags lebenswichtig für das Kind, manchmal sichere Kenntnisse der einfachen Ersten Hilfe, bei bestimmten Erkrankungen hingegen sehr spezifisches Wissen (Vorgangsweise bei Fieber eines Kindes mit AGS, oder Probleme mit der Insulinpumpe).

Aktuelle Zahlen zum Gesundheitszustand und Unterstützungsbedarf von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen liefert erstmals die im November erschienene Gesundheitsbefragung 2014 ATHIS<sup>3</sup>, bei der Eltern zur Gesundheit ihrer Kinder befragt wurden. Einen speziellen Versorgungsbedarf hatten (laut Definition des CSHCN-Screeners) insgesamt 11% der Kinder und Jugendlichen mit einer chronischen Erkrankung, wobei dieser mit dem Alter der Kinder deutlich zunimmt.

In jedem Fall hat eine Erkrankung und ihr Management große Bedeutung für die schulische Lebenswelt eines Kindes. Die Realität besteht aber nach wie vor darin, dass Kinder und ihre Eltern meist auf sich allein gestellt sind und kaum Unterstützung erfahren. Dies hat zur Gründung einer Bürgerinitiative geführt: Gleiche Rechte für chronisch kranke Kinder. (BI Nr. 60).<sup>4</sup>

3 [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/7/4/CH1464/CMS1447240377989/gesundheitsbefragung\\_2014.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/7/4/CH1464/CMS1447240377989/gesundheitsbefragung_2014.pdf)

4 [http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/BI/BI\\_00060/index.shtml](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/BI/BI_00060/index.shtml)

## Welche Probleme haben die Kinder mit chronischen Erkrankungen?

---

Einige konkrete Beispiele verdeutlichen die Schwierigkeiten im Schulalltag der chronisch kranken Kinder:

**Behinderung beim Management ihrer Krankheit:** Die erforderliche Messung vor bzw. nach dem Turnunterricht ist nicht möglich (Blutzuckermessung bei Diabetes mell., Peak Flow – Messung bei Asthma, Pausen werden gestrichen oder gekürzt, Projektarbeiten mit anderem Pausenregime verhindern vorgesehene Messungen und notwendige Medikationen – dadurch Verschlechterung der Erkrankung mit allen Langzeitfolgen).

**Vermeidbare Notfälle:** Nach der Abgabe der Insulindosis wird die Einnahme der Broteinheiten (BE) untersagt, was zu einer gefährlichen Unterzuckerung führt. Zeichen von Unterzuckerung bzw. Überzuckerung werden nicht wahrgenommen, spontane Änderungen im Unterrichtsablauf haben gefährliche Folgen (Kinder vergessen ihre Medikamente oder erleiden Unterzuckerung durch unangekündigte spontane Sporteinheiten ohne entsprechende Broteinheiten, oder Kinder kommen in Atemnot, da sie ihren Asthma-Spray nicht rechtzeitig verwendet oder nicht dabei haben).

**Schlechtere Noten**, als der eigentlichen Begabung entspricht.

**Soziale Ausgrenzung:** Chronisch kranke Kinder werden in der Klassengemeinschaft als „Störfaktor“ oder „Belastung“ erlebt – was zu einem niedrigen Selbstwert führen kann.

Die **Teilnahme an Schulveranstaltungen** wird oft „aus Sicherheitsgründen“ untersagt, was vom Kind als Bestrafung für die Krankheit erlebt wird. Keine entsprechende Vorsorge bei Sportveranstaltungen oder Auslandsaufenthalten (keine Notfallmedikamente, keine Absprachen, keine Überprüfung der lebenswichtigen Ausrüstung).

**LehrerInnen**, die den Kindern nicht glauben, den Eltern nicht zuhören und Schulungen ablehnen.

## B) Unterschiedliche Perspektiven

### Perspektiven ausgleichen

---

Die unterschiedlichen Perspektiven von Pädagogen, Kindern, Jugendlichen sowie ihren Eltern im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen gilt es abzugleichen und auszugleichen. Sie sind alle legitim und wichtig, aber schwierig zu handhaben. Eine professionelle Kommunikation und ein längerer Prozess sind erforderlich, um ein gutes Ergebnis dieses Abstimmungsprozesses zu erreichen.<sup>5</sup>

### Perspektiven der betroffenen Schulkinder

---

Schulkinder mit chronischen Erkrankungen sind in erster Linie Schulkinder mit normalen Bedürfnissen. Sie wollen vor allem nicht durch ihre Erkrankung auffallen oder dadurch eine Sonderstellung im Unterricht einnehmen. Sie wollen weder Mitleid noch Ausnahmen, sondern einen normalen Schulalltag und integriert sein in die Klassengemeinschaft. Ihre Autonomie, das „Dazugehören“, möglichst wenig Aufmerksamkeit auf die Krankheit, sind nahezu allen betroffenen Kindern das Wichtigste.

Sie sind meist ausgezeichnet über ihre Erkrankung informiert, müssen dieses Wissen allerdings immer wieder nach außen hin „verteidigen“ (gegenüber dem Lehrer, den Klassenkameraden, anderen Eltern).

Sie haben eine hohe Motivation, ihre Erkrankung selbst zu managen, allerdings alters- und entwicklungsbedingt benötigen sie dazu in bestimmten Fällen Unterstützung.

Als besonders belastend erleben sie, wenn sie durch Ärzte/Eltern bestimmte lebenswichtige Regeln im Umgang mit ihrer Erkrankung gelernt haben, die ihnen dann aber durch die Autoritätsperson „Lehrer“ untersagt werden.

5 Damm L et al. Ärztliche Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen. IIT 2013

Vergessen wir nicht, Krankheit bedeutet für das Kind...

- Nebenwirkungen, schmerzhaftes Prozeduren, Angst, Krankenhausaufenthalte
- Fortschreiten der Krankheitsentwicklung
- Aussichtslosigkeit und Unveränderlichkeit
- Abhängigkeit
- schulische und berufliche Zukunftssorgen
- Konfrontation mit Vorurteilen
- soziale Risiken bei Offenbarung bzw. Geheimhaltung der Erkrankung
- Sonderrolle in der Familie, Klasse
- Stigmatisierung durch sichtbare Symptome usw.

## Die chronisch kranken Kinder leisten doppelte Arbeit, das verdient Respekt.

---

Einerseits will das chronisch kranke Kind „Kind sein“ mit dem Bewältigen der normalen Entwicklungsaufgaben wie andere Kinder auch, spielerisch und spontan sein und aus Fehlern lernen dürfen.

Andererseits müssen chronisch erkrankte Kinder wie Erwachsene mit ihrer Krankheit umgehen: Sie können diesen „Rucksack“ nie ablegen, sie müssen die Krankheit verstehen, viel darüber wissen und sie verlässlich managen. Dabei müssen sie viel Disziplin üben, dürfen keine Fehler machen und müssen darüber hinaus mit nicht informierten Erwachsenen und Mitschülern umgehen, die ihnen auch unangenehme oder sogar unangemessene Fragen stellen.

## Die Situation der Familien

---

Wie bereits ausgeführt, besteht bei fehlender schulischer Unterstützung chronisch kranker Kinder eine Belastungssituation, die nicht nur den

Bildungsweg einzelner Schulkinder ungünstig beeinflusst, sondern auch das Familienleben. Häufig kompensieren die Eltern dieser Kinder die oben genannten strukturellen Defizite mit ihrem persönlichen Einsatz, der ihnen auch die eigene Berufstätigkeit mit allen Folgen (geringeres Einkommen, niedrigere Pensionsversicherungszeiten, Nachteile für die berufliche Karriere) kosten kann. Im Rahmen der bereits erwähnten Bürgerinitiative Nr. 60 wurde auch eine Website eingerichtet, in der betroffene Eltern ihre Probleme, aber auch sehr interessante Lösungsmöglichkeiten aufzeigen.<sup>6</sup>

Die erwähnte Bürgerinitiative wurde mit über 9000 Unterstützungserklärungen nach einem Jahr Diskussionsprozess im Parlament am 2. 3. 2016 dem Bildungsausschuss zugewiesen.

Was wünschen sich die Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen?

LehrerInnen,

die sich für das Kind interessieren und sich in der schulischen Unterstützung dieser Erkrankung auskennen

die geschult sind, Probleme bei Kindern wahrzunehmen – und wissen, wie sie darauf reagieren müssen und die generell auf die Sicherheit des Kindes achten (können)

das Kind und die Krankheit ernst nehmen

die regelmäßig Kontakt mit den Eltern halten, rückfragen oder informieren

für die ein krankes Kind kein Störfaktor oder Belastung ist

Direktoren/Schulärzte, die Informationen verlässlich an alle weitergeben

6 [www.gleicherechtfuerchronischkrankekinder.at](http://www.gleicherechtfuerchronischkrankekinder.at)

Abb 2: Unterschiedliche Perspektiven bei chronischer Erkrankung eines Jugendlichen



Quelle: Damm L et al. Ärztliche Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen LIT 2013



## C) Möglichkeiten der Unterstützung

### Drei Ebenen der Unterstützung

Vereinfacht und ganz grundsätzlich können LehrerInnen Kindern mit Gesundheitsproblemen auf drei unterschiedlichen Ebenen begegnen:

- 1) **Respekt vor und Akzeptanz der Erkrankung des Kindes** und die **Abstimmung der pädagogischen Arbeit** darauf (adäquate Pausengestaltung, Krankheitsmanagement muss auch bei Projektarbeit, bei Sportveranstaltungen und Stundenplanänderungen bedacht werden, kurze Absprache mit dem Kind in Bezug auf erforderliche Utensilien usw.)
- 2) **Erkennen eines Notfalls oder einer Problemsituation** (besonderes Verhalten, z.B. Müdigkeit, Unruhe oder auffallende Gesichtsfarbe, Motorik) und daraufhin entsprechendes Handeln
- 3) **Aktive Unterstützung des Kindes durch eine bestimmte Hilfestellung**, je nach Erkrankung und Unterstützungsbedarf des Kindes. (Überwachung einer Medikamenteneinnahme zu einer bestimmten Uhrzeit, Supervision der Eingabe von Zahlenwerten in die Insulinpumpe bei Volksschülern)

### Drei Kategorien und rechtliche Vorgaben der Unterstützung<sup>7</sup>

Überblicksmäßig können die Kategorien der schulischen Unterstützung eines chronisch kranken Kindes in einem dreiteiligen Schema dargestellt werden:

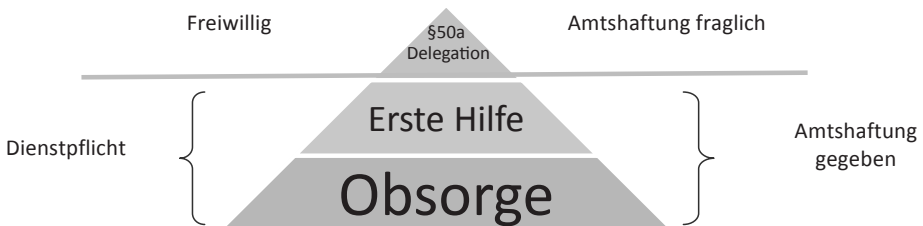


Abb. 3: Kategorien der schulischen Unterstützung eines chronisch kranken Kindes

<sup>7</sup> Die rechtlichen Hinweise basieren auf den Stellungnahmen des BMBF sowie BMG zur Bürgerinitiative Nr.60 entnommen [http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/BI/BI\\_00060/index.shtml](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/BI/BI_00060/index.shtml)

Schüler befinden sich während des Unterrichts in der Obhut der Lehrer, die **Obsorgeverpflichtung** und die Verantwortung (auch) für das gesundheitliche Wohl des Schülers ist damit von den primär Obsorgeberechtigten (idR Eltern) auf die Schule übergegangen. LehrerInnen sind allerdings als medizinische Laien einzustufen, somit sind grundsätzlich nur einfache gesundheitsbezogene Tätigkeiten, die kein medizinisches oder pflegerisches Fachwissen erfordern, von Lehrkräften im Rahmen der allgemeinen Obsorgeverpflichtung zu leisten. Weiters sind Lehrkräfte – wie jede andere Person – gemäß § 95 Strafgesetzbuch verpflichtet, in **Notfällen die erforderliche und zumutbare Hilfe** zu leisten.

Gesundheitsrelevante Tätigkeiten, welche in diese beiden Fallgruppen einzuordnen sind, zählen zu den Dienstpflichten von LehrerInnen und sind daher vom Anwendungsbereich des Amtshaftungsgesetzes erfasst. Damit haften die Lehrkräfte an öffentlichen Schulen für allfällige Fehler dem Geschädigten grundsätzlich nicht persönlich, sondern der Staat übernimmt die Haftung. Der oder die einzelne Lehrer/in selbst ist nur bei besonderem Fehlverhalten dem Geschädigten oder dem Staat (im Regresswege) haftbar.

Tätigkeiten, welche das, was medizinischen Laien im Rahmen der allgemeinen Obsorgeverpflichtung bzw. der Ersten Hilfe üblicherweise abverlangt werden darf, überschreiten, setzen eine ärztliche Übertragung **nach § 50a Ärztegesetz** voraus, wobei diese Übertragung eine Einzelfall-Regelung ist, welche überdies auf Freiwilligkeit beruht.<sup>8</sup>

Außerdem ist fraglich, ob Lehrkräfte bei diesen freiwilligen medizinischen Leistungen vom Schutz des Amtshaftungsgesetzes erfasst wären.

Dass LehrerInnen auf freiwilliger Basis solche Leistungen erbringen, ersetzt nicht die dringend erforderliche strukturelle Lösung für Probleme, die im Rahmen der Inklusion durch die routinemäßige Betreuung von chronisch kranken oder behinderten Schulkindern auftreten. Das Bundes-Verfassungsgesetz (Art. 7 Abs. 1 B-VG), das Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern (BGBl. I Nr. 4/2011) sowie das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz bilden u.a. die gesetzliche Grundlage. Österreich hat sich im Rahmen der

8 Siehe dazu den Beitrag von SC Hon.-Prof. Dr. Aigner in dieser Publikation (S. 61)

Behindertenrechtskonvention grundsätzlich dazu verpflichtet, eine Inklusion behinderter Kinder in das Regelschulwesen zu ermöglichen. Es entspräche nicht dem Geist dieser Konvention, die Erfüllung der Inklusionsverpflichtung vom – an sich selbstverständlich zu begrüßenden – freiwilligen Engagement einzelner Lehrkräfte abhängig zu machen.

## Was können Lehrer brauchen?

---

### 1) Informationen

Bereits in der **Lehrerausbildung** müsste auf die Existenz von chronisch kranken Kindern im Unterricht hingewiesen werden und ein grundsätzliches Problembewusstsein und entsprechende Rechtskenntnisse erworben werden.

Ein **strukturiertes Aufnahmeverfahren** (sog. Assessment), das bei jedem Kind mit Gesundheitsproblemen durchgeführt werden müsste, sollte dem betreffenden Lehrerteam alle erforderlichen Informationen, aber auch mögliche Hilfestellungen im Umgang mit dem Kind zur Kenntnis bringen. Nötigenfalls bringt eine **SCHILF** (Schulinterne Fortbildung) eine Zusammenschau aller medizinischer Probleme, ihre konkrete Bedeutung für den Unterricht und Klärung allfälliger Fragen.

**Sichere und aktuelle Kenntnisse in Erster Hilfe** gehören ebenfalls zu den Voraussetzungen, die für die gesamte Lehrerschaft wichtig sind. Zwei unabhängige Untersuchungen an Schulen haben Wissensdefizite von LehrerInnen in Erster Hilfe aufgezeigt. Zum Beispiel weiß nur knapp die Hälfte der LehrerInnen, dass sie ein diabetisches Kind unterrichten,<sup>9</sup> die andere Befragung zeigt, dass mehr als die Hälfte der LehrerInnen falsche Erste Hilfe-Maßnahmen im Epilepsie-Anfall anwenden würden.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Jurtschitsch J Das diabetische Schulkind, Vortrag bei der Jahrestagung der ÖGKJ 2014

<sup>10</sup> Pless E 2013 Lehrerbefragung / Epilepsie

Notwendige Informationen müssen aber auch **innerhalb des Schulstandortes** verlässlich weitergegeben werden. (Wer hat alle notwendigen Informationen? Wer weiß, was, wann, bei welchem Kind notwendig ist? Wer kann/darf/soll Medikamente verabreichen? Wer weiß, wo diese Medikamente sind? Wer kann mit einem Notfall umgehen? Wer kann der Schulverwaltung sagen, worauf sie achten muss? Wer arbeitet mit dem Behandlungszentrum und den Eltern verlässlich zusammen? Wer hat den letzten Stand und kommuniziert ihn verlässlich den anderen?)<sup>11</sup>

## 2) Rechtssicherheit

Im Abschnitt über die Unterstützungsleistungen wurden drei rechtliche Ebenen angeführt („einfache“ Obsorge – Erste Hilfe – Delegation nach § 50a Ärztegesetz), auf denen medizinische Hilfestellungen durch Lehrer angesiedelt sein können. Die Abgrenzung dieser drei Ebenen erscheint auf abstrakter Ebene nicht besonders schwierig, in vielen Fällen wird man damit in der Praxis zu klaren Lösungen kommen, manches wird aber wohl unklar bleiben. Es müsste jedoch möglich sein, eine Art Fallkatalog in übersichtlicher Form zusammenzustellen, der zumindest eine erste Orientierung für den juristischen/medizinischen Laien bietet.

## 3) Unterstützung: Zusätzliches Gesundheits-Personal an Schulen

Bestimmte Erkrankungen lassen sich nur durch den Einsatz von zusätzlichem Gesundheits-Personal in Schulen sicher managen. Dies können diplomierte Kinder-Pflegepersonen sein (z.B. die in Österreich bekannte Mobile Kinder-Krankenschwester „MOKI“ oder andere Vereine – siehe Beitrag Mag. Hintermayer), aber auch Assistenz- und Gesundheitsberufe, die im internationalen Vergleich schon sehr erfolgreich im Einsatz sind, deren Existenz aber in Österreich noch viel zu wenig bekannt ist.<sup>11</sup>

Es handelt sich bei den erforderlichen Unterstützungsleistungen vorwiegend um regelmäßige pflegerische Tätigkeiten, für die Ärzte im Allgemeinen nicht ausgebildet sind. In den zahlreichen, im Laufe der Jahre und aktuell

<sup>11</sup> Damm L et al. 2014 Schulkinder mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Bericht und Empfehlungen aus Child Public Health Perspektive. Working Paper unveröffentlicht.

geführten Gesprächen haben alle Beteiligten die Notwendigkeit des Einsatzes von Schulkrankenschwestern in der Schule eingefordert.<sup>12</sup>

Der Einsatz von Pflegepersonen würde auch andere für die Lehrerschaft belastende akute Gesundheits-Probleme im schulischen Alltag lösen und kompetente Hilfe bei Ereignissen wie Erbrechen, plötzliches Fieber, Verletzungen, Kreislaufprobleme, schwere Migräneattacken usw. sicherstellen. Es handelt sich hierbei um eine sinnvolle Kooperation und nicht um eine Konkurrenz zum bestehenden Schulärztewesen. Eine solide Abstimmung zwischen den Berufsgruppen ist allerdings Voraussetzung (WHO 2010).

### Tipps für Lehrer:

**Betroffene Kinder unbedingt ernst nehmen –**  
sie wissen viel und sind Experten für ihre Erkrankung

**Rückfragen bei Eltern oder behandelnden Ärzten,**  
falls Unklarheiten, Konflikte oder Diskussionen mit dem Kind entstehen

**Sprechen Sie mit den anderen Kindern in der Klasse darüber.**  
Allerdings erst, nachdem Sie mit dem Kind und seinen Eltern abgeklärt haben, wann und wie das am besten erfolgen soll.

<sup>12</sup> Damm L, Hutter H P (2012) Integration und Schulgesundheit aus Child Public Health-Sicht: neue Perspektiven für chronisch kranke, beeinträchtigte oder behinderte Kinder. Stadtschulrat für Wien Integrationsjournal Juni 2012: 81-86.

## Strukturelle Verbesserungen helfen allen

---

### „Health in all Policies“ als Prinzip

Gesundheit in allen Politikfeldern liegt den österreichischen Gesundheitszielen zugrunde. Die Versorgung chronisch kranker Schulkinder im Bildungswesen sollte nach diesem Prinzip zur lösungsorientierten Kooperation mehrerer Ministerien führen (Bildung-Gesundheit-Familie-Soziales-Finanz).

Wie in der §15A Vereinbarung und dem Zielsteuerungsprozess (Gesundheit, 2012) vertraglich festgehalten, soll speziell die **„Integrierte Gesundheitsversorgung“** von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen patientenorientiert, sektorenübergreifend gemeinsam und abgestimmt erfolgen.

Darüber hinaus können folgende Maßnahmen die Situation an Schulen konkret verbessern:

Ein strukturiertes **Assessment** bei der Aufnahme eines Kindes mit Gesundheitsproblemen in die Schule

Die Bereitstellung der erforderlichen **Unterstützung für die Schulen** (Assistenz bzw. Pflegepersonal, SCHILF und kindspezifische Einschulungen am Standort)

Die **Systematische Information** über die Anwesenheit chronisch kranke Schulkinder in der Aus- sowie Fortbildung von Lehrpersonal

Die Einrichtung einer **Hotline** für aktuelle Fragen oder Probleme in der laufenden Betreuung chronisch kranker Schulkinder

**Verpflichtende regelmäßige Refresher-Einheiten in Erster Hilfe** für das gesamte Schulpersonal

Die Adaptierung **erforderlicher rechtlicher Grundlagen**, insbesondere die Absicherung des unterstützungswilligen pädagogischen und anderen Schul-Personals, beispielsweise durch Gruppen-Haftpflichtversicherungen.

## Resümee

---

Seit über 15 Jahren werden in interministeriellen Arbeitsgruppen die Schwierigkeiten erörtert, ohne dass es zu sichtbaren Fortschritten gekommen wäre. Studien zu dieser Thematik liegen auf europäischer und internationaler Ebene vor. Eine aktuelle Studie des Instituts für Umwelthygiene „Risiko- und Schutzfaktoren österreichischer Schulkinder mit chronischen Erkrankungen“ ist nur eine von zahlreichen Arbeiten, die auf die Dringlichkeit von adäquaten Unterstützungsstrukturen hinweist.<sup>13</sup>

Das Wissen, welches nicht zuletzt aufgrund der parlamentarischen Veranstaltung der Volksanwaltschaft bei allen Stakeholdern vertieft und abgerundet wurde, scheint ausreichend vorhanden.

Was allerdings fehlt, ist die Umsetzung und Anwendung des Wissens im Bildungswesen und ein entschlossenes Vorgehen der Politik im Hinblick auf Lösungen.

Im Sinne der gemeinsamen Verantwortung für Kinder mit chronischen Erkrankungen wäre es sehr wünschenswert, dass nun Vertreter aller zuständigen Ministerien, des Hauptverbands und der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mit Experten einen konkreten Umsetzungsplan erarbeiten.

Klar ist, dass dies in unserer Verantwortung liegt und nicht bei den betroffenen Kindern.

## Danksagung

---

An dieser Stelle sei der Volksanwaltschaft und ihren Vertretern, namentlich Herrn VA Dr. Fichtenbauer und Herrn VA Dr. Kräuter ganz besonders für ihr entschiedenes Eintreten für die betroffenen Kinder und ihre Familien und für die Abhaltung der parlamentarischen Veranstaltung gedankt.

<sup>13</sup> Forschungsprojekt: Chronisch kranke Kinder im Schulalltag: schulische Probleme, Barrieren und Schutzfaktoren chronisch kranker Schulkinder (Beginn 2011); qualitative deskriptive Querschnittstudie (Forschungseinheit Child Public Health: L Damm, H-P Hutter)





Gabriele Hintermayer, MSc

## **Pflegende Pädagogen/Pädagoginnen – Möglichkeiten und pflegerische Grenzen**

Seit über 15 Jahren betreuen die verschiedenen Vereine der mobilen Kinderkrankenpflege in ganz Österreich Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr. Schwerpunkte sind die Übernahme von pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten bei schwersten Behinderungen oder bei lebensbegrenzenden bzw. lebensverkürzenden Erkrankungen sowie die Entlastung der betroffenen Familien. Sehr bald schon wurde erkannt, dass sich die Hauskrankenpflege bei Kindern und Jugendlichen nicht nur auf das eigene Zuhause beschränkt, sondern die diplomierten Kinderkrankenpflegepersonen auch in Kindergärten, Schulen und Horten Leistungen übernehmen müssen.

Auf Grund einer Umfrage bei den führenden Kinderkrankenpflegeorganisationen in Österreich für die parlamentarische Enquete konnten die derzeitigen Betreuungsleistungen erfasst werden (Abb.1). Bei der Erhebung wurde auch angegeben, dass der tatsächliche Bedarf um ein vielfaches höher ist. In vielen Bundesländern konnten die betroffenen Kinder nicht sofort betreut werden und wurden auf Wartelisten gesetzt. Von allen Organisationen wurde angeführt, dass derzeit nur ein Teil der Familien bereit ist, dieses Angebot anzunehmen. Bei einer geregelten und finanzierten Betreuung vor Ort wäre der Bedarf um ein vielfaches höher.

Die Finanzierung der Hauskrankenpflege für Kinder und Jugendliche ist derzeit über die Bundesländer geregelt, so auch die Begleitung und Betreuung in den Schulen und Kindergärten. Die Kosten für die Eltern variieren je nach Bundesland bis zu maximal € 10,00/Stunde, der Rest wird über Länderförderungen und vereinzelt durch Spenden finanziert.

<b>Bundesland</b>	<b>punktuelle Betreuung</b>	<b>fixe Betreuung</b>
Burgenland	1-2/Jahr	0
Kärnten	1	4
Niederösterreich	1	7
Oberösterreich	20	6
Salzburg	0	6
Steiermark	0	2
Tirol	3	0
Vorarlberg	2	1
Wien	7/Monat durchschn. 1-2 Kinder/Monat zur Schulung rund um Diabetes	1-4

Abb. 1 Bedarf, Stand Mai 2015

In den fast 16 Jahren mussten viele Herausforderungen, Ängste und Wünsche bewältigt werden. Gleichzeitig bemerkten wir, dass das Verständnis für die vorhandenen Probleme und Möglichkeiten der „anderen Seite“ nicht immer vorhanden war. Vor allem die medizinisch/pflegerischen Aspekte sorgen oftmals für Unsicherheiten auf Seiten der Pädagogen und tragen zum Spannungsfeld mit den Eltern bei.

## Spannungsfeld Kindergarten/Schule aus der Sicht der Eltern:

---

Jedes Kind hat das Recht, sich entsprechend seiner/ihrer Möglichkeiten zu entwickeln. Wir erleben oft, dass sich die Eltern-Kindbeziehung verbessert und Kinder die Möglichkeit einer Entwicklung auf Grund der „Abnabelung“ nützen können. Betroffene Eltern müssen in vielen Regionen für einen Schulbesuch/Kindergartenplatz kämpfen, dabei geht es auch immer um die Ängste bezüglich des eigenen Arbeitsplatzes, die Entlastung und um die Finanzierung. Eltern fordern die Kostenübernahme über die öffentliche Hand, in fast allen Bundesländern müssen die Eltern für die Betreuung durch eine DKKS/DKKP (Diplomierte Kinderkrankenschwester/-pfleger) einen Teil der Kosten übernehmen.

## Spannungsfeld Kindergarten/Schule aus der Sicht der PädagogInnen:

Andererseits sollen Pädagoginnen und Pädagogen zusätzlich zu den Anforderungen ihres Berufsalltags Tätigkeiten übernehmen, die nicht zu ihrem ursprünglichen Tätigkeitsbereich gehören. Sie führen oft die geringen Zeitressourcen an, vor allem, wenn Tätigkeiten zu einer bestimmten Uhrzeit pünktlich durchgeführt werden müssen. Sie erhalten im Vorfeld keine oder zu wenig Informationen zur Erkrankung und befürchten falsche Entscheidungen zu treffen, für die sie rechtlich nicht abgesichert sind. Derzeit können Pädagoginnen und Pädagogen die Übernahme der Tätigkeiten ablehnen, dies führt manchmal dazu, dass in einer Klasse ein chronisch erkranktes Kind anwesend sein kann, und in der anderen Klasse die Aufnahme verweigert wird. Daher muss eine Lösung gefunden werden, welche allen Anforderungen gerecht wird.

## Medizinisch/pflegerische Tätigkeiten

In der Umfrage wurde aber auch erfragt, welche Tätigkeiten durch die diplomierten Kinderkrankenpflegepersonen übernommen werden:

Wickeln	Körperpflege
Kleidung wechseln, an- ausziehen (bei Bedarf)	Mobilisation
Ressourcenorientiert – das Kind/den Jugendlichen unterstützen und fördern	Gesundheitsförderung/Gesundheitsberatung
Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oral</li> <li>• Achten auf Diäten, Berechnen der Broteinheiten</li> <li>• Per Sonde/PEG-Sonde – händisch oder mittels Pumpe</li> </ul>	Medikamentengabe <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorübergehend oder dauerhaft, regelmässig oder im Notfall</li> <li>• Oral, oder über die Sonde/PEG-Sonde</li> <li>• Mittels Medikamentenpumpe</li> <li>• Rectal</li> <li>• Subcutan</li> <li>• Inhalationen/Aerosolgeräte</li> <li>• Venöse oder zentrale Zugänge (selten)</li> </ul>
Blutzuckermessungen	Katheterisieren bei liegenden/fixen Katheter oder Einmalkatheterisieren
Kinder mit einem Shunt	Stomavversorgung (abdominell)
Verbandwechsel (nach OP, regelmässig)	Tracheostomavversorgung
Beatmungsgeräte	Orales/nasales/Tracheales Absaugen
Sauerstoffversorgung	Reanimation, bebeuteln mittels Ambubeutel im Notfall

Abb. 2 Pflegerische und Medizinische Tätigkeiten

In der Diskussion, welche Tätigkeiten Pädagoginnen und Pädagogen übernehmen können oder sollen, muss sicher unterschieden werden, ob es sich um invasive medizinisch/pflegerische Tätigkeiten handelt oder nicht. Invasive Tätigkeiten wie katheterisieren, Tracheostomaversorgung oder Umgang mit Beatmungsgeräten gehören sicher in den Bereich der professionellen Pflege, also der DKKS/DKKP. Aber wie sieht es mit Blutzuckermessungen, Medikamentengaben, Nahrungsverabreichung und um die Pflegetätigkeiten aus? Hier sind sicher auch die Voraussetzungen in den unterschiedlichen Kindergarten- und Schulsystemen zu berücksichtigen. In Zeiten der Inclusion sollte jedes Kind die für sich passende Schule besuchen dürfen. Ist dies aber auch umsetzbar, und wenn ja mit welchen Voraussetzungen?

Es wird seitens des Berufsverbands Kinderkrankenpflege Österreich, aber auch von anderen Organisationen immer wieder die Schoolnurse gefordert, welche nicht nur für Kinder/Jugendliche mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen zuständig ist, sondern für den ganzheitlichen Gesundheitsaspekt ALLER Kinder zur Verfügung stehen soll. Alleine in Wien gibt es über 400 Schulen, eine jede mit einer DKKS/DKKP zu besetzen, ist aus heutiger Sicht kaum möglich, alleine schon auf Grund des aktuellen Kinderkrankenpflegemangels.

## Mögliche Modelle:

---

In Schulen mit einem hohen medizinisch/pflegerischen Bedarf ist eine DKKS/DKKP fix angestellt. Sie übernimmt die Durchführung aller anfallenden Tätigkeiten der Schülerinnen und Schüler. Hier kann eine Pflegehelferin/ein Pflegehelfer zur Unterstützung eingesetzt werden.

Eine andere Möglichkeit ist die „variable Schoolnurse“. Sie ist – abhängig von den Schultypen – für mehrere Schulen tätig. Bei aktuellem Bedarf – z.B. bei einer Neumanifestation Diabetes Typ I – kann sie angefordert werden. Sie besucht aber regelmäßig alle Schulen und Kindergärten in ihrem Bereich, um gesundheitsfördernde Maßnahmen zu begleiten, bzw. Pflegeprobleme zu erkennen/beurteilen.

## Dafür sind folgende Kriterien für die Zusammenarbeit notwendig:

---

Zuerst muss die Zuständigkeit der Finanzierung geklärt werden, in keinem Bundesland sollte diese Leistung durch Spenden oder Selbstbehalte der Eltern abgegolten werden.

Der notwendige Arbeitsplatz muss gewährleistet sein, derzeit kann es passieren, dass z.B. das katheterisieren in einem Kammerl am Boden stattfinden muss, weil keine entsprechende Liege zur Verfügung gestellt wird.

Entscheidend ist die Zusammenarbeit mit den Schulärztinnen/-ärzten und den Pädagoginnen/Pädagogen. Hier müssen die Aufgabenbereiche, Zuständigkeiten und die Übernahme der medizinischen bzw. pflegerischen Tätigkeiten klar definiert und mit denen der Schoolnurse abgeglichen werden. Derzeit ist die Pflege im Gesundheitsressort eingebunden, und gilt als schulfremde Person.

Damit Pädagoginnen und Pädagogen gewisse pflegerische und medizinische Tätigkeiten übernehmen können, sind folgende Voraussetzungen erforderlich:

- Schulung und Fortbildungen
- Begleitung durch Fachpersonal
- Rechtliche Absicherung
- Zusätzliches Personal (Pädagogen, Laien,...)
- Zusätzliche Unterstützung bei Ausflügen, Schulwochen...

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sehen sich selbst nicht unbedingt als krank oder behindert an, für sie ist es der ganz normale Alltag. Behindert – und manchmal auch ausgegrenzt – werden sie durch die vorhandenen

Rahmenbedingungen. Daher liegt es an uns allen, sich mit aller Kraft einzusetzen, dass diese Bedingungen geändert und die notwendigen Ressourcen geschaffen werden.

VA Dr. Günther Kräuter

## Bildung und Kinderrechte

Ich bedanke mich sehr herzlich für die Möglichkeit, aus Sicht der Volksanwaltschaft zum Thema zu sprechen.

Kinder- und Jugendgesundheit ist eine Querschnittsmaterie, die als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden muss. Eine vom Bund und den Bundesländern getragene Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie muss frühzeitig und wirksam ohne zu diskriminieren alle unterstützen, die Hilfe brauchen. Das ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass Minderjährige Herausforderungen, die sich ihnen in allen Entwicklungsphasen stellen, auch bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen bewältigen können. Gesundheitliche Chancengleichheit von Beginn des Lebens an ist eine der wichtigsten Ressourcen, die wir Kindern mit auf ihren Lebensweg geben können. Dass Bildung und Gesundheit eng zusammengehören, ist mittlerweile kein Geheimnis mehr. Nur dort, wo Bildung ermöglicht und der ungehinderte Zugang zu Bildungseinrichtungen gewährleistet wird, können junge Menschen heranwachsen, die sich auch selbstbewusst mit ihrer eigenen Gesundheit beschäftigen können. Wo im Bildungswesen Beziehung gelingt, sind die besten Chancen für ein selbstbestimmtes Leben gegeben. Das nützt nicht nur dem einzelnen Kind oder Jugendlichen, sondern der gesamten Gesellschaft.

Menschen- und verfassungsrechtlich gibt es keinen Zweifel:

„Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf **bestmögliche Gesundheit und Entwicklung** unabhängig von sozialem Status, von Geschlecht, Herkunft, Bildung oder Wohnort“, so lautet Art. 24 der UN-Kinderrechtskonvention, die in Österreich seit 1992 in Geltung steht. Im Art. 1 des österreichischen Bundesverfassungsgesetzes über die Rechte von Kindern steht: „Jedes Kind

hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge, die für sein Wohlergehen notwendig sind, auf bestmögliche Entwicklung und Entfaltung sowie auf die Wahrung seiner Interessen auch unter dem Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit. **Bei allen Kinder betreffenden Maßnahmen öffentlicher und privater Einrichtungen muss das Wohl des Kindes eine vorrangige Erwägung sein**“.

In der Realität ist von einem Primat der Politik zugunsten der Kinder- und Jugendgesundheit aber noch viel zu wenig zu bemerken. Die OECD hat 2010 deutlich gemacht, dass bei uns Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre etwa 20% der Bevölkerung ausmachen. Für sie werden aber nur 5,8% der Gesundheitsausgaben aufgewendet. Damit liegt Österreich deutlich unter dem EU-15-Schnitt von 6,4%. Deutschland etwa gibt 8,3%, Großbritannien sogar 9,6% für seine Jugend aus.

Individualbeschwerden von Eltern, aber auch amtswegige Überprüfungen der Volksanwaltschaft belegen zudem, dass es keine Selbstverständlichkeit ist, dass chronisch kranke Kinder gemeinsam mit Gleichaltrigen Horte, Kindergärten oder Schulen besuchen können. Das „Sorgen“ um ein chronisch krankes Kind kostet Lebenskraft, Zeit und Geld und erschwert soziale Kontakte enorm. Die damit verbundene Schicksalsbewältigung kann die Gesellschaft betroffenen Familien ohnehin nicht abnehmen. Viele engagierte Eltern machen leider die Erfahrung, dass auch mögliche Hilfen hart erkämpft werden müssen. Kinder mit Unterstützungsbedarf werden auf ihre Erkrankung reduziert, als Belastung wahrgenommen oder als Kostenfaktor betrachtet. Selbst wenn sie aufgenommen werden, schließt man sie von schulischen Veranstaltungen und Ausflügen aus, wenn deren Versorgung auch in dieser Zeit nicht von Angehörigen übernommen oder finanziert wird. Unterstützung und Verständnis durch Bildungseinrichtungen fehlt, obwohl es natürlich auch positive Beispiele gibt. **Wer die Inklusion will, sucht Wege. Wer sie nicht will, findet Begründungen.**

Erwartet wird leider viel zu oft, dass Minderjährige sich an Gegebenheiten in den Betreuungseinrichtungen anpassen sollen. Umgekehrt müsste es sein: Kindergärten und Schulen sollen sich auf die konkreten Bedürfnisse der Minderjährigen mit chronischen Erkrankungen einstellen. Das gelebte



Prinzip „Wer nicht hinein passt, wird ausgesondert“ stellt nichts anderes als eine direkte Diskriminierung dar. Zudem steigt der Druck auf Eltern, auf den Hort und Kindergartenbesuch doch besser zu verzichten und später pflegebedarfskompatiblere Angebote im Sonderschulwesen anzunehmen.

Bereits bei der Einführung eines verpflichtenden aber dann auch kostenlosen Kindergartenjahres ab dem 5. Lebensjahr wurde verschwiegen, dass es angesichts einer Ausnahmeregelung eine wesentliche Gruppe von „Verlierern“ gibt. Es sind dies die Kinder mit Gesundheits- und Entwicklungsbeeinträchtigungen. Trotz Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz müssen nicht alle Kinder aufgenommen werden. In der entsprechenden 15a-B-VG Vereinbarung findet sich folgender Passus: „Ausgenommen sind Kinder, die vorzeitig die Schule besuchen sowie jene, denen aufgrund einer Behinderung oder aus medizinischen Gründen bzw. aufgrund eines besonderen sonderpädagogischen Förderbedarfs der Besuch des Kindergartens nicht zugemutet werden kann“. Was in der politischen Diskussion als Beitrag zur Wahlfreiheit der Eltern in kritischen Situationen verkauft wird, ist in Wahrheit ein Ausschlusskriterium. Kindergärten leiten daraus ab, dass sie solche Kinder gar nicht erst aufnehmen müssen. Statt entsprechende räumliche und personelle Voraussetzungen zu schaffen, geht man den kostengünstigeren Weg, diese Kinder von der Kindergartenpflicht zu entbinden. Blanker Zynismus ist das und im Kern eine Menschenrechtsverletzung.

### **Die heutige Enquete behandelt sicher kein „Orchideenthema“.**

Rund 190.000 Kinder und Jugendliche in Österreich haben chronische Erkrankungen. Dazu zählen Diabetes oder Asthma, Epilepsie, Bluthochdruck, Rheuma, Neurodermitis, Migräne, Autismus etc. Auch komplexere Erkrankungen, welche die Verwendung von Hilfsmitteln wie Pumpen, Sonden, Katheder erfordern, fallen darunter. Kinder- und Jugendärzte registrieren mit wachsender Sorge einen deutlichen Wandel im Gesundheitszustand der Kinder. Während sich schwere Infektionskrankheiten weiterhin im Rückzug befinden, nehmen chronische Gesundheitsstörungen mit beunruhigender Geschwindigkeit zu. Auf dieses Problem macht die Liga für Kindergesundheit Jahr für Jahr aufmerksam.

Minderjährige aus sozial benachteiligten Familien (AlleinerzieherInnen, geringes Bildungsniveau, Migrationshintergrund etc.) haben oft schon im frühesten Kindesalter einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger psychische Probleme als ihre Altersgenossen aus einkommensstarken Familien. Maßnahmen der Früherkennung in Kombination mit gezielter Förderung würden einen wichtigen Beitrag zu mehr gesundheitlicher und damit auch bildungsmäßiger Chancengleichheit darstellen. Selbiges gilt auch für die tausenden, unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge, die trotz Traumatisierungen in den Massenunterkünften der Erstaufnahmezentren keinen Zugang zu Therapieangeboten haben.

Kindergärten und Horte aber auch Pflichtschulen sind auf gesundheitliche Einschränkungen schlicht nicht vorbereitet und nicht entsprechend ausgestattet. Dass chronische Erkrankungen Stress verursachen oder die Konzentration beeinträchtigen können, Kinder durch die Nebenwirkungen von Therapien und Medikamenten mehr Pausen bräuchten, ihre Diäten und Verhaltensregeln tief in den Alltag eingreifen, wird ausgeblendet. Manchmal wäre es nur wichtig, zu wissen, wie man im Notfall richtig zu handeln hat. Manche Minderjährige benötigen die Aufmerksamkeit eines Erwachsenen, der z.B. Zahlenwerte überprüft. Einige Kinder benötigen einfache, andere auch anspruchsvolle Hilfeleistungen zur Bewältigung des schulischen Alltags. Auf jeden Fall hat eine Erkrankung und ihr Management enorme Bedeutung für die kindliche Lebenswelt. Die Erfahrung von Bildungseinrichtungen so angenommen zu werden, wie man ist oder wegen der Erkrankung ausgegrenzt, gehänselt und im Stich gelassen zu werden, prägt aber das Sozialverhalten und die Bildungschancen.

Ein Bildungssystem, das nicht auch danach trachtet, gesundheitliche Einschränkungen kompensieren oder zumindest minimieren zu helfen, verursacht enorme gesellschaftliche Folgekosten. Chronisch kranke Kinder tragen diese ein Leben lang mit. Sie haben mehr schulische Fehlzeiten und sind auch als Erwachsene deutlich kränker als der Rest der Bevölkerung. Mehr als 8.000 Jugendliche brechen in Österreich jedes Jahr frustriert und demotiviert vorzeitig die Schule ab. 75.100 junge Menschen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren sind laut eines Forschungsberichts

der Johannes Kepler Universität von April 2015 jährlich in Österreich weder beschäftigt noch in Ausbildung. Das Arbeitsmarktservice und das Sozialministeriumsservice stehen vor der Situation, auch Jugendlichen mit abgebrochener Schulausbildung Angebote machen zu müssen, um massive Bildungsdefizite und fehlende Schulabschlüsse auszugleichen. Sinnvoller wäre es, die Schulen gleich so auszugestalten, dass man möglichst viele gleich von Beginn an mitnimmt und nicht fallen lässt.

Mit allergrößter Wertschätzung für viele Pädagoginnen und Pädagogen, die ihr Bestes geben und sich freiwillig einsetzen, engagieren und das Risiko von über Erste Hilfe hinausgehende Tätigkeiten auf sich nehmen: Gesundheitsförderung im Setting von Bildungseinrichtungen kann und darf nicht unkoordiniert erfolgen und von Zufällen oder Wohlwollen abhängig sein.

Inklusion bedeutet, dass Maßnahmen für alle Kinder und Jugendlichen, egal ob chronisch krank oder mit Beeinträchtigung, individuell geplant und umgesetzt werden. Im Idealfall entlang skandinavischer Modelle oder wie in den USA durch „school nursing“. Speziell dafür ausgebildetes und mit allen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Sozial- und Gesundheitsdiensten der Region vernetztes Personal übernimmt dort:

- die direkte pflegerische Versorgung bei Verletzungen, Notfällen, akuten oder chronischen Erkrankungen
- die Betreuung von Kindern mit speziellen Bedarfen
- die Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung von und mit Kindern, Impfberatungen und Impfungen etc.
- die Erhebung gesundheitsbezogener Probleme und Bedarfe sowie die Entwicklung und Durchführung entsprechender Angebote für Kinder
- die Information, Schulung, Beratung und Unterstützung auch der Eltern
- das Schaffen eines gesundheitsunterstützenden und sicheren schulischen Umfeldes, Verwaltung von Medikamenten,

- Kommunikation, Kooperation und Vermittlung an Gesundheitsdienstleister
- Unterstützung der Lehrkräfte und weiterer schulischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Hindernisse sind daher auch in Österreich aus dem Weg zu räumen. Starre Kompetenzen auf Bundesebene, machtpolitische Bund-Länder Rängeleien oder ideologisch-parteilich motiviertes Gezerre um Schulkompetenzen lösen keine Probleme.

Die Volksanwaltschaft wird nach besten Kräften Wege und Möglichkeiten der Verbesserung und der Umsetzung menschenrechtlicher Verpflichtungen aufzeigen. Deshalb sind wir heute hier.

Danke für Ihr Interesse.

BMG SC Hon.Prof. Dr. Gerhard Aigner

## Chronisch kranke Schüler im Schulsystem

Der rechtliche Rahmen für Gesundheitsberufe

### Einleitung

---

An der Spitze zur Beantwortung der Frage, welche Personen berechtigt sind, medizinische Leistungen an Schülerinnen und Schülern im Rahmen des Schulunterrichts zu erbringen, um diesen die Teilnahme daran zu ermöglichen, steht die im ärztlichen Berufsrecht weit gezogene Definition des ärztlichen Berufes einschließlich der Regelung, dass diese Tätigkeiten Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind.<sup>1</sup> Danach fallen sämtliche Tätigkeiten, die auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründet sind und unmittelbar am oder mittelbar für den Menschen ausgeübt werden, in den ärztlichen Tätigkeitsbereich.<sup>2</sup> Dies führte im Zuge der Entwicklung des Gesundheitssystems in Österreich<sup>3</sup> seit jeher zu einer Reihe von rechtlichen Regelungen, die medizinische Berufsfelder auch anderen Gesundheitsberufen eröffnen,<sup>4</sup> kann doch nach dem ärztegesetzlichen Arztvorbehalt eine rechtmäßige Ausübung ärztlicher Tätigkeiten durch Nicht-Ärzte nur auf der Grundlage einer speziellen gesetzlichen Erlaubnis erfolgen.<sup>5</sup> Aus der gegenwärtigen Vielzahl gesetzlicher Regelungen nichtärztlicher

- 1 Siehe dazu Wallner, Berufsrecht der Ärzte, in: Handbuch Medizinrecht (Resch/Wallner [Hrsg]), 514ff.
- 2 Siehe § 2 ÄrzteG 1998, BGBl I 1998/169, mit umfangreicher demonstrativer Aufzählung, iVm § 3 leg. cit.
- 3 Siehe dazu einen kurzen historischen Überblick bei Aigner, Das ärztliche Berufsrecht, in: Handbuch Medizinrecht für die Praxis (Aigner et al. [Hrsg]), III/3.
- 4 So wurden Hebammen bereits ab dem 18. Jahrhundert zunehmend gesetzlichen Regelungen unterworfen; siehe dazu Hausreither, Das Berufsrecht der Hebamme, in: Handbuch Medizinrecht für die Praxis (Aigner et al. [Hrsg]), III/196/a.
- 5 Siehe Aigner/Kierein/Kopetzki, Ärztegesetz 19983 (2007), § 3 Anm 12.

Gesundheitsberufe sei etwa auf das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG),<sup>6</sup> das Sanitätergesetz (SanG),<sup>7</sup> das Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz)<sup>8</sup> und das Medizinische Assistenzberufe-Gesetz (MABG)<sup>9</sup> verwiesen. All diesen Gesetzen ist eigen, dass sie – gleich dem „Vorbild“ des Arztvorbehalts – nun ihrerseits die Ausübung der dem jeweiligen nichtärztlichen Gesundheitsberuf zustehenden Tätigkeiten diesem vorbehalten.<sup>10</sup>

Inwiefern nun vor dem Hintergrund dieses Reglements für die Ausübung von Gesundheitsberufen auch Laien medizinisch-ärztliche Tätigkeiten ausüben können, sei in der Folge dargestellt.

## Die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten durch medizinische Laien

---

Dass der reine Wortlaut des im Ärztegesetz 1998 formulierten Arztvorbehalts zu überschießenden Ergebnissen führt, liegt auf der Hand, wäre demnach beispielsweise doch bereits das schlichte Feststellen der Körpertemperatur eines Menschen mittels eines handelsüblichen Fieberthermometers als eine letztlich auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit zu qualifizieren und damit Ärzten vorbehalten bzw. bedürfte es spezieller Regelungen für die Vornahme durch andere Personen. Die Materialien zu Vorgängerregelungen im Ärztegesetz des Jahres 1949 lassen freilich erkennen, dass der Gesetzgeber ein derart umfassendes Verständnis nicht im Sinne hatte<sup>11</sup> und es daher naheliegend erscheint, darauf abzustellen, ob eine Tätigkeit lediglich auf einem Allgemeinwissen beruht, das jeder Durchschnittsmensch normalerweise aufweist, oder

6 BGBl I 1997/108.

7 BGBl I 2002/30.

8 BGBl 1992/460.

9 BGBl I 2012/89.

10 Siehe zB § 105 Abs 1 Z 1 und 2 GuKG.

11 Vgl den AB 838 BlgNR 5. GP, 3.

ob eine Tätigkeit auf Kenntnisse gestützt wird, die im allgemeinen nur durch das Studium der Medizin vermittelt werden.<sup>12</sup> Dies kommt auch in den Materialien zur 5. Ärztegesetznovelle<sup>13</sup> zum Ausdruck, die festhalten, dass mangels Notwendigkeit einer entsprechenden Ausbildung ua die Vornahme von Tätigkeiten wie das erwähnte Fiebermessen oder eine einfache Wundversorgung durch Laien keiner in § 50a Ärztegesetz 1998 geregelten ärztlichen Delegation an diese bedürfen.<sup>14</sup> In gleicher Weise ist auch die bloße Ausgabe von Arzneimitteln zu sehen.

Es lässt sich damit an dieser Stelle festhalten, dass Tätigkeiten, mögen ihnen auch medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse zugrunde liegen, ohne weiteres von medizinischen Laien vorgenommen werden können, wenn dafür keinerlei Ausbildung oder fachliche Instruktion durch Angehörige eines Gesundheitsberufes erforderlich ist; mit anderen Worten, ob Laienwissen ohne Gefährdung des Patienten ausreicht und sich eben deshalb die Frage nach dem Arztvorbehalt überhaupt nicht stellt. Es kann kein Grund erkannt werden, weshalb dies im Schulbereich nicht zum Tragen kommen könnte. Die Grenze dieser Laintätigkeit liegt dort, wo medizinisch-ärztliches bzw. pflegerisches Fachwissen Voraussetzung für die fachgerechte Durchführung der Tätigkeit ist bzw. erst aufgrund solchen Fachwissens Selbst- und Fremdgefährdung vermieden werden kann.<sup>15</sup>

Nunmehr gilt es sich der Frage zu widmen, ob und wie weit den Ärzten vorbehaltene Tätigkeiten an Laien delegierbar sind, es dafür aber der Vermittlung notwendiger Kenntnisse und Fertigkeiten bedarf.

Dem diesbezüglichen Regelungsbedarf hat der Gesetzgeber durch die 5. Ärztegesetz-Novelle, BGBl I 2003/140, entsprochen und dafür im § 50a

<sup>12</sup> Dazu ausführlich Mayer, Berufsumfang des Apothekers, in: Apotheke und Recht, Festschrift Herbert Feigl (1993), S 28ff (30), mit weiteren Beispielen, etwa der Vorbeugung vor und dem Umgang mit einem Sonnenbrand.

<sup>13</sup> BGBl I 2003/140.

<sup>14</sup> Siehe die RV 306 BlgNR 22. GP, 15f.

<sup>15</sup> Vgl Erlass des BMG vom 2.3.2011, GZ BMG-92251/0013-II/A/2/2011.

Ärztegesetz 1998 ein entsprechendes Regime festgelegt.<sup>16</sup> Demnach kann der Arzt

- im Einzelfall
- einzelne ärztliche Tätigkeiten
- an Angehörige des Patienten,
- Personen, in deren Obhut der Patient steht, oder
- an Personen, die zum Patienten in einem örtlichen und persönlichen Naheverhältnis stehen,

übertragen, sofern sich

der Patient nicht in einer Einrichtung, die der medizinischen oder psychosozialen Behandlung, Pflege oder Betreuung dient, befindet.

Zuvor hat der Arzt der Person, an die die Übertragung erfolgen soll, die erforderliche Anleitung und Unterweisung zu erteilen und sich zu vergewissern, dass diese über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt.

Der Arzt hat auf die Möglichkeit der Ablehnung der Übertragung der in Frage kommenden ärztlichen Tätigkeiten gesondert hinzuweisen. Sonstige familien- und pflegschaftsrechtlich gebotene Maßnahmen sowie § 49 Abs. 3 Ärztegesetz 1998<sup>17</sup> bleiben unberührt.

Eine berufsmäßige Ausübung dieser übertragenen ärztlichen Tätigkeiten, auch im Rahmen nicht medizinischer Betreuung, ist untersagt.

16 Die durch die Novelle BGBl I 2008/57 mit § 50b Ärztegesetz 1998 geschaffene Delegationsregelung an Betreuungskräfte im Anwendungsbereich des Hausbetreuungsgesetzes und an Gewerbetreibende, die das Gewerbe der Personenbetreuung nach den Bestimmungen der GewO 1994 ausüben, ist im gegebenen Zusammenhang ohne Relevanz.

17 Diese Gesetzesstelle regelt die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Angehörige anderer Gesundheitsberufe bzw. in Ausbildung zu diesen Stehende und hat daher im vorliegenden Zusammenhang keine Relevanz.



Es sind keine Zweifel erkennbar, weshalb die dargestellte Regelung des § 50a Ärztegesetz 1998 nicht auch im Schulbereich Anwendung finden könnte (arg.: „Obhut“).<sup>18</sup>

§ 50a Ärztegesetz 1998 enthält keine Festlegung, welche Tätigkeiten an Laien delegiert werden dürfen. Die einzige Grenze besteht daher darin, dass vom Arzt nur solche Tätigkeiten delegiert werden dürfen, deren ordnungsgemäße Durchführung von der Person, an die delegiert wird, aufgrund ihrer Persönlichkeit und ihrer Fähigkeiten gegenüber einem allfälligen Gefahrenpotenzial erwartet werden kann.<sup>19</sup> Das konkrete Ausmaß ist vom Arzt im konkreten Einzelfall zu beurteilen.<sup>20</sup> Besondere Bedeutung kommt dem Umstand zu, dass niemand dazu gezwungen werden kann, die Übertragung einer ärztlichen Verrichtung auch anzunehmen. Auf die Möglichkeit der Ablehnung hat der Arzt vielmehr gesondert hinzuweisen.

## Schlussbetrachtung

---

Abgesehen von Tätigkeiten, die mangels jedweder fachlicher Anforderungen jederzeit von Laien vorgenommen werden dürfen, eröffnet das Delegationsregime des § 50a Ärztegesetz 1998 durchaus ein weiteres Spektrum ärztlicher Tätigkeiten, die bei Einhaltung der im Gesetz normierten Voraussetzungen ebenso von Laien und damit auch von Mitarbeitern im Schulbereich vorgenommen werden dürfen. Dies relativiert nicht unwesentlich den Eindruck, der zunächst bei bloßer Kenntnis des Arztvorbehalts entstehen könnte. Es muss freilich der subjektiven Selbsteinschätzung des Laien überlassen bleiben, ob er sich tatsächlich zumutet, eine an ihn gerichtete Delegation einer ärztlichen Tätigkeit anzunehmen. An der Freiwilligkeit kann kein Weg vorbei führen.

<sup>18</sup> In diese Richtung auch BMGF vom 15.3.2005, GZ 92101/002-Stab I/B/2005, und Wallner, Handbuch Ärztliches Berufsrecht, S 110, Anm 459 mit ausdrücklicher Erwähnung der Lehrer.

<sup>19</sup> Siehe nochmals Wallner, Handbuch, S 110.

<sup>20</sup> Siehe nochmals die RV 306 BlgNR 22. GP, 14.

## Impressum

Volksanwaltschaft  
Singerstraße 17  
Postfach 20, 1015 Wien

Tel.: +43 (0)1 515 05-0  
Fax: +43 (0)1 515 05-190

[www.volksanwaltschaft.gv.at](http://www.volksanwaltschaft.gv.at)  
[post@volksanwaltschaft.gv.at](mailto:post@volksanwaltschaft.gv.at)

Kostenlose Servicenummer:  
0800 223 223

Wien, November 2016

ISBN 978-3-9503415-1-5