

Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie

Aktualisierung 2024



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK),
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlagsort: Wien

Herstellungsort: Wien

Autorinnen: Theresa Bengough, Daniela Kern, Lisa Gugglberger, Tonja Ofner, Petra
Winkler (Gesundheit Österreich GmbH)

Fachliche Begleitung: Dr.ⁱⁿ Sarah Czernin, Mag.^a Judith Benedics

Druck: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
(BMSGPK), Abteilung VII/A/3 Mutter-, Kind- und Gendergesundheit, Ernährung.

Copyright Titelblatt: ©istockphoto.com/StockPlanets

Wien, 2024. Stand: 13. Jänner 2025

Copyright und Haftung:

Ein auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Speicherung auf Datenträgern zu kommerziellen Zwecken sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.); Titel der jeweiligen Publikation, Erscheinungsjahr.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und der Autorinnen / der Autoren ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorinnen / der Autoren dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Download: Diese und weitere Publikationen können als Download über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter <http://www.sozialministerium.at/broschuerenservice> bezogen werden.

Vorwort



Johannes Rauch
© Marcel Kulhanek

Die persönliche Gesundheit ist komplex und hat viele Facetten – gerade bei Kindern und Jugendlichen. Sie kann nicht isoliert betrachtet werden. Viel mehr gilt es, die vielfältigen Einflussfaktoren und Interaktionen mit sozial relevanten Faktoren miteinzubeziehen. Dies betrifft etwa soziodemographisch erfassbare Dimensionen wie Bildungsstand, Einkommen, Geschlecht aber auch genetische und epigenetische Bedingungen. Die Phasen der (frühen) Kindheit und des Jugendalters sind gesundheitspolitisch so bedeutsam, weil in diesen Phasen der Grundstein für die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf gelegt wird. Sie sind aber auch mit vielfältigen persönlichen und sozialen Herausforderungen verbunden und von Entwicklungsrisiken und –chancen abhängig.

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass aus Empfehlungen eines Strategiepapiers zentrale Maßnahmen abgeleitet und in die Realität umgesetzt werden können. So waren die Frühen Hilfen als vorrangig präventive Intervention im Frühbereich eine Empfehlung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie im Jahr 2014; seither wurden sie ausgerollt und stehen seit kurzem bundesweit für Familien und deren Kinder zur Verfügung.

Wenn wir die bestmögliche Gesundheit von Kinder und Jugendlichen in Österreich ermöglichen wollen, müssen wir die Herausforderungen identifizieren. Dabei hilft die nunmehr neu überarbeitete und mit zentralen Akteur:innen abgestimmte Strategie: Sie zeigt auf, wo die Herausforderungen in den einzelnen Bereichen der Gesundheit liegen und schlägt objektive Kriterien und Parameter vor, wie die Qualität der empfohlenen Maßnahmen gemessen werden kann.

Johannes Rauch
Bundesminister

Inhalt

Vorwort	3
Fachliche Begleitung	6
Einleitung	9
Methode bei der Überarbeitung der Strategie	11
Alt versus neu – die Unterschiede auf einen Blick	13
Grundlagen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie	14
Themenfeld 1: Gesellschaftlicher Rahmen	17
Ziel 1: Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen berücksichtigen	18
Ziel 2: Politikübergreifende Verantwortung für Gesundheit wahrnehmen	19
Themenfeld 2: Gesunder Start ins Leben	21
Ziel 3: Bei Schwangerschaft und Geburt die Basis für einen guten Start legen	22
Ziel 4: In der frühen Kindheit Weichen für langfristige Gesundheit stellen	26
Themenfeld 3 Gesunde Entwicklung	30
Ziel 5: Lebens- und Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken	31
Ziel 6: Bildung als gesundheitsfördernden Einflussfaktor nutzen	33
Ziel 7: Bewegung von Kindern und Jugendlichen ermöglichen und fördern	36
Ziel 8: Gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen ermöglichen und fördern	38
Themenfeld 4: Lebensraum für Kinder und Jugendliche	40
Ziel 9: Settings gesundheitsförderlich gestalten	41
Ziel 10: Klimagerechte Mobilität für Kinder und Jugendliche gestalten	43
Ziel 11: Frei- und Naturräume für Kinder und Jugendliche planen und erhalten	45
Ziel 12: Kinder- und jugendgerechte Wohn- und Baukultur forcieren	47
Ziel 13: Digitalen Raum als Einflussfaktor für Gesundheit anerkennen und nutzen	48
Themenfeld 5: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit	52
Ziel 14: Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche sichern	53
Ziel 15: Chancengerechtigkeit für gesundheitlich benachteiligte Kinder und Jugendliche sichern	57
Ziel 16: Früherkennung und gezielte Förderung bei Kindern und Jugendlichen verbessern	61
Themenfeld 6: Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche	63
Ziel 17: Kinder und Jugendliche in die Gestaltung von Versorgung einbinden	64
Ziel 18: Pädiatrische Grundversorgung optimieren	65

Ziel 19: Verfügbarkeit kindgerechter Arzneimittel verbessern.....	67
Ziel 20: Pädiatrische Kompetenz in der Notfallversorgung stärken.....	68
Ziel 21: Nahtstellenmanagement flächendeckend etablieren.....	69
Ziel 22: Versorgung mit Fachkräften im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich sicherstellen	71
Themenfeld 7: Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit spezifischen Erkrankungen	75
Ziel 23: Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen gewährleisten	76
Ziel 24: Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen bzw. -auffälligkeiten gewährleisten	78
Ziel 25: Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen gewährleisten	80
Ziel 26: Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen verbessern	82
Ziel 27: Pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung ausbauen.....	83
Resümee.....	86
Literaturverzeichnis	88
Abkürzungen.....	92

Fachliche Begleitung

Mitglieder des Komitees für Kinder- und Jugendgesundheit:

Gülhan Bastürk	BMDW
Doris Cekan	Landessanitätsdirektion Kärnten
Caroline Culen	Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit
Sarah Czernin	BMSGPK
Stephanie Deimel	bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit
Stephanie Drahos	DVSV
Doris Duch	BMI
Freia Forster	Initiative „Tut gut!“ NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
Monika Gebetsberger	Amt der OÖ Landesregierung
Helga Haftner	BKA
Petra Juhasz	Amt der Salzburger Landesregierung
Reinhold Kerbl	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheil- kunde, LKH Hochsteiermark Standort Leoben
Daniela Kern-Stoiber	Bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit
Vera Krambeer	ÖGK, Expertisezentrum für Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health
Verena Krammer	ÖGK-ST
Birgit Kraus	Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Margarete Lässig	MA 15, Gesundheitsdienst der Stadt Wien
Markus Lechner	Amt der Tiroler Landesregierung
Robert Lender	BKA
Hubert Löffler	Dachverband Österreichischer Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen (DÖJ)
Esther Lurf	BMBWF
Claudia Mark	Amt der Tiroler Landesregierung
Andreas Maier	BMSGPK
Heike Mennel-Kopf	Land Vorarlberg
Robert Moschitz	BMKÖS
Sebastian Muckenhuber	Bundesjugendvertretung (BJV)
Thomas Müller	Amt der Vorarlberger Landesregierung
Cosima Pilz	Umwelt-Bildungs-Zentrum Steiermark
Anna Riebenbauer	BMSGPK

Christine Rühle	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde
Martin Schenk-Mair	Diakonie Österreich
Kathrin Schindelar	BKA
Karin Schindler	BMSGPK
Edith Schmid	BV der Elternvereine
Andreas Schneider	NÖ Gesundheits- und Sozialfonds
Alice Schogger	BMF
Wolfgang Sperl	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde
Thomas Stickler	BMKÖS
Alexander Strelt	Caritas Österreich
Robert Thaler	BMK
Ulrike Toyooka	BMJ
Petra Völkl	BMK
Karina Wapp	Amt der Burgenländischen Landesregierung
Adelheid Weber	BMSGPK
Marianne Wenk	BMF
Melanie Wohlgenannt	Amt der Tiroler Landesregierung
Simon Zirkowitsch	BKA

Folgende Institutionen waren bei Arbeitsgruppensitzungen vertreten

Allgemeines Krankenhaus (AKH)
 Bundesjugendvertretung (BJV)
 Bundeskanzleramt (BKA)
 Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (BMAW)
 Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF)
 Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie (BMK)
 Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlicher Dienst und Sport (BMKÖS)
 Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
 bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit (boJA)
 Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV)
 Deutschsprachige Studentenvertretung Semmelweis
 Institut für Erziehungshilfe (Child Guidance Clinic)
 Hebammengremium

Kepler Universitätsklinikum
Klimabündnis Österreich
Klinik Ottakring
Land Burgenland
Medizinische Universität
Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)
Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit
SOLVE Consulting
Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m. b. H. (KAGes)
UBZ Steiermark
Vorarlberger Landesregierung

Einleitung

Hintergrund der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie

In Österreich leben aktuell 1.730.794 Kinder und Jugendliche im Alter von unter zwanzig Jahren, das entspricht 19 Prozent der Gesamtbevölkerung (Bevölkerung nach Alter/Geschlecht; STATISTIK AUSTRIA – Die Informationsmanager). Die Krankheitslast in dieser Gruppe ist im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen gering, aber im Steigen begriffen (v.a. bei chronischen Erkrankungen wie z.B. Adipositas oder psychische Erkrankungen). Die Forschung der letzten Jahre belegt eindrücklich: Gesundheit im Kindesalter bestimmt den Gesundheitszustand während des gesamten Lebens und wird über Generationen weitervererbt. Allerdings mehren sich nicht erst mit Auftreten der COVID-19-Pandemie die Hinweise sowohl aus dem Versorgungs- als auch aus dem wissenschaftlichen Bereich, dass sich der Gesundheitszustand und die soziale Lage von Kindern und Jugendlichen verschlechtern haben (RKI 2022). Gesundheitsbedrohungen, wie z. B. ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung, aber auch soziale Herausforderungen, wie steigende Armut, haben weitreichende Folgen für Kinder und Jugendliche und auch für das spätere Erwachsenenalter (Lampert/Kuntz 2019). Die Gesundheit der Jüngsten unserer Gesellschaft sollte im Zentrum gesundheitspolitischer sowie gesellschaftlicher Interessen stehen.

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist eines der wichtigsten gesundheitspolitischen Anliegen. Für die nachhaltige Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich, erarbeitete das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ab 2010 in einem breiten Dialog mit relevanten Stakeholdern eine **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie**. Diese war in ihrer Entwicklung vom „Health in All Policies (HiAP)“-Ansatz geprägt und orientierte sich an den Determinanten von Gesundheit. Demgemäß war ein großer Teil der Inhalte der Strategie den Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit gewidmet. Aber auch die Versorgung (kranker) Kinder und Jugendlicher stand im Fokus der Strategie.

Für die Weiterentwicklung und Umsetzung der Strategie, wurden im Jahr 2016 eine **Koordinationsstelle für Kinder- und Jugendgesundheit** an der Gesundheit Österreich GmbH sowie ein Komitee für Kinder- und Jugendgesundheit eingerichtet. Dieses ist intersektoral besetzt, sodass eine politikfeldübergreifende Zusammenarbeit bzw. Vernetzung in Belangen der Kinder- und Jugendgesundheit gefördert und der „Health in All-Policies“-Ansatz gestärkt werden können. Die Koordinationsstelle unterstützt das Komitee seither fachlich. Parallel zu diesen Entwicklungen wurden in einem breit angesetzten und interdisziplinären Dialog die **zehn Gesundheitsziele für Österreich** entwickelt. Bis zum Jahr 2032 bilden diese den Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik. **Gesundheitsziel 6** „Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen“ konnte auf Vorarbeiten des Komitees und der Koordinationsstelle zurückgreifen. Um Synergien zu nutzen, wurden die Agenden von Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie und Gesundheitsziel 6 zusammengeführt. Durch den regelmäßigen intersektoralen Austausch innerhalb des Komitees können Synergien gut genutzt sowie gemeinsame Ideen entwickelt werden.

Warum eine neue Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie?

Im Jahr 2021 wurde das zehnjährige Bestehen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie gefeiert. Dazu veranstaltete das BMSGPK eine **Jubiläumsveranstaltung**, die zum Ziel hatte, über den Stand der Umsetzung der Strategie Resümee zu ziehen. Im Rahmen der Veranstaltung wurde diskutiert, welche Bereiche und Ziele der Strategie als erfolgreich umgesetzt beurteilt werden können und in welchen Bereichen weitere/intensivere Anstrengungen unternommen werden müssen. Außerdem wurde diskutiert, welche (neuen) Herausforderungen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit im Jahr 2021 vordringlich sind und somit in eine überarbeitete Version der Strategie aufgenommen werden sollten. Die Jubiläumsveranstaltung ermöglichte einen intersektoralen und interprofessionellen Austausch. Um für diesen eine geeignete Grundlage zu haben, wurden sogenannte **Mini-Updates** für die (damals) fünf Themenfelder der Strategie aufbereitet. Anhand zentraler Indikatoren wurde aufgezeigt, was sich innerhalb dieser zehn Jahre Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie verändert hatte. Das Ergebnis war eindeutig: Die Strategie war nach wie vor relevant, benötigte aber eine Überarbeitung hinsichtlich neuer, zu ergänzender Handlungsfelder und somit zusätzlicher Ziele.

Methoden bei der Überarbeitung der Strategie

Für die Überarbeitung der Strategie wurden Arbeitsgruppen etabliert, die thematisch und in Anlehnung an die fünf Themenfelder der alten Strategie besetzt wurden (siehe fachliche Begleitung). In mehreren Sitzungen (virtuell und in Präsenz) wurden alle Themenfelder der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie hinsichtlich Relevanz und Aktualität überprüft. Dabei standen vor allem die Ziele, die den Themenfeldern der Strategie zugeordnet waren, im Vordergrund:

- Werden die einzelnen Ziele noch benötigt?
- Sind Umformulierungen oder Ergänzungen notwendig?
- Können Ziele sinnvollerweise zusammengeführt oder verschiedene Themen in Zielen getrennt werden?

Einbindung der Zielgruppe

Bei der Überarbeitung der Strategie war es ein Anliegen, die eigentliche **Zielgruppe**, nämlich Kinder und Jugendliche, selbst **Einfluss auf die Inhalte nehmen zu lassen**. Um die Meinungen und Perspektiven von Jugendlichen zu einzelnen Themen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie einzuholen, wurden Daten in zwei Jugendgesundheitskonferenzen in der Steiermark erhoben. Insgesamt konnte man auf beiden Jugendgesundheitskonferenzen etwa 1.950 Jugendliche erreichen.

Mit der Befragung sollte überprüft werden, welche Themen Kindern und Jugendlichen in Bezug auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden wichtig sind. Für die Datenerhebung wurde ein Methodenmix angewendet: Einerseits wurde den Jugendlichen ein qualitatives Interview angeboten, andererseits konnten sie ihre Anmerkungen auf Post-it verschriftlichen. Letzteres war die beliebteste Form der Partizipation unter den Jugendlichen: Insgesamt wurden 635 Post-it eingesammelt und analysiert. Die Ergebnisse dieses **partizipativen Elements** wurden insofern in die Strategie übernommen, als ein Abgleich der Themen, die aus Sicht der Jugendlichen relevant waren, in die Strategie eingearbeitet wurden. So nannten beispielsweise Jugendliche besonders häufig Themen wie Familie, Freund:innen sowie Freizeit.

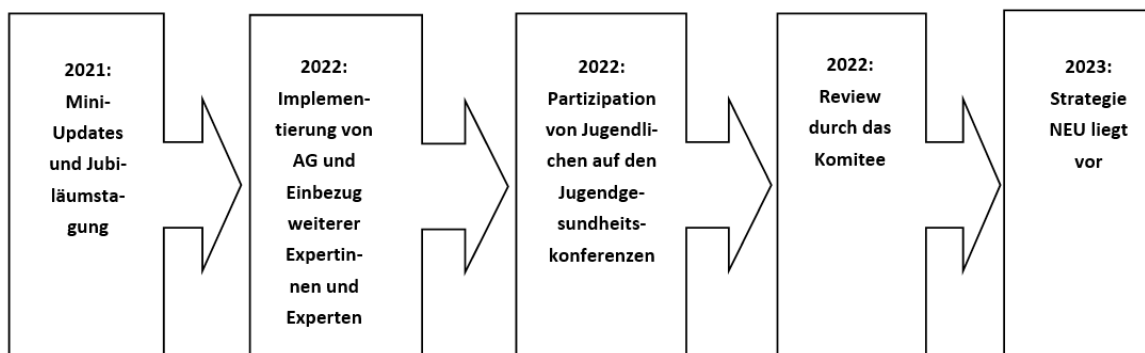
Reviewprozess

Als letzter Schritt der Überarbeitung der Strategie wurde eine von der Koordinationsstelle Kinder- und Jugendgesundheit erarbeitete Erstversion der Strategie einem **Review** unterzogen. Ziel war, Redundanzen aufzulösen, Inhalte zu überprüfen sowie eine Entscheidung zu treffen, ob der jeweilige Vorschlag des Indikatorensets pro Ziel sinnvoll war.

Die Einladung, sich am Review zu beteiligen, erging primär an das Komitee für Kinder- und Jugendgesundheit, an die Arbeitsgruppen (AG)-Leiter:innen der Gesundheitsziele, aber auch an relevante Institutionen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Insgesamt beteiligten sich 22 Personen aus den verschiedensten Institutionen am Review (siehe fachliche Begleitung).

An dieser Stelle werden noch einmal die methodischen Kernelemente, die in den Überarbeitungsprozess der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie eingeflossen sind zusammengefasst (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Überarbeitungsprozess



Quelle: GÖG

Alt versus neu – die Unterschiede auf einen Blick

Anlässlich ihres zehnjährigen Bestehens wurde die erstmals 2011 entwickelte Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie überarbeitet. Dafür wurde eine Reihe verschiedener methodischer Elemente angewandt (siehe Methode).

- **Indikatoren:** Jedes Themenfeld der Strategie wurde mit Indikatoren für die Evaluierung der Umsetzung hinterlegt. Dafür wurden sowohl Indikatoren, für die bereits Daten existieren, aber auch solche, deren Datengrundlage noch fehlt, identifiziert.
- **neues Themenfeld:** Die Strategie beinhaltet nach der Überarbeitung ein zusätzliches Themenfeld: „*Lebensraum*“, um den verschiedenen Orten, an denen Kinder und Jugendliche erreicht werden können, eine zentrale Rolle zu geben. Das Thema hat sich bereits bei der 10. Jahrestagung herauskristallisiert und im Rahmen der Diskussionen um das Themenfeld 3 „*Gesunde Entwicklung*“ wurde dies verstärkt.
- **Teilung Themenfeld „Versorgung“:** Das vormalige Themenfeld 5 wurde aufgrund des Ausmaßes in zwei Themenfelder aufgeteilt, um je einen Schwerpunkt zu setzen: einerseits auf *Versorgungsstrukturen* und andererseits auf *Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit spezifischen Erkrankungen*.
- **sensible Sprache:** Auch das Wording der Ziele (und Themenfelder) wurde überarbeitet. So wurde in der neuen Strategie darauf geachtet, von Zuschreibungen Abstand zu nehmen.
- **Zielformulierung:** Einige Ziele wurden umformuliert, erweitert oder zusammengeführt. Dies beruhte primär auf einer verbesserten Lesbarkeit und Vereinheitlichung der Titel durch das ganze Dokument hinweg.
- **Kooperation GZ:** Im Zuge dieser Neuauflage wurden Interviews mit den Leiter:innen aller GZ geführt, um konkrete Bezüge zur Kinder- und Jugendgesundheit herzustellen. Es stellte sich heraus, dass (fast) alle Maßnahmen der GZ Relevanz bzw. Anknüpfungspotenzial für die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie haben. Die Strategie wurde hinsichtlich dieser Schwerpunkte überprüft und, wo notwendig, wurde nachgeschärft (z. B. GZ 2 mit Schwerpunkt Räume und GZ 9 mit Schwerpunkt psychische Gesundheit).
- **Partizipation als Recht von Kindern und Jugendlichen:** Bei der Überarbeitung der Strategie war wichtig, die Stimmen der Jugendlichen zu hören und ihre Perspektiven einzubeziehen. Daher wurden mehrere Gruppen von Jugendlichen eingeladen, ihre Sichtweisen und Anliegen in den Prozess einzubringen. Das Recht von Kindern und Ju-

gendlichen, sich zu äußern und aktiv an Entscheidungen, die ihr Leben betreffen, mitzuwirken, ist ein Kernprinzip der Kinderrechte und muss bei der Umsetzung der Strategie noch stärker beachtet werden.

Grundlagen der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie

Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie basiert auf einer Reihe von zentralen Konzepten und Grundüberlegungen. Diese bilden das Fundament und ziehen sich wie ein roter Faden durch alle Themenfelder und Ziele der Strategie. Ihre Berücksichtigung ist entscheidend für eine effektive und dauerhafte Umsetzung der Strategie zum Wohle der Kinder und Jugendlichen in Österreich.

Einer dieser grundlegenden Aspekte ist das Verständnis und die Anerkennung der spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen. Unterschiede in beispielsweise Alter, Geschlecht, Gesundheitschancen, sozioökonomischem Status und Herkunft tragen zu dieser Heterogenität bei und stellen eine Herausforderung dar, der wir uns stellen müssen, um eine integrative und effektive Strategie zu entwickeln.

Intersektorale Zusammenarbeit und Dialog spielen dabei eine wichtige Rolle. Sie stärken die unerlässliche Kooperation zwischen allen Politikbereichen, um den gesundheitlichen Bedürfnissen der jungen Generation in allen Aspekten des öffentlichen Lebens gerecht zu werden. Das Spektrum dieser Politikbereiche ist breit gefächert und reicht von Bildung, Gesundheit und Soziales bis hin zu Umwelt, Verkehr, Stadtplanung uvm. Jeder dieser Bereiche hat direkten oder indirekten Einfluss auf die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen und damit auch auf ihre Gesundheit.

Die Kinderrechte sind ein weiterer zentraler Baustein dieser Strategie. Sie orientiert sich an der UN-Kinderrechtskonvention und versteht Kinderrechte als Querschnittsthema, das in alle Bereiche der Gesundheit einfließt. Der Schutz von Kindern und Jugendlichen ist dabei von zentraler Bedeutung und wird in allen Themenfeldern und Zielen berücksichtigt.

Partizipation, die aktive Beteiligung an Entscheidungsprozessen, ist ein wichtiges Prinzip. Sie ermöglicht die aktive Mitgestaltung von Lebenswelten. Dabei sind qualitativ hochwertige und sinnvolle Beteiligungsmöglichkeiten zu schaffen. Pseudobeteiligung ist zu vermeiden.

Die Digitalisierung und ihre weitreichenden Auswirkungen stellen eine weitere wesentliche Komponente dar. Sie beeinflusst nahezu alle Themenfelder und birgt sowohl Chancen als auch Risiken für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Eine sorgfältige Analyse und Integration dieser Aspekte in die Strategie sind entscheidend, um die Vorteile zu nutzen und potenzielle Risiken zu minimieren.

Um ein umfassendes und förderliches Umfeld für Kinder und Jugendliche zu schaffen, ist eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen Politikbereiche unerlässlich. Gemäß dem Grundsatz „Children and Youth in and for All Policies“ müssen alle Politikbereiche zusammenarbeiten, um die bestmöglichen Bedingungen für das Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen zu schaffen. Jeder Politikbereich muss seine Rolle erkennen und sich aktiv für die Belange von Kindern und Jugendlichen einsetzen.

Die Berücksichtigung von Geschlechtssensibilität, Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung ist ein weiterer wichtiger Aspekt der Strategie. Wir leben in einer vielfältigen Gesellschaft, in der jedes Kind und jeder Jugendliche das Recht hat, sich frei zu entfalten und akzeptiert zu werden. Daher müssen diese Aspekte in den verschiedenen Themenfeldern und Zielen berücksichtigt werden, um Diskriminierung zu vermeiden und gesundheitliche Chancengleichheit für alle Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung zu gewährleisten.

Die Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie erfordert Engagement, Kooperation und eine konsequente Orientierung an den Bedürfnissen und Rechten von Kindern und Jugendlichen. Ziel ist, ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen und jedem Kind und jeder bzw. jedem Jugendlichen die bestmöglichen Chancen zu eröffnen.

Gesundheitsziele Österreich

Die zehn Gesundheitsziele wurden ähnlich wie die Strategie für Kinder- und Jugendgesundheit in einem gemeinschaftlichen Prozess mit Vertreter:innen unterschiedlicher Politik- und Gesellschaftsbereiche erarbeitet. Sie werden bis 2032 gemeinsam mit den politikfeldübergreifenden Prozesspartner:innen und -partnern umgesetzt. Damit stellen die Gesundheitsziele die zentrale Public-Health-Strategie für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik in Österreich dar, die heute aktueller ist denn je. Die Gesundheitsziele verkörpern Gesundheit in allen Politik- und Gesellschaftsbereichen („Health in All Policies“ / HiAP).

Die Gesundheitsziele Österreich orientieren sich an einem umfassenden Gesundheitsbegriff und stellen die vielfältigen Einflussfaktoren für die Gesundheit (Determinanten der Gesundheit) in den Mittelpunkt.

Weitere relevante Strategien und Prozesse

Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie setzt darüber hinaus an verschiedenen Rahmenbedingungen und Vorarbeiten an, die hier aufgelistet werden sollen:

- Strategieprozess Zukunft Gesundheitsförderung (BMSGPK),
- UN-Kinderrechtskonvention,
- Sustainable Development Goals (SDGs),
- Zielsteuerung-Gesundheit (BMSGPK),
- Gesundheitsförderungsstrategie (BMSGPK),
- Krebsrahmenprogramm (BMSGPK),
- Österreichischer Strukturplan Gesundheit (BMSGPK),
- Österreichische Jugendstrategie (BKA),
- Nationaler Aktionsplan Ernährung (NAP.e; BMSGPK),
- Nationaler Aktionsplan Bewegung (NAP.b; BMKÖS),
- Nationaler Aktionsplan für Integration (NAP.i; BKA),
- klimaaktiv mobil Programm „Mobilitätsmanagement für Kinder und Jugendliche“ (BMK).¹

¹ Das Bundeskanzleramt führt eine Liste, die alle bekannten Nationalen Aktionspläne und Strategien umfasst, die sich an Jugendliche richten: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/jugend/oesterreichische-jugendstrategie/jugendscreening/nationale-aktionsplaene-und-strategien.html> [Zugriff am 05.06.2023]

Themenfeld 1:

Gesellschaftlicher Rahmen

Kinder und Jugendliche haben Bedürfnisse, die sich strukturell/substanziell von jenen der Erwachsenen unterscheiden. Deshalb ist wichtig, das Bewusstsein in der Gesellschaft für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen zu stärken, damit so ein kinder- und jugendfördernder gesellschaftlicher Rahmen geschaffen werden kann. Nahezu alle politischen Bereiche beeinflussen das Leben von Kindern und Jugendlichen. Das Verständnis für die Vielfalt der Einflussfaktoren auf Gesundheit ist Voraussetzung für eine umfassende Kinder- und Jugendgesundheitspolitik. Um die Verantwortung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen letztendlich auch gemeinsam zu tragen, ist die intersektorale Zusammenarbeit unumgänglich.

Jüngste Krisen, einzeln und auch gleichzeitig auftretend (z. B. Kriege, Klimawandel, COVID-19-Pandemie), haben einmal mehr die Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, vor allem auf die psychische Gesundheit, und damit die Komplexität der Zusammenhänge deutlich vor Augen geführt. Lösungen können nur in einem entsprechenden gesellschaftlichen Rahmen und unter Mitwirkung aller Ressorts gesucht werden.

Schon auf dieser Metaebene des gesellschaftlichen Rahmens und nicht nur auf der Ebene einzelner Maßnahmen ist wichtig, den Dialog mit Kindern und Jugendlichen zu führen. Es sollte zu einer Selbstverständlichkeit werden, Kinder und Jugendliche nach Maßgabe ihres Entwicklungsstandes in Entscheidungen, die ihre Lebenswelten beeinflussen (Kinderrechte Art. 12 „Achtung der Meinung von Kindern“), einzubeziehen. Partizipation spielt für das Themenfeld 1 eine bedeutsame Rolle.

Ziel 1: Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen berücksichtigen

Zielbeschreibung

Alle Politikbereiche sind gefordert, Kinder und Jugendliche in ihrem jeweiligen Wirkungsfeld mitzudenken und einzubeziehen. Es bedarf dabei eines lebensweltlichen Ansatzes, der die Rechte und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen wahrnimmt, die für ein gesundes Aufwachsen von Bedeutung sind. Gesundheitsbezogene Maßnahmen müssen somit auf den heterogenen Bedürfnissen von Kindern und Jugendliche aufbauen, um tragfähig zu sein.

Qualitätsvolle Partizipation und der Setting-/Lebensweltenansatz sind bereits etablierte Grundlagen von Gesundheitsförderung. Entsprechende Rahmenbedingungen, der politische Wille und adäquat geschulte sowie sensibilisierte Berufsgruppen sind erforderlich, um die Beteiligung junger Menschen strukturell zu verankern (Children and Youth in All Policies). Somit soll Politik nicht nur für, sondern auch mit jungen Menschen gestaltet werden.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen als eigene Zielgruppe in Strategien, Plänen, Gesetzen, Berichten und Reformkonzepten auf Bundes-, Landes-, Regional- und Gemeindeebene
- verstärkte Einbindung von Kindern und Jugendlichen in Gestaltungs-, Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozesse
- Wissen über die vielfältigen Bedürfnisse und die unterschiedlichen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen in allen Bereichen, die einen beruflichen Zugang zu Kindern und Jugendlichen haben, vermehren

Indikatoren

- Anzahl der Ausbildungscurricula für Gesundheits-, Sozial- und pädagogische Berufe, welche Kinder und Jugendliche als eigene Zielgruppe ansprechen

- Anzahl der gesetzlich und/oder strukturell verankerten Vorgaben (z. B. Schülervertretungen), dass Kinder und Jugendliche in politische Prozesse eingebunden werden sollen (Beispiel: Reality-Checks der Österreichischen Jugendstrategie²)
- Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen als eigene Zielgruppen in allen nationalen Strategien und Aktionsplänen

Ziel 2: Politikübergreifende Verantwortung für Gesundheit wahrnehmen

Zielbeschreibung

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie der Gesamtbevölkerung wird über individuelle Faktoren hinaus von einer Vielzahl sozialer, sozioökonomischer und gesellschaftlicher Faktoren („Gesundheitsdeterminanten“) beeinflusst und bestimmt. Eine langfristige Sicherung bzw. Verbesserung der Gesundheit kann daher nur durch gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern – mit dem Ziel einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik – erreicht werden. In diesem Sinne sollte Health in All Policies (HiAP) gesamtgesellschaftlich strukturelle Verankerung finden. Eine Voraussetzung dafür ist die verstärkte Berücksichtigung von Public-Health-Ansätzen wie HiAP in relevanten Aus- und Weiterbildungen. Der HiAP-Zugang wurde mittlerweile, unter anderem aufgrund der Erfahrungen während der Coronapandemie, zu einem „Health for All Policies (HfAP; d. h. Gesundheit für alle Politikfelder)“-Zugang weiterentwickelt, der verdeutlichen soll, dass der Gesundheitssektor für alle andere Sektoren eine wichtige Rolle spielt (Greer et al. 2022).

Politische Vorhaben und Maßnahmen haben Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Diese lassen sich durch den Einsatz von Instrumenten wie der Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) analysieren und bewerten. Auch die „Wirkungsfolgenabschätzung – Kinder und Jugend“ (WFA) als gesetzliche Verpflichtung, dass Regelungsvorhaben (Bundesgesetze, Verordnungen u. a.) und größere Vorhaben des Bundes auf ihre Wirkung auf Kinder und Jugendliche überprüft werden müssen, stellt diesbezüglich eine Chance dar.

² <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/jugend/oesterreichische-jugendstrategie/reality-check.html> [Zugriff am 22.06.2023]

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- strukturelle Verankerung von HiAP und HfAP
- stärkere Berücksichtigung von Public-Health-Ansätzen und HiAP/HfAP in relevanten Aus- bzw. Weiterbildungen
- bei der Gestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen den Fokus auf die Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen richten
- vermehrter Einsatz bestehender Instrumente wie der GFA oder des Health Technology Assessment (HTA); bei verpflichtend einzusetzenden Verfahren wie der WFA oder der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) ist auf Qualität und Zielgerichtetheit in puncto Kinder und Jugendliche zu achten

Indikatoren

- Verankerung von HiAP/HfAP in den relevanten Aus- und Weiterbildungen
- Anzahl der durchgeführten GFA, HTA, WFA – Kinder und Jugend und UVP

Themenfeld 2:

Gesunder Start ins Leben

Die Phase der Schwangerschaft sowie der frühen Kindheit hat lebenslange Effekte auf die Gesundheit eines Menschen. Besonders bedeutsam sind die ersten 1.000 Lebenstage (ab dem Zeitpunkt der Empfängnis bis zum Ende des zweiten Lebensjahres; (Narayan et al. 2018). Gesundheitsförderung und Prävention wirken umso effektiver und besser, je früher sie beginnen (Guralnick 2011). Das Themenfeld 2, „Gesunder Start ins Leben“, zielt daher darauf ab, jedem Kind in Österreich einen guten Start ins Leben zu ermöglichen. Das Themenfeld 2 umfasst zwei Ziele. Beide beinhalten zahlreiche relevante Aspekte sowohl der Vor- und Nachsorge für Mutter und Kind als auch eine gute Basis von begleitenden und flächendeckenden Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten für die genannten Themen und diese Zielgruppe sowie für die engsten Bezugspersonen (z. B. Partner:innen, Großeltern).

Die COVID-19-Pandemie verdeutlichte, dass in allgemeinen Krisenzeiten Belastungen und Unsicherheiten für Familien stark zunehmen und dadurch bestehende elterliche Unsicherheiten und Belastungsfaktoren in den Familien verstärkt werden. Soziale Isolation, Schließung von Schulen/Kinderbetreuungseinrichtungen und instabile Arbeitsverhältnisse haben dazu geführt, dass der Bedarf an Unterstützungssystemen (z. B. in der Versorgung von Schwangeren, aber auch nach der Geburt eines Kindes) steigt (Gadermann et al. 2020). Dementsprechend werden Maßnahmen wie die flächendeckende Ausrollung der Frühen Hilfen bis 2024 als auch die Erweiterung und der Ausbau regionaler Angebote, z. B. von Familiengesundheitszentren und Primärversorgungseinheiten (PVE), als sehr wichtig erachtet. Nach Einschätzung der Expert:innen wären diese Maßnahmen zusätzlich geeignet, um Eltern und Erziehungsberechtigte mit besonders starken Belastungen, z. B. Eltern mit psychischen Problemen und/oder Suchtmittelhintergrund, zu erreichen.

Um beide Ziele des Themenfelds 2 voranzutreiben, bedarf es eines routinemäßigen Monitorings des Gesundheitszustands und Gesundheitsverhaltens von Schwangeren sowie des Gesundheitszustands von Säuglingen und Kleinkindern, damit zentrale Inhalte der Gesundheitsförderung und Prävention evidenzbasiert verankert werden können (siehe Ziel 16, „Früherkennung“).

Nach wie vor fehlen in Österreich repräsentative, epidemiologische Daten. Großes Potenzial steckt daher im derzeit in Planung befindlichen elektronischen Eltern-Kind-Pass, der ermöglichen soll, dass aus den Untersuchungen in der Schwangerschaft und in der Kindheit für Österreich repräsentative, epidemiologische Daten gewonnen werden können.

Ziel 3: Bei Schwangerschaft und Geburt die Basis für einen guten Start legen

Zielbeschreibung

Eine strukturierte und standardisierte Versorgung von Müttern vor und während der Schwangerschaft sowie rund um die Geburt ist essenziell, um gesundheitlichen Risiken von Müttern und Kindern möglichst früh entgegenzuwirken.

Obwohl die geburtshilfliche Betreuung in Österreich guten Standards unterliegt, sieht sie sich diversen Herausforderungen gegenüber. So ist z. B. die Prävalenz von Frühgeburten (Gestationsalter < 37 vollendete Wochen) in Österreich seit mehreren Jahren konstant (Statistik Austria 2022). Da frühgeborene Kinder gesundheitliche Nachteile gegenüber reifgeborenen Kindern haben (so haben sie etwa ein deutlich erhöhtes Risiko für Entwicklungsstörungen oder respiratorische Probleme; (Crump 2020), legt Ziel 3 einen inhaltlichen Fokus auf die Reduktion der Frühgeburtslichkeit. Eine mögliche Ursache für Frühgeburten ist die Zunahme von Mehrlingsgeburten – vor allem im Zusammenhang mit Hormonbehandlung und künstlicher Befruchtung. Die Einführung eines verpflichtenden In-vitro-Fertilisations (IVF)-Registers und die Empfehlung der Fachgesellschaften³ hinsichtlich der maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen waren wichtige Schritte zur Reduktion von Frühgeburten. Aber auch Adipositas und Gestationsdiabetes stehen in Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko, ein frühgeborenes Kind auf die Welt zu bringen (Schummers et al. 2015). Andere Risikofaktoren der Frühgeburtslichkeit sind sozioökonomische Determinanten, wie zum Beispiel psychosoziale Belastung, und gesundheitliches Risikoverhalten, wie Rauchen (Salihu/Wilson 2007) oder Alkoholkonsum (Parazzini et al. 2003). Aus diesem Grund sollten Schwangeren neben einer guten medizinischen Versor-

³ https://neu.oegum.at/wp-content/uploads/2020/10/Empfehlung_zur_maximalen_Anzahl_zu_transferierender_Embryonen.pdf [Zugriff am 09.01.2023]

gung auch ganzheitliche Betreuungs- und Beratungsangebote hinsichtlich relevanter Themen wie Ernährung und Bewegung zur Verfügung stehen. So empfiehlt der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) beispielsweise gesunden Frauen, regelmäßig Bewegung in der Schwangerschaft auszuüben, da dadurch das Risiko einer übermäßigen Gewichtszunahme sowie für Schwangerschaftshochdruck, Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie (= schwerer Schwangerschaftsbluthochdruck) und andere Geburtskomplikationen verringert wird (FGÖ 2020).

Auch die Art der Entbindung hat Auswirkungen auf die geburtshilfliche Betreuung und Nachsorge. So kommen in Österreich rund 30 Prozent der Kinder mittels Kaiserschnitt auf die Welt (Statistik Austria 2022), das ist weit höher als die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als medizinisch indiziert erachteten 15 Prozent. Während wissenschaftliche Erkenntnisse belegen, dass Kinder, die mittels Kaiserschnitt geboren werden, kurzfristig ein höheres Risiko haben, Atemprobleme zu erleiden, ist die Evidenz für Langzeitfolgen (z. B. Asthma, Übergewicht/Adipositas) nicht eindeutig (Sutharsan et al. 2015). In der Nachsorge besteht außerdem Verbesserungsbedarf bei Hochrisikofrühgeborenen (Geburtsgewicht unter 1.500 g). Aktuell besteht hierzu ein Register, welches derzeit nur auf freiwilliger Basis und dementsprechend unvollständig befüllt wird; eine verpflichtende Erfassung speziell der Nachsorgedaten (bis zum sechsten Lebensjahr) wird seitens der Praxis befürwortet.

Die steigenden Zahlen bei Übergewicht und Adipositas in der Gesamtbevölkerung finden sich auch in der Altersgruppe von Frauen im gebärfähigen Alter wieder. Das Vorkommen von Übergewicht und Adipositas birgt eine Vielzahl von Risiken für Mutter und Kind. Schwangerschaften von Müttern mit Adipositas gelten als Risikoschwangerschaften. Schwangere, die von Adipositas betroffen sind, haben ein erhöhtes Risiko für Präeklampsie, Schwangerschaftsdiabetes und Herz-Kreislauf-Komplikationen. Weiters geht ein pathologisch erhöhter Body-Mass-Index (BMI) mit einer höheren Rate an Totgeburten und neonatalen Todesfällen einher. Kaiserschnitte sind häufiger indiziert aufgrund von einem oftmals höheren Geburtsgewicht des Kindes (> 4.500 g) und einem vermehrten Vorkommen eines Geburtsstillstands. Es besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Übergewicht/Adipositas der Mutter vor der Schwangerschaft und einem erhöhten Auftreten von Übergewicht/Adipositas bei den Kindern und Jugendlichen. Die Gewichtszunahme in der Schwangerschaft beeinflusst zusätzlich die Prädisposition für späteres Übergewicht. Entsprechend kann bei Kindern von Müttern, die in der Schwangerschaft stark an Gewicht zunehmen (unabhängig vom Ausgangs-BMI), ein höherer Anteil an Körperfett festgestellt werden. (DGGG 2019)

Um Eltern über die Auswirkungen individueller und sozialer Determinanten auf den Schwangerschaftsverlauf, Geburtsoutcomes und die Gesundheit ihres Kindes aufzuklären und Risiken und Belastungen früh zu identifizieren, wird sozialanamnestischen Beratungsgesprächen, wie der Hebammenberatung im Rahmen des Eltern-Kind-Passes (eEKP), große Bedeutung beigemessen. Auch andere Unterstützungs- und Beratungsangebote (wie z. B. die Frühen Hilfen oder das Projekt „Richtig essen von Anfang an“ REVAN) stellen eine wertvolle präventive Ergänzung zum Gesundheitswesen dar und sollten niederschwellig und kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Berücksichtigung psychosozialer Aspekte als Teil einer ganzheitlichen Versorgung (z. B. durch eine psychosoziale Anamnese im Rahmen des Eltern-Kind-Passes, Hebammenachsorge im häuslichen Bereich, Ausbau der peripartalen Psychiatrie im niedergelassenen Bereich sowohl für Kinder als auch für Eltern)
- Verankerung von Inhalten zur Bedeutung der Frühen Kindheit (psychosoziale Aspekte, Feinzeichen etc.) in allen Curricula von Gesundheits- und Sozialberufen
- Ausbau flächendeckender und niederschwelliger Angebote für werdende und junge Eltern (z. B. Geburtsvorbereitungskurse, Kurse zum bindungssicheren Umgang mit Säuglingen, Stillberatung, Stillförderung und Ernährungsberatung für – werdende – Eltern sowie für Kinder im Säuglings- bzw. Kleinkindalter, Elternberatung, Familienberatung)
- Ausbau von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten für werdende Eltern
- Verringerung der Frühgeborenenrate durch ein einheitliches, interdisziplinäres Vorgehen und verstärkte Berücksichtigung der Ursachen
- Adipositas-Präventionsprogramme für Eltern und Kinder
- Senkung der Kaiserschnitttrate durch ein einheitliches, interdisziplinäres Vorgehen und verstärkte Berücksichtigung der Ursachen
- einheitliches Vorgehen bei der Versorgung nicht versicherter Patient:innen, bei sogenannten „Sozialgeburten“
- Verbesserung der Versorgungssituation und entwicklungsneurologischen Nachsorge bei Frühgeborenem z. B. durch verstärkte Ausbildung im Bereich Neonatologie-Intensivpflege (siehe dazu Ziel 25)

- Sensibilisierung von sowie spezifische Fortbildungen für Fachgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten (sowohl im Sozial- als auch im Gesundheitssektor) bezüglich Kindeswohlgefährdung; diesbezüglich auch verstärkte intersektorale Zusammenarbeit durch die Nutzung bestehenden Know-hows der Sektoren und bessere Vernetzung (gemeinsame Gremien, Arbeitsgruppen zur Zusammenarbeit insbesondere zwischen Medizin und psychosozialer Gesundheit); Einbezug bereits geschaffener Strukturen der intersektoralen Zusammenarbeit
- Maßnahmen zur Impfstatuskontrolle und Ergänzung fehlender relevanter Impfungen rechtzeitig bei Kinderwunsch („prepare for pregnancy“), Verabreichung bestimmter Impfungen während der Schwangerschaft (Influenza, Pertussis) sowie Verhinderung von impfpräventablen Erkrankungen in der Schwangerschaft (insbesondere Röteln und Varizellen, aber auch COVID-19 und Influenza)

Indikatoren

- Inanspruchnahme der Hebammenberatung im zukünftigen Eltern-Kind-Pass
- Erfassen von medizinischen und sozialmedizinischen Merkmalen in der Geburtenstatistik
- Frühgeburtenrate und Rate standardisierter Nachbetreuung dieser Kinder inklusive Eingabe ins Outcomeregister
- durchschnittliche Wartezeiten auf Plätze in Säuglingspsychosomatikeinheiten
- Kaiserschnitttrate (Veröffentlichung, Unterteilung in primäre/sekundäre Sectio)
- Frühe Hilfen:
 - Anzahl begleiteter Familien (aus der Dokumentation des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen „FRÜDOK“)
 - Anzahl Hinweise zum Angebot der Frühen Hilfen auf der Informationsplattform zum elektronischen Eltern-Kind-Pass sowie im persönlichen Bereich des Eltern-Kind-Passes

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Aufbau eines umfassenden Gesundheitsmonitorings der Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen im Rahmen der Umsetzung des elektronischen Eltern-Kind-Passes (ab 2026)

Ziel 4: In der frühen Kindheit Weichen für langfristige Gesundheit stellen

Zielbeschreibung

Die Tatsache, dass in der frühen Kindheit die Basis für den späteren körperlichen und psychischen Gesundheitszustand und das Wohlbefinden eines Menschen gelegt wird, ist wissenschaftlich belegt (Narayan et al. 2018). Frühe gesundheitliche Belastungen werden oft erst im Erwachsenenalter krankheitswirksam. In der frühen Kindheit kann diesen Belastungen über die Gesundheitsdeterminanten maßgeblich entgegengewirkt werden (Habermann-Horstmeier/Bender 2021). Ziel 4 lenkt daher die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung eines stabilen Umfelds und die langfristig positiven Auswirkungen auf die Gesundheit eines Kindes. Zu einem stabilen Umfeld eines Kindes gehören Faktoren wie soziale Unterstützung, gute (elterliche) Beziehungen, fürsorgliche Beziehungen und Umgebungen. All diese Faktoren wirken den negativen Effekten von negativen Kindheitserfahrungen entgegen (Barnes 2016). Maßnahmen, die in der frühen Kindheit gesetzt werden, leisten daher einen wichtigen Beitrag zu gesundheitlicher und sozialer Chancengerechtigkeit (siehe dazu auch Themenfeld 5).

Um Eltern und ihre Kinder in der Zeit der frühen Kindheit bedarfsgerecht zu unterstützen, braucht es in der Gesundheitsförderung und Prävention interdisziplinäre Vernetzung und Kooperation zwischen relevanten Berufsgruppen. Hier können als Beispiel die Frühen Hilfen genannt werden, ein Gesamtkonzept von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bzw. gezielten Frühintervention in der Schwangerschaft und frühen Kindheit. Insbesondere geht es bei diesen Hilfen darum, bei Überforderung, z. B. durch psychische Erkrankung eines Elternteils, fehlendes soziales Netz etc., die Familien durch gezielte Unterstützungs- und Entlastungsangebote (z. B. in Form von Familienbegleitung) gut aufzufangen, bevor extreme Belastungen/Krankheiten schlagend werden und hohe Kosten verursachen (Haas et al. 2022). Damit Frühe Hilfen effektiv sind, braucht es in der Vermittlung rasche, fließende und niederschwellige Übergänge zwischen den einzelnen Angeboten (siehe auch „Sozialversicherungsstrategie Kinder- und Jugendgesundheit 2022–2025“).

Weitere Herausforderungen in der Gesundheitsförderung und Prävention, die Ziel 4 zugeordnet werden können, sind die Erfassung und das Screening chronischer Erkrankungen (z. B. Allergien, Adipositas) von Kleinkindern und Kindern (siehe auch Ziel 15) sowie die Erhöhung der Durchimpfungsraten von Kinderimpfungen, die im Rahmen des kostenfreien Impfprogramms angeboten werden.

Obwohl Impfungen als eine der wirksamsten Maßnahmen in der Vorsorgemedizin angeführt werden, gibt es auch in Österreich immer wieder Ausbrüche von vermeidbaren und gefährlichen Erkrankungen, wie z. B. der Masern⁴. In der Arbeit mit Eltern geht es hier vor allem um die Sensibilisierung und Prävention, aber auch um interprofessionellen Konsens in der Informationsweitergabe durch Vertreter:innen aller Gesundheitsberufe.

Die gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen ist ebenfalls ein Schwerpunkt des vorliegenden Ziels. Bereits in der Schwangerschaft wird der Ernährungsstil eines Kindes geprägt (WHO 2013). In den ersten Lebensmonaten bietet vor allem die Muttermilch zahlreiche Vorteile für die Gesundheit von Mutter und Kind. So haben beispielsweise gestillte Kinder ein geringeres Risiko, an Adipositas zu erkranken (Victoria et al. 2016) (BMSGPK 2020). In Anbetracht der Ergebnisse der rezentesten Erhebung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Volksschulkindern kommt der Stillförderung große Bedeutung zu, da die Gesamtprävalenz im Vergleich aller 36 teilnehmenden Länder in Österreich nach wie vor hoch ist (BMSGPK 2020). An dieser Stelle auch wichtig zu erwähnen sind die Workshops zu gesunder Ernährung über REVAN als kostenfreie und niederschwellige Angebote ((Fröschl et al. 2014). Diese Workshops bieten u.a. niederschwellige Informationen über Säuglingsanfangsnahrung und Beikostprodukte.

Die Augengesundheit, im Konkreten die Myopie (= Kurzsichtigkeit), steht aufgrund steigender Prävalenz bei Kindern (Theophanous et al. 2018) ebenfalls im Fokus von Ziel 4. Eine wichtige Intervention ist die Fernfokussierung, die vor allem durch den Aufenthalt im Freien umgesetzt werden kann (Wildsoet et al. 2019). Eltern, aber auch Betreuungseinrichtungen sollten ausreichend Zeit für Kinder im Freien vorsehen. Auch der richtige Abstand zu Bildschirmen stellt eine wichtige Intervention für die Vermeidung von Kurzsichtigkeit dar. Berufsgruppen des Sozial- und Gesundheitswesens sollten diesbezüglich sensibilisiert werden und diese Informationen an Eltern weitergeben.

⁴ <https://www.ages.at/mensch/krankheit/krankheitserreger-von-a-bis-z/masern> [Zugriff am 22.02.2023]

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- flächendeckende Ausrollung der Frühe-Hilfen-Netzwerke
- Ausweitung bindungsfördernder Angebote
- Sensibilisierung für traumapädagogisches Wissen in Berufsgruppen des Sozial- und Gesundheitswesens
- Schaffung einer Ansprechstelle (z. B. telefonisch) für akute Fragen und kurzfristige Hilfestellung bei den Themen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Leben mit Kind
- Umsetzung der aktuellen Empfehlungen der Nationalen Ernährungscommission zur Ernährung in der Schwangerschaft, der Stillzeit, im Säuglingsalter sowie im Kindes- und Jugendalter (siehe auch Themenfeld 3)
- Umsetzung der Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kindergärten und Schulen und der Leitlinie Schulbuffet
- verstärkte Aufklärung über frühkindliche Ernährung (Stillen/Humanmilch, Säuglingsanfangsnahrung, Beikost inklusive Convenience- oder Fertigprodukten), über Ernährungs- bzw. Stillberatungsangebote in der Schwangerschaft und nach der Geburt
- frühe Erreichbarkeit von Kindern von Eltern mit psychischen Erkrankungen und Möglichkeiten, diese in das Versorgungssystem aufzunehmen
- Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen der Nutzung moderner Medien und Augengesundheit sowie für die Eltern-Kind-Bindung schaffen
- Allergieprävention durch gesunde Ernährung der Mutter während der Schwangerschaft und Stillzeit sowie des Säuglings in den ersten Lebensmonaten
- Erhöhung der Durchimpfungsraten (Indikations- und Auffrischungsimpfungen) sowohl durch eine verbesserte Erreichbarkeit von Familien bezüglich Informationen zu Impfungen, z. B. über niederschwellige und angepasste Informationsmaterialien, als auch durch Sensibilisierung der Angehörigen der Gesundheitsberufe betreffend des österreichischen Impfprogramms für Kinder
- Sensibilisierung für die und Verbesserung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (Eltern-Kind-Pass, Zahnärztin/-arzt)
- Adipositas-Prävention (siehe auch Themenfeld 3: Ernährung, Bewegung) durch einen niederschweligen Zugang zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten in den Bereichen Ernährung und Bewegung
- Bereitstellung der empfohlenen Kinderimpfungen für alle Kinder ab der vollendeten 6. Lebenswoche unter Berücksichtigung unterschiedlich zu erreichender Bevölkerungsgruppen sowie lückenlose Dokumentation von Impfungen bei Säuglingen, Kleinkindern und Schulkindern

- Sicherstellung, Ausweitung und Ausbau von Schulimpfkampagnen zur Förderung der Chancengerechtigkeit und Erleichterung des Zugangs zu Impfungen für sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche
- Impfungen als eine der wichtigsten Präventionsmaßnahmen kommunizieren und Maßnahmen zur Bekämpfung von Falschinformationen in Bezug auf Impfungen ergreifen

Indikatoren

- Ausrollungsgrad der Frühe-Hilfen-Netzwerke in Österreich (aus der Dokumentation des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen „FRÜDOK“)
- Durchimpfungsraten Masern-Mumps-Röteln (MMR)
- Messung der Gesundheitskompetenz inklusive Ernährungskompetenz von Eltern und Kindern (siehe auch Themenfeld 3)
- Daten der Childhood Obesity Surveillance Initiative
- Stillen: Anzahl der Zertifizierungen „Baby-friendly Hospitals“ (BFH)
- Prävalenz der Kurzsichtigkeit

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Stillrate (Initiierungs- und Sechs-Monats-Stillrate)
- Psychotherapieplätze für Kinder und Eltern
- Verankerung „Früher Hilfen“ (interdisziplinäre Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit) in allen Ausbildungscurricula der Gesundheits- und Sozialberufe
- Auswertung der Untersuchungsergebnisse im Rahmen des elektronischen Eltern-Kind-Passes (ab 2026)
- Verwendung der QS für die Verpflegung und der Leitlinie Schulbuffet als Grundlage für gesundheitsfördernde Verpflegung

Themenfeld 3

Gesunde Entwicklung

Alle Kinder und Jugendlichen sollen die gleichen Chancen haben, sich optimal zu entwickeln. In der Kinderrechtskonvention wird das Recht auf Gesundheit folgendermaßen beschrieben:

„Jedes Kind hat das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit, medizinische Behandlung, ausreichende Ernährung, sauberes Trinkwasser, Schutz vor den Gefahren der Umweltverschmutzung und vor schädlichen Bräuchen und das Recht zu lernen, wie man gesund lebt“ (Art. 24 Kinderrechtskonvention).

Gesunde Entwicklung soll auf Grundlagen, die in der frühen Kindheit geschaffen werden, aufbauen und Kinder und Jugendliche zu selbstständigen, selbstwirksamen und lebenskompetenten Individuen machen. Das Konzept der Lebenskompetenz umfasst Fähigkeiten wie Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen, Umgang mit Stress und negativen Emotionen, Kommunikation, Selbstbehauptung oder Standhaftigkeit – das heißt Kompetenzen, die Kinder und Jugendliche benötigen, um ihr Leben gesund und erfolgreich gestalten und bewältigen zu können (Jerusalem/Meixner-Dahle 2021). Gesundheitskompetenz bezieht sich zusätzlich auf die Motivation, die Fähigkeiten und das Wissen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden (Sørensen et al. 2013). Da Bildung ein zentraler Einflussfaktor bezüglich Gesundheit und Gesundheitskompetenz ist, ist wichtig, den Zugang zu Bildung für alle Kinder und Jugendlichen zu fördern. Weitere wichtige Einflussfaktoren für gesundes Aufwachsen und langfristige Gesundheit sind Bewegung und gesunde Ernährung, die ermöglicht und gefördert werden müssen.

Für die bestmögliche gesunde Entwicklung benötigen Kinder und Jugendliche in Österreich Unterstützung in verschiedenen Bereichen. Diese Unterstützung in Form von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen ist vor allem innerhalb wichtiger Lebenswelten von Kindern (siehe auch Themenfeld Raum) notwendig und betrifft verschiedene Settings wie Krippen, Kindergärten, Schulen, Freizeitorganisationen, Offene Jugendarbeit, Wohnumgebung und Familie. Hier spielen verschiedene relevante Personengruppen wie Eltern, Pädagog:innen, Sozialarbeiter:innen sowie weitere Partner:innen für die Kinder- und Jugendgesundheit eine wichtige Rolle.

Ziel 5: Lebens- und Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken

Zielbeschreibung

Kinder und Jugendliche brauchen Unterstützung, um Lebens- und Gesundheitskompetenz entwickeln zu können. Ziel von Maßnahmen zur Förderung der Lebenskompetenz ist, Schutzfaktoren auszubilden, welche die Wahrscheinlichkeit eines selbst- oder fremdschädigenden Verhaltens unter bestimmten Risikobedingungen zu entwickeln, verringern. Lebenskompetenzförderung zielt in allen Facetten auf eine positive Einstellung zur eigenen Persönlichkeit und zur Gesundheit und ist damit auch ein wesentlicher Beitrag für die psychische Gesundheit – sowohl allgemein im Hinblick auf psychisches Wohlbefinden als auch spezifisch, beispielsweise bezogen auf den Umgang mit psychoaktiven Substanzen bzw. Suchtverhalten und Sexualität. Diese Unterstützung beginnt in der Familie, wo das Thema Erziehungskompetenz eine wichtige Rolle spielt. Eine aktuelle Studie zeigt, dass sich ein gutes Verhältnis zu den Eltern langfristig positiv auf die Gesundheit von Jugendlichen auswirkt (Ford et al. 2023). Daher sind zur Unterstützung und Stärkung von Familien und Eltern (siehe auch Themenfeld 2 und 4) niederschwellige Angebote, Elternberatungsstellen, eine strukturelle Verankerung von Beratung im Eltern-Kind-Pass und auf Kinder und Jugendliche zugeschnittene Psychotherapieangebote sowie Angebote der klinisch-psychologischen Beratung vonnöten.

Lebensräume von Kindern und Jugendlichen – die im Themenfeld 4 Raum genauer behandelt werden – sind für die Entwicklung von Lebens- und Gesundheitskompetenz wichtig: Kinder und Jugendliche brauchen sowohl Freiräume als auch strukturierte Angebote, die durch die Schule, außerschulische Jugendarbeit, Sportvereine, Parks usw. abgedeckt werden. Für das Empowerment und die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen in diesen Lebensräumen ist geschultes Fachpersonal gefragt. Vor allem Schulen benötigen dafür zusätzliches Supportpersonal (Schulpsycholog:innen, Schulsozialarbeiter:innen etc.).

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- mentale Gesundheitskompetenz: Wissen, wann man Hilfe suchen sollte und wo man sie bekommt
- Mental-Health-Tage an Bildungseinrichtungen
- Medienkompetenz
- Bewegungs- und Ernährungskompetenz (siehe auch die Ziele 8 und 9)

- Suchtprävention und Prävention von Essstörungen
- Gewaltprävention
- sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität
- Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen in Bezug auf Impfungen

Es bedarf niederschwelliger Angebote, die für Kinder, Jugendliche und Eltern interessant sind, und einer Vereinfachung der Navigation, um von den Angeboten zu erfahren und sie nutzen zu können.

Indikatoren

- Lebenszufriedenheit (HBSC [Health Behaviour in School-aged Children]-Studie)
- Gesundheitskompetenz (HBSC-Studie)
- psychische Gesundheit (HBSC-Studie)
- Inanspruchnahme bestimmter Angebote (Eltern-Kind-Angebote, Jugendberatungsstellen, [Offene] Jugendarbeit, Schulpsychologie etc.)
- Positionierung der Zielgruppe Kinder und Jugendliche in der nationalen Tabakpräventionsstrategie
- Anzahl der vorhandenen Lebenskompetenz- und Gesundheitskompetenzprogramme
- Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten der Sozialversicherung für Kinder und Jugendliche (z. B. Jugendlichenuntersuchungen)
- Anzahl angebotener und absolvierter sexualpädagogischer Workshops

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Inanspruchnahme von psychologischen und psychotherapeutischen Angeboten im Bereich Kinder und Jugendliche
- Ernährungskompetenz von Kindern und Jugendlichen

Ziel 6: Bildung als gesundheitsfördernden Einflussfaktor nutzen

Zielbeschreibung

Bildung ist nicht nur ein Grundrecht von Kindern (Art. 28 Kinderrechtskonvention), sondern auch eine zentrale Gesundheitsdeterminante, da durch bessere Bildung die Chancen auf einen guten Gesundheitszustand wesentlich gesteigert werden (Hannover/Kleiber 2018). Der Begriff lässt sich jedoch nicht nur auf den reinen Wissenserwerb reduzieren, sondern umfasst auch die Entwicklung und Förderung der intellektuellen, emotionalen und sozialen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in und außerhalb von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen. Zusätzlich prägt Bildung als Gesundheitsressource gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensmuster. Besonders für Kinder und Jugendliche ist Bildung von zentraler Bedeutung, da sie einen beträchtlichen Zeitraum in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen verbringen. Diese Einrichtungen haben somit einen großen Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten und dienen als zentrale Settings für Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote. Investitionen in die Bildung haben das Potenzial, Bildungschancen zu verbessern, Bildungsungleichheiten abzubauen und Chancengerechtigkeit zu stärken. Aus diesem Grund gilt es, Bildung in einer entsprechenden Qualität, mit passenden Förderangeboten und einem adäquaten Betreuungsschlüssel für alle flächendeckend zugänglich zu machen.

Soziale Herkunft hat in Österreich immer noch einen starken Einfluss auf die Bildungslaufbahn. Kindern aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familien ist der Weg in höhere Bildungseinrichtungen vielfach erschwert (BMBWF 2021). Die frühe Trennung der Kinder nach der vierten Schulstufe ist zusätzlich hinderlich für einen chancengerechten Zugang zu Bildung. Ein weiteres Problem des österreichischen Schulsystems ist der hohe Prozentanteil von Schüler:innen, die trotz ausreichend absolvierter Schuljahre nicht sinnerfassend lesen, schreiben oder rechnen können (OECD 2019). Auch die Existenz Sonderpädagogischer Zentren läuft der Forderung nach Inklusion und gesellschaftlicher Akzeptanz von Einschränkungen bzw. Entwicklungsbehinderungen zuwider.

Inklusion meint im Bildungskontext, dass alle Kinder das Recht haben, gleichberechtigt und chancengleich zu lernen. Es geht um Teilhabe von Anfang an, unabhängig von Behinderung, Geschlecht, Hautfarbe, Herkunft oder finanziellen Ressourcen. Schulische Strukturen und Bereiche werden so angepasst, dass gleichberechtigte Teilhabe für alle möglich ist.

Basierend auf diesem Hintergrund, beschäftigt sich Ziel 6 unter anderem mit der Schaffung eines entsprechenden qualitativen Angebots an Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche inklusive der Umsetzung entsprechender Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, beginnend bei Kinderkrippen und Kindergärten, die aufgrund ihres Auftrags zu frühkindlicher Bildung, Betreuung und Erziehung prägende Institutionen darstellen. Es gilt, die positiven Auswirkungen des verpflichtenden Kindergartenjahres auf die spätere Bildungslaufbahn – vor allem für Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Gesellschaftsschichten –, beispielsweise durch die Einführung eines zweiten verpflichtenden Kindergartenjahres, auszubauen. Weiters ist hier die Fortführung des Ausbaus der Ganztagschulen inklusive Nachmittagsbetreuung bzw. Hort zu nennen. Vor allem der Rolle von Pädagog:innen und Betreuer:innen mit ihrer positiven Vorbildwirkung (in Bezug auf die Gesundheit) sowie den Angeboten für Kinder und Jugendliche im außerschulischen Bereich kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Ziel 6 widmet sich auch der Reduktion der Jugendarbeitslosigkeit, indem zukünftig Angebote geschaffen werden, die Jugendliche verstärkt in den Arbeitsmarkt integrieren. Besonders jenen Jugendlichen, die nicht in Ausbildung, Lehre und Beschäftigung sind (NEETs – Not in Education, Employment or Training), muss besondere Aufmerksamkeit zuteilwerden. Zusammenfassend kann hervorgehoben werden, dass Bildung auch außerhalb von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen betrachtet werden muss und somit außerschulische Angebote zukünftig vermehrt in den Fokus zu rücken sind.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Sicherstellung flächendeckender qualitativer Bildungs- und Betreuungsangebote für Kinder und Jugendliche
- Sicherstellung eines inklusiven Ansatzes
- Ausweitung des verpflichtenden Kindergartenjahres um ein zweites Jahr
- Fortführung des Ausbaus der Ganztagschulen inklusive Nachmittagsbetreuung bzw. eines entsprechenden Hortangebots
- Durchführung einer Gesundheitsfolgenabschätzung zur Klärung der Frage gesundheitlicher Auswirkungen einer gemeinsamen Schule der Sechs- bis 14-Jährigen
- Wertschätzung von Fachkräften in ihrer pädagogischen Arbeit
- Förderung von Bildungsangeboten im außerschulischen Bereich
- Fortführung der Förderung und Vernetzung von Aktivitäten zur Integration Jugendlicher (mit Beeinträchtigung) in den Arbeitsmarkt (Arbeitsassistent:innen, Jugend- und Bildungscoaches)

- Akzeptanz/Berücksichtigung von Bildung auch außerhalb von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen
- Fortführung und Intensivierung der Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen (Gesunde Schulen und Kindergärten)
- frühzeitiger Gesundheitskompetenzerwerb durch fachübergreifende Behandlung gesundheitlicher Themen
- Bereitstellung dringend notwendiger Mittel, um gemeinsame Bildung gelingen zu lassen

Indikatoren

- Betreuungsplätze
- Anzahl der Schüler:innen, die nicht sinnerfassend lesen, rechnen, schreiben können
- Anzahl umgesetzter gemeinsamer Schulen
- Anzahl der Schulabgänger:innen (Abschlüsse)
- soziale Mobilität (d. h. höherer Abschluss als die Eltern)
- Senkung der Arbeitslosenrate der Jugendlichen
- Anzahl Gesunder Kindergärten und Gesunder Schulen
- prozentualer Anteil der Schüler:innen aus Familien mit schlechtem sozioökonomischen Status in der AHS

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Betreuungsschlüssel
- pädagogisches Personal für alle Bildungs- und Betreuungseinrichtungen in ausreichender Zahl
- evaluierte Modelle einer gemeinsamen Schule
- evaluierte Modelle von Schulen mit Inklusionskonzept

Ziel 7: Bewegung von Kindern und Jugendlichen ermöglichen und fördern

Zielbeschreibung

Bewegung ist ein Grundbedürfnis von Kindern und Jugendlichen und ist zur Entwicklung und Reifung der Heranwachsenden essenziell. Bewegung wirkt sich auf vielfältige Weise positiv auf die Gesundheit aus. Die Erfahrungen, die Kinder und Jugendliche beim Bewegen und Spielen machen können, gehen weit über den körperlich-motorischen Bereich hinaus.

In Österreich erreichen 83 Prozent der Mädchen und 73 Prozent der Burschen in der Sekundarstufe 1 das vom FGÖ und der WHO empfohlene tägliche Bewegungsausmaß – ein Minimum von täglich 60 Minuten körperlicher Aktivität bei mittlerer Intensität für Kinder und Jugendliche sowie muskelkräftigende und knochenstärkende Bewegungsformen an mindestens drei Tagen pro Woche (FGÖ 2020) – nicht (Mayer et al. 2020).

Die rezenteste HBSC-Studie zeigt zwar, dass es wieder mehr Schüler:innen als vor der Pandemie gibt, die sich regelmäßig bewegen bzw. Sport betreiben, betont aber auch die Notwendigkeit, weitere Anstrengungen zu unternehmen, um Bewegung von Kindern und Jugendlichen zu fördern (Felder-Puig et al. 2023). Dies ist vor allem im Hinblick auf die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas wichtig: Laut HBSC-Studie sind in der Altersklasse der Zehn- bis 14-Jährigen 25 Prozent der Buben und 17 Prozent der Mädchen von Übergewicht und Adipositas betroffen (Felder-Puig et al. 2023). Laut der Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI-Studie 2020 der WHO) sind je nach Klassifikationsgrundlage (WHO bzw. International Obesity Task Force [IOTF]) jeder dritte bis vierte Junge im Alter von acht bis neun Jahren und jedes vierte bzw. fünfte Mädchen im Alter von acht bis neun Jahren von Übergewicht betroffen (BMSGPK 2020). Im Rahmen dieser Studie konnte beobachtet werden, dass Kinder, die Mitglied in einem Sportverein sind bzw. mehrere Stunden pro Tag lebhaft/aktiv spielen, deutlich seltener Übergewicht aufweisen.

Die beunruhigend hohen Werte beim Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas in Österreich legen nahe, dass bereits in der Volksschule bei vielen Kindern Bewegungsmangel und/oder ungesunde Ernährungsgewohnheiten vorhanden sind.

Mögliche Gründe für mangelnde körperliche Aktivität liegen im Verschwinden von Sportstätten und natürlichem Raum, in der intensiven Nutzung des Autos, im verstärkten Einsatz elektronischer Medien und ebenso in der unzureichenden Verankerung von Bewegung und Sport in Kindergarten und Schule.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Alltagsbewegung fördern
- Bewegungsmöglichkeiten in Kindergarten und Schule verbessern
- nicht leistungsorientierte Angebote in Sportvereinen für Kinder und Jugendliche forcieren
- Bewegungsprojekte und -programme im außerschulischen Kontext forcieren
- Bewegung in Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen fördern
- Öffnung der Sportstätten bzw. Mehrfachnutzung von schulischen Sportstätten
- Schulwege sichern, um zu fördern, dass Kinder sich autonom bewegen können
- tägliche Bewegungseinheit in Schulen

Indikatoren

- COSI-Studie der WHO
- HBSC-Studie
- Anzahl von Bewegungseinheiten an Schulen

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Anzahl der Schulen mit „bewegtem Lernen“ (z. B. Schule bewegt gestalten)

Ziel 8: Gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen ermöglichen und fördern

Zielbeschreibung

Eine gesunde Ernährung ist ein wichtiger Faktor für das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen und kann das Risiko für viele Erkrankungen reduzieren. Ernährungsgewohnheiten und Geschmackspräferenzen werden bereits in der frühen Kindheit geprägt. In dieser Phase können genussvolle und gesunde Ernährungsgewohnheiten erlernt und gefestigt werden. Daher muss der Zugang von Kindern zu hochwertiger Verpflegung und gesunden Lebensmitteln gefördert werden. Dies kann durch die Optimierung von Verpflegungsangeboten in Schulen und Kindergärten auf Basis der Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kindergärten und Schulen gelingen. Bei Kindern und Jugendlichen kommt hinzu, dass die Entwicklung zahlreicher Körperfunktionen (z. B. des Immunsystems, des Knochenaufbaus, der geistigen Leistungsfähigkeit) in der Wachstumsphase eine besonders bedarfsgerechte Zusammenstellung der Mahlzeiten erfordert.

Die Lebensmittelumwelt hat sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Prozessierte Lebensmittel mit hoher Energiedichte und/oder einem hohen Gehalt an Zucker, Salz und gesättigten Fettsäuren sind weit verbreitet und ständig verfügbar. Daraus resultieren etwa die Zunahme ernährungsassoziierter Erkrankungen wie Übergewicht und Adipositas und damit verbundene Folgeerkrankungen im Kindes- und Jugendalter (wie z. B. Diabetes mellitus Typ 2, Fettlebererkrankungen u. v. m.). Wie in Ziel 7 Bewegung bereits beschrieben, zeigen die Ergebnisse der HBSC-Studie und der Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI 2020), dass viele Kinder in Österreich von Übergewicht betroffen sind (Felder-Puig et al. 2023); (BMSGPK 2020). Das Auftreten von Übergewicht und Adipositas ist ungleich verteilt, so sind Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien bis zu dreimal häufiger davon betroffen als Gleichaltrige aus sozioökonomisch bessergestellten Verhältnissen.

Für die Förderung einer gesunden Ernährung von Kindern und Jugendlichen muss in erster Linie ein gesundes Lebensmittelumfeld, in dem die gesündere Wahl leichtfällt, geschaffen werden. Ernährungskompetenz fasst die Fähigkeiten, die dazu beitragen, sich gesund zu ernähren, zusammen. Ein wichtiger Beitrag zur Förderung der Ernährungskompetenz und zur freien Entscheidung bei der Lebensmittelauswahl ist ein werbefreies Umfeld in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen. Werbung, die sich an Kinder richtet, beeinflusst tagtäglich Ernährungsentscheidungen.

Internationale und nationale gesundheitspolitische Strategien fordern daher, dass die Lebenswelten, in denen Kinder aufwachsen, spielen und lernen, gesundheitsförderlich gestaltet werden und die „gesunde Wahl“ auch die einfache Wahl sein soll.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Ernährungsberatung für (werdende) Eltern sowie für Kinder und Jugendliche
- Optimierung der Gemeinschaftsverpflegung in Krippen, Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen („make the healthy choice the easy choice“)
- gesundheitsfördernde Kinderkrippen, Kindergärten und Schulen sowie gesundheitskompetente Jugendeinrichtungen (siehe auch Themenfeld 4)
- Umsetzung der relevanten Empfehlungen der Nationalen Ernährungscommission (siehe auch Themenfeld 2)
- gesetzliche Regelungen (Werbeverbot) von an Kinder gerichteter Werbung ungünstiger Nahrungsmittel
- gesetzliche Regelung von Werbeinhalten in sozialen Medien, Onlinemedien

Indikatoren

- Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (COSI-Studie, HBSC-Studie, für Null- bis Fünfjährige die Eltern-Kind-Pass-Daten, schulärztliche Erhebungen)
- Konsum von Obst und Gemüse (HBSC-Studie)
- Anzahl der Workshops im Rahmen von REVAN („Richtig essen von Anfang an“), Anzahl der dabei erreichten Familien aus sozioökonomisch benachteiligten Strukturen
- Anzahl der an Kinder gerichteten Werbeeinschaltungen im öffentlichen TV
- Regulationsbestimmungen zu Werbung in Onlinemedien

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Evaluierung der Verpflegung in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen

Themenfeld 4: Lebensraum für Kinder und Jugendliche

Um gesund aufwachsen zu können, brauchen Kinder sichere, ansprechende und leicht erreichbare Räume, in denen die Rahmenbedingungen gesunde Entscheidungen, unabhängig von sozialen Unterschieden, ermöglichen. Sie lernen dort ihre Stärken und Fähigkeiten kennen, erfahren ihre Grenzen und den Umgang mit Gefahren und bekommen damit Schritt für Schritt die Kompetenzen, sich mit den Gegebenheiten des Alltags und dem sozialen Leben auseinanderzusetzen. Fehlen diese Spiel-, Freizeit- und Aktionsräume, verringern sich das Erlebnis-, Erfahrungs- und Handlungspotenzial von Kindern. Ein weiterer Schwerpunkt dieses Themenfeldes liegt auf kinder- und jugendgerechter sowie nachhaltiger und klimaneutraler Architektur und Raumgestaltung. Auch der digitale Raum erhält zunehmend Relevanz und Alltagsbedeutung für Kinder und Jugendliche. Damit gehen zahlreiche Chancen und Risiken einher.

Daher muss der Ausbau von gesunden, konsumfreien (Verweil-)Räumen sowie alltagsnahen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten vorangetrieben werden. Lebensräume sollen sowohl on- als auch offline genügend Sicherheit bieten, um Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen, sich darin frei zu bewegen, und sollen für die Zielgruppe ansprechend gestaltet werden. Als weiterer Aspekt sollen Bezugspersonen wie Eltern oder Pädagog:innen hinsichtlich Gesundheits-, Klima- und Medienkompetenz gestärkt werden.

In der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung (WHO 1986) wurde verdeutlicht, dass Gesundheit von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird: „dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“. Das Ziel des daraus resultierenden Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung besteht darin, über individuelle Verhaltensänderungen hinauszugehen und organisatorische Prozesse und Strukturen zu verändern, die sich auf die Gesundheit auswirken.

Ziel 9: Settings gesundheitsförderlich gestalten

Zentrale Settings im Alltag von Kindern und Jugendlichen sind das Wohnumfeld, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen wie Kindergarten, -krippe, Schule sowie Jugendarbeit, Sport-/Freizeitvereine und die Familie. Schulen sind in vielerlei Hinsicht ein ideales Umfeld für die Gesundheitsförderung. Das Konzept der „gesunden Schule“ ist bereits am besten etabliert und bekannt. Die meisten Kinder und viele Jugendliche verbringen einen großen Teil ihres Alltags in Schulen, gleichzeitig hat die Bildung einen großen Einfluss auf die Gesundheit (siehe Ziel 6).

Die International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) schlägt sechs Komponenten einer gesundheitsfördernden Schule vor, in denen Schritte für die Gesundheit gesetzt werden können: die Richtlinien der Schule, das soziale und das physische Umfeld der Schule, den Lehrplan sowie Partnerschaften mit den Familien und mit der Gemeinde (Leger et al. 2010). Darüber hinaus bauen gesundheitsfördernde Schulen auf den Grundsätzen der Gesundheitsförderung auf, die (unter anderem) Partizipation, Empowerment, Ganzheitlichkeit, Gerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Vernetzung sind (Clift/Jensen 2008) (IUHPE 2009).

Alle Orte, an denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten, können gesundheitsförderliche/gesundheitskompetente Rahmenbedingungen schaffen, um ihren Nutzer:innen gesunde Entscheidungen zu ermöglichen. Neben Gesunden Schulen gibt es in allen Bundesländern Programme zu gesundheitsfördernden Kindergärten. Im Bereich Offene Jugendarbeit hat sich das bundesweite Netzwerk Offene Jugendarbeit (bOJA) dem Thema Gesundheits- und Klimakompetenz in ihren Settings gewidmet und Standards für gesundheitskompetente Jugendeinrichtungen entwickelt.

Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Settings betrifft unter anderem das Angebot von Lebensmitteln und gesunder Gemeinschaftsverpflegung, die Ermöglichung von Bewegung, die Nutzung von Räumen, das Zur-Verfügung-Stellen von qualitativ hochwertigen Informationsmaterialien zu Gesundheitsthemen u. v. m. Familien sollten speziell unterstützt werden, um Kindern und Jugendlichen den wichtigen Rückhalt geben zu können. Um Organisationen zu möglichst risikofreien Orten für Kinder, Jugendliche und Mitarbeitende zu machen, ist die Entwicklung von angepassten Schutzkonzepten sinnvoll.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Ausbau von gesundheitsfördernden Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche, wie Kinderkrippen, Kindergärten, Schulen sowie Freizeiteinrichtungen und Sportvereinen
- Schulungen von pädagogischem Personal, Schulärzt:innen sowie Fachkräften zu Themen der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitskompetenz
- flächendeckende Etablierung des Berufs „School Nurse“ (Die Rechtsgrundlage dafür muss geschaffen werden bzw. muss eine Gesetzesänderung im schulärztlichen Bereich erfolgen.)
- Entwicklung von Kinderschutzrichtlinien in Organisationen, die mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt treten
- gesunde Ernährungs- und Bewegungsangebote im Alltag („making the healthy choice the easy choice“), wie die tägliche Bewegungseinheit in Schulen, gesundes Schulbuffet usw.
- Umsetzung der relevanten Empfehlungen der Nationalen Ernährungskommission sowie der nationalen Bewegungsempfehlungen
- Unterstützung von Familien durch Elternberatung, finanzielle Hilfen
- Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote sowie Schulungen zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit

Indikatoren

- Anzahl gesundheitsförderlicher Schulen
- Anzahl gesundheitsförderlicher Kinderkrippen und Kindergärten
- Anzahl der Jugendeinrichtungen, die die Anerkennung „Gesundheitskompetente Offene Jugendarbeit“ haben

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Anzahl der Projekte und Schulungen zu psychosozialer Gesundheit

Ziel 10: Klimagerechte Mobilität für Kinder und Jugendliche gestalten

Zielbeschreibung

Lange Zeit wurden die direkt und indirekt vom Straßenverkehr ausgehenden negativen Gesundheitsfolgen für Kinder und Jugendliche (z. B. Übergewicht, Adipositas, Ungeschicklichkeit, verstärkte Verletzungsanfälligkeit, Schädigung des Haltungsapparats und Defizite in der sozialen, emotionalen und geistigen Entwicklung) unterschätzt. Kinder brauchen geeignete sichere Freiräume, um sich gesund entwickeln zu können. Aktive Mobilität spielt dabei eine wichtige Rolle, weshalb die „Förderung einer aktiven, nachhaltigen und sicheren Kinder- und Jugendmobilität, um gesunde Fortbewegung zu stärken und den Weg in eine klimaneutrale Mobilitätszukunft zu ebnen“, als Jugendziel des BMK in der Österreichischen Jugendstrategie festgehalten worden ist. Das bedeutet zudem, dass in der Verkehrsplanung ein Paradigmenwechsel vorzunehmen ist, bei dem es nicht nur um Verkehrsraumgestaltung, sondern auch um Lebensraumgestaltung für Kinder und Jugendliche geht.

Insbesondere geht es hierbei um die Förderung einer aktiven Alltagsbewegung wie Zufußgehen, Radfahren, Rollerfahren oder Skaten. Dafür sind ausreichend Platz, zusammenhängende Wegenetze und eine Infrastruktur mit sicheren und hochwertigen Rad- und Scooterabstellmöglichkeiten notwendig. Eine „Mobilitätsgarantie“ für Kinder und Jugendliche beinhaltet weiters attraktive und verlässliche öffentliche Verkehrsmittel mit einem guten Intervall, auch zu Tagesrandzeiten und am Wochenende. Saubere, sichere und ansprechende Bahnhofs- und Haltestellenbereiche, passende Umsteigerelationen (Berücksichtigung anatomischer Voraussetzungen der Kinder), Alternativen für die „erste und letzte Meile“ sowie ein wertschätzender Umgang mit den jungen Menschen tragen weiters zur Attraktivierung eines klimafreundlichen Mobilitätsverhaltens bei. Mobilitätsmanagement in Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen umfasst all diese Aspekte.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Umsetzung von Mobilitätsmanagement in allen Kindergärten, Schulen und außerschulischen Jugendeinrichtungen (inklusive Unterrichtsmaterialien)
- Verkehrssicherheitskampagnen
- attraktive und verkehrssichere Gestaltung des Umfelds von Krippen, Kindergärten, Schulen und Horten
- Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der aktiven Mobilität von jungen Menschen (z. B. Radfahrkurse, Radreparaturkurse, Klimameilen, Autofasten etc.)
- Finanzierungsmöglichkeiten für konkrete Umsetzungsmaßnahmen vor Ort
- sektorenübergreifende Arbeitsgruppen zu Kinder- und Jugendmobilität
- Aus- und Weiterbildung zum Thema Kinder- und Jugendmobilität
- Bereitstellung kinder- und jugendgerechter Verkehrsinfrastruktur

Indikatoren

- Modal Split (Verteilung des Transportaufkommens auf verschiedene Verkehrsträger oder Verkehrsmittel)
- Zuwachs an Rad- und Fußwegen
- Verfügbarkeit von öffentlichem Personennahverkehr (ÖPNV)
- Anzahl der erreichten Schüler:innen, Bildungseinrichtungen, Pädagog:innen mit dem **klimaaktiv mobil** Mobilitätsmanagement
- verkaufte Tickets des öffentlichen Personennahverkehrs (Lehrlings- und Schülerfreifahrt, Jugendtickets, Klimatickets)
- Anzahl der durchgeführten Radfahrkurse
- Anzahl der „Schulstraßen“ nach der Straßenverkehrsordnung (StVO) im Umfeld von Bildungseinrichtungen

Ziel 11: Frei- und Naturräume für Kinder und Jugendliche planen und erhalten

Zielbeschreibung

Kinder und Jugendliche brauchen eine gesunde Umwelt und Natur. Sie haben unterschiedliche Bedürfnisse und Potenziale, die bei der Gestaltung eines kinder- und jugendfreundlichen öffentlichen Raumes berücksichtigt werden müssen. Damit Kinder gesund aufwachsen können, brauchen sie daher öffentliche Räume, in denen es möglich ist, sich in guter Luft und mit wenig Lärmbelastung zu bewegen, und in denen eine Ausstattung für natur- und handlungsbezogenes Spiel vorhanden ist. Die Ansprüche Jugendlicher an den öffentlichen Raum sind vielfältig: Er bietet ihnen die Möglichkeit zur sportlichen Betätigung, einen Freiraum und Rückzugsort (vor der elterlichen Wohnung oder als konsumfreier Ort), die Möglichkeit, Freund:innen zu treffen, und dient ihnen als Ort für eigenständige Aktivitäten.

Die Grün- und Freiflächenausstattung muss insbesondere im städtischen, aber auch im ländlichen Raum weiterentwickelt und überdacht werden (siehe das „Superblockprinzip“⁵ in Barcelona). Ein Netz wohnungsnaher Grün- und Freiflächen ist sicherzustellen, Spiel- und Sportplätze sind zu erhalten und auszubauen, um zumindest flächendeckend eine wohnortnahe Versorgung (Radius: 500 m) zu erreichen (siehe „15-Minuten-Stadt“⁶ in Paris). Insbesondere ist darauf zu achten, dass es altersspezifische Rückzugsmöglichkeiten, Verweilzonen, Erfahrungs- und Interaktionsräume für Kinder und Jugendliche in der Stadt / Gemeinde / dem Grätzl gibt, um auch Sozialisationsprozesse sowie die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu stärken.

⁵ Das „Superblockprinzip“ kommt ursprünglich aus Barcelona und beschreibt großflächige Häuserblocks von ca. 400 mal 400 Meter, wo Fußgänger:innen und Fahrradfahrer:innen Vorrang haben. Die Straßen innerhalb der Blöcke sind vom motorisierten Durchgangsverkehr befreit. Kinder können hier spielen, Anwohner:innen auf neu errichteten Parkbänken Kaffee trinken und plaudern u. v. m.

⁶ Die „15-Minuten-Stadt“ ist ein Konzept in der Stadtplanung, bei der alle Stationen des Alltags fußläufig, mit dem Fahrrad oder dem ÖPNV zu erreichen sind.

Hitzeinseln sind durch ausreichende Beschattungsmaßnahmen („Schwammstadtprinzip“⁷, Bepflanzung) und Möglichkeiten zum Abkühlen wie z. B. Trinkgelegenheiten, Brunnen, Nebelduschen oder Wasserspielplätze sowie mit ausreichend (beschatteten) Sitzgelegenheiten neu zu gestalten. Die kontinuierliche Versiegelung von 15–20 Quadratkilometern pro Jahr in Österreich bedeutet einen massiven, dauerhaften Verlust eines biologisch produktiven Bodens. Österreichisches Ziel ist, die Versiegelung bis zum Jahr 2030 auf maximal neun Quadratkilometer pro Jahr zu senken. Dies ist insbesondere auch für die Sicherstellung der nationalen Lebensmittelproduktion essenziell.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Erhalt und Erschließung bestehender Grünflächen zur Nutzung durch Kinder- und Jugendliche
- Bereitstellung kinder- und jugendgerechter Infrastruktur (z. B. kostenfreie WC-Anlagen, Sitzgelegenheiten, Trinkbrunnen etc.)
- Schaffung von Schulstraßen in ganz Österreich
- Schaffung von ausreichenden, qualitativ hochwertigen Flächen für Spiel- und Sportmöglichkeiten
- Nutzbarmachung von Sportplätzen öffentlicher Schulen zu Randzeiten oder am Wochenende
- Sektorkopplung: Mobilität, Gesundheit und Klimaschutz

Indikatoren

- Bodenverbrauch
- Anzahl von Schulstraßen nach StVO in Österreich
- Anzahl von Parks und Sportplätzen
- Anzahl neu gepflanzter Bäume im verbauten öffentlichen Raum
- innerstädtisch entsiegelte Flächen

⁷Das „Schwammstadtprinzip“ ist ein Konzept der Stadtplanung, das den (Baum-)Wurzeln auch unter Straßen, Parkplätzen und Gehwegen mehr Raum gibt. Zudem wird das Regenwasser gespeichert und nicht in die Kanalisation abgeleitet.

Ziel 12: Kinder- und jugendgerechte Wohn- und Baukultur forcieren

Zielbeschreibung

Grundsätzlich sind ökologische und gesundheitliche Aspekte beim Bau einer kinder- und jugendgerechten Architektur zu beachten und es ist auf Nachhaltigkeit und Klimaneutralität insbesondere bei den verwendeten Baumaterialien zu setzen. Die Raumgestaltung sollte kinder- und jugendgerecht erfolgen (z. B. Berücksichtigung von Akustik, Licht- und Farbgestaltung, Frischluftzufuhr, ausreichende Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten, Gemeinschafts- und Rückzugsräumen u. a.). Dies betrifft alle Gebäude, in denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten – z. B. im Gesundheitsbereich (Arztpraxen, Spitäler, Reha-Anstalten oder Beratungsstellen), aber auch Bildungs- und Betreuungseinrichtungen sowie außerschulische Jugend- und Freizeiteinrichtungen und private Wohngebäude. Gerade hier ist wichtig, Kinder und Jugendliche in die Gestaltung miteinzubinden, um ihre Erfahrungen, Sichtweisen und Lebenswelten besser integrieren zu können.

- Gebäude
 - Bildungs- und Betreuungseinrichtungen (z. B. Kinderkrippen, Kindergärten, Schulen, Horte, Nachmittagsbetreuung)
 - Die Schule ist im Sinne eines „whole school approach“ neben ihrer Funktion als Bildungseinrichtung als zentraler Ort für Gesundheit und Wohlbefinden zu etablieren.
 - außerschulische Jugend- und Freizeiteinrichtungen (z. B. Musikschulen, Jugendzentren, Sporteinrichtungen, [Vereins-]Räume)
 - Wohnung/Familie: Ein Zuhause, in dem sich Kinder und Jugendliche wohlfühlen, ist für diese essenziell. Dafür bedarf es leistbaren Wohnens, mit Bewegungs- und Rückzugsräumen (siehe dazu: Europäische Garantie für Kinder).
- näheres Umfeld (z. B. Wohn-, Schulumfeld) / Erreichbarkeit
 - Das nähere Umfeld wird über die Bauordnungen der Länder – insbesondere hinsichtlich der Spielplätze – determiniert. Künftig sollten Bauordnungen auch genügend Freiräume für Jugendliche berücksichtigen.
 - Unter dem Druck des verdichteten Bauens fallen immer mehr Spielplätze und Freiräume weg. Dies betrifft insbesondere jüngere Kinder, für die das unmittelbare Wohnumfeld von großer entwicklungspsychologischer Bedeutung ist, da es selbstständig erreicht und erkundet werden kann.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Implementierung von kinder- und jugendfreundlichen Planungsstandards (z. B. bei großen Bauprojekten etc.)
- Wirkungs- und Gesundheitsfolgenabschätzung für Kinder und Jugendliche in Zusammenhang mit Wohn- und Bauprojekten
- Sensibilisierung von Sachverständigen und Bauträgern

Indikatoren

- Quadratmetergröße für Kinder- und Jugendzimmer laut Bauordnung
- Anzahl der Auszeichnungen nach „klimaaktiv Gold“-Standard
- Bauordnungen der Länder, in denen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ausdrücklich berücksichtigt werden
- Schulungen für Sachverständige und Bauträger

Ziel 13: Digitalen Raum als Einflussfaktor für Gesundheit anerkennen und nutzen

Zielbeschreibung

Die Grenzen zwischen on- und offline sind in den Lebenswelten der Jugendlichen längst verschwommen. Diese digitalen Räume ergänzen immer stärker physische Räume und führen zu einer zunehmenden Komplexität und Veränderung der sozialen Kontakte der Kinder und Jugendlichen. Die Möglichkeiten, die digitale Medien bieten, sind außerordentlich vielfältig und werden von den Heranwachsenden gerne und oft auch spielerisch genutzt und erprobt. Damit eröffnet sich eine Vielzahl von Chancen und Potenzialen wie beispielsweise die Verhinderung einer „Verinselung“ oder Vereinsamung einzelner Heranwachsender oder digitale Gesundheitskompetenz als Möglichkeit, Jugendliche besser zu erreichen. In diesem Zusammenhang ist der Art. 31 „Beteiligung an Freizeit, kulturellem und künstlerischem Leben, staatliche Förderung“ der UN-Kinderrechtskonvention relevant.

Laut einer Studie von saferinternet.at aus dem Jahr 2020⁸ geben fast drei Viertel der befragten Eltern Null- bis Sechsjähriger an, dass ihr Kind internetfähige Geräte zumindest gelegentlich nutzt – und das bereits ab einem Alter von durchschnittlich zwölf Monaten. Für Jugendliche ist der digitale Raum Teil ihrer Lebenswelt geworden, in welchem kommuniziert, gespielt, geshoppt, gestreamt, nach Inhalten gestöbert, aber auch eigener Content produziert wird. Hier sind Kinder und Jugendliche sehr häufig (oft ungekennzeichneter) Werbung ausgesetzt, welche die Kaufentscheidungen beeinflusst. Sie sind jedoch entwicklungspsychologisch noch nicht in der Lage, Werbung als solche zu identifizieren, und sie stellen dadurch eine klar schützenswerte vulnerable Gruppe dar. In diesem Zusammenhang sind die Kinderrechte Art. 32 „Schutz vor wirtschaftlicher Ausbeutung“ und Art. 17 „Zugang zu den Medien; Kinder- und Jugendschutz“ besonders relevant.

Kinder und Jugendliche sind auch ein häufiges Ziel von kommerzieller Lebensmittelwerbung. Dies hat bereits in sehr jungem Alter einen wesentlichen Einfluss darauf, was in der Familie gekauft wird, und bindet durch sogenannte Markenloyalität häufig langfristig. Kinder-Lebensmittelwerbung wirkt sich zudem ungünstig auf die Nahrungs- und Kalorienaufnahme sowie die Lebensmittelpräferenzen von Kindern aus (Smith et al. 2019). An Kinder gerichtete Lebensmittelwerbung ist anhand dieser Erkenntnisse als erheblicher Risikofaktor für Adipositas im Kindesalter und für die Entstehung von Folgeerkrankungen einzustufen. Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien sind häufiger Lebensmittelwerbung ausgesetzt als Gleichaltrige aus sozioökonomisch bessergestellten Familien (Backholer et al. 2021).

Zu den weiteren Risiken durch Medienkonsum zählt neben Mobbing und anderen Formen des Übergriffs beispielsweise auch das Fehlen von Zeit für andere wichtige Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter, die eine Grundlage für eine gesunde Entwicklung bilden. Zudem stehen problematische Entwicklungen des Selbst- und Körperbildes mit entsprechenden psychischen Folgen oder extreme Verhaltensweisen wie überbordende Sportausübung im Zusammenhang mit dem Konsum von sozialen Medien. Aber auch körperliche Auswirkungen, wie z. B. Kurzsichtigkeit, Haltungsschäden und Folgen von vermehrt sitzenden Tätigkeiten, sind ein Risiko.

⁸ <https://www.saferinternet.at/news-detail/studie-72-prozent-der-0-bis-6-jaehrigen-im-internet> [Zugriff am 22.06.2023]

Je mehr digitale Technologien den Alltag von Kindern und Jugendlichen bestimmen, umso wichtiger ist Medienkompetenz: Wie in anderen Lebenswelten gilt es auch in der digitalen Welt, bestimmte Kompetenzen zu erwerben, um sich selbstständig und sicher darin bewegen zu können. Doch Bildungs- und Beteiligungsungleichheiten setzen sich auch online fort und führen zu digitaler Ungleichheit (Kutscher 2013). Es bedarf fachlich geschulter Unterstützung, um die Aneignung des digitalen Raumes zu fördern, einen selbstbestimmten, sicheren Umgang mit digitalen Medien zu entwickeln und die Chancen der Digitalisierung für möglichst viele junge Menschen nutzbar zu machen.

Auch die erwachsenen Bezugspersonen der Heranwachsenden müssen in ihrer Medienkompetenz gestärkt werden, um im vertrauensvollen Dialog mit den Heranwachsenden die Themen und Herausforderungen der digitalen Medien besprechen und bearbeiten zu können. Entsprechende Angebote für Eltern und Familien sind erforderlich, ebenso wie die Bereitstellung von Ressourcen sowie pädagogischen und didaktischen Konzepten für die Fachkräfte der außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit und im Bereich der formalen Bildung.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Ausbau von digitaler Jugendarbeit und Online-Streetwork
- Arbeit mit jugendlichen Influencer:innen
- Schulungen und Workshops zur Stärkung der Medienkompetenz durch Bildungseinrichtungen, Elternbildung und Jugendarbeit
- Aktivitäten gegen Hass im Netz
- Aus- und Weiterbildungsangebote in Medienpädagogik und Mediendidaktik für pädagogisch Tätige (z. B. Stärkung eines positiven Selbstbildes für Kinder und Jugendliche)
- Entwicklung von Angeboten zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz, partizipativ mit Jugendlichen
- Regulierung von an Kinder und Jugendliche gerichteter Lebensmittelwerbung durch Anwendung des „Österreichischen Nährwertprofils“

Indikatoren

- Nutzung von digitalen Medien in Stunden (siehe HBSC)
- Körperelbstbild (siehe HBSC)
- Prävalenz von Essstörungen
- Prävalenz von Kurzsichtigkeit

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Haltungsschäden durch Mediennutzung
- Qualifikation(-snachweise) pädagogisch Tätiger
- Anzahl der Angebote digitaler Jugendarbeit und von Online-Streetwork sowie deren Inanspruchnahme
- Anzahl der Angebote zur Förderung digitaler Gesundheitskompetenz mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche

Themenfeld 5:

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Das Themenfeld 5 stellt Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen und jene mit gesundheitlichen Nachteilen in den Fokus. Um diese beiden Gruppen unterstützen zu können, stellt die Früherkennung von Unterstützungsbedarfen einen wichtigen Baustein dar. Die Entwicklungen der letzten Jahre und die damit einhergehenden Krisen (z. B. COVID-19-Pandemie, Energiekrise, Inflation ...) haben gezeigt, dass dieses Themenfeld aktueller ist denn je.

Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien (Alleinerzieher:innen, geringes Bildungsniveau, geringes Einkommen, Migrationshintergrund etc.) haben nicht die gleichen gesundheitlichen Chancen wie jene aus einkommensstärkeren und bildungsnahe Familien; im Vergleich zu Letzteren weisen sie oft schon im Kindes- und Jugendalter einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger psychische Probleme auf (Richter/Hurrelmann 2009). Ein soziales Gefälle in Bezug auf Gesundheit zeigt sich nicht nur bei absoluter Armut (im Sinne eines materiellen Mangels), sondern auch bei relativer Benachteiligung im Vergleich zum durchschnittlichen Lebensstandard der Gesellschaft. Soziale Ungleichheit bringt eine unterschiedliche gesundheitliche Beanspruchung (Bilanz aus gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen), eine unterschiedliche gesundheitliche Versorgung und unterschiedliche gesundheitsrelevante Lebensstile mit sich. Daraus resultieren ungleiche bzw. ungerecht verteilte Gesundheitschancen. Besonders relevant ist dies für Kinder und Jugendliche mit chronischen Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen. Spezifische Förder- und Unterstützungsangebote – insbesondere im Gesundheits- und Sozialbereich, aber auch im Bildungswesen – sowie Maßnahmen der Früherkennung können einen wichtigen Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengerechtigkeit leisten.

Ziel 14: Chancengerechtigkeit für sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche sichern

Zielbeschreibung

Die soziale Situation von Kindern und Jugendlichen hat einen bedeutenden Einfluss auf ihre Gesundheitssituation, ihr Gesundheitsverhalten und ihren Umgang mit gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten. Der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten Jugendlicher sind von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stark beeinflusst. Soziale Ungleichheiten führen in der Regel zu gesundheitlichen Ungleichheiten und umgekehrt (Richter/Hurrelmann 2009).

Das Aufwachsen in sozial benachteiligten Verhältnissen führt erwiesenermaßen zu einer schlechteren Gesundheit als Jugendliche:r und später als Erwachsene:r. So schneiden z. B. von Übergewicht und Adipositas betroffene Kinder und Jugendliche in der Schule schlechter ab und haben schlechtere Chancen auf einen Hochschulabschluss. Durch die schlechteren Bildungschancen sind sie zusätzlich langfristig einer gesundheitlichen Benachteiligung im Hinblick auf Morbidität, Mortalität und „health-related quality of life“ ausgesetzt (König et al. 2005; Mielck 2012). Immer wiederkehrende Stigmatisierungs- und Mobbing-Erfahrungen und in weiterer Folge ein geringeres Selbstwertgefühl (Ergebnisse der HBSC-Befragung) sind weitere Einflussfaktoren auf akademische Leistungen. Eine Stigmatisierung geht häufig von Mitschüler:innen, aber auch vom Lehrpersonal aus. Gezielte Aufklärung über die Ursachen von Übergewicht und Adipositas für Betreuungs- und pädagogisches Personal ist wichtig, um Stigmatisierungserfahrungen von betroffenen Kindern und Jugendlichen zu reduzieren und das Lehrpersonal dabei zu unterstützen, gezielt gegen Mobbing in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen vorzugehen.

Die Kindheit und die Adoleszenz stellen ein Zeitfenster dar, in dem dieser Automatismus unterbrochen werden kann. Interventionen in dieser Lebensphase können die sozialen und biologischen Risikoketten sowie negative Karrieren durchbrechen. Bildung, Partizipation, Gestaltungsmöglichkeiten und positive soziale Beziehungen gelten hier als Hauptlösungsansätze (Heckman 2008; Lampert/Kuntz 2019).

Maßnahmen und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention müssen neben den Themen psychische Gesundheit, Ernährung und Bewegung vor allem auch die Verbesserung der sozialen Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen im Fokus haben: Wohnen, Schule/Ausbildung, Familie, Lärmbelastung, Beziehungen, gesellschaftliche Teilhabe, Genderrollen, Sexualität und Zukunftsperspektiven sind hier beispielsweise zentrale Themen. Die Evidenz belegt, dass erfolgreiche Gesundheitsförderung zu 70 Prozent auf Veränderungen der Verhältnisse (Armutsbekämpfung, Wohnqualität, soziale Teilhabe etc.) und nur zu 30 Prozent auf Verhaltensmodifikationen (gesunde Ernährung, Verzicht auf Alkohol und Nikotin, mehr Bewegung etc.) zurückzuführen ist (Fischer/Stanak 2017).

Der digitale Raum, der für Jugendliche zu einem wesentlichen Teil ihrer Lebenswelt geworden ist, ist ebenfalls von Bildungs- und Beteiligungsungleichheiten betroffen. Auch hier muss gegengesteuert werden. Möglichst alle Kinder und Jugendlichen sollen die Chance haben, sich den digitalen Raum selbstbestimmt und sicher anzueignen.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Verbesserung des Zugangs zu bestehenden Gesundheits- und Sozialleistungen durch Abbau von Zugangsbarrieren bei bestehenden Angeboten, sowohl finanzieller (z. B. durch Beseitigung oder Senkung von Kosten für Therapien, Behandlung) als auch administrativer Art (z. B. Hürden in der Antragstellung. Die Zielgruppe soll durch an ihre Bedürfnisse angepasste Information gut erreicht werden.
- neue Unterstützungsangebote für sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche schaffen (z. B. Kindergrundsicherung)
- Angebote für spezifische Zielgruppen bereitstellen (z. B. für geflüchtete Kinder und Jugendliche, Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, Young Carers, Kinder und Jugendliche mit Behinderung, Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen, LGBTQI⁹-Jugendliche, Care Leavers)
- Unterstützungsangebote für das gesamte Familiensystem absichern und ausbauen (z. B. aufsuchende Unterstützungsangebote, Freizeit- und Urlaubsangebote für sozioökonomisch benachteiligte Familien, Wohnangebote für Kinder, Jugendliche und/oder Eltern und Startwohnungen für Care Leavers)

⁹ lesbian, gay, bi, trans, queer und inter

- Sicherstellung, Ausbau von Schulimpfaktionen zur Förderung der Chancengerechtigkeit und Erleichterung des Zugangs zu Impfungen für sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche

Indikatoren

- subjektiver Gesundheitszustand nach Familienwohlstand (HBSC-Studie)
- Zahngesundheit bei Sechsjährigen nach sozioökonomischem Status

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Inanspruchnahme ausgewählter Angebote der „Gesundheitskompetenten Offenen Jugendarbeit“, da hier die Zielgruppe weitestgehend sozioökonomisch benachteiligt ist
- Inanspruchnahme ausgewählter Angebote (z. B. Projekt „Gesund aus der Krise“¹⁰) durch sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche (z. B. gemessen am Bildungsgrad der Eltern)
- Inanspruchnahme klinisch-psychologischer Beratung und Behandlung als Kassenangebot
- Ausmaß schulpsychologischer Angebote nach Schulform (z. B. nach Sozialindex; gemessen in Stunden pro Schüler:in), um etwaige Mangelversorgung sichtbar zu machen, sowie Inanspruchnahme dieser Angebote nach sozioökonomischem Status der Schüler:innen

¹⁰ umgesetzt vom Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) mit dem Ziel, für Menschen bis 21 Jahre die psychosoziale Versorgung österreichweit niederschwellig und ohne lange Wartezeiten anzubieten

Ziel 15: Chancengerechtigkeit für gesundheitlich benachteiligte Kinder und Jugendliche sichern

Zielbeschreibung

Gesundheitliche Benachteiligung betrifft viele Kinder und Jugendliche, doch ganz einfach lässt es sich nicht beziffern. Laut HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)-Studie hat etwa ein Fünftel der elf- bis 17-jährigen Schüler:innen eine chronische Erkrankung oder Belastung, etwas mehr Mädchen als Burschen und ältere etwas häufiger als jüngere (Felder-Puig et al. 2023). Massiv gesundheitlich benachteiligt sind Kinder und Jugendliche mit einer der etwa 8.000 seltenen Erkrankungen. Auf die Gesamtbevölkerung bezogen, geht man in Österreich von sechs bis sieben Prozent Betroffener aus, doch da seltene Erkrankungen vielfach genetische Ursachen haben (www.gesundheit.gv.at), abgefragt am 8.4.2023), dürfte dieser Anteil unter Kindern höher sein. Nimmt die gesundheitliche Benachteiligung ein bestimmtes Ausmaß an, kann Pflegegeld in Anspruch genommen werden. Laut Pflegegelddatenbank bezogen im Dezember 2021 österreichweit insgesamt rund 14.000 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen null und 18 Jahren Pflegegeld, das sind rund 0,9 Prozent aller österreichischen Kinder und Jugendlichen.

Chronische Erkrankungen, insbesondere die meisten seltenen Erkrankungen und jedenfalls alle Erkrankungen und Behinderungen, die ein Pflegegeld begründen, ziehen zahlreiche Probleme nach sich, die über die Grunderkrankung weit hinausgehen. Das sind einerseits die daraus resultierenden psychosozialen Belastungen für die Betroffenen und die gesamte Familie, aber auch Schwierigkeiten in Bezug auf Information, Diagnostik, Behandlung, Therapie und Finanzierung. Die Krankheitsbilder und Beeinträchtigungen sind sehr heterogen. Sie müssen durch ein breites Spektrum von Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten abgedeckt werden (z. B. Einnahme/Verabreichung von Medikamenten, mehrmals täglich biometrische Messungen, Inhalationen, Tragen/Bedienen lebensnotwendiger Pumpensysteme, Einhalten teilweise restriktiver Diätvorschriften, häufig mehrfache operative Eingriffe, langjährige Chemotherapien, belastende Bestrahlungen, regelmäßige Nierenersatztherapien). Eine Krankheit oder Beeinträchtigung bedeutet für das Kind bzw. die:den Jugendliche:n ein Leben mit Nebenwirkungen, schmerzhaften Prozeduren, vielen Krankenhausaufenthalten und oftmals ein Leben mit fortschreitender Krankheit.

Viel Disziplin bei therapeutischen Maßnahmen ist erforderlich, die Krankheit ist oftmals auch psychisch und sozial sehr belastend (z. B. Aussichtslosigkeit, Unveränderlichkeit, Abhängigkeit, Konfrontation mit Vorurteilen, mögliche Stigmatisierung, Beeinträchtigung des Selbstbilds, Ausschluss von sozialer Teilhabe) und birgt große Herausforderungen bei der Vereinbarkeit von Therapie und Schule/Arbeitsplatz.

Obwohl es eine Reihe gesetzlicher Bestimmungen in Österreich¹¹ und nicht zuletzt die UN-Kinderrechtskonvention (Art. 23 „Rechte von Kindern mit Behinderung“) gibt, sind Betroffene im Alltag mit zahlreichen Hürden sowie ungleicher und unzureichender Versorgung konfrontiert (siehe dazu auch Ziel 25). Über den Gesundheitsbereich hinaus sind auch in anderen Bereichen Maßnahmen erforderlich, um Betroffenen ein Leben mit möglichst viel Teilhabe zu ermöglichen. Insbesondere in den Settings Kindergarten und Schule sowie Hort sind medizinische, pflegerische und psychosoziale Unterstützungsleistungen für Betroffene sicherzustellen, denn auch Kinder und Jugendliche mit (chronischen) Erkrankungen verbringen einen wesentlichen Teil ihrer Zeit in der Schule. Je jünger das erkrankte Kind ist, desto mehr Hilfe ist vonnöten; abhängig von der chronischen Erkrankung wären zum Teil nur über einen kurzen Zeitraum hinweg präventive Unterstützungsmaßnahmen notwendig.

Schulen sind an den Standards einer Bildungseinrichtung ausgerichtet und bieten zu wenige Möglichkeiten, auf individuelle medizinische oder pflegerische Notwendigkeiten einzugehen. Die Folge sind unnötig lange Absenzen vom Unterricht, Stigmatisierungen, Unsicherheiten bei Lehrkräften und mangelnde Betreuung und Begleitung mit möglicherweise gesundheitsschädlichen Folgen für die Betroffenen. Damit Kinder und Jugendliche mit (chronischen/psychischen) Erkrankungen gleichberechtigt und sicher die Schule und schulische Betreuungseinrichtungen besuchen können, müssen in Kooperation aller Stakeholder und über Zuständigkeitsgrenzen hinweg Unterstützungssysteme errichtet werden. Aufklärungs- und Bildungsarbeit muss ein Bewusstsein für die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit (chronischen/psychischen) Erkrankungen schaffen, das Stigmatisierung und Ausgrenzung entgegenwirkt und den handelnden Personen die nötige Sicherheit im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit (chronischen/psychischen) Erkrankungen vermittelt.

¹¹ 4. Bundesverfassungsgesetz über die Rechte von Kindern von 2011; Bundesbehindertengleichstellungsgesetz (Diskriminierungsverbot); Art. 7 des Bundesverfassungsgesetzes (Gleichstellung aller Bürger:innen); Art. 24 der UN-Behindertenrechtskonvention (Recht behinderter Menschen auf Bildung)

Auch im Hinblick auf das Erkennen psychischer Probleme und die Weiterleitung an psychosoziale Unterstützungssysteme nehmen Kindergarten, Schule und Betreuungseinrichtungen eine zentrale Rolle ein. Ebenso sollte in Kindergärten und Schulen Gesundheitskompetenz vermittelt werden. Voraussetzung dafür sind einerseits Pädagog:innen mit ausreichendem Wissen über psychische Erkrankungen und adäquaten Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen (Verständnis, Unterstützung, Einbeziehung der Eltern). Zur Unterstützung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher im Schulalltag ist zudem ein Ausbau der unterschiedlichsten schulischen Beratungsangebote notwendig (Beratungslehrer:innen, Schulpsychologie, Schulsozialarbeit).

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Zugang zu verfügbaren Sozialleistungen und Unterstützungsangeboten für Familien mit behinderten oder anderweitig gesundheitlich besonders belasteten Kindern und Jugendlichen verbessern. Dies beinhaltet auch Unterstützungsangebote zur Alltagsbewältigung für Familien (mobile Betreuung, sonstige Unterstützung zu Hause, persönliche Assistenz, Frühförderung).
- Bedarf an Tagesbetreuungsstrukturen für Kinder und Jugendliche mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen decken
- Übergänge in die Ausbildung und in die Erwerbsarbeit für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen mit Unterstützungsangeboten gestalten (sozialpädagogisch etc.)
- 11. und 12. Schuljahr für Jugendliche mit Behinderungen ermöglichen
- bedürfnisgerechte Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen sowie für Pädagog:innen in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen bereitstellen, z. B. durch
 - Ausweitung der Leistungen der Schulgesundheitsversorgung und durch Etablieren multiprofessioneller Schulgesundheitsteams bzw. Verbesserung der Kooperation zwischen Schulärzt:innen und Sozialarbeit
 - Verbesserung der schulärztlichen Versorgungslage in öffentlichen sowie privaten Pflichtschulen (aktuell: Mangel z. B. im ländlichen Raum)
 - flächendeckende Etablierung des Berufs „School Nurse“ (die Rechtsgrundlage dafür muss geschaffen werden bzw. muss eine Gesetzesänderung im schulärztlichen Bereich erfolgen)
 - Ausbau psychosozialer Unterstützung an Schulen (Schulpsychologie, Schulsozialarbeit, Beratungslehrer:innen etc.)

- Ermöglichung einer kostenfreien Betreuung der Kinder/Jugendlichen mit einem hohen medizinischen Aufwand in Kindergärten und Schulen
- Unterstützungsangebote für einen Wiedereinstieg nach längerer Abwesenheit (z. B. nach einem Unfall, Diabetesmanagement) → Assistenz für Unterstützungsleistungen – angeleitete Lai:innen (z. B. zur Überwachung des Blutzuckers, Verabreichung von Sondennahrung), temporäre und dauerhafte Unterstützung
- Schulung, Beratung und Anleitung von Pädagog:innen ermöglichen; bessere Aus-, Fort- und Weiterbildung im Hinblick auf altersspezifische Entwicklung und psychische Erkrankungen sowie auf den Umgang mit psychischen Erkrankungen

Indikatoren

- Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Pflegegeldbezug nach Pflegegeldstufen für eine Abschätzung des Bedarfs an Integrationsplätzen

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Anzahl der Integrationsplätze (z. B. Kindergärten) vs. Anzahl der Kinder, die einen Integrationsplatz brauchen
- Anzahl von Schulen mit „School Nurses“

Ziel 16: Früherkennung und gezielte Förderung bei Kindern und Jugendlichen verbessern

Zielbeschreibung

Früherkennung und Vorsorge leisten einen wesentlichen Beitrag zur Vorbeugung von Krankheiten sowie zur Aufklärung und tragen synergetisch zur Gesundheitsförderung und Prävention bei. Das Wissen, das im Rahmen von Untersuchungen, Screenings und Erhebungen gesammelt wird, hilft sowohl auf der individuellen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene. Es ist die notwendige Grundlage dafür, Gesundheitspolitik zu steuern sowie Kompetenzen und finanzielle Ressourcen dort einzusetzen, wo sie am wirksamsten sind und am meisten gebraucht werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des „Health in All Policies“-Ansatzes relevant.

In Österreich stehen verschiedene Früherkennungsinstrumente zur Verfügung, die unterschiedlich organisiert sind, abhängig von Ziel, Lebensalter der Kinder und Jugendlichen, Setting, Zuständigkeiten usw. Ihnen ist gemein, dass sie auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung abzielen und Stigmatisierung zu vermeiden suchen. Dass Maßnahmen auf Evidenz basieren, stellt ein wichtiges Prinzip für staatliches Handeln auf allen Ebenen von Gebietskörperschaften dar. Wesentlich für den zweckmäßigen Einsatz von Datenerhebungen ist nicht nur die Datenqualität, sondern auch eine klare vorherige Zieldefinition, wozu welche Daten von wem erhoben werden.

Bei der Früherkennung spielen außerdem alle Fachpersonen, die in bestimmten Settings und Feldern mit Kindern und Jugendlichen arbeiten (z. B. Familienbereich, elementarpädagogische Einrichtungen, schulischer und außerschulischer Bereich), eine wichtige Rolle in Bezug auf die Wahrnehmung von und Sensibilität für sich abzeichnende gesundheitliche und psychosoziale Herausforderungen (Stichwort „red flags“). Ein Ziel von Gesundheitsförderung ist, die Eigenwahrnehmung jeder bzw. jedes Einzelnen betreffend eigener Belastungssituationen zu stärken.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Eltern-Kind-Pass (vormals Mutter-Kind-Pass) weiterentwickeln und digitalisieren (evidenzbasierte Leitlinien, Digitalisierung; siehe Themenfeld 2)
- spezifische Untersuchungen in Kindergärten standardisiert in ganz Österreich ausbauen (z. B. zur Motorik oder zur Sprachentwicklung)
- schulärztliche Untersuchung standardisieren, ausbauen und digitalisieren
- Vorsorgeuntersuchung für alle Jugendlichen anbieten
- Zahnstaterhebungen in Fünf-Jahres-Intervallen für eine ausgeweitete Altersgruppe (Sechs-, Zwölf- und 18-Jährige) etablieren
- österreichweit Kariesprophylaxeprogramme nach einheitlichen Standards etablieren
- psychosoziale Früherkennung stärken, z. B. hinsichtlich Suchtgefährdung, Erkennen von Warnzeichen („red flags“) u. a. Wissen über Angebote verbreitern
- Erkennung von Belastungssituationen verbessern (Sensibilisierung bei Fachpersonen, die mit Kindern/Jugendlichen arbeiten, und bei Betroffenen selbst)

Indikatoren

- Untersuchungsergebnisse zur Auswertung gesundheitspolitischer Fragestellungen der Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen stehen elektronisch zur Verfügung
- Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen stehen bundesweit elektronisch zur Verfügung
- Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung
- Intervall/Anzahl von Zahnstaterhebungen
- spezifische Angebote zur Schulung/Sensibilisierung von Pädagog:innen hinsichtlich psychosozialer Früherkennung

Themenfeld 6: Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche

Die Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher ist in Österreich sichergestellt. Allerdings gibt es in der pädiatrischen Grundversorgung sowie hinsichtlich der pädiatrischen Kompetenz in der Notfallversorgung noch Optimierungsbedarf. Insgesamt sollte die Versorgung noch kinder- und jugendgerechter gestaltet werden, auch die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen ist noch ausbaufähig. Weiterer Optimierungsbedarf zeigt sich nach wie vor hinsichtlich der Kooperation und Vernetzung aller an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und Berufsgruppen, vor allem am Übergang in die erwachsenenmedizinische Betreuung sowie bei der Kooperation über verschiedene Sektoren hinweg (z. B. Bildung, Soziales).

Im Versorgungssystem selbst geht es vor allem um das Sicherstellen ausreichender pädiatrischer Kompetenz, kindgerechter Arzneimittel und eines kindgerechten Umfelds in allen Settings, in denen Kinder und Jugendliche versorgt und behandelt werden. Eine optimale Versorgungskette setzt auch voraus, dass verschiedene Versorgungseinrichtungen und alle Berufsgruppen interdisziplinär optimal zusammenarbeiten und Prozessabläufe standardisiert sind und reibungsfrei funktionieren. Ein aktuelles Thema ist darüber hinaus die Sicherstellung der benötigten Fachkräfte im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich.

Mit den folgenden Zielen zur Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher ist auch beabsichtigt, einen von sozioökonomischem und gesundheitlichem Status unabhängigen Zugang zur bestmöglichen Versorgung zu gewährleisten.

Ziel 17: Kinder und Jugendliche in die Gestaltung von Versorgung einbinden

Zielbeschreibung

Die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in medizinische Settings und ihre Mitbestimmung dort können ganz wesentlich dazu beitragen, auf spezifische Bedürfnisse einzugehen. Das Recht auf Mitsprache wird Kindern oftmals nicht zugestanden, da sie als eingeschränkt entscheidungsfähig angesehen werden. Ein Forschungsprojekt der Gesundheit Österreich GmbH (Gugglberger et al. 2022) zu Kinderrechten im Krankenhaus zeigte die Herausforderungen auf, welche die Mitbestimmung von Kindern in der Medizin erschweren: erstens fehlende Zeit, zweitens Sprachbarrieren, drittens der Entwicklungsstand der Kinder und viertens eine angemessene Einbeziehung der Eltern. In einer deutschen Umfrage zeigte sich zwar eine hohe Sensibilität für die Bedeutung des Kindeswohls und für den Schutz vor körperlicher und seelischer Gewaltanwendung, die Berücksichtigung des Kindeswillen in der Behandlung zeigt allerdings noch Verbesserungsbedarf (Ruther et al. 2021).

Die Praxis, Kinder in behandlungstechnische Entscheidungen nicht einzubeziehen, steht im Gegensatz zu den Grundrechten von Kindern und Jugendlichen. 1989 wurde von den Vereinten Nationen die UN-Konvention über die Rechte des Kindes (UN-KRK) beschlossen. Im Krankenhausbereich korrespondiert die bereits 1988 eingesetzte Charta der European Association for Children in Hospital (EACH-Charta) mit der UN-KRK. Es ist allerdings davon auszugehen, dass selbst unter Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde noch ein hoher Informationsbedarf bezüglich der UN-KRK besteht (Ruther et al. 2021).

Damit Kinderrechte in der Behandlung umgesetzt werden können, müssen nachhaltige gesundheitspolitische Rahmenbedingungen geschaffen werden, wie die Beachtung der Komplexität der Behandlung der jungen Patient:innen mit zeit- und personalintensivem Behandlungsaufwand sowie eine angemessene Vergütung der Pädiater:innen, um den o. a. Herausforderungen wirksam zu begegnen und mehr Mitsprache für Kinder und Jugendliche in medizinischen Settings zu ermöglichen.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Umsetzung der EACH-Charta in allen Krankenanstalten in Österreich
- Implementieren von Veranstaltungen zur Gesprächsführung mit Eltern und Kindern in Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula
- Entwicklung kindgerechter Informationsmaterialien, -videos, -apps usw. (unter Einbindung der Nutzergruppe)
- (Zeit-)Ressourcen (höherer Personalschlüssel) für die Entwicklung einer Feedbackkultur von medizinischem Personal schaffen
- Schaffen von kinderfreundlichen Räumlichkeiten in Krankenhäusern
- Platz für Begleitpersonen von Kindern im Krankenhaus
- Aufnahme des Themas „Kinderrechte in der Medizin“ in die relevanten Curricula

Indikatoren

- Mitaufnahme von Bezugspersonen
- Personalschlüssel für Kinderkrankenpflege

Ziel 18: Pädiatrische Grundversorgung optimieren

Zielbeschreibung

Die ambulante pädiatrische Grund- und Primärversorgung sind in ländlichen Gebieten zum Teil nicht mehr durchgängig zu gewährleisten. Insbesondere zu Tagesrandzeiten, in der Nacht sowie an Wochenenden und Feiertagen ist es zunehmend schwierig, eine dezentrale pädiatrische Versorgung zu finden. Gründe dafür sind unbesetzte § 2-Kassenfacharztstellen, die geringere Attraktivität von Kassenordinationen, aber auch geänderte Vorstellungen von Jungmediziner:innen im Hinblick auf ihre Tätigkeit (Work-Life-Balance, Scheu vor Unternehmer:innentum bzw. „Einzelkämpfer:innentum“ etc.).

Als Alternative kommen Allgemeinmediziner:innen und Spitalsambulanzen in Betracht. Erstere sind aber in Bezug auf eine spezifische pädiatrische Fachversorgung limitiert und in diesem Bereich besteht ebenfalls eine Erschwernis hinsichtlich flächendeckender Versorgung. Letztere sind bereits stark ausgelastet und grundsätzlich auch dafür ausgelegt, insbesondere komplexe Fälle zu versorgen – dies führt vielfach zu überlangen Wartezeiten. Grundsätzlich käme für einen informativen Erstkontakt auch eine „pädiatrische Hotline“ in Betracht, wie sie mit 1450 an sich angedacht war. Es muss jedoch sichergestellt sein, dass

bei einer telefonischen Gesundheitsberatung auch eine pädiatrische Expertise vorhanden ist.

Die geplante Ermöglichung von eigenen Primärversorgungseinheiten für Kinder und Jugendliche im Rahmen der Novellierung des Primärversorgungsgesetzes ist ein Schritt in die richtige Richtung und kann zur Verbesserung eines niederschweligen Zugangs zur pädiatrischen Grundversorgung beitragen.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- flächendeckende Versorgung mit Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde mit § 2-Kassenvertrag
- Verankerung von Kinder- und Jugend-Primärversorgungseinheiten im Primärversorgungsgesetz und entsprechende flächendeckende Umsetzung
- Einhalten der ÖSG (Österreichischer Strukturplan Gesundheit)-Vorgaben (Erreichbarkeit stationärer pädiatrischer Versorgung für 90 % der Population binnen 45 Minuten, im ambulanten Bereich binnen 20 Minuten)
- Informationssystem (App) über Erreichbarkeit pädiatrischer Expertise
- Sicherstellung einer telefonischen Gesundheitsberatung mit pädiatrischer Expertise
- Optimierung des Nahtstellenmanagements zwischen Krankenanstalten und dem niedergelassenen Bereich

Indikatoren

- Anzahl der Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendheilkunde mit § 2-Kassenvertrag
- Anzahl der Primärversorgungseinheiten für Kinder und Jugendliche
- Erfüllungsgrad der ÖSG-Vorgaben bezüglich Erreichbarkeit stationärer und ambulanter pädiatrischer Versorgungsangebote

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Frequenzen in pädiatrischen Spitalsambulanzen (nach Wochentag und Tageszeit)
- Erreichbarkeit der (Kinder-)Hotline 1450 bzw. 1451 (Response-Zeit)

Ziel 19: Verfügbarkeit kindgerechter Arzneimittel verbessern

Zielbeschreibung

Bezüglich des Themas kindgerechte Arzneimittel konnten in den letzten Jahren gute Fortschritte erzielt werden, beispielsweise durch Etablierung des Forschungsnetzwerks OKIDS, einer Institution für Kinderarzneiforschung, die mit breiter Vernetzung im In- und Ausland die Durchführung von klinischen Studien mit Kindern und Jugendlichen koordiniert oder durch die Schaffung einer Datenbank für Kindermedikamente (www.kindermedika.at) und die Herausgabe eines Kompendiums für magistrale Rezepturen (Juniormed). Die noch immer häufige Off-Label-Anwendung von Medikamenten stellt ein weltweites Problem dar und ist durch nationale Maßnahmen kaum änderbar.

In folgendem Bereich sind Maßnahmen zu setzen:

- Sicherung und Ausbau des Kinderarzneimittelforschungsnetzwerkes OKIDS

Indikatoren

- Anteil bzw. Anzahl der off-label zu verabreichenden Medikamente im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin
- Zahl der kinder- und jugendspezifischen Arzneimittelstudien in Österreich bzw. durch OKIDS durchgeführte Studien

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Zahlen der medizinischen Zwischenfälle durch Arzneimittelfehlverordnungen bei Kindern und Jugendlichen

Ziel 20: Pädiatrische Kompetenz in der Notfallversorgung stärken

Zielbeschreibung

Die extramurale Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt vorwiegend durch Notärzt:innen. Diese haben meist auch eine Ausbildung für pädiatrische Notfälle absolviert. Es ist wünschenswert, dass diese weiter vertieft wird. Deshalb und aufgrund des relativ niedrigen Anteils pädiatrischer Notfälle (= fehlende Routine) besteht oft Unsicherheit sowohl bezüglich der adäquaten Versorgung (Venenzugänge, Art und Laufgeschwindigkeit von Infusionen, Intubation und Atemunterstützung, adäquate Schmerztherapie, Dosierung von Medikamenten) und der apparativen Überwachung (EKG und SaO₂-Monitoring, etCO₂, Blutdruck u. a.) als auch bezüglich der adäquaten Transportmodalität (v. a. Helikopter vs. bodengebunden).

Es ist nicht ausgeschlossen, dass pädiatrische Patient:innen suboptimal versorgt in eine Kinder- und Jugendabteilung eingeliefert – teilweise auch „überbehandelt“ (z. B. zu hohe Sedierung mit konsekutiver Beatmungsindikation, unnötiger Helikoptertransport etc.) – werden.

Eine flächendeckende Versorgung mit Kindernotärzt:innen wird als unrealistisch eingeschätzt, daher wird, um eine optimierte präklinische Versorgung pädiatrischer Notfälle zu erreichen, in folgenden Bereichen sind vorrangig Maßnahmen zu setzen:

- umgehende Erreichbarkeit pädiatrischer Expertise für Akut-/Notfälle (z. B. Fieberkrampf, septisches Zustandsbild, Atemnot)
- Weiterentwicklung der Ausbildung für Notärzt:innen in pädiatrischer Notfallversorgung und nach Möglichkeit auch der Beihilfe leistenden Notfallsanitäter:innen

Indikatoren

- Anzahl österreichischer Notärzt:innen mit besonderer Erfahrung in pädiatrischer Notfallversorgung
- Anzahl österreichischer Notfallsanitäter:innen mit besonderer pädiatrischer Erfahrung

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Anzahl inadäquater präklinischer Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen

Ziel 21: Nahtstellenmanagement flächendeckend etablieren

Zielbeschreibung

Eine strukturierte Vernetzung und Kooperation aller an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligten Einrichtungen und Berufsgruppen geht über eine punktuelle und fallbezogene Vernetzung hinaus. Es geht darum, dass sich alle Akteur:innen strukturiert und regelmäßig aktiv an Austausch, Zusammenarbeit und Abstimmung beteiligen – mit dem Ziel, besser zusammenzuarbeiten, auch über verschiedene Versorgungsbereiche und -zuständigkeiten hinweg, damit Kinder und Jugendliche besser versorgt sind. Strukturierte und regelmäßige Vernetzung wird auch als geeignetes Instrument erachtet, um mehr Klarheit über bestehende Versorgungsangebote und Zuständigkeiten herzustellen sowie um eine Kooperation zwischen allen an der Versorgung beteiligten Akteur:innen zu fördern. Vernetzung kann dazu beitragen, dass die Versorgungsangebote möglichst effektiv genutzt werden, was wiederum eine Voraussetzung für eine gelingende integrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist.

Für die medizinische Versorgung von Kindern ab der Geburt bis zum 18. Lebensjahr sind im intramuralen Bereich die Abteilungen und Ambulanzen für Kinder- und Jugendheilkunde zuständig. Danach ist vorgesehen, dass Jugendliche / junge Erwachsene von der Erwachsenenmedizin weiterbetreut werden. Dieser Übergang gestaltet sich international als herausfordernder Prozess und ist mit vielen gesundheitlichen Risiken für junge Menschen mit chronischen Erkrankungen verbunden. Der Wechsel von der pädiatrischen Betreuung in die erwachsenenmedizinische Betreuung wird als Transition bezeichnet und sollte im Idealfall als gezielter, geplanter Prozess ablaufen. Analog gilt dies auch für die kinderpsychiatrische und psychosoziale Betreuung. Im Rahmen des Transitionsprozesses werden die notwendigen Gesundheitskompetenzen, die für das selbstständige Krankheitsmanagement nötig sind, abgeklärt und, wenn nötig, aufgebaut und verbessert. Im Rahmen medizinischer Betreuung kann eine nicht oder schlecht vorbereitete Transition schwerwiegende Folgen haben. Studien zeigen, dass sich der Krankheitsverlauf beim Wechsel von der kinder- und jugendärztlichen Betreuung in die Erwachsenenversorgung oftmals verschlechtert (White et al. 2018). Dazu kommen generelle, zum Teil im Gesundheitssystem vorherrschende Barrieren wie zum Beispiel fehlende zeitliche, finanzielle und personelle

Ressourcen, unzureichende Schulung des Personals, fehlende einheitliche Standards innerhalb der Kliniken und unklare Zuständigkeiten (Okumura et al. 2022; White/Cooley 2018).

Wie auch im Positionspapier „Pandemie und Psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen und seltenen Erkrankungen“ (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2022) ausgeführt, sind für dieses Ziel vorrangig in folgenden Bereichen Maßnahmen zu setzen:

- Konzepte zur Transition unter Einbezug der extramuralen Versorgungslandschaft erstellen
- Schaffung standardisierter Übergangsprozesse inklusive dokumentierter Übergangsprozedere
- Einbindung aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen (inklusive Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) in den Transitionsprozess am Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin in die medizinische Erwachsenenversorgung
- Verbesserung der Vernetzung der Angebote und Strukturen und der Kooperation zwischen den Anbietern (z. B. durch den Aufbau regionaler Vernetzungsstrukturen, Gemeinschaftspraxen etc.)
- verstärkte Berücksichtigung des Themas Übergänge/Transition im Rahmen der jeweiligen Ausbildungen
- einschlägige Fortbildungen/Trainings für Angehörige der Gesundheitsberufe, insbesondere auch für „Erwachsenenmediziner:innen“
- Sicherstellung zeitlicher und finanzieller Ressourcen für Transitionsleistungen
- Transitionsmanagement/Case-Management als eigene Position / eigenen Dienstposten innerhalb der Gesundheitsdienste
- stärkere Involvierung von Patient:innen sowie Selbsthilfegruppen in das Thema Übergänge und Transition
- Unterstützung im Rahmen von Übergängen in neue Wohnformen und Unterstützungsmodelle am Übergang zum Erwachsenwerden
- umfassender Gesamtversorgungs- und Behandlungsplan für Kinder und Jugendliche auf Ebene der Bundesländer

Indikatoren

- Evaluierung entlang des dokumentierten Übergangsprozederes dahingehend, ob der Übergang in die Erwachsenenbetreuung gelungen ist
- Vorhandensein von Case-Manager:innen sowie deren Finanzierung
- Leistungsabrechnung für Vernetzungstätigkeit

Ziel 22: Versorgung mit Fachkräften im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich sicherstellen

Zielbeschreibung

Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist im öffentlichen Sektor ein ernst zu nehmender Fachkräftemangel festzustellen (insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie und Pflege), sodass eine Attraktivierung der entsprechenden Berufsbilder in mehreren Bereichen notwendig ist. Es bedarf flexibler Maßnahmen und Konzepte zur Veränderung der Rahmenbedingungen, angefangen von der Ausbildung bis hin zur Honorierung und zu flexibleren Arbeitszeitmodellen. Eine gesamthafte Betrachtung attraktiverer Maßnahmen und Rahmenbedingungen erscheint aufgrund der ähnlichen Problemstellungen dabei durchaus sinnvoll.

Zur Situation in der Pädiatrie und pädiatrischen Pflege

Alarmierend ist die Tatsache, dass sich immer weniger Fachärzt:innen finden, die bereit sind, die durch den demografischen Wandel (Generationenwechsel) entstehenden Lücken in der pädiatrischen Kassenniederlassung zu füllen. Neue Kooperationsformen zwischen ÖGK, Ländern und lokalen Fachabteilungen sind eine Möglichkeit, die Niederlassung attraktiver zu machen. Eine Rolle spielen dabei geringere finanzielle Risiken und bessere Vereinbarung mit der Familie und anderen Interessen.

Professionelle Pflege in der Pädiatrie erfordert sehr viel Wissen über die einzelnen natürlichen Entwicklungsphasen und ein Eingehen auf die kognitiven Fähigkeiten der betreuten Kinder und Jugendlichen. Sie kann daher nur mit entsprechendem Fachpersonal durchgeführt werden. In den Ausbildungen zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege (inklusive Pflegeassistenz und Pflegefachassistenz) wird auf diese Kompetenzen sowie auf die speziellen Krankheitsbilder nicht ausreichend eingegangen. Für diplomierte Gesundheits-

und Krankenpflegepersonen gibt es Sonderausbildungen bzw. Spezialisierungen für Kinder- und Jugendlichenpflege sowie für Kinderintensivpflege. Diese werden an Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, an Fachhochschulen oder an privaten Universitäten angeboten. Auch für Pflege(-fach-)assistent:innen werden spezielle Weiterbildungen für die Pflege von Kindern und Jugendlichen angeboten. Aufgrund des bestehenden Personalmangels ist der Zugang zu diesen Ausbildungen derzeit oft erschwert, weil die Pflegekräfte nicht für die Ausbildungszeit freigestellt werden können.

Zur Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das Interesse an einer Ausbildung im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ist in den Bundesländern unterschiedlich stark ausgeprägt (Fliedl et al. 2020). Im Hinblick auf den notwendigen weiteren Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und die bevorstehende Pensionierungswelle bei Fachärzt:innen müssen die Kapazitäten der Ausbildung, bei gleichzeitiger Attraktivierung des Berufsbildes, erhöht werden.

Für einen Ausbau der klinischen und tagesklinischen Kapazitäten sowie der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulatorien müssen auch die Ausbildungskapazitäten erhöht werden. Die Anerkennung der Ausbildung in den Ambulatorien und bei niedergelassenen Fachärzt:innen ist weiterzuentwickeln. Eine vorübergehende, weitere Ausweitung des Ausbildungsschlüssels für die Facharztausbildung ist bereits seit Jänner 2022 umgesetzt. Die Attraktivität der Arbeit im stationären Bereich steigt mit der ausreichenden Zahl an fachlichem Personal und durch bessere Versorgungsangebote für Patient:innen.

Die starke Belastung des Krankenhauspersonals im kinderpsychiatrischen Bereich ist auch mit der hohen Anzahl und Intensität der zu behandelnden Patient:innen mit psychiatrischen Krisen und mit zu geringen Kapazitäten zu erklären. Die fachlich vielschichtigen und komplexen Aufgaben einer stationären Abteilung werden aufgrund von Überlastung durch Krisen auf Akutbehandlungen eingeeengt und führen zur weiteren Erschöpfung und Unzufriedenheit des Personals.

Das Abwandern der Fachkräfte in den ambulanten und niedergelassenen Bereich ist mitunter die Folge der oben angeführten Unzufriedenheit und Belastung. Ein zusätzlicher Ausbau systemübergreifender Kooperation, der Psychotherapie im Rahmen der Sachleistungsversorgung, der Frühintervention, der Verankerung niederschwelliger Angebote, der evidenzbasierten Präventionsprogramme und der digitalen Angebote führt zu einer Verbesserung der gesamten Versorgungssituation und zur Attraktivierung der Berufsfelder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Zur Situation in der Neonatologie

An vielen neonatologischen Abteilungen Österreichs besteht derzeit ein Mangel an Pflegefachkräften, daher müssen insbesondere an den neonatologischen Intensivseinheiten (NICU) Betten gesperrt werden. Die Versorgung neonatologischer Intensivpatient:innen gestaltet sich daher zunehmend schwierig und teilweise sind diverse Verlegungen zwischen einzelnen Abteilungen/Kliniken erforderlich. Zum Teil muss die Versorgung an einer weit dislozierten Einrichtung erfolgen. Eine Verbesserung ist nur bei ausreichender Verfügbarkeit von Pflegefachkräften zu erwarten.

Eine ausreichende Verfügbarkeit von Pflegefachkräften im neonatologischen und insbesondere im NICU-Bereich zöge die kontinuierliche Verfügbarkeit und Belegbarkeit aller systematisierten Betten nach sich. Beim derzeitigen allgemeinen Fachkräftemangel erscheint das kurz- bis mittelfristige Erreichen dieser Ziele schwierig.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- monetäre und nicht monetäre Attraktivitätssteigerung der Berufsfelder
- Ausweitung der Ausbildungsplätze (stationär, ambulant) im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie
- großzügige Planstellenberechnung (= Burn-out-Prophylaxe)
- Sicherstellung, dass die Sonderausbildungen im Bereich Kinder- und Jugendlichenpflege und Kinderintensivpflege innerhalb des gesetzlichen Rahmens (5 Jahre) absolviert werden

Indikatoren

- Besetzung der Kassenverträge für Fachärzt:innen der Kinder- und Jugendheilkunde
- Anzahl der Ausbildungsstellen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (ambulant/stationär)
- Anzahl der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulatorien
- Anzahl der Vertragstherapeut:innen in den Bereichen Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie pro Versorgungsregion
- Anzahl der Pflegekräfte in den Sonderausbildungen Kinder- und Jugendlichenpflege sowie Neonatologie
- unbesetzte Stellen an den Neonatologien bzw. in NICU-Einheiten Österreichs
- Zahl der verfügbaren bzw. gesperrten Betten an Neonatologien bzw. in NICU-Einheiten

Themenfeld 7:

Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit spezifischen Erkrankungen

Eine Herausforderung in Österreich stellt nach wie vor die integrierte Versorgung dar, dies gilt auch für den Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder bzw. für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die beispielsweise aufgrund von Entwicklungsstörungen bzw. -verzögerungen Bedarf an therapeutischen Interventionen haben. Der Präventionsansatz zielt auf die Vermeidung derartiger Krankheiten ab; treten sie dennoch auf, sind die Versorgungsmöglichkeiten in Österreich regional noch sehr unterschiedlich, sowohl hinsichtlich der Angebote als auch in Bezug auf die mit notwendigen Behandlungen verbundenen Kosten für die Eltern.

Im Vergleich zu den im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) definierten Anforderungen und Bedarfsrichtwerten für die stationäre und ambulante Versorgung besteht in den für Kinder und Jugendliche relevanten Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendheilkunde noch Ausbaubedarf (Mildschuh/Wachabauer 2017). Auch die Situation von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen ist in vielen Bereichen noch verbesserbar, beispielsweise flächendeckende Therapieangebote oder adäquate Berücksichtigung in Bildungseinrichtungen.

Es geht daher um die Umsetzung von Maßnahmen, die die Versorgung von Kindern und Jugendlichen – insbesondere mit psychischen Erkrankungen, mit Entwicklungsstörungen sowie mit chronischen Erkrankungen – gewährleisten.

Im Bereich der (pädiatrischen) Hospiz- und Palliativversorgung wurde im Jahr 2022 mit dem Beschluss des Hospiz- und Palliativfondsgesetzes (HosPalFG) ein Meilenstein erreicht. Mit diesem Bundesgesetz sollen der österreichweite bedarfsgerechte und flächendeckende Auf- und Ausbau sowie die Sicherung des laufenden Betriebs in der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung unterstützt werden. Die vorliegende Strategie unterstützt

die Umsetzung jener Maßnahmen, die im Gesetz zum Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche vorgesehen sind.

Ziel 23: Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen gewährleisten

Zielbeschreibung

Die qualitativ hohe und zeitnahe Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die psychische Erkrankungen aufweisen, stellt für unsere Gesellschaft eine Aufgabe mit höchster Priorität dar und ist für die folgenden Generationen von höchster Wichtigkeit. Zur Bewältigung dieser Aufgabe müssen kontinuierlich Anstrengungen unternommen und entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Verbesserungen in diesem Sektor sind in vielen Bereichen gleichzeitig erforderlich: Die Erhöhung und Ausweitung der Kapazitäten in der stationären und tagesklinischen Versorgung, aber auch die Schaffung neuer Behandlungssettings wie beispielsweise Home Treatment stellen derzeit ein besonders wichtiges Anliegen dar. Gleichzeitig sollte der Ausbau ambulanter institutioneller Behandlungen für Patient:innen mit psychischen Erkrankungen, die im niedergelassenen Bereich nicht adäquat versorgt werden können, forciert werden. Ein Vorteil dieser Institutionen und Ambulatorien mit multiprofessionellen, ärztlich geleiteten Teams liegt in der engen Zusammenarbeit mit den Spitalsambulanzen sowie in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen, die damit entlastet werden. Eine Erhöhung der durch die Krankenkassen finanzierten niedergelassenen Facharztstellen ist zur Basisversorgung (fachspezifische Erst- und Weiterbetreuung) weiterhin notwendig. In diesen Ordinationen sollten fachliche Kooperationen mit Klinischen Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen, funktionellen Therapeut:innen sowie Sozialarbeiter:innen etabliert werden. Dringend notwendig ist zudem eine deutliche Erweiterung des kostenfreien Zugangs zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im niedergelassenen Bereich, die den Großteil der Versorgung abdeckt.

Die Schule ist ein wichtiger Ort, an dem sich die psychischen Probleme manifestieren können. Schulärzt:innen, Klinische Psycholog:innen sowie „School Nurses“ und Sozialarbeiter:innen haben eine wichtige Rolle in der Früherkennung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen vor Ort, zudem unterstützen sie das Lehrpersonal und das gesamte Schulsystem (siehe Ziel 15).

Schließlich sind die Gesundheitsförderung und Prävention mit evidenzbasierten Programmen, Sport an den Schulen sowie die gesunde Ernährung als bedeutende Teile des gesunden psychischen Aufwachsens zu unterstützen.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen¹²:

- Diagnostik- und Therapieangebote für psychosoziale Gesundheit gleichberechtigt zu Angeboten für körperliche Gesundheit schaffen (im Rahmen von multiprofessionellen Einrichtungen bzw. im Rahmen von Primärversorgungseinrichtungen)
- klinisch-psychologische und psychotherapeutische Beratungen für Kinder, Jugendliche und Familien mit Bedarf standardisiert ausbauen
- Verbesserung der Transition (Übergang von der Jugend- zur Erwachsenenversorgung)

Indikatoren

- Anzahl stationärer Akutbetten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Anzahl stationärer Akutbetten in der Kinder- und Jugendpsychosomatik
- Anzahl der Plätze für Home Treatment
- Facharztstellen mit Kassenvertrag für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- multidisziplinäre Einrichtungen im Bereich Entwicklungs- und Sozialpädiatrie
- multidisziplinäre Einrichtungen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Wartezeiten in Bezug auf einen stationären oder ambulanten Therapieplatz im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie

¹² siehe dazu auch die „Sozialversicherungsstrategie Kinder- und Jugendgesundheit 2022–2025“, Pkt. 2.2.5 – Optimierte Versorgung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Ziel 24: Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen bzw. -auffälligkeiten gewährleisten

Zielbeschreibung

Dieses Ziel befasst sich mit der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen in der motorischen, sprachlichen, geistigen oder psychosozialen Entwicklung. Fachlich zuständig sind dafür der entwicklungs- und sozialpädiatrische Bereich, zum Teil auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine adäquate Betreuung dieser Kinder und Jugendlichen erfordert ein multiprofessionelles Team sowie ausreichende, kostenlose und niederschwellig zugängliche Angebote an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Trotz inhaltlicher Zugehörigkeit der Entwicklungs- und Sozialpädiatrie zum medizinischen Fach der Kinder- und Jugendheilkunde ist dieser Bereich im österreichischen Gesundheitssystem bisher kaum sichtbar und weitgehend unbekannt (BMSGPK 2021).

Die Versorgungsstrukturen sind je nach Bundesland unterschiedlich ausgestaltet, sowohl hinsichtlich der Dichte an Angeboten als auch hinsichtlich der Versorgungsangebote (spezialisierte multiprofessionelle Ambulatorien, Vertragstherapeut:innen in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, spitalsambulante Angebote etc.). Es gibt Hinweise aus Studien, dass die Versorgung in diesem Bereich derzeit noch nicht bedarfsgerecht ist – vor allem im Hinblick auf Wartezeiten für funktionelle Therapien, für spezielle (neuropädiatrische, entwicklungspsychologische) Diagnostik und für Psychotherapie. Zudem sind Angebote wie Videodolmetsch oder fremdsprachige Angebote kaum vorhanden, obwohl ein großer Teil der behandelten Kinder und Jugendlichen einen Migrationshintergrund aufweist, der potenziell mit entsprechenden sprachlichen Barrieren bei den Kindern und/oder deren Bezugspersonen verbunden sein kann (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2022).

Obwohl im Jahr 2022 in den Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie ein Ausbau der flächendeckenden Sachleistungsversorgung durch entsprechende Vertragstherapeut:innen zwischen den Berufsverbänden und der ÖGK vereinbart worden ist, hat dies noch zu keiner Entlastung im Hinblick auf Wartezeiten geführt (Vavrik 2022). Entsprechende Daten (Püspök/Waldhauser 2012; Püspök 2018) zeigen, dass bis zu 70.000 Kinder und Jugendliche die erforderlichen funktionellen Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie) nicht kostenfrei erhalten. Die Betroffenen können dadurch nicht ihr bestes mögliches Entwicklungsniveau erreichen.

Daraus ergeben sich negative Langzeitkonsequenzen bezüglich der somatischen, psychischen und sozialen Gesundheit. Weiters besteht österreichweit keine einheitliche Praxis bei der Verordnung von Therapieeinheiten.

Ärztlicherseits werden spezielle Entwicklungsstörungen insbesondere durch Neuropädiater:innen diagnostiziert und therapeutisch begleitet. Bedauerlicherweise wurde in den Jahren 2014–2018 die Ausbildung im Additivfach Neuropädiatrie formal ausgesetzt, sodass nunmehr ein Mangel in dieser Spezialisierung besteht.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Zugang zu funktionellen Therapien als Kassenleistungen flächendeckend zur Verfügung stellen
- Integration des Bereichs Entwicklungs- und Sozialpädiatrie mit entsprechenden Planungs- und Qualitätskriterien im ÖSG
- Befreiung von sämtlichen Behandlungskosten bzw. Selbstbehalten für notwendige Therapien
- flächendeckende Anwendung des Verordnungskataloges für Kinder und Jugendliche der Sozialversicherung (Gobara et al. 2016)
- Anerkennung des Additivfaches / der Spezialisierung Neuropädiatrie für zwischen 2014 und 2018 Ausgebildete im Rahmen der Übergangsbestimmungen

Indikator

- Anzahl der Kinderfachärzt:innen mit Spezialisierung/Additivfach Neuropädiatrie in Österreich

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Anzahl jener Kinder und Jugendlichen, die funktionelle Therapien nicht als Kassenleistungen erhalten (Indikation laut Verordnungskatalog)
- Anzahl multiprofessioneller Einrichtungen für Entwicklungs- und Sozialpädiatrie pro Bundesland

Ziel 25: Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen gewährleisten

Zielbeschreibung

Laut aktueller HBSC Studie (Felder-Puig et al. 2023) gibt ca. ein Fünftel der Schüler:innen an, an einer lang andauernden bzw. chronischen Erkrankung oder Belastung zu leiden, mehr Mädchen als Burschen und mehr ältere Schüler:innen als jüngere. Davon betroffene Kinder und Jugendliche sowie deren Familien müssen nicht nur die Krankheit selbst, sondern auch den Alltag mit dieser meistern. Viele Krankenhaus- und Arztbesuche sowie die lebenslange Notwendigkeit des eigenen Therapiemanagements können zu einer geringeren Lebensqualität, Ängsten und Überforderung mit der eigenen Erkrankung sowie zu einer hohen psychischen Belastung bei den Betroffenen, aber auch bei ihren Familienangehörigen (Eltern, Geschwister) führen.

Obwohl Adipositas als chronische Krankheit anerkannt und mit hoher Krankheitslast verbunden ist, stehen zu wenige spezialisierte Therapieangebote zur Verfügung. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas erfordert eine Anbindung an spezialisierte Behandlungszentren, die extramural etabliert werden müssen. Diese Zentren arbeiten multidisziplinär mit relevanten Diensten und Gesundheitsanbieter:innen zusammen. Seit Kurzem stehen neue wirksame Medikamente zur Verfügung, die wesentlich in den Pathomechanismus der Erkrankung eingreifen und zu einem deutlichen Gewichtsabfall führen.

Beratungs- und Versorgungsangebote für chronische Erkrankungen stehen in Österreich regional in sehr unterschiedlichem Ausmaß zur Verfügung (z. B. Diabetesberatung, bei neurologischen Erkrankungen, nach onkologischen Erkrankungen). Es ist daher ein Anliegen, auch mobile, nachgehende Versorgungsangebote flächendeckend – je nach Erkrankung am besten auch im häuslichen Umfeld sowie in Betreuungseinrichtungen (z. B. Kindergarten, Schule) – anzubieten, um allen Beteiligten Ängste zu nehmen, die Sicherheit zu geben, im Notfall richtig zu handeln, und in weiterer Folge schwerwiegende Komplikationen und Folgeerkrankungen sowie psychische Belastungen zu vermeiden. Voraussetzung dafür ist auch gezielte Expertise im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit, d. h., dass abhängig von der chronischen Erkrankung speziell geschulte Pflegekräfte (z. B. „School Health Nurses“) zum Einsatz kommen sollten.

Professionelle Hauskrankenpflege in der Pädiatrie ist mehr als nur die Verabreichung von Medikamenten oder ein Verbandwechsel. Sie bedeutet vor allem Pflege, Durchführung angeordneter Leistungen im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie, Begleitung/Betreuung von Kindern und Jugendlichen, die hochkomplexe Erkrankungen haben, auch im palliativen Spannungsfeld sowie Tätigkeiten im präventiven Bereich. Es werden nicht nur die betroffenen Kinder und Jugendlichen betreut, sondern es wird das ganze Familiensystem angeleitet, begleitet und unterstützt. Medizinische und präventive Leistungen werden auch im Kindergarten bzw. in der Schule und im Hort durchgeführt, damit Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen ihren Alltag im Sinne der Inklusion erleben können.

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- engmaschige Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen durch Schulärzt:innen sicherstellen
- österreichweite Umsetzung von multiprofessionellen Adipositasambulanzen u. a mit Adipositas-Schulungsprogrammen für Kinder, Jugendliche und deren Bezugspersonen (multimodale, psychoedukative und nachhaltige Gruppenprogramme entsprechend der internationalen S3-Leitlinie zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas)
- Case-Management-Unterstützungssysteme als zentrale Anlaufstellen für Familien mit schwerkranken, pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen etablieren
- Angebote der mobilen Kinderkrankenpflege für Kinder mit häuslichem Pflegebedarf verbessern
- Anpassung der Konzepte der Länder zur Regelung der Hauskrankenpflege an pädiatrische Bedürfnisse (z. B. Einbeziehen des Familiensystems, verlängerte Hausbesuche)
- Schulung, Beratung und Anleitung der Bezugspersonen im häuslichen Umfeld ermöglichen
- flächendeckende mobile Versorgungsangebote schaffen
- Evaluierung der bestehenden Pilotprojekte zum Einsatz von „School Nurses“ und entsprechende flächendeckende Ausrollung

Indikatoren

- Daten zu Adipositasprävalenz für alle Altersgruppen
- Therapiemonitoring Übergewicht/Adipositas
- Anzahl der Angebote der mobilen Kinderkrankenpflege
- Anzahl der angebotenen Schulungen für Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- vermeidbare Notfälle durch Mangelversorgung

Ziel 26: Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen verbessern

Zielbeschreibung

Während die stationäre Rehabilitation in den letzten Jahren schwerpunktmäßig österreichweit umgesetzt worden ist, fehlen in einzelnen Bundesländern besonders im ländlichen Raum flächendeckende strukturierte ambulante Rehaprogramme wie z. B. easykids in Salzburg. Nach Errichtung des Rehabilitationszentrums Wiesing (Tirol) verfügt Österreich über 343 Betten für stationäre Rehabilitation im Kinder- und Jugendbereich.

Bedingt durch verschiedene Umstände (mangelnde Zuweisungen, unvollständige Kenntnisse über Möglichkeiten, Anlaufschwierigkeiten, vor allem aber die „Corona-Situation“) wurde in den letzten zwei Jahren an mehreren Rehabilitationseinrichtungen eine unbefriedigende Auslastung erzielt. Die daraus resultierenden verminderten Einkünfte erbrachten trotz Ausgleichszahlungen für mehrere Rehabilitationseinrichtungen Defizite. Durch die genannten Probleme blieben einerseits therapiebedürftige Kinder und Jugendliche unverorgt bzw. kam es zu langen Wartezeiten, gleichzeitig blieben andererseits Plätze in den Rehabilitationseinrichtungen unbelegt. Seitens des Dachverbands der Sozialversicherungsträger wurden bereits Schritte gesetzt, um diese Situation zu verbessern¹³.

¹³ siehe „Sozialversicherungsstrategie Kinder- und Jugendgesundheit 2022–2025“, Pkt. 2.2.1 – Bedarfsorientiertes & verbessertes Leistungsangebot der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

In folgenden Bereichen sind Maßnahmen zu setzen:

- Durchführung flächendeckender Informationskampagnen über die Möglichkeiten der pädiatrischen Rehabilitation in Österreich
- Sicherstellung der vollen Verfügbarkeit aller 343 stationären Rehabilitationsplätze für Kinder und Jugendliche
- Erreichen der Vollauslastung aller Rehabilitationseinrichtungen (> 85 %)
- Erreichen hoher Zufriedenheit bei Patient:innen von Rehabilitationseinrichtungen
- Verringerung von Wartezeiten
- Vermeidung von Ablehnungen (bei adäquater Indikation)

Indikatoren

- Auslastung der einzelnen Rehabilitationseinrichtungen
- Wartezeiten

derzeit eingeschränkt/nicht verfügbar:

- Patient:innen- und Elternzufriedenheit (Evaluierung)
- Einhaltung der Strukturqualitätskriterien (Objektivierung durch Visitationen)

Ziel 27: Pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung ausbauen

Zielbeschreibung

Am 10. März 2022 wurde im Bundesrat das Hospiz- und Palliativfondsgesetz (HosPalFG) beschlossen. Mit diesem Bundesgesetz sollen der österreichweite bedarfsgerechte und flächendeckende Auf- und Ausbau sowie die Sicherung des laufenden Betriebs in der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung (die nicht unter die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung fallen) für Erwachsene sowie für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene unter Erarbeitung und Einhaltung bestimmter Qualitätskriterien und -indikatoren unterstützt werden. In diesem Bundesgesetz werden die Einrichtung eines Hospiz- und Palliativfonds sowie die Gewährung von Zweckzuschüssen an die Länder zur finanziellen Unterstützung der Hospiz- und Palliativversorgung ab dem Jahr 2022 geregelt.

Ziel ist, dass durch die Gewährung von Zweckzuschüssen aus dem Hospiz- und Palliativfonds die Länder bei der Umsetzung eines österreichweiten bedarfsgerechten und nach

einheitlichen Kriterien organisierten Hospiz- und Palliativversorgungsangebots unterstützt werden, damit für Palliativpatient:innen sowie deren An- und Zugehörige an ihre besonderen Bedürfnisse angepasste Unterstützungsleistungen erreichbar, zugänglich und leistbar angeboten werden können und die Grundversorgung ergänzt werden kann.

Seit 2013 gibt es ein spezifisches, bundesweit akkordiertes und auf der Website des BMSGPK veröffentlichtes Expertenkonzept für die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen¹⁴ mit vier spezialisierten Versorgungsangeboten. Die Zweckzuschüsse können für drei der im erwähnten Expertenkonzept charakterisierten pädiatrischen Hospiz- und Palliativangebote verwendet werden: Kinder-Hospizteams, Mobile Kinder-Palliativteams und Stationäre Kinder-Hospize (für Qualitätssicherung, laufenden Betrieb, Aus-, Fort- und Weiterbildung von nicht ehrenamtlich und ehrenamtlich tätigen Personen, Vorsorge- und Informationsgespräche). Einen Überblick über die derzeit vorhandenen Angebote liefert die Website des Dachverbands Hospiz Österreich unter www.kinderhospiz.at/unser-angebot¹⁵.

Maßnahmen in Umsetzung

- Gemäß § 6 HosPalFG (Qualitätsmanagement) waren bis Ende 2022 Qualitätskriterien und -indikatoren zu den acht vom HosPalFG umfassten spezialisierten Hospiz- und Palliativangeboten (siehe den vorhergehenden Absatz: drei pädiatrische Hospiz- und Palliativangebote) zu erstellen, die beginnend mit 2023 umzusetzen sind. Die Qualitätskriterien haben folgende Dimensionen zu umfassen: Zugangskriterien, Personalausstattung und -qualifikation, Infrastruktur sowie Leistungsangebot und dessen Größenordnung. Die Festlegung der Qualitätskriterien hat im Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung zu erfolgen.
- ab dem Jahr 2024 jährliches Monitoring, in dem die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder (siehe § 9 HosPalFG) mit den Daten aus der gemäß § 10 HosPalFG zu führenden Datenbank abgeglichen werden.

¹⁴ [KiJu_HOSPAL_EB + ANHANG_2013.pdf](#) [Zugriff am 19.6.2023]

¹⁵ [Zugriff am 19.6.2023]

Indikatoren

- Umsetzungsgrad der definierten Qualitätskriterien und -indikatoren für die jeweils spezialisierten Hospiz- und Palliativangebote
- Ausbau der Hospiz- und Palliativangebote in den Ländern gemäß HosPalFG

Resümee

Seit der Erstveröffentlichung der Kindergesundheitsstrategie vor mehr als zehn Jahren ist viel passiert. Die Aufmerksamkeit durch den ersten Kindergesundheitsdialog, die Gründung des intersektoral besetzten Komitees für Kinder- und Jugendgesundheit, die Fach- sowie Jubiläumsveranstaltungen und den bilateralen Austausch dem Thema ist seither nicht mehr abgeebbt. Durch die Kooperation von Bund, Ländern, Dachverband der Sozialversicherungsträger und anderen relevanten Akteur:innen ist die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in vielen Bereichen als Arbeitsschwerpunkt aufgegriffen und viele Projekte umgesetzt worden.

Die Einschätzung, dass mit Gesundheitsförderung und Prävention so früh wie möglich begonnen werden sollte, hat sich weiter verdichtet. Das zeigt schon die nunmehr beschlossene bundesweite Ausrollung der Frühen Hilfen, für die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der ersten Strategie für Kinder- und Jugendgesundheit noch erste Grundlagen erarbeitet worden sind. Erfreulicherweise wird nun auch ein erfolgreiches Vorsorgeinstrument der Kinder- und Jugendgesundheit – der nun auch umbenannte Eltern-Kind-Pass – in ein elektronisches Format übersetzt und digital aufbereitet. Das bedeutet, dass in naher Zukunft aus den Untersuchungsdaten aus der Schwangerschaft und Kindheit für Österreich repräsentative, epidemiologische Daten gewonnen werden und der gesundheitspolitischen Steuerung zur Verfügung gestellt werden können.

Auch die Zusammenarbeit mit den anderen Sektoren konnte weiter ausgebaut werden und das Bewusstsein, dass alle Sektoren und Bereiche eine gemeinsame Verantwortung für die Kinder- und Jugendgesundheit tragen, hat sich weiter durchgesetzt. Gesundheit umfasst auch psychosoziale Aspekte. Der Paradigmenwechsel hin zur Determinantenorientierung und damit zu Health in All Policies ist genauso wie die deutliche Orientierung an den Menschen in ihren Lebenszusammenhängen mit der überarbeiteten Strategie vollzogen und im Gesundheitszieleprozess weitergeführt worden.

Die Strategie hat sich seit ihrer ersten Veröffentlichung auch inhaltlich verändert. So ist beispielsweise ein neues Themenfeld mit dem Titel „Lebensraum“ integriert und ausgearbeitet worden, weil die Rahmenbedingungen, unter denen Kinder und Jugendliche aufwachsen, für ihre Gesundheit von großer Relevanz sind. Die nunmehr überarbeitete Strategie ist so gut, wie sie wirksam ist. Viele der Ziele und Maßnahmen können nicht durch einen einzelnen Beschluss umgesetzt werden. Ihre Umsetzung erfordert kontinuierliche Begleitung, Betreuung und Evaluierung, damit die beschriebenen Herausforderungen in den nächsten Jahren bewältigt werden und dadurch die Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen in Österreich weiter verbessert wird.

Literaturverzeichnis

- Backholer, Kathryn / Gupta, Adyya / Zorbas, Christina / Bennett, Rebecca / Huse, Oliver / Chung, Alexandra / Isaacs, Anna / Golds, Gabby / Kelly, Bridget / Peeters, Anna (2021): Differential exposure to, and potential impact of, unhealthy advertising to children by socio-economic and ethnic groups: A systematic review of the evidence. In: *Obesity Reviews* 22/3:e13144.
- Barnes, Andrew J (2016): Childhood stress and resilience. In: *Health promotion for children and adolescents.*(Hrsg.). Boston: Springer. S. 85-98.
- BMBWF (2021): *Nationaler Bildungsbericht Österreich 2021*. Wien: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung.
- BMSGPK (2020): *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- BMSGPK (2021): *Attraktivierung der Mangelberufe in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Möglichkeiten und Potenziale zur Weiterentwicklung in ausgewählten Bereichen*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- Clift, Stephen / Jensen, Bjarne Bruun (2008): *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice*. Kopenhagen: Danish University of Education.
- Crump, Casey (2020): An overview of adult health outcomes after preterm birth. In: *Early human development* 150/:105187.
- DGGG (2019): *Leitlinienprogramm Adipositas und Schwangerschaft* S3 Nr. 015-081, Aufl. 1.2: AWMF online.
- Felder-Puig, Rosemarie / Teutsch, Friedrich / Winkler, Roman (2023): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien.
- FGÖ (2020): *Österreichische Bewegungsempfehlungen (Wissensband 17)*. Wien: Fonds Gesundes Österreich.
- Fischer, S. / Stanak, M. (2017): *Social Return on Investment in Child and Adolescence Health*. Hg. v. Assessment, Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology. Wien.
- Fliedl, Rainer / Ecker, Berenike / Karwautz, Andreas (2020): Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung 2019 in Österreich–Stufen der Versorgung, Ist-Stand und Ausblick. In: *Neuropsychiatrie* 34/4:179.
- Ford, C. A. / Pool, A. C. / Kahn, N. F. / Jaccard, J. / Halpern, C. T. (2023): Associations Between Mother-Adolescent and Father-Adolescent Relationships and Young Adult Health. In: *JAMA Netw Open* 6/3:e233944.
- Fröschl, N. / Bruckmüller, M. U. / Dieminger, B. / Kiefer, I. / Zwiauer, K. / Bürger, B. / Meidlinger, B. / Seper, K. / Wolf, A. / Wüst, N. (2014): Richtig essen von Anfang an! Ernährungsempfehlungen für ein-bis dreijährige Kinder. In: *Journal für Ernährungsmedizin* 16/4:12-15.
- Gadermann, Anne C. / Thomson, Kimberly C. / Richardson, Chris G / Gagné, Monique / McAuliffe, Hirani / Jenkins, Emily (2020): Examining the impacts of the covid-19 pandemic on family mental health in Canada: findings from a national cross-sectional study. In: *BMJ Open* 11/1:e042871.

- Greer, Scott L. / Falkenbach, Michelle / Siciliani, Luigi / McKee, Martin / Wismar, Matthias / Figueras, Josep (2022): From Health in All Policies to Health for All Policies. In: *The Lancet Public Health* 7/8:e718-e720.
- Gugglberger, L. / Flaschberger, E. / Degelsegger-Márquez, A. (2022): Children's rights in Austrian hospitals: implementation factors for children's participation. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde: Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde*:1-7, <https://doi.org/10.1007/s00112-00022-01505-00119>.
- Guralnick, Michael J (2011): Why early intervention works: A systems perspective. In: *Infants and young children* 24/1:6.
- Haas, Sabine / Metzger, Ulrike / Paul, Mechthild (2022): Frühe Hilfen: Was müssen Kinderärzte wissen? In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 170/4:359-366.
- Habermann-Horstmeier, Lotte / Bender, Nicole (2021): *Life Course Approach to Health-Gesundheit im Verlauf des Lebens: Kompakte Einführung für alle interdisziplinären Studienfächer*. Bern: Hogrefe.
- Hannover, Bettina / Kleiber, Dieter (2018): Gesundheit und Bildung. In: *Handbuch Bildungsforschung*. Trippelt, Rudolf / Schmidt-Hertha, Bernhard (Hrsg.). Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 1155-1170.
- Heckman, James J (2008): Schools, skills, and synapses. In: 46/3:289-324.
- IUHPE (2009): *Achieving Health Promoting Schools: Guidelines for Promoting Health in Schools*. International Union for Health Promotion and Education. Sait-Denis Cedex.
- Jerusalem, Matthias / Meixner-Dahle, Sabine (2021): Lebenskompetenzen. In: *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter*. Lohaus, Arnold / Domsch, Holger (Hrsg.). Berlin: Springer. S. 201-221.
- König, H.H. / Bernert, S. / Angermeyer, M. (2005): *Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung mit dem EuroQol-Instrument*. Bd. 67. Leipzig: Thieme.
- Kutscher, Nadia (2013): Medienbildung in der Kindheit. In: *MedienPädagogik: Zeitschrift für Theorie und Praxis der Medienbildung* 22:1-16.
- Lampert, Thomas / Kuntz, Benjamin (2019): *Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen*. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 10. Hg. v. RKI. Berlin.
- Leger, Lawrence St / Young, Ian / Blanchard, Claire / Perry, Martha (2010): *Promoting Health in schools from evidence to action*. Hg. v. IUHPE.
- Mayer, Susanne / Felder-Puig, Rosemarie / Gollner, Erwin / Dorner, Thomas Ernst (2020): Bewegungsverhalten, Kosten mangelnder körperlicher Aktivität und Bewegungsförderung in Österreich. In: *Das Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [Germany])* 82/03:196-206.
- Mielck, Andreas (2012): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mildschuh, Stephan / Wachabauer, David (2017): ÖSG 2017 – Rahmen zum Masterplan für pneumologische Versorgung. Klausurtagung der österreichischen Gesellschaft für Pneumologie. Mauerbach bei Wien, 11. November 2017.

- Narayan, Angela J. / Rivera, Luisa M. / Bernstein, Rosemary E. / Harris, William W. / Lieberman, Alicia F. (2018): Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent childhood experiences (BCEs) scale. In: *Child abuse & neglect* 78/:19-30.
- OECD (2019): *PISA 2018 Ergebnisse, Band I. Was Schülerinnen und Schüler können und wissen*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (2022): *Pandemie und Psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen und seltenen Erkrankungen*. Wien: Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit.
- Parazzini, F. / Chatenoud, L. / Surace, M. / Tozzi, L. / Salerio, B. / Bettoni, G. / Benzi, G. (2003): Moderate alcohol drinking and risk of preterm birth. In: *European Journal of Clinical Nutrition* 57/10:1.349-1.345.
- Püspök, Rudolf (2018): Therapiedefizite jetzt „amtlich“: über 88.000 Kinder ohne Therapie. In: *Politisches Kinder Magazin* 35:8-10.
- Püspök, Rudolf / Waldhauser, Franz (2012): 70.000 Kinder und Jugendliche ohne Therapie. In: *Pädiatrie und Pädologie Österreichische Zeitschrift für Kinder und Jugendheilkunde* 47/1:8.
- Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2009): *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- RKI (2022): *Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie*. Hg. v. RKI. Berlin.
- Ruther, C. / Hummel, J. / Pelshenke, A. / Voigt, V. / Klein, C. (2021): Kinderrechte in der Kindermedizin. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 169:507-514.
- Salihu, Hamisu M / Wilson, Roneé E (2007): Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes. In: *Early human development* 83/11:713-720.
- Schummers, Laura / Hutcheon, Jennifer A / Bodnar, Lisa M / Lieberman, Ellice / Himes, Katherine P (2015): Risk of adverse pregnancy outcomes by prepregnancy body mass index: a population-based study to inform prepregnancy weight loss counseling. In: *Obstetrics and gynecology* 125/1:133.
- Smith, Rachel / Kelly, Bridget / Yeatman, Heather / Boyland, Emma (2019): Food marketing influences children's attitudes, preferences and consumption: a systematic critical review. In: *Nutrients* 11/4
- Sørensen, Kristine / Van den Broucke, Stephan / Pelikan, Jürgen M / Fullam, James / Doyle, Gerardine / Slonska, Zofia / Kondilis, Barbara / Stoffels, Vivian / Osborne, Richard H / Brand, Helmut (2013): Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). In: *BMC public health* 13/:1-10.
- Statistik Austria (2022): Lebendgeborene von Müttern mit österreichischem Wohnsitz, Geburtsort im Inland. [Online]. Statistik Austria. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/geburten/medizinische-und-sozialmedizinische-merkmale-von-geborenen> [Zugriff am 26.05.2023].

- Sutharsan, R. / Mannan, M. / Doi, S.A. / Mamun, A.A. (2015): Caesarean delivery and the risk of offspring overweight and obesity over the life course: a systematic review and bias-adjusted meta-analysis. In: *Wiley Online Library* 5/6:301-293.
- Vavrik, K. (2022): Entwicklung ist (k)ein Kinderspiel. Kinder mit chronischen Entwicklungsbelastungen. In: *Was Kindern jetzt gut tut Gesundheit fördern in einer Welt im Umbruch*. Schenk, Markus / Wölfl, Hedwig (Hrsg.). Unteraichwald: ampuls-Verlag.
- Victora, Cesar G. / Bahl, Rajiv / Barros, Aluísio J.D. / França, Giovanny V.A. / Horton, Susan / Krusevec, Julia / Murch, Simon / Sankar, Mari Jeeva / Walker, Neff / Rollins, Nigel C. (2016): Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. In: *The lancet* 387/10017:475-490.
- White, Patience H / Cooley, Carl W / Boudreau, Alexy D. A. / Cyr, Mallory / Davis, Beth Ellen / Dreyfus, Deborah E / Forlenza, Eileen / Friedland, Allen / Greenlee, Carol / Mann, Marie (2018): Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. In: *Pediatrics* 142/5.
- WHO (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986*. Hg. v. WHO. Geneva.
- WHO (2013): *Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition*. Geneva: World Health Organization.
- Wildsoet, Christine F. / Chia, Audrey / Cho, Pauline / Guggenheim, Jeremy A. / Polling, Jan Roelof / Read, Scott / Sankaridurg, Padmaja / Saw, Seang-Mei / Trier, Klaus / Walline, Jeffrey J. (2019): IMI–interventions for controlling myopia onset and progression report. In: *Investigative ophthalmology & visual science* 60/3:M106-M131.

Abkürzungen

AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
BFH	Baby-Friendly-Hospitals
BKA	Bundeskanzleramt
BMI	Body-Mass-Index/ Bundesministerium für Inneres
BMK	Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
boJA	Bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EACH	European Association of Children in Hospital
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HBSC	„Health Behaviour in School-aged Children“-Studie
HfAP	Health for All Policies
HiAP	Health in All Policies
HTA	Health Technology Assessment
IVF	In-vitro-Fertilisation
IUHPE	International Union for Health Promotion and Education
MA	Magistratsabteilung
MMR	Masern-Mumps-Röteln
NAP.b	Nationaler Aktionsplan Bewegung
NAP.e	Nationaler Aktionsplan Ernährung
NAP.i	Nationaler Aktionsplan Integration
NICU	Neonatologische Intensiveinheiten
NÖ	Niederösterreich
OKIDS	Kinderarzneimittel-Forschungsnetzwerk
OÖ	Oberösterreich
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PVE	Primärversorgungseinheit
REVAN	Richtig essen von Anfang an
StVO	Straßenverkehrsordnung
UN	United Nations

UN-KRK	UN-Konvention über die Rechte des Kindes
UVP	Umweltverträglichkeitsprüfung
WFA	Wirkungsfolgenabschätzung
WHO	World Health Organization

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

sozialministerium.at