

Themenfeld 3 der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie: „Gesunde Entwicklung“

Was hat sich in den letzten zehn Jahren verändert?

Dieses Themenfeld trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zu den Zielen (SDG) 2, „Kein Hunger“, 3, „Gesundheit und Wohlergehen“, 4, „Hochwertige Bildung“, 8, „Menschenwürdige Arbeit und Wirtschaftswachstum“, und 10, „Weniger Ungleichheit“.



Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

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

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autorinnen: Jennifer Antosik, Petra Winkler, Daniela Kern, Lisa Gugglberger (GÖG)

Druck: Druckerei des BMSGPK

Wien, 2021

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk sowie für die Verbreitung über und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen im Zuge wissenschaftlicher Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel und das Erscheinungsjahr der Publikation anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorinnen ausgeschlossen ist. Rechtsausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorinnen dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Bestellinfos: kostenlos zu beziehen über das Broschürens-service des Sozialministeriums unter der Telefonnummer 01 711 00-86 2525 oder per E-Mail unter broschuerenservice@sozialministerium

Einleitung

Zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat das BMSGPK auf Basis eines breit geführten Dialogs im Jahr 2010 eine Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie verabschiedet. Eines der fünf Themenfelder dieser Strategie widmet sich der **Gesunden Entwicklung** und ist in vier Schwerpunkte untergliedert: (Ziel 5) „Lebenskompetenz“, die u. a. durch sichere Freiräume, Erziehungskompetenz der Eltern und außerschulische Jugendarbeit gefördert werden soll, (Ziel 6) „Bildung“, die ab dem Kindergarten bis zum Eintritt in den Arbeitsmarkt für alle zugänglich sein soll, (Ziel 7) „Bewegung“, wobei insbesondere der Alltagsbewegung viel Augenmerk geschenkt werden soll, und (Ziel 8) „Gesunde Ernährung“, die bereits während der Schwangerschaft verbessert werden soll.

Viele der nachfolgend dargestellten Indikatoren haben einen starken Bezug zur sozioökonomischen Situation der Familien, der zwar anhand der Literatur gut belegt, aber über Routinebefragungen aus Österreich nicht ausreichend abgebildet werden kann. Das betrifft im Wesentlichen auch die aktuellen HBSC-Daten, die in diesem Themenfeld die zentrale Datenquelle darstellen. Darüber hinaus hat die COVID-19-Pandemie nahezu alle der folgenden Aspekte, insbesondere für sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche, negativ beeinflusst: Lebensqualität, psychische Gesundheit, schulische Kompetenzen, Bewegung, Ernährung und damit auch Übergewicht und Adipositas (z. B. Ravens-Sieberer et al 2021; Van Lancker et al 2020), doch in den verwendeten Routinedaten zeigt sich das noch nicht.

Ziel 5

Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken

1. Lebenszufriedenheit



Lebenskompetenz ist ein breiter Begriff und kann kaum mit einem umfassenden Indikator abgebildet werden. Eine Annäherung gelingt eventuell über die Lebenszufriedenheit, welche wiederum einen anerkannten Prädiktor für den Gesundheitszustand darstellt und im Rahmen der HBSC-Studie durch eine Bewertung zwischen 0 (schlechteste) und 10 (bestmögliche Lebenszufriedenheit) abgefragt wird. Seit 2010 hat sich dieser Mittelwert kaum verändert. Mädchen waren und sind im Wesentlichen immer etwas unzufriedener als Burschen (7,3 vs. 7,9 im Jahr 2018), jüngere sind zufriedener als ältere. Als besonders förderliche Faktoren für die Lebenszufriedenheit weist HBSC eine gute Unterstützung durch die

Familie und ein positives Schulklima aus. Im Europavergleich¹ erreicht Österreich mit 7,6 Punkten nahezu den europäischen Durchschnitt von 7,7 Punkten.

Mittelwert der Lebenszufriedenheit auf einer Punkteskala von 1–10:

2010: 7,6

2014: 7,8

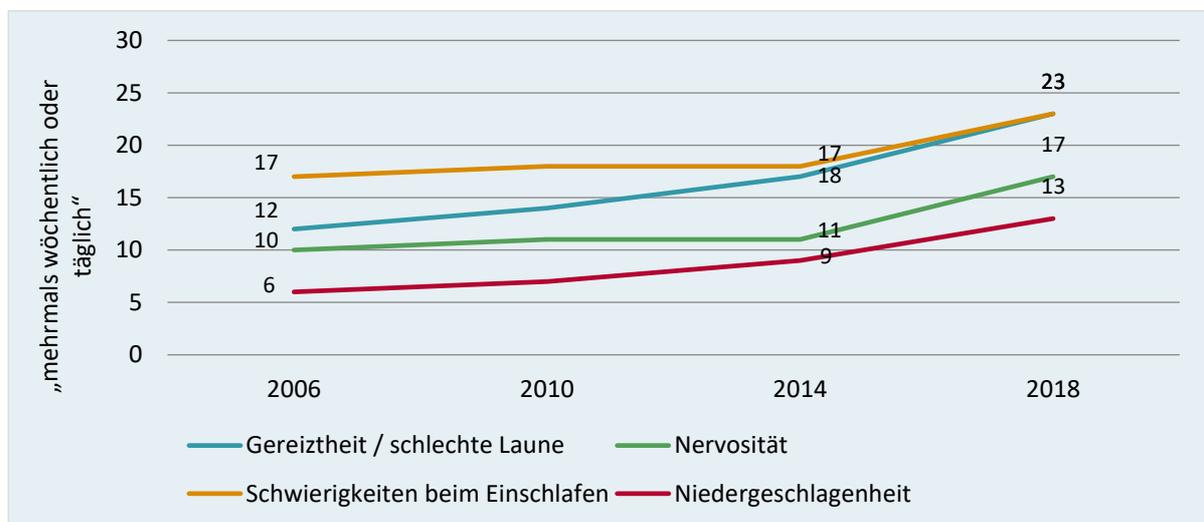
2018: 7,6

2. Psychische Gesundheit



Lebenskompetenz steht mit psychischer Gesundheit ebenso in enger Wechselwirkung wie mit der Lebenszufriedenheit. In der HBSC-Studie werden in Bezug auf die psychische Gesundheit die Schüler/-innen u. a. gefragt, wie häufig sie niedergeschlagen, nervös, gereizt sind oder Einschlafschwierigkeiten haben. Alle Aspekte haben im Zeitraum 2010–2018 zugenommen, vor allem ab 2014 gab es eine deutliche Steigerung (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Psychische Beschwerden im Zeitverlauf



gleichgewichtet: jeweils 33,3 % 11-, 13- und 15-Jährige

Quelle: BMGFJ/LBIMGS HBSC 2006; BMG/LBIHPR HBSC 2010 und 2014; BMASGK/IFGP HBSC 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG

¹ EU-28 exklusive Zypern

Je nach Beschwerde waren 2010 sieben bis 18 Prozent täglich oder mehrmals pro Woche davon betroffen, 2018 waren es bereits 13 bis 23 Prozent. Diese Zunahme zeigt sich bei beiden Geschlechtern und in allen drei Altersgruppen. Trotzdem liegt Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern² hinsichtlich aller vier Beschwerden knapp unter dem Durchschnitt.

psychische Beschwerden mehrmals wöchentlich oder täglich:

2010: 7 % – 18 %

2014: 9 % – 18 %

2018: 13 % – 23 %

Ziel 6

Bildung als zentralen Einflussfaktor auf Gesundheit positiv nutzen

3. Lesekompetenz



Texte sinnerfassend lesen zu können gilt als Grundvoraussetzung für eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, für eine persönliche Weiterentwicklung und für Gesundheitskompetenz. Die Lesekompetenz geht damit über erfolgreiches Lernen in der Schule hinaus. Die PISA-Studie misst seit dem Jahr 2000 die Leseleistungen der Schüler/-innen – u. a. mit Fokus auf sozioökonomische Unterschiede. Die dabei erhobenen Daten zeigen, dass 2018 fast ein Viertel der 15-Jährigen grobe Mängel beim Leseverständnis hatte und dass sich dieser Prozentwert seit Beginn der Messung und auch seit Verabschiedung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie eher verschlechtert hat. Das Leseverständnis von Burschen ist signifikant schlechter als von Mädchen: 29 Prozent der Burschen und 18 Prozent der Mädchen haben diesbezüglich grobe Probleme. Dieser Unterschied nach Geschlecht zeigt sich seit 2000 über alle Erhebungszeitpunkte hinweg. Im OECD-/EU-Vergleich liegen Österreichs Schüler/-innen mit 24 Prozent genau im Durchschnitt, doch der Unterschied zu den führenden Ländern ist eklatant. Im Vergleich zu Estland (11 %) etwa ist in Österreich der Anteil von Schülerinnen und Schülern mit groben Mängeln beim Leseverständnis ein wenig mehr als doppelt so hoch.

² EU-28 exklusive Zypern

grobe Mängel beim Leseverständnis:

2012: 20 %

2015: 23 %

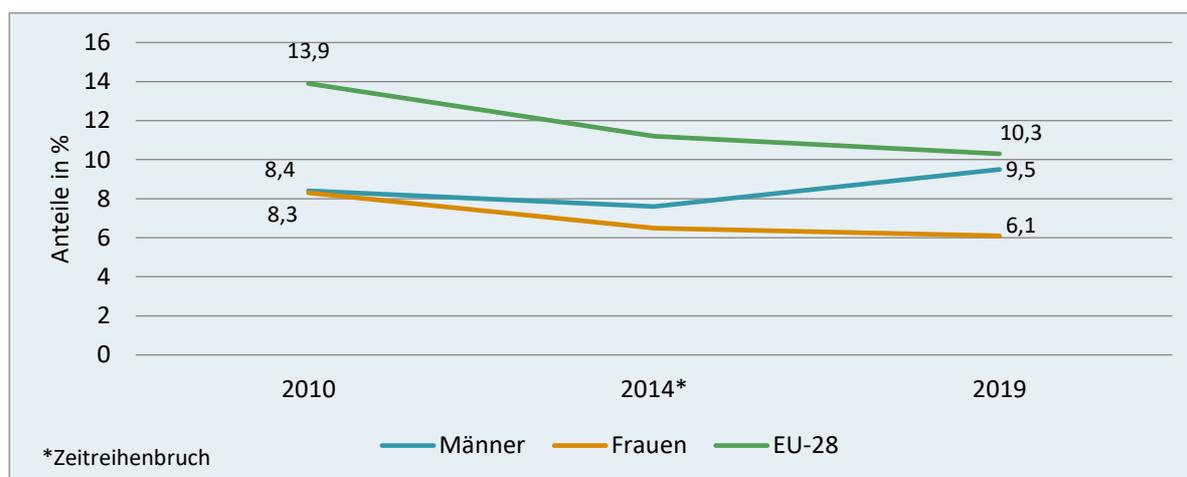
2018: 24 %

4. Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen



Unter Ziel 6 wird ein Fokus auf die Integration von Jugendlichen in den Arbeitsmarkt gerichtet, für die ein Ausbildungsabschluss wichtig ist. Im Jahr 2019 haben in Österreich 7,8 Prozent der 18- bis 24-Jährigen ihre Ausbildung vorzeitig abgebrochen. Das sind zwar weniger als 2010 bei Verabschiedung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, jedoch mehr als 2014. Der Rückgang ist ausschließlich auf die Entwicklung bei jungen Frauen zurückzuführen – die Rate bei jungen Männern ist seit 2010 leicht gestiegen (vgl. Abbildung 2). Im EU-Vergleich 2019 liegt Österreich deutlich unter dem Durchschnitt von 10,3 Prozent.

Abbildung 2: Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen



Anzahl der 18- bis 24-Jährigen, die keinen Schulabschluss der Sekundarstufe II erreicht haben und sich aktuell nicht in Ausbildung befinden.

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus Arbeitkräfteerhebung, Eurostat-Datenbank; Darstellung: GÖG

Als zentrale Maßnahme des BMBWF kann in diesem Zusammenhang die Verlängerung der Ausbildungspflicht in Österreich bis zum 18. Lebensjahr genannt werden, die im Jahr 2016 eingeführt wurde und deren Ziel es ist, dass nach Absolvieren der individuellen Schulpflicht eine weiterführende Schule oder Berufsausbildung abgeschlossen wird. Dies leistet auch

einen Beitrag zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit (Ziel 9), weil ein Bildungsabschluss die Chancen auf dem Arbeitsmarkt und in der Folge auf einen höheren sozioökonomischen Status und damit auf bessere Gesundheit erhöht.

Rate frühzeitiger Schul- und Ausbildungsabgänger/-innen:

2010: 8,3 %

2014: 7,0 %

2019: 7,8 %

Ziel 7

Bewegung von Kindern und Jugendlichen ermöglichen und fördern

5. Täglich körperliche Bewegung



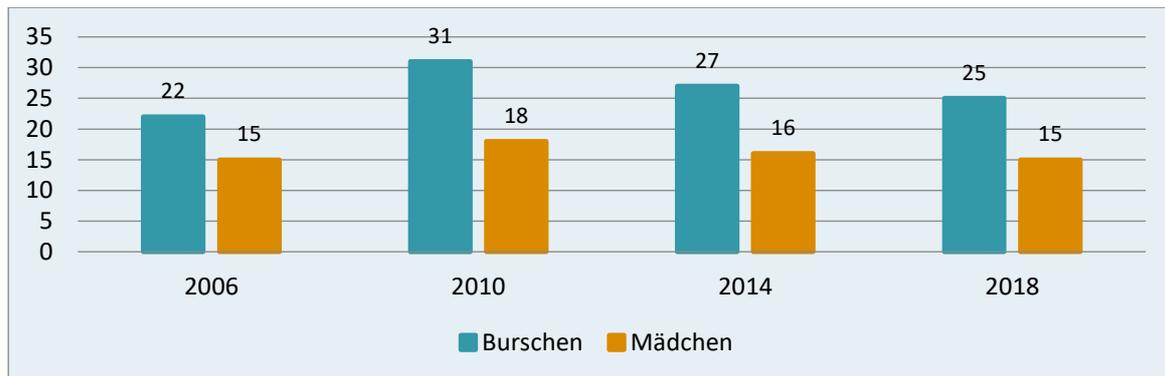
Insbesondere in Kindergärten und Schulen gibt es zahlreiche Initiativen zur Förderung von Bewegung, die Forcierung von Alltagsbewegung ist hingegen seltener im Fokus. Österreichweite einschlägige Initiativen gehen primär vom BMBWF aus, aber es gibt auch viele Aktivitäten auf Landesebene. Wichtig für den Erfolg ist dabei, dass die Maßnahmen überwiegend bei den Verhältnissen der Kinder und Jugendlichen ansetzen. Die Programme zur bewegungsfördernden Ausrichtung von Kindergärten und Schulen zielen eher auf die Verhältnisse ab, Beratungsangebote und spezifische Bewegungsangebote wollen eher das Verhalten verändern. „Fit für Österreich“ war auf bundesweiter Ebene ein wesentlicher Akteur zur Bewegungsförderung von Kindern und Jugendlichen, aktuell gibt es das Programm „Kinder gesund bewegen 2.0“. Auch das BMK fördert die aktive Mobilität von Kindern und Jugendlichen, etwa im Rahmen des Programms klimaaktiv mobil, in Kindergärten, Schulen und außerschulischen Jugendeinrichtungen. Die Richtlinien und Vorschriften für das Straßenwesen (RVS) für eine „kinderfreundliche Mobilität“ zielen wiederum auf die Verhältnisebene ab. Der Fonds Gesundes Österreich hat in den letzten Jahren zahlreiche Bewegungsprojekte für Kinder und Jugendliche (innerhalb und außerhalb des Settings Schule) gefördert und 2019 den Förderschwerpunkt „Aktive Mobilität – Gehen, Radeln, Rollern & Co im Alltag“ umgesetzt, welcher auch die Förderung der Alltagsmobilität in Schulen und Kindergärten inkludierte³. Wie nachhaltig diese Bemühungen sind, ist schwer zu beurteilen.

³ www.aktive-mobilitaet.at, https://fgoe.org/projekt?search_fulltext=bewegung

Bewegungsempfehlungen der WHO für Kinder und Jugendliche sehen täglich 60 Minuten Bewegung mittlerer Intensität vor. Dies erfüllten im Jahr 2018 laut HBSC-Studie 25 Prozent der 11- bis 15-jährigen Burschen und 15 Prozent der gleichaltrigen Mädchen. Dieser Anteil ist zwar vor allem bei den Burschen von 2006 auf 2010 gestiegen, ist seither aber rückläufig (vgl. Abbildung 3). Während 2010 insgesamt 25 Prozent der Kinder und Jugendlichen täglich für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv gewesen waren, waren es 2018 nur noch 20 Prozent. Dennoch liegt Österreich damit über dem EU-28⁴-Schnitt von 16 Prozent.

Der FGÖ hat jüngst die österreichischen Bewegungsempfehlungen neu überarbeitet. Angeraten ist darin, an mindestens drei Tagen pro Woche muskelkräftigende und knochenstärkende Bewegung auszuüben. Weiters wird dort die Notwendigkeit betont, dass Bewegung (1) den Kindern und Jugendlichen Spaß machen soll, (2) dem Alter und den persönlichen Voraussetzungen angepasst und (3) vielseitig sein soll.

Abbildung 3: 11-, 13- und 15-Jährige, die täglich mind. 60 Minuten körperlich aktiv sind



gleichgewichtet: jeweils 50 % Burschen und Mädchen; jeweils 33,3 % 11-, 13- und 15-Jährige

Quelle: BMGFJ/LBIMGS HBSC 2006, BMG/LBIHPR HBSC 2010 und 2014, BMASGK/IFGP HBSC 2018;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Anteil der Schüler/-innen, welche die Bewegungsempfehlungen erfüllen:

2010: 24,8 %

2014: 21,5 %

2018: 20,2 %

⁴ exklusive Zypern

Ziel 8

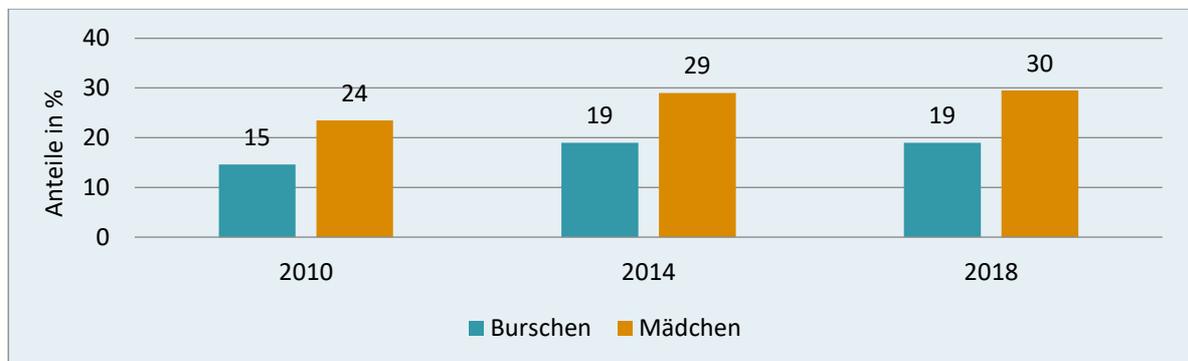
Gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen fördern

6. Obst- und Gemüsekonsum



Der tägliche Konsum von Obst und Gemüse wird als Proxy für eine gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen herangezogen. Die Daten aus den HBSC-Studien zeigen, dass der Anteil der Burschen und Mädchen, die täglich Obst und Gemüse essen, zwischen 2010 und 2014 gestiegen ist, sich seither aber kaum verändert hat (vgl. Abbildung 4) – insbesondere wegen eines rückläufigen Obstkonsums. Zu beachten ist, dass die gängige Empfehlung sogar von fünf Portionen Obst und Gemüse täglich ausgeht. Dieser Anteil kann jedoch aufgrund der vorgegebenen Antwortkategorien (höchstens „mehrmals täglich“) aus den HBSC-Daten nicht eruiert werden. In noch deutlicherem Maße als beim Thema Bewegung zeigt sich beim Ernährungsverhalten ein deutlicher Unterschied nach den Geschlechtern, doch mit umgekehrtem Vorzeichen. Insbesondere bei Burschen wäre ein höherer Gemüse- und Obstanteil bei der Ernährung wichtig. Mehr noch als Obst müsste Gemüse verstärkt in den Speiseplan sowohl von Burschen als auch von Mädchen aufgenommen werden.

Abbildung 4: 11-, 13- und 15-Jährige, die täglich mind. einmal Obst und Gemüse essen



gleichgewichtet: jeweils 50 % Burschen und Mädchen; jeweils 33,3 % 11-, 13- und 15-Jährige

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010 und 2014, BMASGK/IFGP HBSC 2018;

Berechnung und Darstellung: GÖG

Anteil der Schüler/-innen, die täglich Obst und Gemüse essen:

2010: 20 %

2014: 24 %

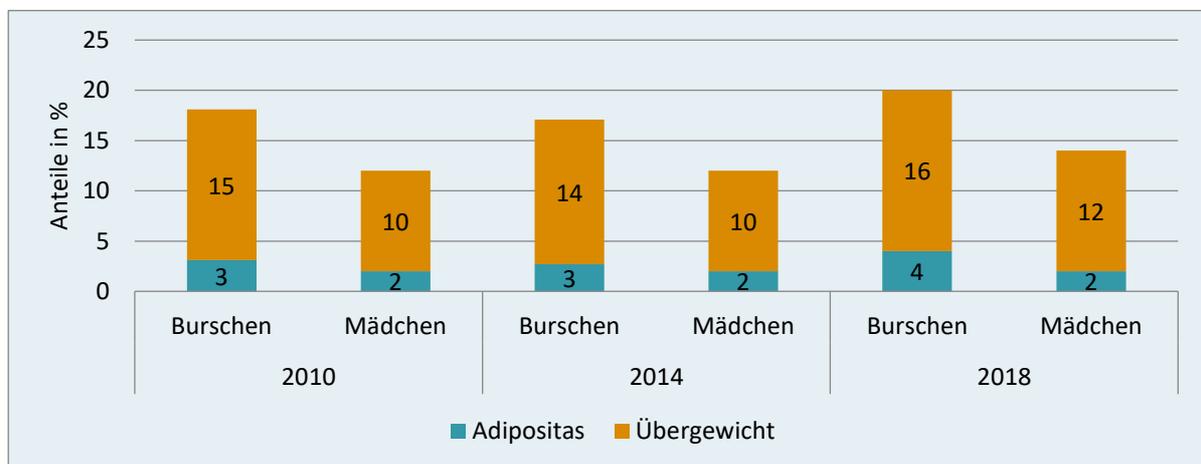
2018: 25 %

7. Übergewicht und Adipositas



Ebenso wie bei Bewegung gibt es auch im Bereich der Ernährung zahlreiche Anstrengungen zur Verbesserung des Verhaltens von Kindern und Jugendlichen in den Settings Kindergarten und Schule. Insbesondere die Gemeinschaftsverpflegung steht im Fokus der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Beide Bereiche zusammen sollten den steigenden Trend zu Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen stoppen bzw. umkehren. Denn Übergewicht und Adipositas bedeuten nicht nur körperliche Einschränkungen und Beschwerden, sondern belasten auch psychisch. Doch es zeigt sich seit 2010 ein steigender Trend von zwei bis drei Prozentpunkten, sowohl für Burschen als auch für Mädchen. Im Jahr 2018 war etwa ein Fünftel der 11- bis 15-jährigen Burschen und waren 14 Prozent der gleichaltrigen Mädchen übergewichtig oder adipös. Diese selbstberichteten Daten aus der HBSC-Studie unterschätzen aber vermutlich die Dimension: Gemäß den gemessenen Daten aus der COSI-Studie aus dem Jahr 2017 ist rund ein Viertel der Achtjährigen und sind fast 30 Prozent der Kinder aller Altersklassen übergewichtig, adipös oder extrem adipös. Im Vergleich zur zweiten COSI-Erhebung 2019/20 gab es keine signifikante Veränderung.

Abbildung 5: Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13- und 15-Jährigen



gleichgewichtet: jeweils 50 % Burschen und Mädchen; jeweils 33,3 % 11-, 13- und 15-Jährige

Quelle: BMG/LBIHPR HBSC 2010 und 2014, BMASGK/IFGP HBSC 2018; Berechnung und Darstellung: GÖG

Anteil der übergewichtigen und adipösen 11- bis 15-jährigen Schüler/-innen (HBSC):

2010: 15 %

2014: 15 %

2018: 18 %

Anteil der übergewichtigen und adipösen⁵ 8-jährigen Schüler/-innen (COSI):

2017: 27 %

2019: 25 %

Symbolik

grünes Dreieck = in guter Umsetzung / gute Entwicklung; gelber Kreis = gleichbleibende Entwicklung; rotes Dreieck = negative oder keine Entwicklung

Quellen

- BMASGK (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), Wien
- Delcour, Jennifer; Griebler, Robert (2016): Gesundheitsziele Österreich. Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren des GZ 8. Gesundheit Österreich, Wien
- Eurostat (2021): Frühzeitige Schul- und Ausbildungsabgänger, Altersgruppe 18–24 [online]. Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tesem020/default/table?lang=de> [Zugriff am 8. 4. 2021]
- FGÖ (2021): Neu: Bewegungsempfehlungen für unterschiedliche Zielgruppen [online]. Fonds Gesundes Österreich. https://fgoe.org/Bewegungsempfehlungen_fuer_unterschiedliche_Zielgruppen [Zugriff am 8. 4. 2021]
- Griebler, Robert; Winkler, Petra (2014): Rahmen-Gesundheitsziele – Machbarkeitsprüfung zu den Wirkungsziele-Indikatoren der R-GZ 3 und 6. Gesundheit Österreich, Wien
- Ravens-Sieberer U.; Kaman, A.; Erhart, M.; Devine, J.; Schlack, R.; Otto, Ch.: Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany; in: European Child & Adolescent Psychiatry, published online 2021
- Statistik Austria (2020): Arbeitsmarktstatistiken. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien
- Suchaň, B.; Höller, I.; Wallner-Paschon, C. (Hg.) (2019): PISA 2018. Grundkompetenzen am Ende der Pflichtschulzeit im internationalen Vergleich. Leykam, Graz
- BFG (2017): Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), Wien
- Van Lancker, W.; Parolin, Z.: COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making; published online 2020
- Winkler, Petra; Kern, Daniela; Delcour, Jennifer (2017): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2016. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), Wien
- BMSGPK (2021): Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

⁵ inklusive der Kategorie „extrem adipös“, nach WHO-Referenzwerten

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**
Stubenring 1, 1010 Wien
+43 1 711 00-0
[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)