

Themenfeld 4 der Kinder und Jugendgesundheitsstrategie: „Gesundheitliche Chancengleichheit“

Was hat sich in den letzten zehn Jahren verändert?

Dieses Themenfeld trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zu den Zielen (SDG) 1, „Keine Armut“, 2, „Kein Hunger“, 3, „Gesundheit und Wohlergehen“, 10, „Weniger Ungleichheit“, und 16, „Frieden, Gerechtigkeit und starke Institutionen“.



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 ist mit **Gesundheitliche Chancengleichheit** betitelt. Die beiden darin enthaltenen Ziele widmen sich Kindern und Jugendlichen aus sozioökonomisch benachteiligten Familien und jenen, die aufgrund chronischer Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen gesundheitlich benachteiligt sind. Spezifische Förder- und Unterstützungsangebote sowie Maßnahmen der Früherkennung können für beide Gruppen einen wichtigen Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengerechtigkeit darstellen.

Auch bei Kindern und Jugendlichen gibt es eine beträchtliche sozioökonomische Dimension der COVID-19-Pandemie, sowohl hinsichtlich des Infektionsgeschehens, als auch vieler Folgerscheinungen der Pandemie selbst sowie der Maßnahmen, die zur Bekämpfung derselben gesetzt wurden. Doch in den folgenden Datenanalysen zeigt sich das noch nicht.

Ziel 9

Gesundheitliche Chancengleichheit für sozial Benachteiligte fördern

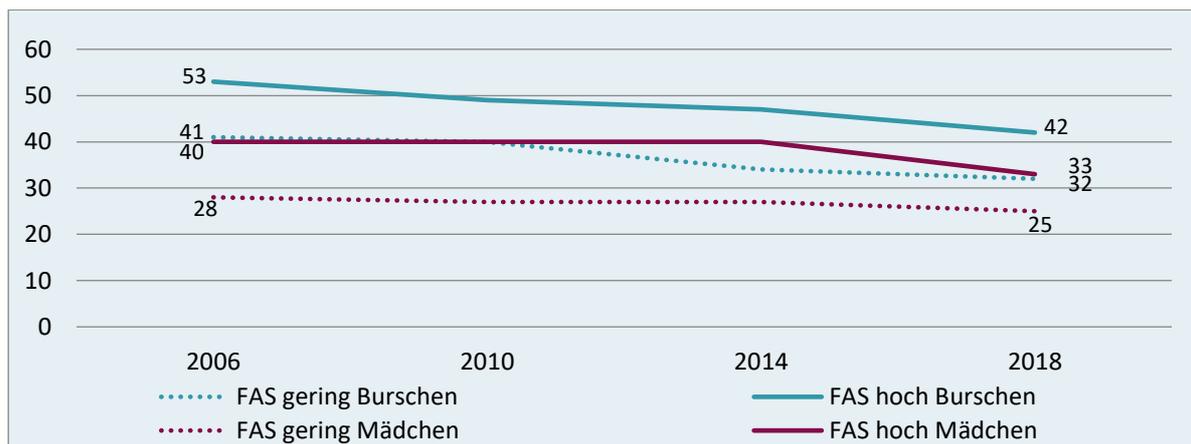
1. Gesundheitszustand nach Familienwohlstand (sozioökonomischem Status)

Bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien lässt sich schon früh ein schlechterer Gesundheitszustand erkennen als bei jenen aus einkommensstarken Familien. Der subjektive Gesundheitszustand nach Familienwohlstand aus der HBSC-Studie wird deshalb als Indikator für dieses Ziel herangezogen, wenngleich dieses Maß die sozioökonomische Situation der Familien nicht mehr sehr treffsicher abbildet. Die Messung des Familienwohlstands basiert auf vier Fragen zu den materiellen Ressourcen der Familie¹, 2014 wurde eine Frage nach der Einschätzung der Geldsituation der Eltern hinzugefügt. Der Unterschied nach Wohlstand ist beachtlich: Im Jahr 2010 schätzten 44 Prozent der Kinder mit hohem Familienwohlstand, aber nur 32 Prozent der Kinder mit niedrigem Familienwohlstand ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet ein. Im Jahr 2018 war zwar die Differenz mit neun

¹ Anzahl der Computer, Anzahl der Autos, eigenes Zimmer, Reisen innerhalb der letzten zwölf Monate

Prozentpunkten (38 % vs. 29 %) etwas geringer, doch nach wie vor deutlich. Bedenklich ist, dass der Anteil derer, die ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet beurteilen, tendenziell abgenommen hat und die Verringerung der Differenz auf einen deutlich rückläufigen Trend bei den Kindern mit hohem Familienwohlstand zurückzuführen ist. Ziel wäre vielmehr, dass sich der Gesundheitszustand der Kinder mit niedrigem Familienwohlstand deutlich verbessert. Die sozioökonomischen Unterschiede bezüglich des allgemeinen Gesundheitszustands sind bei Mädchen und Burschen gleichermaßen ausgeprägt. Im EU-28²-Durchschnitt lag in der Kategorie ausgezeichneter Gesundheitszustand die Differenz zwischen jenen mit geringem und jenen mit hohem Familienwohlstand im Jahr 2018 bei 9,0 Prozent (28,2 % vs. 37,2 %). Die entsprechenden Werte für Österreich liegen demnach jeweils knapp über dem Durchschnitt.

Abbildung 1: Ausgezeichneter Gesundheitszustand nach familiärem Wohlstand (FAS)



gleichgewichtet: jeweils 50 % Burschen und Mädchen; jeweils 33,3 % 11-, 13- und 15-Jährige
 FAS = family affluence scale

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

ausgezeichnete Gesundheit bei geringem vs. hohem Familienwohlstand:
2010: 32,4 vs. 44,4 % **2014:** 30,2 vs. 43,8 % **2018:** 28,5 vs. 37,7 %

² exklusive Zypern

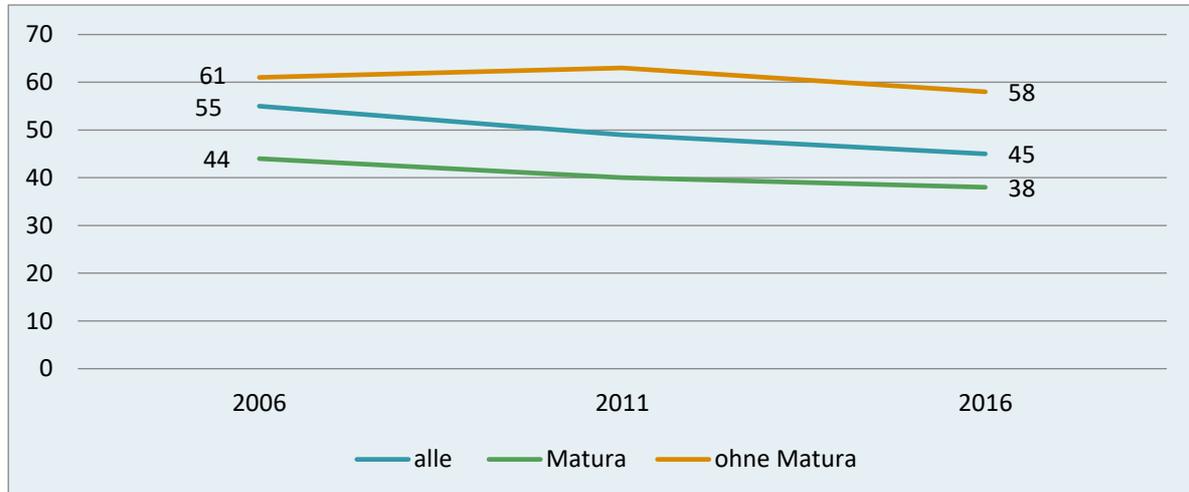
2. Karieserfahrung nach Bildung der Eltern



Die Zahngesundheit ist ein besonders deutlicher Prädiktor für gesundheitliche Ungleichheit im frühen Kindesalter. Die Maßnahmenupdates seit der Verabschiedung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie im Jahr 2011 zeigen erstens zahlreiche Initiativen zur Verbesserung der Zahngesundheit und zweitens einen klaren Fokus auf sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sowie Migrantinnen/Migranten. Auch im aktuellen Zielsteuerungsvertrag ist die Kariesprophylaxe bei Kindern einer der drei zentralen Punkte unter dem Ziel „Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention“.

Die Zahnstaterhebung bei Sechsjährigen, die alle fünf Jahre österreichweit durchgeführt wird, weist eine leicht positive Entwicklung im Zeitraum 2006–2016 aus, wobei dieser insgesamt positive Trend für Kinder, deren Eltern keinen Maturaabschluss haben, zunächst leicht negativ verläuft und sich erst ab 2011 ins Positive wendet. Demzufolge ist die Anzahl der Kinder mit Karieserfahrung³ von 55 Prozent auf 45 Prozent gesunken.

Abbildung 2: Karieserfahrung Sechsjähriger nach Bildung der Eltern (mit/ohne Matura)



Quelle: GÖG, Länder-Zahnstaterhebung 2006, 2011, 2016: Sechsjährige in Österreich

In puncto Chancengerechtigkeit hingegen ist der ohnehin schon eklatante Unterschied zunächst noch größer geworden (17 Prozentpunkte Unterschied im Jahr 2006,

³ zum Zeitpunkt der Untersuchung kariöse Milchzähne oder Milchzähne, die aufgrund von Karies gefüllt oder gezogen sind

23 Prozentpunkte Unterschied im Jahr 2011) und erst seit 2011 wieder etwas gesunken (20 Prozentpunkte Unterschied im Jahr 2016). Kinder von Eltern mit geringer formaler Bildung (hier gemessen an einem Maturaabschluss) sind also deutlich benachteiligt: 58 Prozent dieser Kinder haben mit sechs Jahren eine Karieserfahrung, doch bei Kindern, die zumindest einen Elternteil mit Matura haben, trifft dies „nur“ auf 38 Prozent zu.

Karieserfahrung von 6-Jährigen nach Bildung der Eltern (zumindest ein Elternteil mit/ohne Matura):

2006: 44 vs. 61 %

2011: 40 vs. 63 %

2016: 38 vs. 58 %

Ziel 10

Chancengleichheit für gesundheitlich benachteiligte Kinder und Jugendliche fördern

3. Integration von Kindern mit Unterstützungsbedarf



Kinder und Jugendliche mit gesundheitlichen Nachteilen wie Behinderung, chronischen Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen bedürfen sowohl besonderer Förderungen in Hinblick auf ihre gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen als auch einer verstärkten Unterstützung bei der sozialen Teilhabe. Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie hat dazu Ziele formuliert, die sich einerseits auf Sozialleistungen beziehen und andererseits auf die Erweiterung der Angebote von Tagesbetreuungsstrukturen und die Verbesserung von Diagnostik- und Therapieangeboten abzielen. Ein wichtiger Faktor ist dabei eine frühe Integration von Kindern mit Unterstützungsbedarf⁴, insbesondere da in Österreich kein Rechtsanspruch auf eine solche integrative Unterbringung in Kindergärten besteht (BMSGPK, 2021). Ein guter Indikator für dieses Ziel wäre, die Anzahl der Integrationsplätze (z. B. in Kindergärten) der Anzahl der Kinder, welche einen Integrationsplatz brauchen, im Zeitverlauf gegenüberzustellen. Doch dafür fehlt die Datengrundlage, denn seit

⁴ Im Rahmen einer Studie von Piso et al. aus dem Jahr 2020 wurde versucht, den Unterstützungsbedarf (an Physio-, Ergo- und logopädischer Therapie bei Entwicklungsstörungen sowie an Psychotherapie bei psychischen und Verhaltensstörungen) auf nationaler Ebene abzuschätzen, doch es wurde dort festgehalten, dass es dafür keine belastbare Datenbasis gebe; eine entsprechende Weiterentwicklung wurde angeregt.

einigen Jahren gibt es dazu keine österreichweit einheitliche Erhebung mehr. Darüber hinaus sind relevante Begrifflichkeiten unterschiedlich definiert, sodass auch Bundesländer, die eine diesbezügliche Statistik führen (wie Vorarlberg oder Salzburg), nicht verglichen werden können. Beispielhaft wird deshalb im Folgenden nur auf das Bundesland Salzburg eingegangen.

In Salzburg kann grundsätzlich jeder Kindergartenplatz zu einem Integrationsplatz (für Kinder mit inklusiver Entwicklungsbegleitung) umfunktioniert werden, was bedeutet, dass jeder Bedarf gedeckt werden kann. Zwei wichtige Faktoren sind dabei:

(1) In Salzburg erfolgt die Abklärung, ob Integrationsbedarf besteht, durch eine Psychologin / einen Psychologen des Referates Elementarbildung und Kinderbetreuung (in Kooperation mit dem pädagogischen Team und den Eltern). Es bedarf dabei keiner ICD-10-Diagnose.

(2) Kommt es zu der Entscheidung, dass ein Kindergartenplatz zu einem IE-(Inklusive-Entwicklungsbegleitung-)Platz „umfunktioniert“ wird, erfolgt eine vom Land Salzburg klar definierte Personalanpassung. Eine Erhebung dieser Plätze findet jährlich statt.

Anzahl der Kindergartenkinder mit inklusiver Entwicklungsbegleitung in Salzburg:

2010: 500

2020: 870

Ziel 11

Früherkennung und gezielte Förderung bei Kindern und Jugendlichen verbessern

4. Mutter-Kind-Pass



Die Früherkennung von (gesundheitlichen) Problemen ermöglicht eine frühe Unterstützung durch gezielte Förderung und zeigt deshalb bessere Präventions- bzw. Behandlungserfolge. Das Hauptinstrument zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern in Österreich ist der Mutter-Kind-Pass, an dessen Weiterentwicklung in den letzten Jahren gearbeitet wurde.

Basierend auf Arbeiten des vormaligen Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment wurde Ende 2014 mit relevanten Expertinnen und Experten sowie Stakeholdern ein interdisziplinärer, multiprofessioneller Arbeitsprozess in die Wege geleitet, um die Gesundheitsbedrohungen in der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes evidenzgestützt zu bewerten. Zu diesem Zweck wurde im Oktober 2014 eine multiprofessionell zusammengesetzte Facharbeitsgruppe eingesetzt, die nach einem standardisierten Verfahren in einem transparenten, partizipativen Prozess Empfehlungen betreffend das Screening möglicher gesundheitlicher Bedrohungen (beginnend mit der Schwangerschaft bis zum fünften Lebensjahr des Kindes) erarbeitete. Die Arbeiten, deren Endbericht unter http://eprints.hta.lbg.ac.at/1163/1/HTA-Projektbericht_Nr.92.pdf vorliegt, wurden im Mai 2018 abgeschlossen. Anschließend erstellte eine Steuerungsgruppe unter Einbeziehung der Stakeholder ein abgestimmtes fachliches Konzept für die Inhalte eines weiterentwickelten Mutter-Kind-Passes.

Symbolik

grünes Dreieck = in guter Umsetzung / gute Entwicklung

gelber Kreis = gleichbleibende Entwicklung

rotes Dreieck = negative oder keine Entwicklung

Fragezeichen = keine Informationen/Daten über die Entwicklung vorhanden

Quellen

- BMASGK (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018, Wien
- Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Johann (2017): Länder-Zahnstatuserhebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Zahnstatus sechsjähriger Kinder mit und ohne Migrationshintergrund. Gesundheit Österreich, Wien
- Piso, Brigitte; Bachler, Stefanie; Gredinger, Gerald; Hummer, Michael; Kern, Daniela; Kienberger, Sabrina; Laschkolnig, Anja; Robausch, Martin (2020): Therapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich. Gesundheit Österreich, Wien
- Winkler, Petra; Kern, Daniela; Delcour, Jennifer (2017): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2016. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), Wien

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