

Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit

Band Nr. 9 aus der Reihe WISSEN



Fonds Gesundes
Österreich

Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit

Band Nr. 9 aus der Reihe WISSEN

Ein Überblick über Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit
und relevante Policies in den Bereichen Bildung und Soziales

Beauftragt vom Fonds Gesundes Österreich

Autorinnen und Autoren:

Sabine Haas
Martin Busch
Johann Kerschbaum
Elisabeth Türscherl
Marion Weigl

Mit einem Beitrag von:

Bernhard Rupp

Projektassistenz:

Monika Löbau

IMPRESSUM

Herausgeber:

Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH
Kontaktperson: Mag.^a Gudrun Braunegger-Kallinger
Download unter www.fgoe.org
Wien 2013

Zitiervorschlag

Haas, Sabine; Busch, Martin; Kerschbaum Johann; Türscherl, Elisabeth; Weigl, Marion (2012): Health in All Policies am Beispiel der die Kinder- und Jugendgesundheit (Wissen 9), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien

Gestaltung: paco.Medienwerkstatt, Wien

Kurzfassung

Health in All Policies (dt. „Gesundheit in allen Politikfeldern“) ist ein **gesundheitspolitischer Ansatz**, der durch die verstärkte Berücksichtigung des Themas Gesundheit in allen politischen Sektoren mit ihren jeweils spezifischen Zielen und Prioritäten zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik beitragen will. Health in All Policies findet zunehmend Interesse und Akzeptanz sowie Berücksichtigung bei Konzepten und Strategien (z. B. Kindergesundheitsdialog, Entwicklung von Rahmen-Gesundheitszielen, Nationaler Aktionsplan Ernährung), lässt sich aber noch schwer konkretisieren.

Die vorliegende Arbeit möchte einen **Beitrag** leisten zur **vertiefenden Auseinandersetzung** mit Health in All Policies und zur Konkretisierung von HiAP. Am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit sowie der Bereiche Bildung und Soziales wird ein Bezug hergestellt zwischen den Gesundheitsdeterminanten, d. h. den Einflussfaktoren auf die Gesundheit, und den verschiedenen Policies (wie Gesetzen, Strategien, Plänen etc.).

Basis dafür ist eine Zusammenschau der – vor allem im deutschsprachigen Raum - verfügbaren Evidenz zu **Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit**. Dieser Überblick (vgl. Kap. 2) umfasst das gesamte Spektrum der Gesundheitsdeterminanten, hat aber – aufgrund der besonderen Relevanz – Schwerpunkte beim sozialen und kommunalen Umfeld als unmittelbarer Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen sowie beim sozioökonomischen Umfeld, das die für Gesundheit zentralen Determinanten Bildung und Einkommen einschließt.

Die **Politikbereiche Bildung und Soziales** sind vor diesem Hintergrund zentral, da sie in Hinblick auf Bildungspotenziale und –chancen sowie Rahmenbedingungen der Schule als sozialem Umfeld von Kindern und Jugendlichen (Bildungspolitik) bzw. in Hinblick auf soziale Sicherheit und Arbeitsbedingungen (Sozialpolitik) relevant sind. Im zweiten Teil dieses Berichts werden daher zunächst - auf Basis eines historischen Abrisses und einer Betrachtung der aktuellen Herausforderungen - die Zusammenhänge zwischen Kindergesundheit und Sozialpolitik mit Fokus auf das Thema Kinderarbeit in einem größeren Bezugsrahmen dargestellt. Im Anschluss werden spezifische Policies zu Bildung (am Beispiel des Unterrichtsressorts) und zu Sozialem (am Beispiel des Arbeits- und Sozialressorts) präsentiert, die einen Bezug zu den Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit haben und damit (potenziell) bezüglich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von Relevanz sind.

Zahlreiche **Policies im Bereich des Unterrichtsressorts** sind insofern gesundheitsrelevant, als sie Rahmenbedingungen für schulische Bildung definieren und somit Bildungschancen mitbestimmen. Da Bildung einer der Haupteinflussfaktoren für ein gesundes, selbstbestimmtes Leben ist, ist die Gestaltung dieser Rahmenbedingungen aus einer Health-in-All-Policies-Perspektive ein zentraler Aufgabenbereich des Unterrichtsressorts. Die Schule selbst stellt das wichtigste institutionalisierte Setting und somit eine bedeutende Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen dar. Diese Lebenswelt prägt die Kinder und Jugendlichen nachhaltig und wirkt sich auf ihre Lebenskompetenzen und ihr Wohlbefinden und somit auch auf ihr soziales und gesundheitsrelevantes Verhalten aus. Die Ziele des Bildungssektors stehen dabei durchaus im Einklang mit den Zielen aus Gesundheitssicht: Faktoren, die sich günstig auf das Wohlbe-

finden in der Schule auswirken, leisten potenziell sowohl einen Beitrag zum Lernerfolg und somit zum Bildungserfolg als auch zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Die **Policies im Bereich von Arbeits- und Sozialressort** beeinflussen im Wesentlichen das sozioökonomische Umfeld der Bevölkerung, das wiederum großen Einfluss auf die Gesundheit hat. Soziale und ökonomische Benachteiligung hat massive Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Deswegen kann davon ausgegangen werden, dass sämtliche Maßnahmen zur Verringerung bzw. Kompensation sozialer und ökonomischer Probleme auch einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen leisten. Gesundheitsrelevant sind darüber hinaus auch die Regelung und Kontrolle der Arbeitsbedingungen durch das Arbeitsressort. Auch für den Bereich Arbeit und Soziales zeigt sich, dass sich wesentliche Zielsetzungen dieses Sektors mit jenen aus Gesundheitsperspektive decken.

Der Bericht dokumentiert eine erste **Annäherung an eine Konkretisierung des Health-in-All-Policies-Ansatzes**, da die theoretische, empirische wie methodische Basis für ein entsprechendes Unterfangen noch beschränkt ist. Die Arbeit möchte deutlich machen, dass Health in All Policies nicht darauf abzielt, in anderen Politikfeldern als den traditionell „zuständigen“ (bisher nicht vorgesehene) gesundheitspezifische Maßnahmen zu setzen. Vielmehr geht es darum, die gesundheitspezifischen Auswirkungen der jeweils politikfeldspezifischen Maßnahmen im Blick zu haben und die diesbezüglichen Potenziale und Synergien im Zusammenhang mit Gesundheit besser zu nutzen.

Inhalt

Kurzfassung	4
1 Einleitung	7
2 Relevante Einflussfaktoren (Gesundheitsdeterminanten)	9
2.1 Einleitung	9
2.2 Gesundheitsdeterminanten	10
2.3 Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit	12
2.3.1 Verhältnisbezogene Einflussfaktoren	13
2.3.1.1 Soziales und kommunales Umfeld	13
2.3.1.2 Sozioökonomisches Umfeld	18
2.3.1.3 Gesundheitseinrichtungen/Gesundheitsdienstleistungen	23
2.3.1.4 Ökologische und physische Umwelt	24
2.3.1.5 Allgemeine gesellschaftliche Bedingungen (Makro-Ebene)	26
2.3.2 Faktoren individueller Lebensweise (Verhalten)	27
2.3.3 Genetische/biologische Faktoren	32
2.4 Schlussfolgerungen	33
Bibliographie	34
3 Kindergesundheit und Sozialpolitik: historischer Abriss und aktuelle Herausforderungen	39
3.1 Kinderarbeit und die „Entdeckung der Kindheit“ als eigene Lebensphase	40
3.2 Kinderarbeit in der Geschichte	41
3.3 Haltung der Politik zur Kinderarbeit	41
3.4 Aktuelle Herausforderungen des Arbeitsschutzes für Kinder bzw. Jugendliche	44
Bibliographie	46
4 Aktuelle Policies in den Bereichen Bildung, Arbeit und Soziales	48
4.1 Bildung	48
4.1.1 Verhältnisbezogene Einflussfaktoren	50
4.1.1.1 Soziales und kommunales Umfeld	50
4.1.1.2 Sozioökonomisches Umfeld	54
4.1.1.3 Gesundheitsdienstleistungen	55
4.1.1.4 Ökologische und physische Umwelt	55
4.1.2 Faktoren individueller Lebensweise (Verhalten)	56
4.1.3 Resümee	59
Bibliographie	59
4.2 Soziales	62
4.2.1 Verhältnisbezogene Einflussfaktoren	64
4.2.1.1 Soziales und kommunales Umfeld	64
4.2.1.2 Sozioökonomisches Umfeld	66
4.2.1.3 Gesundheitsdienstleistungen	70
4.2.1.4 Ökologische und physische Umwelt	71
4.2.2 Faktoren individueller Lebensweise (Verhalten)	71
4.2.3 Resümee	71
Bibliographie	72

1 Einleitung

Die Gesundheit der Bevölkerung wird durch eine Vielfalt von individuellen, sozialen, sozio-ökonomischen wie gesellschaftlichen Faktoren (den sogenannten Gesundheitsdeterminanten; Dahlgren und Whitehead 1991) beeinflusst bzw. bestimmt und kann daher insbesondere durch gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern wirksam und nachhaltig gefördert werden. Aufbauend auf dieser Erkenntnis wurde die Strategie Health in All Policies (dt. „Gesundheit in allen Politikfeldern“) entwickelt, die auf eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik durch die verstärkte Berücksichtigung des Themas Gesundheit in allen politischen Sektoren mit ihren jeweils spezifischen Zielen und Prioritäten abzielt. Der Ansatz findet zunehmend in bundesweiten Konzepten und Strategien (Rahmen-Gesundheitsziele, Kindergesundheitsdialog, Nationaler Aktionsplan Ernährung etc.) Berücksichtigung, lässt sich aber bisher oft nur schwer konkretisieren.

Ziele der Arbeit

Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag zur Konkretisierung bzw. zur vertieften Auseinandersetzung mit Health in All Policies auf Bundesebene leisten, indem – eingeschränkt auf die Kinder- und Jugendgesundheit sowie die beiden Ressorts Unterricht und Soziales – ein Bezug zwischen den Gesundheitsdeterminanten und Policies¹ (wie Gesetzen, Strategien, Plänen etc.) hergestellt wird. Da die theoretische wie empirische Basis beschränkt ist und es keine methodischen Vorbilder für ein entsprechendes Unterfangen gibt, dokumentiert dieser Bericht eine erste Annäherung an das Thema. Wir glauben aber, dass eine solche Analyse – trotz aller Einschränkungen (siehe unten) - sowohl für Fachleute im Gesundheitsbereich als auch in anderen Politikfeldern neue Einsichten in mögliche intersektorale politische Handlungsfelder geben kann. Der vorliegende Bericht versucht, das Konzept der Gesundheitsdeterminanten und den Health-in-All-Policies-Ansatz konkret zu veranschaulichen und auch für nicht in Public Health bewanderte Fachleute nachvollziehbar zu machen.

Ausgangslage

Damit Gesundheit in allen Politikfeldern mitbedacht und mitberücksichtigt werden kann, ist es erforderlich, Wissen zur Frage zu generieren, inwiefern Maßnahmen in den jeweiligen Bereichen auf die Gesundheit der Bevölkerung wirken (können). Dies ist eine äußerst anspruchsvolle Aufgabe, da in komplexen Systemen eindeutige Wirkzusammenhänge nur sehr schwer nachzuweisen sind. Es können aber auf der Basis einer schlüssigen Theorie – wie es das Konzept der Gesundheitsdeterminanten darstellt – empirisch belegte Zusammenhänge (Korrelationen) auf ihre Plausibilität bezüglich eines Kausalzusammenhangs (Kausalitäten) geprüft werden. Eine solche Analyse ermöglicht Rückschlüsse auf Einflussfaktoren im Sinn von Hypothesen, die wo immer möglich der vertiefenden empirischen Überprüfung unterzogen werden sollten.

¹ Policy umfasst die Inhalte der Politik (Maßnahmen, Programme, Strategien etc.) und grenzt sich ab von polity (Regeln, die dem Prozess zugrunde liegen, wie Gremien, Institutionen, Staatskonstruktion ...) und politics (Prozesse, mit denen policy beschlossen wird, politisches Tagesgeschäft).

Gesicherte Aussagen über tatsächliche Einflussfaktoren sind bei vielen spezifischen Gesundheitsdeterminanten nicht nur in Österreich einstweilen nicht möglich. Es gibt aber eine Reihe von empirischen Arbeiten (vgl. Abschnitt 2.3), die Hinweise auf plausible (Wirk-)Zusammenhänge liefern und damit zur vertiefenden Analyse möglicher Einflussfaktoren herangezogen werden können.

Vorgehen und Struktur der Arbeit

Die vorliegende Arbeit versucht in einem ersten Schritt eine Zusammenschau der – vor allem im deutschsprachigen Raum – verfügbaren Evidenz zu Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit (vgl. Kap. 2). Die empirisch belegten Zusammenhänge werden um eigene Überlegungen ergänzt, die auf Basis des Konzepts der Gesundheitsdeterminanten abgeleitet wurden und sich als Hypothesen verstehen.

Daran schließt eine grundsätzliche Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Kindergesundheit und Sozialpolitik an (vgl. Kap. 3). Auf Basis eines historischen Abrisses und der Analyse aktueller Herausforderungen werden am Beispiel der Kinderarbeit zentrale Aspekte sozialpolitischer Einflüsse auf die Kindergesundheit aufgezeigt. Dies soll einen größeren Bezugsrahmen zu den im folgenden Kapitel (vgl. Kap. 4) dargestellten konkreten Policies erlauben, die viele spezifische Aspekte behandeln.

Kapitel 4 beruht auf einem Kernschritt der vorliegenden Arbeit: der Suche nach relevanten rechtlichen Vorgaben (also nach Gesetzen, Verordnungen, Erlässe) und Grundsatzpapieren (Strategien, Programmen, Aktionsplänen, Empfehlungen), die – verpflichtend oder anleitend – die Gestaltung des Wirkungsbereichs der Ressorts Unterricht bzw. Soziales betreffen. Den Bezugspunkt für die Recherche stellte die Zusammenschau zu den Gesundheitsdeterminanten (vgl. Kap. 2) dar. Die Recherche erfolgte im Zeitraum Sommer/Herbst 2010 vorrangig internetgestützt und wurde um eine abschließende Konsultation von Fachleuten der beiden Ressorts ergänzt.

Konkret wurden die Policies der ausgewählten Ressorts dahingehend analysiert, ob sie einen Bezug zu einer der identifizierten Gesundheitsdeterminanten haben. Diese Vorgehensweise basiert auf der Grundannahme, dass die Lebensbedingungen der Bevölkerung durch politische Maßnahmen beeinflusst werden und die Lebensbedingungen sich wiederum auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Um es an einem Beispiel zu verdeutlichen: Politische Maßnahmen zur Reduktion von Armut(sgefährdung) können (falls sie wirksam sind) zu einer Entlastung von Familien mit geringem Einkommen beitragen; da es zahlreiche Belege für aus Armut resultierende Gesundheitsbelastungen gibt (vgl. Kap. 2), können solche armutsreduzierenden Policies als gesundheitsrelevant eingestuft werden.

Die Aufbereitung, Analyse und Darstellung der recherchierten Policies (vgl. Kap. 4), die als (gesundheits)relevant erachtet wurden, orientiert sich an der bei der Darstellung der Gesundheitsdeterminanten (Kap. 2) verwendeten Struktur. Ziel dieser Darlegung der Policies ist es, das Spektrum der potenziellen Einflüsse und Zusammenhänge aufzuzeigen. Dies inkludiert keine Bewertung hinsichtlich der praktischen Umsetzung der Policies (Umfang, Qualität etc.) und keine Beurteilung oder Einschätzung hinsichtlich der tatsächlichen Auswirkungen in Hin-

blick auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Eine solche Wirkungsforschung war nicht Ziel der vorliegenden Arbeit und wäre im Rahmen der verfügbaren Ressourcen auch nicht zu leisten gewesen.

Es geht vielmehr darum, die Vielfalt der Bezüge von Policies zu den Gesundheitsdeterminanten und damit mögliche Einflüsse auf die Gesundheit aufzuzeigen und auf diesem Wege das Konzept „Gesundheit in allen Politikfeldern“ konkreter und anschaulicher zu machen. Dies soll zum einen zu Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung beitragen und andererseits die Auswahl von relevanten Themen für darauf aufbauende vertiefende Analysen ermöglichen. Auf diese Weise soll die Arbeit deutlich machen, dass Health in All Policies nicht darauf abzielt, in anderen Politikfeldern als dem Gesundheitsbereich (bisher nicht vorgesehene) gesundheitspezifische Maßnahmen zu setzen, sondern dass es vielmehr darum geht, die gesundheitspezifischen Auswirkungen der jeweils politikfeldspezifischen Maßnahmen im Blick zu haben und die diesbezüglichen Potenziale besser zu nutzen.

2 Relevante Einflussfaktoren (Gesundheitsdeterminanten)

2.1 Einleitung

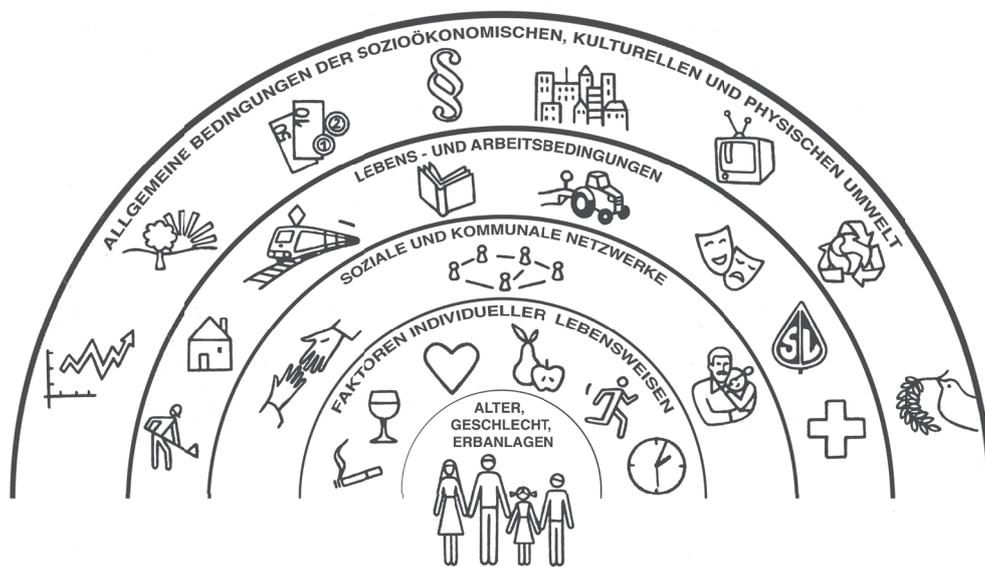
Kinder sind die gesündeste Bevölkerungsgruppe. Deren Gesundheit gilt es zu stärken und zu erhalten. In der Kindheit wird eine wichtige Basis für den späteren Gesundheitszustand als Erwachsene/r gelegt: Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen werden häufig erst im Erwachsenenalter krankheitswirksam, und in der Kindheit werden wesentliche Weichenstellungen bezüglich Lebenslage und Verhalten in späteren Jahren gelegt, die ebenfalls wichtigen Einfluss auf die Gesundheit haben.

Es ist daher von Relevanz, sich eingehender mit der Frage nach den wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu befassen. Dies erfolgt in zwei Teilen: Zunächst wird das Konzept der Gesundheitsdeterminanten allgemein erläutert, und dabei werden einige grundsätzliche Fragestellungen im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen behandelt (Lebenslaufperspektive, Unterscheidung zwischen direkten und indirekten Einflussfaktoren etc.). Im zweiten Teil werden dann die einzelnen Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit im Detail dargestellt.

2.2 Gesundheitsdeterminanten

Die Gesundheit wird durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst, den sogenannten Gesundheitsdeterminanten (Dahlgren/Whitehead 1991). Biologische Faktoren (wie Alter, Geschlecht, genetisches Erbgut), das individuelle Verhalten (z. B. Ernährung, Bewegung, Umgang mit Suchtmitteln) und die Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen werden im Alltagsverständnis am häufigsten mit dem individuellen Gesundheitszustand in Verbindung gebracht. Tatsächlich gibt es aber eine Reihe anderer Faktoren, die großen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung bzw. der und des Einzelnen haben (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten-„Regenbogen“



Quelle: GÖG/FGÖ, nach Dahlgren und Whitehead (1991)

Gesundheitsdeterminanten = persönliche, soziale, wirtschaftliche oder umweltbedingte Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gesellschaften positiv wie negativ bestimmen.

Die **sozioökonomischen Faktoren** (insbesondere Bildung, Einkommen und Beschäftigungsstatus) sind von besonders großer Relevanz für die Gesundheit. Geringes Bildungsniveau, niedriges Einkommen sowie gering qualifizierte Beschäftigung bzw. auch Arbeitslosigkeit gehen mit schlechtem Gesundheitsstatus einher (vgl. z. B. Townsend/Davidson 1982; Marmot/Wilkinson 2006; CSDH 2008; Klimont et al. 2008; Elkeles 2010; RKI 2005).

Soziale Benachteiligung hat nicht nur dann negative Auswirkungen auf die Gesundheit, wenn sie sich in tatsächlichem Mangel (z. B. Armut) niederschlägt, sondern auch als relative Benachteiligung im Vergleich zur Gesamtgesellschaft (Wilkinson/Pickett 2009). Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status leben ungesünder, erkranken häufiger und sterben früher. Umgekehrt können gesundheitliche Probleme auch zu sozioökonomischer Benachteiligung beitragen, indem beispielsweise die Teilnahme am Bildungssystem und am

Arbeitsleben nur eingeschränkt möglich ist. Sozioökonomische und gesundheitliche Benachteiligung können sich somit gegenseitig negativ verstärken.

Die Lebenssituation – insbesondere der sozioökonomische Status – im Kindes- und Jugendalter beeinflusst nicht nur die Gesundheit in Kindheit und Jugend, sondern insbesondere auch die Gesundheit als Erwachsene/r (Lampert/Richter 2009). Forschungsstudien mit einer **Lebenslaufperspektive** befassen sich vertiefend mit den Zusammenhängen. Eine Kohortenstudie fand bei Personen aus einem Arbeiter-Elternhaus im Alter von 54 Jahren ein zweifach erhöhtes Mortalitätsrisiko im Vergleich zu jenen, deren Eltern Angestellte waren. Wurde zusätzlich der sozioökonomische Status als Erwachsener berücksichtigt, so war die Wahrscheinlichkeit, früh zu sterben, bei jenen, die in beiden Lebensphasen sozial benachteiligt waren, fast dreifach erhöht (Power/Kuh 2008). Vorläufige Ergebnisse einer deutschen Kohortenstudie zeigen einen direkten Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und der Krankheitshäufigkeit (speziell von Herz-Kreislauf-Risiken und -Erkrankungen) im Erwachsenenalter (Dragano/Siegrist 2009).

Ein einfaches Modell geht davon aus, dass sich die Häufung von Risikoerfahrungen in unteren sozialen Schichten im späteren Erkrankungsgeschehen abbildet. Vermehrt finden sich aber Anhaltspunkte, dass man von einem Bündel von Faktoren ausgehen muss, die in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter wirken und sich gegenseitig verstärken oder abschwächen. Die Lebenslaufforschung zur Gesundheit steht zwar noch am Anfang, es wird aber erwartet, dass sie einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis und zur Erklärung der spezifischen Zusammenhänge zwischen sozioökonomischer Lebenssituation und Gesundheitsstatus leisten kann (Davey Smith 2008, Power/Kuh 2008). „Als vorläufiges Fazit ist festzuhalten, dass die soziale Herkunft eines Menschen seine Gesundheitschancen in allen Lebensphasen prägt“ (Dragano/Siegrist 2009, 191).

Die Kindheit wird als eine „**kritische Periode**“ für die Gesundheit gesehen (Dragano/Siegrist 2009). Organe, Gewebe und funktionelle Systeme des menschlichen Körpers bilden sich erst in einer längeren Entwicklungsperiode (vor allem im Mutterleib, aber auch im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter) zur vollen Reife aus. In Wachstumszeiten ist der Organismus besonders verletzlich („kritische Perioden“), in diesen Zeiten erworbene Schädigungen sind oft nicht oder nur teilweise reversibel („biologische Programmierung“). Die sozioökonomische Situation ist auch hier relevant: Studien belegen, dass relevante Belastungsfaktoren wie Unterernährung des Säuglings oder Entwicklungsstörungen des Kindes in sozial benachteiligten Gruppen häufiger auftreten (Dragano/Siegrist 2009).

Wir erachten es als sinnvoll, hinsichtlich der Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit zwischen **direkten und indirekten Einflussfaktoren** zu unterscheiden. Direkte Faktoren wirken unmittelbar auf die Kinder und Jugendlichen ein, wie z. B. Familie, Schule, Freundeskreis, Wohnumfeld oder Kinderbetreuungseinrichtungen. Diese stehen aber - beispielsweise die Wohnumgebung oder die Wahl des Bildungswegs bzw. einer spezifischen Schule - meist in einem starken Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status der Eltern, der damit einen indirekten Einflussfaktor darstellt. Ergänzend beeinflussen auch die Arbeitsbedingungen institutioneller Bezugspersonen (wie Lehrkräfte, Betreuungspersonen)

die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, da diese das (institutionalisierte) soziale Umfeld mitprägen. Nicht zuletzt wird auch das Verhalten der Heranwachsenden sowohl durch das Vorbild der Eltern als auch durch den Freundeskreis und institutionalisierte Settings (wie Schule, Kinderbetreuungseinrichtungen) beeinflusst (Ohlbrecht 2010).

2.3 Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit

Die Gesundheitsdeterminanten können in drei Kategorien zusammengefasst werden (Dahlgren/Whitehead 1991), die als Grundlage für die nachfolgende Darstellung² dienen:

- Faktoren der Lebenssituation und des Lebensumfelds („Verhältnisse“ wie z. B. soziales Umfeld, sozioökonomischer Status oder ökologische Bedingungen) als Rahmenbedingungen des individuellen Lebens, die in erster Linie auf gesellschaftlicher, politischer und sozialer Ebene beeinflusst werden können;
- Faktoren der individuellen Lebensweise („Verhalten“ wie z. B. Ernährung, Bewegung), auf die die/der Einzelne mit zunehmenden Alter die größte Einflussmöglichkeit hat, die jedoch bereits im Kindes- und Jugendalter erlernt werden und stark durch soziale und sozioökonomische Rahmenbedingungen geprägt sind;
- genetische und biologische Einflussfaktoren (z. B. Geschlecht, genetische Veranlagung), die weitgehend unveränderbar sind.

Der jeweilige Umfang der folgenden Beschreibung spiegelt zum einen die Relevanz der Determinanten für die Kinder- und Jugendgesundheit und zum anderen den Stand der theoretischen Aufbereitung sowie der Verfügbarkeit von Evidenz hinsichtlich der Zusammenhänge wider. Da für Österreich nur beschränkt Studien zur Verfügung stehen, wird häufig auf deutsche Quellen zurückgegriffen.

² Die folgende Darstellung der Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit wurde in Abstimmung mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2012 (Winkler et al 2012) erstellt.

2.3.1 Verhältnisbezogene Einflussfaktoren

2.3.1.1 Soziales und kommunales Umfeld

Das unmittelbare Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen ist zentral für Wohlbefinden und Entwicklungs- wie Entfaltungsmöglichkeiten und damit (in der Folge) für deren psychische wie körperliche Gesundheit. Relevante, direkt auf die Kinder einwirkende Einflussfaktoren auf Ebene des sozialen und kommunalen Umfelds sind die Familie als (zumeist) primärer Lebensraum; Freundeskreis/Peers als wichtigstes soziales Netzwerk; Kindergarten/Schule und Kinderbetreuungseinrichtungen bzw. Ausbildungsstätte/Arbeitsplatz bei in Berufsausbildung befindlichen oder berufstätigen Jugendlichen als institutionalisierte Settings; Gemeinde/Wohnviertel als Bezugsraum, in dem neben sozialen Netzwerken auch Möglichkeiten der Freizeitgestaltung bereitgestellt werden (Freiräume, Spielplätze, Sportangebot, kulturelles Angebot).

Die **Familie** als primärer Lebensraum fast aller Kinder und Jugendlichen ist ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Gesundheit. Von Bedeutung sind Familienstrukturen ebenso wie die Qualität der familiären Beziehungen (Eltern³-Kind-Beziehung, Geschwisterbeziehung wie auch Umgang der Eltern miteinander). Soziale Stabilität und emotionale Verbundenheit innerhalb der Familie sind für eine gesunde Entwicklung der Kinder wichtig (RKI 2008b). Die Familie stellt das grundlegende „Sozialkapital“ des Kindes dar (Dür/Griebler 2007). Die vermittelten Ansichten und Werte der darin lebenden Personen prägen Einstellungen, Verhaltensweisen sowie die körperliche und psychische Gesundheit (Elkeles 2010).

Die Familienzusammensetzung (Kernfamilie, Stieffamilie, Alleinerzieherfamilie, Patchworkfamilie) kann sich auf die für die Entwicklung von Kindern sehr wichtige soziale Stabilität auswirken. Die Familienzusammensetzung hat auch Auswirkungen auf die sozioökonomische Lage, indem sie die Teilnahmemöglichkeiten am Erwerbsleben und somit das Haushaltseinkommen beeinflusst. Insbesondere für Alleinerzieher/innen sind Betreuungspflichten und Erwerbstätigkeit oft schwer vereinbar. Dies beeinflusst die Gesundheit: Kinder aus Alleinerzieherfamilien weisen im Vergleich mit Kindern aus Kernfamilien in Befragungen schlechtere Werte bezüglich subjektiver Gesundheit, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit auf (Klocke/Becker 2003, zit. nach Ohlbrecht 2010). Im Rahmen der deutschen KiGGS-Studie⁴ zeigten sich für Kinder aus Einelternfamilien wie auch aus Stieffamilien erhöhte psychosoziale Belastungen (RKI 2008b). Die Familienstrukturen sind im Wandel begriffen, Patchworkfamilien nehmen zu. Dies hat aber nicht generell negativen Einfluss auf die Gesundheit, sondern ist auch abhängig davon, wie sich die zwischenmenschlichen Beziehungen gestalten und wie die Kinder und Jugendlichen in den Veränderungsprozess eingebunden werden (Kolip/Lademann 2006, zit. nach Ohlbrecht 2010).

3 Unter „Eltern“ wird dabei sowohl biologische als auch soziale Elternschaft subsumiert. Das heißt, es geht vorrangig darum, wer mit dem Kind in einem Haushalt lebt und die Funktion als Eltern(teil) übernimmt.

4 Die KiGGS-Studie ist eine große Studie des Robert Koch Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Im Rahmen der Basiserhebung in den Jahren 2003 bis 2006 wurden 17.641 Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren zusammen mit ihren Eltern befragt und medizinische Untersuchungen und Tests sowie Laboranalysen (Blut- und Urinproben) vorgenommen. Nunmehr (2009 bis 2012) wird eine Nachfolgestudie als telefonische Gesundheitsbefragung durchgeführt – sowohl der Eltern der Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) als auch der Kinder und Jugendlichen (11 bis 17 Jahre) und jungen Erwachsenen (18-24 Jahre) selbst. Vgl. <http://www.kiggs.de/>.

Familiäre Beziehungen können eine Art Schutzfunktion gegenüber gesundheitlichen Belastungen ausüben bzw. gesundheitsbezogene Belastungen durch außerfamiliäre Lebensbereiche kompensieren. Ein sicheres, stabiles und unterstützendes familiäres Umfeld ist nicht nur Schutz der Kinder und Jugendlichen vor physischen Gefährdungen, sondern soll die körperliche, soziale und emotionale Entwicklung unterstützen (vgl. WHO 2005). Kinder mit überdurchschnittlicher elterlicher Zuwendung sind im Vergleich zu Kindern mit unterdurchschnittlicher Zuwendung häufiger gesund und beschwerdefrei und weisen eine deutlich höhere Lebenszufriedenheit auf (Dür/Griebler 2007). Daten der deutschen KiGGS-Erhebung belegen, dass familiäre Ressourcen (starker Zusammenhalt, aktive Freizeitgestaltung in der Familie) einen protektiven Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen ausüben (RKI 2008b). Umso gravierender sind die Folgen, wenn Kinder und Jugendliche in diesem zentralen Bezugssystem Vernachlässigung, körperlichen Verletzungen, sexuellem Missbrauch oder emotionalen Misshandlungen ausgesetzt sind (vgl. WHO 2005). Zu Traumatisierungen kann es auch kommen, wenn in der Familie Todesfälle, schwere Erkrankungen oder andere außergewöhnliche Belastungen auftreten. Es spielt dabei aber auch eine wichtige Rolle, ob und in welcher Weise die Kinder in solchen Situation Unterstützung erfahren und begleitet werden.

Die Eltern-Kind-Beziehung wird positiv geprägt von einem guten Gesprächsklima, dem respektvollen Umgang miteinander, gegenseitigem Vertrauen, Unterstützung und Verständnis sowie durch die gemeinsame Bewältigung von Problemen. Dies sind wichtige Faktoren für das Erwachsenwerden und die Entfaltung und Entwicklung der eigenen Persönlichkeit. Ein unsicheres, inkonsequentes Erziehungsverhalten und erhöhte, unangemessene bzw. nicht altersgemäße Anforderungen an Kinder und Jugendliche, sowohl arbeitsmäßig (etwa bei der Mithilfe im Haushalt) als auch emotional, führen hingegen zu einer belastenden Situation für Kinder und Jugendliche (Ohlbrecht 2010). Geschwisterbeziehungen sind die am längsten währenden menschlichen Beziehungen, die auf einer gemeinsamen Vergangenheit beruhen, und gelten als wichtige Ressource, v. a. unter belasteten Familienverhältnissen (z. B. bei Erkrankungen der Eltern oder bei Trennungs- bzw. Scheidungskonflikten). Ältere Geschwister fungieren häufig auch als Lernmodell für die Jüngeren. Mit steigender Zahl von Einzelkindern entfällt aber die Geschwisterbeziehung für immer mehr Kinder. Für die Zufriedenheit der Kinder und Jugendlichen mit dem Familienleben ist auch der Umgang der Eltern miteinander entscheidend und prägend.

In Bezug auf das Setting Familie muss angemerkt werden, dass nicht alle Kinder in einer Familie aufwachsen. Das Fehlen einer Familie – insbesondere wenn die fehlende Primärfamilie nicht durch eine Adoptiv- oder Pflegefamilie kompensiert wird, sondern die Kinder in Betreuungseinrichtungen aufwachsen – stellt eine wichtige Lücke und eine große Belastung insbesondere für die psychische Gesundheit dar (vgl. Schmid 2007). Im Jahr 2010 wurden in Österreich insgesamt 11.088 Minderjährige im Rahmen der vollen Erziehung bei Pflegeeltern, in sozialpädagogischen Wohngemeinschaften, Kinder- und Jugendheimen, Kinderdörfern und sonstigen Einrichtungen betreut⁵.

5 <http://www.bmwfj.gv.at/Familie/Jugendwohlfahrt/Seiten/Statistik.aspx> (19. Dezember 2011)

Je jünger das Kind ist, desto zentraler ist die Familie. Je älter Kinder werden, umso mehr ändert sich auch die Eltern-Kind-Beziehung. Entscheidungsfähigkeit und Selbstständigkeit von Kindern steigen mit zunehmendem Alter, ebenso die Bedeutung von Freundeskreis / Peergroup und institutionalisierten Settings (Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz).

Freundeskreis bzw. Peergroup (= Gruppe der Gleichaltrigen) üben eine wichtige soziale Funktion im Leben von Kindern und Jugendlichen aus. Insbesondere im Jugendalter haben häufig Freunde einen größeren Einfluss auf das Verhalten von Jugendlichen als Eltern. Sich mit Gleichaltrigen auszutauschen, Probleme zu besprechen und eine gewisse Akzeptanz und Anerkennung in der Gruppe zu erhalten, nimmt Einfluss auf das gesundheitliche Befinden und bildet eine Pufferfunktion zu Familie und Schule bzw. Arbeitsplatz, indem das Selbstvertrauen und das Selbstbewusstsein durch Anerkennung in der Gruppe und durch Ratschläge in Krisensituationen gestützt wird (Ohlbrecht 2010, Erhart/Ravens-Sieberer 2010). Die Bedeutung dieses Settings ist in der Phase der Abnabelung von den Eltern bzw. der Familie am bedeutendsten. Im Freundeskreis werden Normen und Werte geformt und auch gesundheitsrelevantes Verhalten, insbesondere Risiko- und Sexualverhalten, wesentlich beeinflusst. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit der Kontakte und der Freundeskreis ist verstärkt gemischtgeschlechtlich zusammengesetzt (Ohlbrecht 2010). Aus einer sozioökonomischen Perspektive ist zu bedenken, dass Armut auch schon bei Kindern und Jugendlichen zu sozialer Isolation führen kann, da aus ökonomischen Gründen die Teilhabe an vielen Aktivitäten nicht möglich ist. Kindern aus armutsgefährdeten Familien fehlen daher mehr als anderen Gruppen Freundeskreis und Peergroup als wichtige Ressourcen (Johns 1999).

Den ersten Schritt heraus aus der Familie stellt zumeist der Besuch von **Kinderbetreuungseinrichtungen** wie Kinderkrippe und Kindergarten dar. Ihnen kommt im Sinne der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung eine wichtige Funktion zu. Die Bildungsarbeit in Kindergärten oder in vergleichbaren pädagogischen Einrichtungsangeboten trägt zur psychischen, kognitiven und sozialen Entwicklung der Kinder bei. Ein ganzheitlicher Ansatz in der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung fördert die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder (Department of Education and Early Childhood Development 2010⁶). Frühkindliche institutionelle – d. h. in Kindergärten, Kinderkrippen etc. erfolgende – Bildung und Betreuung haben einen positiven Einfluss auf die spätere Bildungslaufbahn der Kinder, insbesondere in sozioökonomisch benachteiligten Gesellschaftsschichten (Fritschi/Oesch 2008).

In Kinderkrippe bzw. Kindergarten machen Kinder ihre ersten Erfahrungen mit institutionalisierten Settings. Sie sollten daher Orte sein, in denen Sicherheit, Vertrauen und Geborgenheit die Basis für spielerisches Lernen legen (Wetzel 2000). Da Kinder aus sozial benachteiligten Schichten tendenziell weniger frühkindliche familiäre Bildung erhalten, bietet ihnen der Besuch eines Kindergartens teilweise eine diesbezügliche Kompensation – wobei jedoch Kinder aus sozial benachteiligten Familien und mit Migrationshintergrund in Kinderbetreuungseinrichtungen schwächer vertreten sind als Kinder aus Familien mit höherem sozialen Status (vgl. u. a. RKI 2008b).

6

<http://www.education.vic.gov.au/healthwellbeing/health/mentalhealth/resources/ec/integrated.htm>

Die **Schule** ist ein wichtiger Lebensraum von Kindern und Jugendlichen. Der Einfluss der Schule auf deren Gesundheit und Gesundheitsverhalten steigt mit zunehmendem Alter. Parallel dazu tritt der Einfluss der Familie bzw. der Eltern in den Hintergrund, wobei mit steigender Relevanz von ganztägigen Schulformen⁷ – oft schon beginnend mit der Volksschule – die Rolle der Schule schon in jüngerem Alter gestärkt wird. Die Schule kann im günstigen Fall familiäre Defizite kompensieren und so zu einem Ausgleich der Lebens- und Gesundheitschancen beitragen, sie kann aber auch zu Belastungen und Ängsten führen, die sich auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen negativ auswirken (RKI 2008c).

Maßgeblich für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten sind im Setting Schule v. a. das Verhältnis zu Mitschülerinnen und Mitschülern und zu Lehrkräften (soziale Integration, Akzeptanz, Gerechtigkeit und Fairness), die Unterstützung durch Lehrkräfte sowie die Schulzufriedenheit, das Wohlbefinden in Zusammenhang mit der Schule, Orientierungsmöglichkeiten im Unterricht und die Bewältigung der Leistungsanforderungen. Des Weiteren spielen psychische Belastungen wie Schul- und Prüfungsangst, Schulstress/Leistungsdruck und Bullying (Mobbing unter Kindern und Jugendlichen in der Schule wie „anpöbeln, angreifen, bedrängen, schikanieren“) eine wichtige Rolle (Oertel 2010).

Kinder, die die Qualität ihrer Beziehungen zu den anderen Schülerinnen und Schülern und zu den Lehrerinnen und Lehrern überdurchschnittlich positiv bewerten, verfügen über eine höhere Wahrscheinlichkeit, subjektiv gesund und beschwerdefrei zu sein, und bewerten auch ihre Lebensqualität und Lebenszufriedenheit häufiger überdurchschnittlich im Vergleich zu Kindern mit einer negativen Bewertung ihrer schulischen Beziehungen (Dür/Griebler 2007). Die Zufriedenheit mit der Schule ist ein bedeutender Faktor in Bezug auf die Gesundheit von SchülerInnen: „Je geringer die Schulzufriedenheit, desto höher die Wahrscheinlichkeit von psychosomatischen Beschwerden und desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffenen SchülerInnen auch in akademischer Hinsicht versagen“ (Dür/Griebler 2007, S. 58).

Das Wohlbefinden in der Schule und die Zufriedenheit mit der Schule sind bei jüngeren Kindern am stärksten ausgeprägt und sinken danach kontinuierlich ab (Erhart/Ravens-Sieberer 2010). Ist das Klima in der Volksschule noch durch geringen Unterrichtsdruck und geringe Rivalität in der Klasse gekennzeichnet, so kommt es beim Übergang in die Sekundarstufe zu einer Verschlechterung des Klimas mit einer gesteigerten Rivalität, und die Anforderungen und der Leistungsdruck sowie der aufzubringende Zeitaufwand für die Schule steigen.

Das Setting **Arbeitsplatz** als Gesundheitsdeterminante betrifft die Altersgruppe der Jugendlichen und hier vorrangig jene Jugendlichen, die, statt in der schulischen Ausbildung zu verbleiben, eine Berufsausbildung (Lehre) machen oder eine Beschäftigung aufnehmen. Die Bedeutung des Einflusses der Arbeit auf die Gesundheit ist unumstritten.

⁷ Die Zahl der Schüler/innen in Tagesbetreuung (ohne Hortplätze) soll für den Bereich Pflichtschulen und AHS in Österreich von 69.080 im Schuljahr 2006/07 auf 116.772 im Schuljahr 2012/13 steigen (APA/BMUKK; vgl. fux 2012; „der Standard“, 19. 6. 2012).

Arbeit kann zur Entstehung von Krankheiten führen, die zumeist erst im späteren Alter zutage treten, Arbeit kann aber auch eine Möglichkeit zur Persönlichkeitsentfaltung bieten und eine Quelle von Sinn und Wohlbefinden sein. Die Berufswahl spielt deshalb eine wichtige Rolle. Die determinierenden Faktoren im Setting Arbeitsplatz sind v. a. die grundsätzliche Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz und das Wohlbefinden an diesem sowie die Zufriedenheit mit der Berufswahl, die Identifikation mit dem Betrieb, ein guter Führungsstil, das positive Verhältnis zu Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten sowie die Anerkennung von erbrachten Leistungen. Relevant ist darüber hinaus natürlich die sichere und gesundheitsförderliche Gestaltung des Arbeitsplatzes im Sinne des Arbeitsschutzes (Bundesamt für Gesundheit 2006).

Belastungen können sowohl physischer als auch psychosozialer Natur sein. Ein zu hohes Arbeitspensum bzw. Leistungsdruck und Schwierigkeiten bei der Bewältigung von gestellten Aufgaben können negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen haben. Mobbing (Schikane über einen längeren Zeitraum durch Arbeitskollegen) und Bossing (Schikane über einen längeren Zeitraum durch Vorgesetzte) spielen im Setting Arbeitsplatz keine unbedeutende Rolle. Eine gesundheitsförderliche Arbeitskultur sollte durch selbstbestimmtes Arbeiten, Abwechslung und durch Entwicklungschancen geprägt sein.

Es ist anzunehmen, dass die Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit im Großen und Ganzen auch für berufstätige Jugendliche gelten. Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien steigen häufig früh ins Arbeitsleben ein, für sie sind die Bedingungen im Setting Arbeitsplatz daher besonders relevant (Till-Tentschert/Vana 2009).

Die **Gemeinde bzw. das Wohnviertel** als zentraler Wohn- und Lebensort für Familien hat ebenfalls großen Einfluss auf die Gesundheit. Kinder sind besonders stark auf ihr unmittelbares Umfeld angewiesen. Es bietet Möglichkeiten zur Lebensgestaltung, die sowohl fördernd als auch belastend und benachteiligend sein können (Richter-Kornweitz/Wächter 2010). Das „Grätzl“ kann in sozialer Hinsicht eher integrierend/unterstützend oder auch ausgrenzend sein. Es kann Raum für soziales Zusammenkommen bzw. Bewegungs- und Erlebnisraum für aktive Freizeitgestaltung (Freiräume, Spielplätze, Sportangebot, kulturelles Angebot) bieten oder aber – beispielsweise durch starke Verbauung, Verkehrs- oder Kriminalitätsbelastung bzw. auch subjektives Unsicherheitsgefühl – diese Form der Nutzung eher behindern. Gefühlte Sicherheitsaspekte, die Intimität der Wohnsituation, Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten im Umfeld oder Belastungen durch Lärm sind gerade für Familien mit kleinen Kindern besonders wichtige Umfeldkriterien. Mit der wohnräumlichen Situation können nachbarschaftliche Beziehungen verstärkt, aber andererseits auch Spannungen erzeugt werden (Bertelsmann Stiftung 2010).

Für Kinder und Jugendliche ist das „Grätzl“ – in Ergänzung zu institutionalisierten Settings wie der Schule - ein wichtiger Ausgangspunkt für Freundschaften und soziale Kontakte. Sie brauchen für ein gesundes Aufwachsen gesunde Lebensräume, die spielerisches Lernen, selbstständiges Erforschen und soziale Kontakte ermöglichen. Durch einen Mangel an leicht erreichbaren, verkehrsfarmen und sicheren Spielräumen werden Kinder in ihrem Bewegungsdrang und ihren Entfaltungsmöglichkeiten stark behindert. Ein selbstständiges Erkunden des lokalen Umfeldes in Gemeinschaft mit anderen Kindern und in immer weiteren Entfernungen

(je nach Alter der Kinder bzw. Jugendlichen) sowie freies Spielen ohne Beförderungsnotwendigkeit oder Beaufsichtigung von Erwachsenen fördern Selbstbewusstsein und Lebenskompetenzen (Lebensministerium 2007).

Der Lebensraum heutiger Kinder erlaubt aber - auf Grund des oft hohen Verkehrsaufkommens wie auch aus elterlicher Sorge z. B. vor sexueller Belästigung und Gewalt - ungeplante Aufenthalte und unabhängige Bewegung immer weniger (Röbl/Henze 2009). Die Kinder verlagern daher ihr Spiel in die Wohnungen, ihre körperliche Entwicklung wird durch passive, konsumorientierte Aktivitäten wie Fernsehen oder Computerspiele eingeschränkt (vgl. Punkt 2.3.2). Es gibt diesbezüglich einmal mehr einen sozioökonomischen Zusammenhang (siehe auch 2.3.1.2): Kinder, die in einem „Belastungsquartier“ aufwachsen, sind daher unabhängig von ihrem sozialen Hintergrund weniger häufig körperlich aktiv als Kinder in „gehobenen“ Stadtvierteln (Bertelsmann Stiftung 2010).

Einen Beitrag zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen kann auch die **außerschulische Jugendarbeit** leisten. Insbesondere die offene Jugendarbeit kann - als Ergänzung zu verpflichtenden/interessenbezogenen Settings wie Schule, Betrieb oder Vereine - mit der Bereitstellung eines altersadäquaten und zugleich zweck-, leistungs- und konsumfreien Raumes, der von den Kindern und Jugendlichen selbstbestimmt gestaltet werden kann, als gesundheitsförderliche Struktur gesehen werden (GÖG/ÖBIG 2009). Die Einrichtungen und Angebote (wie Jugendzentren, aufsuchende und mobile Jugendarbeit) leisten zumeist auch bedürfnisgerechte Unterstützung – insbesondere für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien und/oder in besonders belasteten Lebenssituationen. Aber auch zweckgerichtete Freizeitangebote für Kinder und Jugendliche (Sportvereine, Musikschule etc.) können durch die Förderung von sozialem Zusammenhalt und durch die Unterstützung bei der Entwicklung von Lebenskompetenzen die Gesundheit positiv beeinflussen (Häfeli 2010).

2.3.1.2 Sozioökonomisches Umfeld

Die sozioökonomischen Faktoren sind von besonders großer Relevanz für die Gesundheit. Die wissenschaftliche Evidenz zeigt konsistent, dass geringes Bildungsniveau, niedriges Einkommen sowie niedriger Beschäftigungsstatus bzw. auch Arbeitslosigkeit mit schlechtem Gesundheitsstatus einhergehen (siehe Abschnitt 1.2). Zahlreiche Untersuchungen belegen einen stabilen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit schon bei Kindern und Jugendlichen. Der sozioökonomische Status der Kinder und Jugendlichen wird durch die Eltern vermittelt/vorgegeben, es handelt sich daher vorrangig um Einflussfaktoren, die indirekt auf die Kinder und Jugendlichen einwirken (wobei sich beispielsweise Armut oder die Wohnsituation auch unmittelbar auf die Kinder auswirken; siehe unten). Neben Bildung, Einkommen und Beschäftigungsstatus sind auch die soziale Absicherung, die Wohnsituation und die Herkunft (z. B. Migration) relevante Einflussfaktoren auf der Ebene des sozioökonomischen Umfelds.

Die einzelnen sozioökonomischen Faktoren stehen in enger Beziehung zueinander - dies gilt insbesondere für Bildung, Beschäftigungsstatus und Einkommen. Der Bildungsstatus entscheidet wesentlich die beruflichen Möglichkeiten mit, und der berufliche Status wirkt sich wiederum maßgeblich auf das Einkommen aus. Es ist daher teilweise auch schwierig, bei den möglichen Gesundheitsauswirkungen detailliert zu differenzieren, weshalb einleitend die grundsätzlichen Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit ausführlicher dargestellt werden.

Der sozioökonomische Status wird einerseits durch die verfügbaren materiellen Ressourcen und andererseits auch durch soziale und kulturelle Ressourcen (wie Bildung, Einfluss, Prestige) definiert. Materielle Benachteiligungen wie schlechte Ernährung, ungesunde Umwelt und mangelnder Zugang zu Prävention und Gesundheitsdienstleistungen haben unmittelbar negative Auswirkungen auf die Gesundheit (vgl. z. B. Walther 1999). Der Gesundheitszustand wird aber auch von psychosozialen Faktoren beeinflusst, wie Sozialkapital (Unterstützung durch Familie, soziale Netzwerke), soziale Anerkennung, Teilhabechancen, Handlungsautonomie etc., die wiederum mit dem sozioökonomischen Umfeld in Zusammenhang stehen (vgl. z. B. Lampert/Richter 2009). Ein soziales Gefälle in Bezug auf Gesundheit zeigt sich nicht nur bei absoluter Armut (im Sinne von materiellem Mangel), sondern auch bei relativer Benachteiligung im Vergleich zum durchschnittlichen Lebensstandard der Gesellschaft, in der man lebt (Wilkinson/Pickett 2009).

Der sozioökonomische Status ist eine grundlegende Determinante, die sich auf viele andere Gesundheitsdeterminanten auswirkt. Es gibt zahlreiche Evidenz (vgl. z. B. Lampert/Richter 2009, Elkeles 2010) für die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Umfeld und verhaltensbezogenen Gesundheitsdeterminanten. Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligtem Umfeld (einkommensschwachen und bildungsfernen Haushalten) haben einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger psychische Probleme als ihre Altersgenossen aus einkommensstarken und gebildeten Familien. Sie ernähren sich ungesünder, bewegen sich weniger, neigen eher zu Suchtmittelkonsum und nehmen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote weniger in Anspruch als sozial besser gestellte Kinder (vgl. z. B. RKI 2008c; Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2010). Entwicklungsverzögerungen, Unfallverletzungen, Karies und einige chronische Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus treten bei sozioökonomisch benachteiligten Kindern häufiger auf (vgl. z. B. Lampert und Richter 2009).

Außerdem bestehen Zusammenhänge mit dem sozialen Umfeld (vgl. 2.3.1.1.; z. B. finden sozioökonomisch benachteiligte Kinder weniger fördernde familiäre und schulische Verhältnisse vor) und dem ökologischen Umfeld (vgl. 2.3.1.4; z. B. ungesündere Wohnung, schlechteres Wohnumfeld).

Bildung beeinflusst den beruflichen Status, das Einkommen, ist aber auch unabhängig davon eine wichtige Ressource für die Gesundheit, weil sie gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensmuster prägt (RKI 2008b). Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit lässt sich auch für Österreich anhand einer Reihe von Studien belegen: Das Bildungsgefälle spiegelt sich wider im subjektiven Gesundheitszustand und in der Prävalenz chronischer Erkrankungen (Klimont et al. 2008), in den gesundheitlichen Beeinträchtigungen (BMASK 2009) und in der Lebenserwartung (Statistik Austria 2009).

Der Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen hängt mit der Bildung der Eltern zusammen. Der Konnex zwischen Bildungsstatus der Eltern und Gesundheit der Kinder zeigt sich bereits zu Lebensbeginn an dem Anteil an Frühgeburten, der bei Müttern mit niedrigem Bildungsniveau höher ist als bei Müttern mit Matura- oder Hochschulabschluss. Auch die Säuglingssterblichkeit (und die Sterblichkeit der Frühgeborenen) ist bei Müttern, die nur die Pflichtschule absolviert haben, höher als bei Frauen mit höherer Schulbildung (Statistik Austria 2009). Es gibt auch einen direkten Zusammenhang zwischen Schultyp und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. So rauchen beispielsweise 15- bis 16-jährige Gymnasiastinnen und Gymnasiasten in Deutschland seltener als Gleichaltrige in Hauptschulen (Lampert/Richter 2009).

Die Gesundheit steht auch in einem Zusammenhang mit dem **Einkommen**. Personen mit geringerem Einkommen beurteilen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter und leiden häufiger an chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen als jene mit höherem Einkommen (Klimont et al. 2008). Angehörigen einer niedrigen Einkommensgruppe leiden deutlich häufiger an gesundheitlichen Belastungen als Angehörige einer hohen Einkommensgruppe (BMASK 2009).

Armut wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus (erhöhte Morbidität, geringere Lebenserwartung etc.). Armut(sgefährdung) bei Kindern schlägt sich sowohl in einer belasteteren psychischen und physischen Gesundheit im Kindesalter als auch häufig in verringerten Bildungschancen sowie in erhöhter Armutsgefährdung und damit schlechterer Gesundheit der betroffenen Kinder im Erwachsenenalter nieder. Armut führt nicht nur zu materiellen Nachteilen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können, sondern kann auch das Familienklima und das Erziehungsverhalten negativ beeinflussen und zu sozialer Ausgrenzung, Scham und chronischem Stress führen und so die psychosozialen Belastungen erhöhen (z. B. RKI 2008b). Armut(sgefährdung) bei Kindern und Jugendlichen schlägt sich in erhöhter Mortalität (Säuglings- und Kindersterblichkeit, Unfälle und Vergiftungen etc.) und Morbidität (z. B. chronische Erkrankungen wie Asthma, psychische Erkrankungen) und geringerer Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nieder. Von Armut betroffene Kinder und Jugendliche werden häufiger krank in Kindergarten und Schule geschickt, haben weniger gesunde Ernährung zur Verfügung und oft eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten und ungenügenden (z. B. feuchten, beengten) Wohnraum, außerdem leiden sie an einem Mangel an sozialen Netzwerken und Unterstützung (Armut macht „einsam“ und beschränkt soziale und kulturelle Teilhabe) (z. B. RKI 2008c, Schenk 2004, Mueller 2009).

Die **soziale Absicherung** ist in gewisser Hinsicht eine Subkategorie des Einkommens, hat aber auch einen eigenständigen Stellenwert. Ohne soziale Transferleistungen (wie z. B. Notstandshilfe, Sozialhilfe oder Mindestsicherung, Kinderbeihilfe, Kinderbetreuungsgeld, Pflegegeld) wären rund 43 Prozent der österreichischen Bevölkerung armutsgefährdet, Familien – insbesondere kinderreiche – wären besonders betroffen (BMASK 2008). Die Sozialversicherung ist ebenfalls ein Element der sozialen Absicherung und kann – insbesondere in schon belasteten Situationen wie beispielsweise bei schweren Erkrankungen oder Unfällen – zusätzliche Belastungen, Unsicherheit oder Stress wesentlich reduzieren.

In engem Zusammenhang mit Bildung und Einkommen steht die **berufliche Situation**, die ebenfalls relevant für die Gesundheit ist. Art und Ausmaß der Beteiligung am Erwerbsleben

ist eine wesentliche Determinante für Wohlbefinden und Gesundheit. Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit mit geringer Arbeitszeit und Niedriglohn werden als Hauptursache für Armut geltend gemacht (RKI 2008b). Aber auch unabhängig vom Einkommen kann Arbeit einerseits eine Gesundheitsressource darstellen, andererseits aber auch Belastungen und Risiken mit sich bringen (vgl. auch „Arbeitsplatz als Setting“). Für Kinder ist die berufliche Situation in erster Linie indirekt über die Lebenslage der Eltern relevant. Auf Jugendliche, die nicht mehr (vorrangig) im Ausbildungssystem sind, wirkt sich die berufliche Situation direkt aus. Unter ihnen finden sich auch viele, die in minderqualifizierten Berufen bzw. Tätigkeiten beschäftigt sind, bzw. auch Jugendliche, die vergeblich nach Arbeit suchen.

Personen mit manueller beruflicher Tätigkeit stufen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als jene, die einer nicht manuellen Tätigkeit nachgehen, sie leiden häufiger an chronischen Krankheiten und weisen auch bei den verschiedenen Indikatoren zur Lebensqualität niedrigere Werte auf als Personen mit nicht manueller Tätigkeit (Klimont et al. 2008). Arbeitslose beschreiben ihren Gesundheitszustand besonders häufig als sehr schlecht oder schlecht (BMASK 2009). Auch bei der Lebenszufriedenheit zeigt sich eine Zunahme der Werte von niedrigen über mittlere zu höheren beruflichen Positionen, während Arbeitslose besonders niedrige Zufriedenheitswerte aufweisen (BMASK 2009). Arbeitslosigkeit bringt neben den materiellen Nachteilen auch psychosoziale Belastungen mit sich. Subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand, Lebensqualität und psychisches Wohlbefinden sind bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen vermindert (Klimont et al. 2008). Die Arbeitslosigkeit der Eltern ist somit auch ein zentraler Risikofaktor für die Gesundheit ihrer Kinder und Jugendlichen.

Besonders problematisch sind die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit bei Jugendlichen, da das Nichtgelingen des Starts ins Erwerbsleben eine große psychische Belastung darstellt. Arbeitslosigkeit von Jugendlichen hat nicht nur negative finanzielle Auswirkungen, sondern prägt auch die Lebenssituation insgesamt sowie die zukünftigen Arbeitsmarktchancen (RKI 2008b).

Ein sozioökonomischer Einflussfaktor ist auch die **Wohnsituation** in Hinblick auf die individuelle Wohnsituation wie auch auf die des Wohnviertels, in dem gelebt wird. Relevant in Hinblick auf die Wohnung ist sowohl die Quantität (Wohnungsgröße in Bezug zur Haushaltsgröße) als auch die Qualität (Standard der Wohnung) des verfügbaren Wohnraums. Substandardwohnungen können sehr unmittelbar negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben (vgl. auch Umweltfaktoren), wenn die Wohnungen beispielsweise feucht, zugig und kalt sind oder sich Schimmel an den Wänden befindet. Mangelnde Rückzugsmöglichkeiten und Raum für Intimität können bei beengtem Wohnraum zu einem angespannten Familienklima und zu psychosozialen Belastungen beitragen (Lampert/Richter 2009). Insbesondere armutsgefährdete Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund leben oft in schlecht ausgestatteten, mangelhaften und zu kleinen bzw. überbelegten Wohnungen (Till-Tenschert/Vana 2009).

Große Relevanz kommt auch dem Wohnviertel zu (vgl. auch 2.3.1.1). Sogenannte „Belastungsviertel“ mit niedrigen Mieten und mehrgeschossiger Bebauung verstärken die gesundheitlichen Risiken der dort lebenden Kinder, während ein attraktiver Lebensraum hilft, mögliche Schwierigkeiten auszugleichen. Während in innerstädtischen, verdichteten Wohnvierteln lediglich vereinzelt Grünflächen und Sportplätze Raum für Aktivitäten bieten, gibt es in Einfamilienhaus-

Vierteln deutlich mehr Spiel- und Bewegungsflächen im Wohnumfeld. In städtischen Gebieten mit vielen Einfamilienhäusern und entsprechenden Grünflächen verbringen Kinder mit niedrigem Sozialstatus deutlich weniger Zeit am Computer als Kinder mit vergleichbarem Sozialstatus in belasteten Vierteln. Sie leiden auch weniger an Schlafstörungen als ihre Altersgenossen. Zumeist werden sie im städtischen Kontext durch ein dicht besiedeltes, preisgünstiges Wohnviertel mit mehrgeschossiger Bebauung („Belastungsviertel“) aber zusätzlich benachteiligt (Bertelsmann Stiftung 2010).

Auch Kinder, die der sozialen Mittelschicht angehören, haben keine optimalen Entwicklungsbedingungen, wenn sie in belasteten Gegenden leben. Sie sitzen dann überdurchschnittlich lange am Computer und vor dem Fernsehgerät, während ihre körperliche Aktivität sehr gering ist. In der Folge sind sie so stark von Übergewicht betroffen wie ihre Altersgenossen mit niedrigem sozialem Status. Gerade für eine positive Bewegungsentwicklung der Kinder ist damit nicht vorrangig der soziale Status ausschlaggebend, sondern mit zunehmendem Alter das nachbarschaftliche Umfeld. Das Verhalten der Freunde und der benachbarten Familien prägt die gesundheitlichen Chancen und Risiken von Kindern in einem hohen, nicht zu unterschätzenden Maß. Aber auch die Eltern ändern ihr Verhalten, je nachdem, in welchem Umfeld sie wohnen. Sowohl das schädigende als auch schützende Verhalten der Eltern – und später der Mädchen und Jungen – wird durch das Wohn- und Lebensumfeld entscheidend geprägt (Bertelsmann Stiftung 2010).

Die **Herkunft** ist ebenfalls eine wichtige Gesundheitsdeterminante, wobei die relevanten Aspekte (sozialer Status der Eltern – insb. Bildung und Einkommen) bereits bei den anderen sozio-ökonomischen Faktoren ausgeführt wurden. Ergänzende Aspekte der Herkunft sind Migration, ethnische und religiöse Zugehörigkeit. Migrationshintergrund stellt einen Risikofaktor für sozioökonomische Benachteiligung und damit auch für Gesundheit dar, wobei in der deutschen KiGGS-Studie festgestellt wurde, dass dies in erster Linie für beidseitigen (d. h. beide Elternteile betreffenden) Migrationshintergrund zutrifft. Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund weisen einen deutlich niedrigeren Sozialstatus auf (besuchen häufiger die Hauptschule und seltener ein Gymnasium; dreimal so hoher Anteil von arbeitslosen Eltern) und höhere Gesundheitsrisiken. Kinder aus Migrationsfamilien sind häufiger übergewichtig oder adipös, es zeigen sich häufiger psychische Störungen, die Mundgesundheit ist ungünstiger, und Vorsorgemaßnahmen werden seltener in Anspruch genommen. Andererseits wurden in dieser Studie auch positive gesundheitliche Aspekte eruiert: Kinder aus Migrationsfamilien rauchen deutlich seltener, sie trinken seltener Alkohol, und sie wurden häufiger gestillt (RKI 2008b).

Unabhängig von der sozioökonomischen Lage stellt Migration ein kritisches Lebensereignis dar, das abhängig von den Umständen beträchtliche Auswirkungen für die körperliche und psychische Gesundheit haben kann. Der mit Migration verbundene biografische Bruch sowie die Veränderung der sozialen Netzwerke und des kulturellen Kontextes können psychisch sehr belastend sein, wobei die subjektive Bedeutung der Migration (positiv oder negativ, erzwungen oder selbstgewählt etc.) relevant ist (Faltermaier 2001). Besonders belastend ist es, wenn Kinder selbst Migrationserfahrungen machen, da sie auf Grund der noch nicht gefestigten Persönlichkeit besonders vulnerabel sind. Betroffene Jugendliche trifft die Migration in einer Entwicklungsphase, die durch Orientierungs- und Sinnsuche gekennzeichnet ist, was ebenfalls zu besonderen Belastungen beitragen kann (Ellert et al. 2010).

Zum Einfluss von Religion auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gibt es kaum Literatur. Generell werden sowohl potenziell positive als auch potenziell negative Zusammenhänge zwischen Religiosität und – insbesondere psychischer – Gesundheit gesehen, wobei Metaanalysen stärker positive Einflüsse sehen: Religiosität bzw. aktive Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft bietet soziale Unterstützung und kann das Kohärenzgefühl und ein positives Selbstkonzept sowie das Gefühl von Sicherheit stärken (Schowalter/Murken 2003). Dies gilt vermutlich aber nur, wenn es eine nicht konfliktgeladene Identifikation mit der Religion gibt. Anzunehmen ist, dass Religion auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben kann, wenn beispielsweise die Akzeptanz für bestimmte präventive oder therapeutische Maßnahmen aus religiösen Gründen nicht gegeben ist oder die religiöse Zugehörigkeit zu sozialer Ausgrenzung oder Isolation beiträgt.

Ethnische Zugehörigkeit könnte als Gesundheitsdeterminante im Zusammenhang mit sozio-ökonomischer Benachteiligung (wie sie beispielsweise Roma in vielen europäischen Ländern erfahren) und/oder sozialer Ausgrenzung von Relevanz sein. Sie kann aber vermutlich – ebenso wie die Religion – auch zu einer positiven Identifikation, zu einem Zugehörigkeitsgefühl und zu sozialer Unterstützung beitragen.

2.3.1.3 Gesundheitseinrichtungen/ Gesundheitsdienstleistungen

Die Verfügbarkeit von Gesundheitseinrichtungen und -dienstleistungen hat ebenfalls einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit. Das Spektrum der zu berücksichtigenden Faktoren auf dieser Ebene beinhaltet Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Einrichtungen und Angebote sowie psychosoziale Einrichtungen und Angebote.

Relevant in diesem Zusammenhang ist sowohl das prinzipielle Angebot als auch die spezifische Verfügbarkeit für einzelne Personen oder Gruppen. In westlichen Ländern ist zumindest die Basisgesundheitsversorgung im Normalfall gesichert, allerdings gibt es auch hier große Unterschiede bezüglich des Spektrums der angebotenen und zugänglichen Gesundheitsdienstleistungen. In Bezug auf Kinder von Relevanz ist neben Angeboten der Gesundheitsförderung (z. B. in den institutionalisierten Settings wie Schule und Kindergarten, aber auch für Familien und auf kommunaler Ebene) die Verfügbarkeit von Vorsorgemaßnahmen (Mutter-Kind-Pass, Impfungen, Kariesprophylaxe etc.), von Kinderärztinnen und –ärzten, von therapeutischen Angeboten (Psychotherapie, Logopädie, Physiotherapie etc.) – insbesondere auch im Sinne der Prävention und Frühintervention – sowie auch von spezifischen rehabilitativen Maßnahmen (Bitzer et al. 2009). Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen können Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung und viele Krankheitszeichen frühzeitig festgestellt und dadurch erfolgreich behandelt werden. Zugangsbarrieren wie Kosten oder bürokratische Hürden können die Inanspruchnahme erschweren. Umgekehrt können niederschwellige und zielgruppenspezifische Ansätze die Inanspruchnahme erleichtern.

Auch in Hinblick auf die Gesundheitsdienstleistungen ist wiederum eine sozioökonomische Perspektive von Relevanz. Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme können und sollen auch die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit zwischen den sozialen Schichten anstreben. Ohne bewusste kompensatorische Ausrichtung können solche Maßnahmen aber auch gesundheitliche Ungleichheiten verstärken. Bei vielen Vorsorge- und therapeutischen Maßnahmen ist eine niedrige Inanspruchnahme bei sozial benachteiligten Gruppen (wenig Gebildete, Migrantinnen und Migranten, sehr junge Eltern etc.) zu verzeichnen, obwohl hier die Gesundheitsbelastungen und Erkrankungsrisiken oft erhöht sind. Niederschwellige Zugangsmöglichkeiten – etwa über settingorientierte Ansätze, z. B. in Kindergärten und Schulen oder aufsuchende Angebote wie Familienhebammen – und finanzielle Anreize (z. B. erhöhte Beihilfen für vollständigen Mutter-Kind-Pass) können hier wirksam sein (Bitzer et al. 2009).

2.3.1.4 Ökologische und physische Umwelt

Die ökologische und physische Umwelt hat – vor allem auch bei Kindern und Jugendlichen – relevanten Einfluss auf die Lebensqualität. Umweltbelastungen können darüber hinaus auch direkt auf die körperliche (z. B. Schadstoffe) wie psychische Gesundheit (z. B. Lärm, Grünraum) einwirken. Relevante Einflussfaktoren auf Ebene der ökologischen und physischen Umwelt sind die Luftqualität (Außen- wie Raumluft), Schadstoffbelastung (durch Abgase, Baustoffe, Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Lebens etc.), Wasserversorgung und Abwasserentsorgung, Lärm, Landwirtschaft und Lebensmittelproduktion, aber auch die Verfügbarkeit/Nutzbarkeit von natürlicher Umwelt ebenso wie von geschaffener Infrastruktur.

Kinder bedürfen aufgrund ihres noch in Entwicklung befindlichen Organismus (vgl. Schneider et al. 2002) eines besonderen Schutzes vor **Umweltbelastungen** und -gefahren. Wesentliche umweltbedingte Risikofaktoren, deren Auswirkungen auf die Gesundheit gut dokumentiert sind, sind die Verschmutzung der Innen- und Außenluft, unsichere Wasserversorgung und Abwasserentsorgung sowie die Belastung durch Blei. Die Exposition gegenüber Luftverunreinigungen kann, besonders bei Kindern, gesundheitliche Folgen wie Reizungen der Schleimhäute, Beeinträchtigung der Lungenfunktion, Schädigung des Immunsystems und Entstehung von Tumoren nach sich ziehen. Für die Gesundheit gefährliche Schadstoffe sind u. a. Ozon, Stickstoffdioxid, Schwefeldioxid, Kohlenmonoxid, Feinstaub und Ruß. Von großer Bedeutung ist auch die Exposition gegenüber Schadstoffen in Innenräumen, da sich die meisten Menschen – auch Kinder und Jugendliche – zu einem Großteil des Tages in Innenräumen aufhalten. Relevant sind hierbei insbesondere Passivrauchen (kann zu Bronchitis, Asthma und anderen Atemwegserkrankungen führen), Asbest (kann Tumoren verursachen), organische Verbindungen aus diversen Baumaterialien (können zu Reizungen der Augen, der Atemwege und zu Kopfschmerzen führen, manche sind auch krebserregend) und Allergene in der Raumluft (wie Hausstaubmilben, Pilze, Pollen Baumaterialien) (Magistrat Wien 2000).

Auch bezüglich der Umweltbedingungen besteht ein enger Zusammenhang zwischen Armut und schädlichen Umwelteinflüssen. „Bleiexposition, unangemessen schlechte Wohnverhältnisse, schlechte Luft und Unterernährung sind allesamt typische Kennzeichen benachteiligter Gruppen. Aus armen Familien stammende Kinder sind außerdem stärker als andere durch Unfälle im Straßenverkehr oder zu Hause gefährdet.“ (WHO 2005)

Lärmbelastung, insbesondere während der Nacht, kann zu verschiedenen vegetativen Störungen führen (Verdauung, Blutdruck, Schlaf). Hohe Lärmbelastung kann auch Hörschäden nach sich ziehen (Magistrat Wien 2000). In Bezug auf Jugendliche ist hier auch die – „freiwillige“ – Schallbelastung durch Diskotheken-, Club- und Konzertbesuche, aber auch die Kopfhörerbeschallung durch mobile Geräte von Relevanz, die sich in leichtem Hörverlust, aber auch in vorübergehenden Ohrgeräuschen (Tinnitus-Symptome) niederschlagen kann (Babisch 2009).

Verkehr - vor allem der motorisierte Individualverkehr - hat zunächst eher negative gesundheitliche Folgen, insbesondere auch für Kinder und Jugendliche, die den Gefahren des Straßenverkehrs besonders ausgesetzt sind. Die wesentlichen Gesundheitsauswirkungen sind Mortalität und Morbidität im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen, Atemwegserkrankungen auf Grund der Luftverschmutzung und Schadstoffbelastung durch die Abgase des motorisierten Verkehrs (siehe auch oben) sowie psychische Probleme auf Grund der Lärmbelastung. Starke Verkehrsbelastung behindert des Weiteren die körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen und trägt damit u. a. zu Übergewicht bei (WHO⁸, Lebensministerium 2007).

Ein gut ausgebautes Radverkehrsnetz sowie eine attraktive und sichere Gestaltung von Gehwegen können hingegen körperliche Aktivität fördern, indem sie dazu motivieren, (Alltags-) Wege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückzulegen. Der Verkehr ist aber auch insofern als Ressource zu sehen, als durch Verkehrsangebote die Mobilität und damit auch Bildungschancen, berufliche Möglichkeiten oder die Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben ermöglicht bzw. gefördert werden können. Dabei sind – insbesondere auch für Kinder – die Angebote des öffentlichen Verkehrs von besonderer Relevanz. Der Verkehr ist ein Teil der geschaffenen **Infrastruktur**. In Hinblick auf Kindergesundheit ist bei Infrastruktur aber insbesondere auch auf die – schon im Zusammenhang mit der Wohnsituation angemerkte – Verfügbarkeit von Spielplätzen, Sportplätzen und -hallen, Jugendzentren etc. zu verweisen. Eine kinder- und familienfreundliche Infrastruktur kann den natürlichen Spiel- und Bewegungsdrang fördern, die Entwicklung von Lebenskompetenzen unterstützen und damit zu einer gesunden Entwicklung beitragen (siehe auch oben).

In diesem Zusammenhang ist auch die **natürliche Umwelt** (Wiesen, Wälder, Berge, Seen, Flüsse etc.) als Frei-, Erlebnis- und Erholungsraum von Relevanz. Der Erhalt und die leichte Zugänglichkeit der natürlichen Umwelt stellen eine wichtige Ressource für die Gesundheit insbesondere auch von Kindern und Jugendlichen dar. Wobei heute für viele Kinder und Jugendlichen die geschaffenen Räume (Spielplätze etc.) viel vertrauter sind als die natürliche Umwelt und diese – beispielweise im Rahmen von pädagogischen Aktivitäten – erst wieder kennengelernt werden muss, damit sie (mit zunehmenden Alter auch eigenständig) genutzt werden kann (Schemel/Wilke 2008).

8 <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/Transport-and-health/facts-and-figures>

Das Lebensmittelangebot wird durch die **Landwirtschaft und Nahrungsmittelproduktion** bestimmt. Eine vielfältige und gesundheitsförderliche Lebensmittelauswahl ist – insbesondere auch für Kinder und Jugendliche – wichtig, um die optimale Zufuhr an Makro- und Mikronährstoffen zu gewährleisten. Das Ausmaß des Einsatzes von Pestiziden in der Landwirtschaft kann sich unmittelbar auf die Kindergesundheit auswirken, da Kinder bezüglich Schadstoffe besonders vulnerabel sind (vgl. oben).

Ein Großteil unserer Nahrung besteht aus verarbeiteten Lebensmitteln, die häufig charakterisiert sind durch einen hohen Anteil an Fett, insbesondere an gesättigten Fettsäuren sowie an Zucker oder Salz, aber auch an künstlichen Zusatzstoffen wie Aromen, Emulgatoren und Haltbarmachern. Viele dieser Lebensmittel sollen – unterstützt durch umfangreiche Marketingaktivitäten – Kindern und Jugendlichen verkauft werden. Die Verbesserung des ernährungsphysiologischen Wertes dieser Lebensmittel durch Reformulierung – das heißt durch eine veränderte Zusammensetzung der Inhaltsstoffe – stellt daher auch ein geplante Maßnahme des „Nationalen Aktionsplans Ernährung“ dar (BMG 2011).

2.3.1.5 Allgemeine gesellschaftliche Bedingungen (Makro-Ebene)

Die generellen gesellschaftlichen Bedingungen bestimmen die vorher genannten Verhältnisfaktoren mit, indem beispielweise Gesetze (z. B. Familienrecht, Arbeitsrecht, Schulunterrichtsgesetz, Sozialversicherungsgesetz) wesentliche Rahmenbedingungen des sozialen Umfelds und des sozioökonomischen Umfelds definieren. Zu den gesamtgesellschaftlichen Bedingungen zu rechnen sind des Weiteren auch das politische System, das Wirtschaftssystem und der Industrialisierungs- und Urbanisierungsgrad einer Gesellschaft, beispielsweise aber auch die klimatischen Bedingungen. Einfluss auf die Gesundheit(sdeterminanten) hat auch das Ausmaß der gesellschaftlichen Stabilität - beispielweise in politischer und/oder ökonomischer Hinsicht. Mit globaler Perspektive ist dabei auch an sehr direkte und drastische Auswirkungen auf die Gesundheit – insbesondere auch von Kindern – zu denken: beispielweise wenn eine politische oder ökonomische Krise zu (Bürger-)Kriegen, Vertreibungen, Hungersnöten oder Massenarbeitslosigkeit führt (Baum 2008). Es findet sich aber nur wenig Evidenz zu den allgemeinen gesellschaftlichen Bedingungen als Einflussfaktor auf Gesundheit.

2.3.2 Faktoren individueller Lebensweise (Verhalten)

Die Faktoren der individuellen Lebensweise wirken oft sehr unmittelbar auf die Gesundheit ein. Sie werden mit zunehmendem Alter immer mehr durch das eigene Verhalten determiniert. Für – vor allem kleinere - Kinder und teilweise auch noch Jugendliche gilt dies aber nur eingeschränkt, da hier die zentralen Bezugspersonen (vor allem Eltern) bzw. auch die institutionellen Settings (wie Kindergarten, Schule) bis zu einem gewissen Grad auch die individuelle Lebensweise (z. B. durch Ernährungsangebot, Bewegungsmöglichkeiten) stark beeinflussen. Relevante Einflussfaktoren auf Ebene der individuellen Lebensweise sind Ernährung, Bewegung, Umgang mit Sucht- und Arzneimitteln, Umgang mit Sexualität, Stressbewältigung und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen.

Das Verhalten von Kindern und Jugendlichen wird stark vom sozialen Umfeld beeinflusst. Kinder und Jugendliche brauchen Vorbilder, um sich zu entwickeln. Dominiert im Kindesalter noch hauptsächlich die Familie als einflussreichster Faktor auf das Verhalten, nehmen im Jugendalter der Freundeskreis und Idole die wichtigste Stellung ein (Ohlbrecht 2010). Das Vorleben eines ausgewogenen und regelmäßigen Essverhaltens sowie von Freude und Spaß an Sport und körperlicher Aktivität durch die Eltern erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass es ihnen die Kinder später einmal gleich tun werden. Gleiches gilt für andere Aspekte, die unmittelbar mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen, wie etwa Zigaretten- oder Alkoholkonsum. Wesentliche Grundsteine für das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter werden mit dem Erziehungsstil und den vermittelten Werten und Einstellungen durch die Eltern bereits frühzeitig gelegt und durch das erlebte Verhalten im Freundeskreis, in der Schule oder am Arbeitsplatz gefestigt (Ohlbrecht 2010).

Gesunde **Ernährung** übt einen grundlegenden Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen aus. Bei Kindern und Jugendlichen kommt dazu, dass die Entwicklung zahlreicher Körperfunktionen (z. B. Immunsystem, Knochenaufbau, geistige Leistungsfähigkeit) in der Wachstumsphase eine besonders bedarfsgerechte Zusammenstellung der Mahlzeiten erfordert. Unausgewogene Ernährung beeinträchtigt das Wohlbefinden und kann langfristig die Gesundheit schädigen. Durch gesunde Ernährung hingegen lässt sich die Inzidenz von Übergewicht und Adipositas (Fettsucht), Karies, Anämie und Osteoporose reduzieren. Ernährung spielt aber auch eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit verschiedenen Krebsformen oder koronaren Herzerkrankungen (RKI 2008b). Der Verzehr von Obst und Gemüse verringert das Risiko für koronare Herzerkrankungen, für Schlaganfall und für Krebserkrankungen des Verdauungstraktes (WHO 2004).

Die Frage nach der richtigen Ernährung stellt sich schon vom Säuglingsalter an. Insbesondere in den ersten sechs Lebensmonaten eines Kindes wird Stillen als beste Form der Ernährung betrachtet. Die Muttermilch trägt dazu bei, das Baby vor Infektionen zu schützen, unterstützt die Entwicklung, hilft mit, Allergien zu vermeiden und reduziert das Risiko für plötzlichen Kindstod (SIDS) und das Stillen fördert darüber hinaus die Entwicklung einer guten Mutter-Kind-Beziehung. Zudem gibt es aus wissenschaftlichen Studien Hinweise dafür, dass ehemals gestillte Kinder in ihrem späteren Leben seltener an Diabetes, Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Fettstoffwechselstörungen und Krebsleiden erkranken (AGES 2008). Schlechte

Ernährungspraktiken sind hingegen u. a. eine Hauptursache für Eisenmangel bei Säuglingen und Kleinkindern, was zu Beeinträchtigungen der Gehirnentwicklung, zu Konzentrationsstörungen und Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen führen kann.

Auch bezüglich des Ernährungsverhaltens zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang mit dem Sozialstatus. Je höher der Sozialstatus, desto eher werden die Empfehlungen für Obst- und Gemüseverzehr erreicht und umso weniger Süßigkeiten werden konsumiert (RKI 2008b).

Die Folge von Übergewicht und Fettleibigkeit im Kindes- und Jugendalter können Diabetes, Bluthochdruck, Störungen des Fettstoffwechsels und orthopädische Erkrankungen sein. Langfristig stellt Adipositas einen Risikofaktor für die Entstehung koronarer Herzkrankheiten im Erwachsenenalter dar und auch für bestimmte Formen von Krebs (BMG 2011). Als weitaus belastender werden aber oftmals die psychischen Probleme empfunden. Übergewicht bei Kindern führt häufig zu einem Mangel an Selbstachtung, zu Depressionen und zu sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung.

Es gibt noch eine Reihe anderer Störungen im Ernährungsverhalten, die sich auf Dauer schädlich auf die Gesundheit auswirken können. Essstörungen (wie Magersucht, Ess-Brechsucht und Binge-Eating-Störung) gefährden die normale Entwicklung von Jugendlichen und können, insbesondere dann, wenn sie bereits in jungen Jahren beginnen, chronisch werden. Sie bedürfen immer einer psychotherapeutischen Behandlung. Die Ursache für Essstörungen sind zumeist psychische Probleme, die oftmals gepaart sind mit dem Streben nach dem in unserer Gesellschaft gängigen Schlankheitsideal. . Untergewicht und Vitaminmangel sind daher weitverbreitete Phänomene, vor allem bei jungen Frauen. Körperliche Folgen von Essstörungen wie Anorexie oder Bulimie können u. a. chronische Nierenprobleme, Magen-Darm-Krankheiten, Herzrhythmusstörungen, Schwindel und Ohnmachtsanfälle, Reizungen und Risse der Speiseröhre, vermehrter Karies, Knochenschwund und Haarausfall sein⁹.

Bewegung und körperliche Aktivität sind sehr wichtige Einflussfaktoren für ein gesundes Aufwachsen. Ein aktiver, sportlicher Lebensstil beeinflusst die gesunde Entwicklung von Kindern, fördert das körperliche wie psychische Wohlbefinden und kann zahlreichen Krankheiten vorbeugen. Regelmäßige körperliche Aktivität stärkt das Herz-Kreislauf-System, begünstigt Atmung und Stoffwechsel, trägt zur Erhaltung eines normalen Körpergewichts bei und beugt Haltungsschäden vor. Sport und Bewegung wirken sich bei Kindern positiv auf die organische und motorische Entwicklung aus, auf die Persönlichkeitsentwicklung sowie auf das Erlernen sozialer Kompetenzen. Ausreichende Bewegung ist aber bei vielen Kindern – vor allem mit steigendem Alter – nicht gegeben, da auch bei ihnen ein sitzender Lebensstil bereits weit verbreitet ist. Sie sitzen am Vormittag in der Schule, am Nachmittag bei den Hausaufgaben und danach vor Fernsehgerät oder Computer (Lampert et al. 2007a). Auch kurze Wege werden nur noch selten zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückgelegt. Als Folge des Bewegungsmangels auftreten können sowohl psychische Probleme wie Unausgeglichenheit, Nervosität oder Depressionen als auch körperliche Beschwerden wie Haltungsschäden, Muskelverspannungen, Rückenschmerzen und Übergewicht (Ärztinnen und Ärzte für eine gesunde Umwelt 2005).

9 <http://www.essstoerungshotline.at/>

Mangelnde körperliche Aktivität wird bei Kindern und Jugendlichen häufig in Zusammenhang mit der steigenden Nutzung der elektronischen Medien (wie Fernsehen, Computer, Internet, Handy) gebracht (Lampert et al. 2007b). Mediennutzung bedeutet in der Regel körperlich inaktive Freizeit, in der Kinder und Jugendliche nicht draußen spielen oder Sport treiben – dies kann sich negativ auf den Gesundheitszustand von Heranwachsenden auswirken. Auch wenn ein messbar negativer Einfluss der Mediennutzung auf die körperliche Aktivität erst bei sehr hohem Medienkonsum (mehr als fünf Stunden pro Tag) feststellbar ist, so sind psychosomatische Beschwerden, entwicklungspsychologische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten als Folge nicht auszuschließen (Bertelsmann Stiftung 2010).

Es besteht auch in diesem Bereich ein Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sowie aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus üben weniger häufig sportliche Aktivitäten aus (Lampert et al. 2007a). Dies deutet darauf hin, dass derzeit nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichen Zugang zu sportlichen Möglichkeiten haben. Umgekehrt zeigt sich, dass der Konsum von elektronischen Medien umso geringer ausfällt, je höher der Sozialstatus ist (RKI 2008b).

Relevanten Einfluss auf die Gesundheit hat auch der **Suchtmittel- und Arzneimittelkonsum**, der je nach Konsumgewohnheiten positive (z. B. psychoaktive Substanzen als „Genussmittel“, Arzneimittel als Therapie) oder negative (z. B. Abhängigkeit) gesundheitliche Auswirkungen haben kann. Bei den Suchtmitteln ist zwischen legal erhältlichen (Alkohol, Nikotin) und illegalen Substanzen zu unterscheiden. Legal erhältlich sind auch (psychotrope) Medikamente und Schnüffelstoffe.

Die Einstellungen zum Umgang mit Suchtmitteln werden früh ausgeprägt und bleiben dann im weiteren Leben sehr stabil. Der Konsum von Alkohol und Tabak ist bei Jugendlichen sehr oft ein normaler Bestandteil des altersgruppenspezifischen Sammelns von Erfahrung. Auch Drogenerfahrungen im Jugendalter sind sehr häufig, gehen aber meist nicht hinaus über Experimentiererfahrungen bzw. über Konsum während eines begrenzten Zeitraums; so entstehen keine relevanten Folgeprobleme (ÖBIG 2001). Peergruppen üben einen großen Einfluss auf das Konsumverhalten aus. Kinder aus suchtbelasteten Familien und Kinder mit psychischen Problemen haben ein höheres Risiko, einen problematischen Suchtmittelkonsum zu entwickeln (Puhm et al. 2008). Entscheidend für die Einstufung als problematisch sind die Menge, die Häufigkeit und die Form des Konsums („Binge drinking“, Mischkonsum, riskante Einnahmeformen etc.).

Die Gefahr eines problematischen Konsums der legalen Substanzen besteht insbesondere dann, wenn der Konsum im Alltag verankert ist bzw. funktionale Bedeutung hat (Lampert/Thamm 2007). Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen kann sowohl zu körperlichen und psychischen Folgeschäden als auch zu sozialen Problemen führen. Wesentliche Probleme im Zusammenhang mit Alkoholkonsum sind die erhöhte Unfallgefahr und Gewalt unter Jugendlichen. Auch riskantes Sexualverhalten wird durch Alkoholkonsum begünstigt (Uhl et al. 2009).

Rauchen ist ein wichtiger Risikofaktor für zahlreiche schwere Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen. Rauchen während der Schwangerschaft kann den Fötus schädigen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen können auch durch Passiv-

rauchen entstehen. Mit dem Rauchen assoziierte Erkrankungen treten meist als Spätfolgen im mittleren bis höheren Alter auf, es kann jedoch auch schon im Jugendalter zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wie asthmatischen Problemen und eingeschränkter Lungenfunktion, kommen (Dür et al. 2005). Je früher mit dem Rauchen begonnen wird, desto höher ist das Risiko einer Folgeerkrankung im späteren Leben.

Das mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Suchtmittel ist Cannabis. Weitere illegale Drogen sind unter anderen Amphetamin (Speed), Ecstasy, LSD, psychoaktive Pilze, Heroin und Kokain. Das Probieren von illegalen Substanzen, vor allem Cannabisprodukten, ist bei Jugendlichen relativ weit verbreitet, regelmäßiger Konsum kommt wesentlich seltener vor. Generell wird durch Drogenkonsum die Lern- und Leistungsfähigkeit herabgesetzt und die Unfallgefahr erhöht. Halluzinogene wie LSD, aber auch andere Drogen, können schwere Psychosen auslösen. Ein zusätzliches Risiko der illegalen Suchtmittel liegt darin, dass die Konsumenten die Zusammensetzung und Dosierung der Inhaltsstoffe nicht überprüfen können (Kähnert 1999).

Der Konsum von Arzneimitteln liegt bei Kindern meist noch in Verantwortung der Eltern. Deren Umgang mit Arzneimitteln hat ebenfalls Vorbildwirkung für die Kinder – zum einen der eigene Arzneimittelkonsum der Eltern, zum anderen auch die Gründe und die Regelmäßigkeit bzw. Häufigkeit, mit der Kindern Medikamente verabreicht werden (z. B. gegen Prüfungsangst oder zur Leistungssteigerung) (Hurrelmann/Bründel 1997). Zusätzlich stellt sich das Problem, dass Kinder häufig Medikamente erhalten, deren Wirkung zwar an Erwachsenen, jedoch nicht an Kindern untersucht wurde bzw. die oft auch nicht für die Behandlung an Kindern zugelassen sind. Diese Lücke ist erst seit wenigen Jahren ein Thema, es gibt aber nunmehr sowohl auf EU- als auch auf österreichischer Ebene Aktivitäten, das Problem zu lösen¹⁰.

Die **Sexualität** ist ebenfalls ein relevanter Einflussfaktor auf die Gesundheit. Sie kann zu Wohlbefinden und Lebensqualität beitragen, birgt aber auch gesundheitliche Risiken. Im Generationenvergleich ist ein beständiger Wertewandel im Bereich der Jugendsexualität erkennbar, wonach Mädchen selbstbewusster und autonomer ihre Beziehungen leben und zugleich auch immer mehr Burschen beziehungsorientierter und verantwortungsvoller agieren (Kromer 1999). Auch die immer liberalere Haltung der Eltern und der Gesellschaft insgesamt zur Jugendsexualität hat dazu beigetragen, dass Jugendliche heute mehr Verantwortung für ihre Sexualität übernehmen als früher. Dennoch zeigt sich vor allem bei Mädchen – ähnlich wie beim Ernährungsverhalten – auch bei den ersten sexuellen Erfahrungen ein geringes Selbstvertrauen und eine Unsicherheit gegenüber dem eigenen Körper. Es fällt immer noch schwer, eigene Wünsche auszusprechen und im Bedarfsfall „Nein“ zu sagen. Die Tatsache, dass Homosexualität auch in unserer Gesellschaft noch immer nicht selbstverständlich akzeptiert ist und häufig tabuisiert wird, kann bei Jugendlichen – insbesondere in der Phase der sexuellen Identitätsfindung – zu psychischen Belastungen führen.

10 <http://www.basg.at/arzneimittel/kinderarzneimittel/> (4. 7. 2012)

Verhütung spielt in Hinblick auf die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften und sexuell übertragbarer Krankheiten eine maßgebliche Rolle. (Zumeist ungewollte) Teenager-Elternschaft kann zu schwachem Schulerfolg, schlechter körperlicher und psychischer Gesundheit, Armut und sozialer Ausgrenzung der Eltern und Kinder führen, wobei viele junge Mütter selbst problematischen Lebenssituationen entstammen und oft einen niedrigen Schulabschluss und somit auch schlechte berufliche Perspektiven haben (Häußler-Sczegan 2010). Sie leben daher auch häufig in Sozialbeziehungen mit großen (ökonomischen) Abhängigkeiten. Starke Einflussfaktoren für die Schwangerschaftsraten bei jungen Mädchen sind u. a. die allgemeine Wohlstands- und Einkommensverteilung, die durchschnittliche Ausbildungsdauer und die Religion. Dabei können sozioökonomische Nachteile sowohl die Ursache für die frühe Elternschaft Jugendlicher als auch deren Folge sein.

Die Fähigkeit, **Stress** zu bewältigen, spielt neben Ernährung und Bewegung auch eine zentrale Rolle für die gesunde Entwicklung (Seiffge-Krenke/Lohaus 2007). Schon lange bevor der sogenannte Ernst des Lebens beginnt, sind Kinder häufig einem erheblichen Leistungsdruck ausgesetzt. So zeigen Untersuchungen, dass schon weit mehr als die Hälfte aller Schulkinder ein- oder mehrmals die Woche stressbedingt an Erschöpfung oder Schlafstörungen leidet. Auch ungesunde Ernährungsweisen stehen häufig in Zusammenhang mit Stress, wenn zum Beispiel vom sogenannten Frustessen die Rede ist. Stress ist nicht immer vermeidbar. Eltern – aber auch Schule oder Kindergarten – können Kinder unterstützen, zu lernen, mit Belastungen und Konflikten angemessen umzugehen. Auch speziell auf Kinder zugeschnittene Programme zur Stressbewältigung können Kindern helfen, Stress konstruktiv zu begegnen. Vor allem belastet ist die psychische Gesundheit bei Kindern, die besonders schwierigen – oft traumatisierenden – Lebenssituationen (z. B. Tod eines Elternteils, sexueller Missbrauch) ausgesetzt sind. Sie brauchen zur Bewältigung jedenfalls professionelle Unterstützung.

Die **Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen** kann einen wichtigen Beitrag zu einer gesunden Entwicklung leisten (siehe auch vorne). Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern dienen der Prävention und dem frühzeitigen Erkennen von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen. Besonders im ersten Lebensjahr ist die Akzeptanz des Angebotes sehr hoch, während mit steigendem Alter der Kinder die Inanspruchnahme sinkt. Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und therapeutischen Maßnahmen ist des Weiteren auch abhängig vom sozialen Status, sie ist bei sozial benachteiligten Gruppen (wenig Gebildete, Migrantinnen und Migranten, sehr junge Eltern etc.) und Familien, die in „Belastungsvierteln“ wohnen, unterdurchschnittlich, obwohl hier die Gesundheitsbelastungen und Erkrankungsrisiken oft erhöht sind. (RKI 2004, Magistrat Wien 2000, Bertelsmann Stiftung 2010)

2.3.3 Genetische/biologische Faktoren

Die genetischen und biologischen Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, Erbanlagen) sind weitgehend unveränderbar, sie werden daher in der Folge auch nur kurz behandelt. Sie sind aber für Interventionen insofern von Relevanz, als sie (insbesondere Geschlecht und Alter) bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen beispielweise der Gesundheitsförderung im Sinne der Zielgruppenorientierung zu berücksichtigen sind.

Eine Differenzierung nach dem **Alter** ist auch im Bereich der Kindergesundheit relevant. Wie einleitend bereits ausgeführt, ist die Kindheit generell als eine besonders relevante („kritische“) Periode für die (spätere) Gesundheit zu sehen, da der Organismus in Wachstumszeiten besonders verletzlich ist und in diesen Zeiten erworbene Schädigungen oft nicht oder nur teilweise reversibel sind („biologische Programmierung“) (Dragano/Siegrist 2008). Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder, Pubertierende, Jugendliche, junge Erwachsene haben aber jeweils andere – biologische ebenso wie psychosoziale – Bedürfnisse, Vulnerabilitäten und Ressourcen, die sich auf die Gesundheit auswirken.

Die Relevanz des **Geschlechts** für die Gesundheit wird zunehmend reflektiert und anerkannt. Dies betrifft sowohl das biologische als auch das soziale Geschlecht. „Sex“ beschreibt das biologische Geschlecht und Unterschiede auf rein biologischer Ebene (Gene, Hormone, Anatomie etc.). „Gender“ beschreibt das soziale Geschlecht, z. B. die eigene Wahrnehmung von und den Umgang mit Gesundheit/Krankheit, und wird als soziales Konstrukt geformt durch äußere Einflüsse. Sex und Gender stellen zentrale Parameter im Bereich der Entstehung, Prävention und Therapie von Erkrankungen dar. Weiters sind sie wesentlich dafür verantwortlich, inwieweit sich Menschen als gesund oder krank empfinden, welchen Stellenwert Prävention für sie hat und wie unterschiedlich Frauen und Männer Gesundheitsdienstleistungen nutzen¹¹.

Schon bei Kindern und Jugendlichen gibt es Geschlechterunterschiede im Zusammenhang mit Gesundheit, die aber insbesondere durch das soziale Geschlecht geprägt sein dürften. So berichten beispielsweise in der HBSC-Studie¹² Mädchen länderübergreifend häufiger über eine negative Selbsteinschätzung der Gesundheit und psychosomatische Beschwerden als Burschen (Richter et al. 2010). Diese sind hingegen laut Ergebnissen der deutschen KiGGS-Studie z. B. - ab dem Alter von drei Jahren - häufiger von Unfällen betroffen (Kurth 2006).

Die **genetische Veranlagung** ist ebenfalls relevant für die Gesundheit. Es gibt viele Erkrankungen, die (rein) genetisch verursacht sind, sie treten aber jeweils nur sehr selten auf. Genetische Faktoren können aber auch mitverursachend sein bei der Entstehung einer Reihe von – nicht ausschließlich oder vorrangig genetisch bedingten – Krankheiten wie z. B. Asthma, Diabetes oder manchen psychischen Erkrankungen (z. B. Schizophrenie, Autismus).

11 Vgl. z. B. <http://www.gendermedizin.at/?page=id1DefinitionHintergrund.html> (20. 12 2010)

12 Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) ist eine international vergleichende Studie, die alle vier Jahre unter Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt wird und Zusammenhänge zwischen den Lebensumständen und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen der Altersgruppe 11, 13 und 15 Jahre untersucht. An der Studie nehmen 41 Staaten aus Europa und Nordamerika teil.

2.4 Schlussfolgerungen

Die vorangehende Darstellung zeigt, dass eine große Vielfalt von Faktoren existiert, die (potenziell) Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben.

Besonderer Stellenwert kommt unseres Erachtens dem sozialen und kommunalen Umfeld und der sozioökonomischen Umwelt zu:

Kinder – und in geringerem Umfang Jugendliche – sind in besonderem Maße von ihrem sozialen und kommunalen Umfeld (insbesondere der Familie, den institutionellen Settings Kindergarten und Schule sowie der unmittelbaren Wohnumgebung) abhängig bzw. auf dieses angewiesen und/oder werden von diesem beeinflusst. Erwachsene haben meist größeren Gestaltungsspielraum hinsichtlich des sozialen und kommunalen Umfelds.

Zwischen sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit besteht – wie einleitend ausgeführt wurde – ein starker Zusammenhang. Dies gilt für Kinder und Jugendliche ebenso wie für Erwachsene. Die sozioökonomische Situation als Kind bzw. Jugendlicher ist eine wichtige Ausgangsbasis für das ganze Leben und beeinflusst häufig sowohl den sozialen Status als auch den Gesundheitszustand als Erwachsener.

Bildung und Soziales sind vor diesem Hintergrund zwei zentrale Politikbereiche. Bildungspolitik ist nicht nur in Hinblick auf Bildungspotentiale und -chancen relevant sondern definiert auch Rahmenbedingungen, die bezüglich der Schule als sozialem Umfeld von Kindern und Jugendlichen relevant sind. Sozialpolitik adressiert die sozioökonomischen Lebensbedingungen der Bevölkerung und hat die soziale Sicherheit sowie die Arbeitsbedingungen im Blick.

Im zweiten Teil dieser Arbeit werden daher Policies zu Bildung (am Beispiel des Unterrichtsressorts) und zu Sozialem (am Beispiel des Arbeits- und Sozialressorts) dargestellt, die einen Bezug zu den Determinanten der Kinder- und Jugendgesundheit haben und damit (potenziell) bezüglich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von Relevanz sind. Damit soll, wie eingangs (vgl. Kap. 1) ausgeführt, ein Beitrag zur Konkretisierung bzw. zur vertieften Auseinandersetzung mit Health in All Policies geleistet werden. Die Analyse schließt keine Bewertung dieser Policies hinsichtlich der tatsächlichen Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit ein. Die Bestandsaufnahme soll aber beispielhaft das Spektrum an Policies aufzeigen, die im Verantwortungsbereich anderer als dem Gesundheitsressort liegen, aber sehr wohl auch gesundheitsrelevant sind – und damit klarer machen bzw. dafür sensibilisieren, wie breit der Handlungsspielraum aus der Perspektive von „Health in All Policies“ ist.

Bibliographie

- AGES (2008): Projekt „Richtig essen von Anfang an! Gesamtdokument. Stand: 30. Oktober 2008. Entstanden im Rahmen eines Kooperationsprojekts zwischen AGES, BMGFJ und HV der Sozialversicherungsträger. Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit. Wien
- Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2010): Kinder- und Jugend-Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark. Graz
- Ärztinnen und Ärzte für eine gesunde Umwelt (Hg.) (2005): Auto und Gesundheit. Wien
- Babisch, Wolfgang (2009): Kinder-Umwelt-Survey (KUS) 2003/06: Lärm – Daten und Materialiensammlung, Deskription und Zusammenhangsanalysen. Umwelt & Gesundheit 01/2009. Umweltbundesamt. Berlin
- Baum, Fran (2008): The New Public Health. Third Edition. Oxford University Press. South Melbourne
- Bertelsmann Stiftung (2010): Gesundheit lernen: Wohnquartiere als Chance für Kinder. Ein Kooperationsprojekt von Bertelsmann Stiftung, Robert Koch-Institut und empirica AG. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh
- BMASK (2008): Armutsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC 2008. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- BMASK (2009): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Tabellenband Ergebnisse aus EU-SILC 2008. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- BMG (2011): Nationaler Aktionsplan Ernährung. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Bitzer, Eva. M.; Walter, Ulla; Linger, Heidrun; Schwartz, Friedrich-Wilhelm (Hg.) (2009): Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Berlin, Heidelberg
- Bundesamt für Gesundheit (2006): Arbeitsbedingungen und Gesundheit – eine strategische Perspektive für alle. Impulse, Ergebnisse und Empfehlungen im Anschluss an die nationale Arbeitstagung der Nationalen Gesundheitspolitik vom 18. September 2003 in Aarau. Bundesamt für Gesundheit. Bern
- CSDH (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. Geneva
- Davey Smith, George (2008): Die Bedeutung der Lebenslaufperspektive für die Erklärung sozialer Ungleichheit. In: Bauer, Ulrich; Bittlingmayer, Uwe H.; Richter, Matthias: Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden
- Dragano, Nico; Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. In: Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden
- Dür, Wolfgang; Fürth, Kristina; Indra, Katrin; Wimmer, Monika (2005): Mädchen, Burschen, Rauchen: Gemeinsamkeiten der Geschlechter in ihren RaucherInnenkarrieren. In: Eisenbach-Stangl, Irmgard; Lentner, Susanne; Mader, Rudolf (Hg.): Männer Frauen Sucht. Wien, 67-90

- Dür, Wolfgang; Griebler, Robert (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Elkeles, Thomas (2010): Armut und Gesundheit im Jugendalter. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim und München, 112-135
- Ellert, Ute; Neuhauser, Hanne; Schenk, Liane (2010): Jugend, Migration und Gesundheit. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim und München, 214-231
- Ehart, Michael; Ravens-Sieberer, Ulrike (2010): Zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit im Jugendalter. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim und München, 93-111
- Faltermaier, Toni (2001): Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck, Peter; Wiedl, Karl Heinz (Hg.): Migration und Krankheit. Osnabrück
- Fritschi, Tobias; Oesch, Tom (2008): Volkswirtschaftlicher Nutzen von frühkindlicher Bildung in Deutschland. Eine ökonomische Bewertung langfristiger Bildungseffekte bei Krippenkindern. Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, basiert auf dem Konzeptbericht des Büro BASS vom 24. Juli 2008
- Fux (2012): Anlaufschwierigkeiten bei der Tagesbetreuung. In: der Standard, 19. 6. 2012
- GÖG/ÖBIG (2009): Die präventive Rolle der offenen Jugendarbeit. Im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Häfeli, Kurt (2010): Widrige Lebensumstände bei Jugendlichen und ihre Auswirkungen im Erwachsenenalter. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim und München, 232-251
- Häußler-Sczepan, Monika (2010): Hilfebedarf und Prävention bei jugendlichen Risikogruppen am Beispiel von minderjährigen Schwangeren und Müttern. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim und München, 285-303
- Hurrelmann, Klaus; Bründel, Heidrun (1997): Drogengebrauch Drogenmissbrauch. Eine Gratwanderung zwischen Genuß und Abhängigkeit. Darmstadt
- Johns, Irene (1999): 10. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung – Aussagen und Diskussion zum Thema Kinderarmut. In: Franke, Martin; Geene, Raimund; Luber, Eva (Hg.): Armut und Gesundheit. Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 1. b_books. Berlin, 23-26
- Kähnert, Heike (1999): Wie wirken illegale psychoaktive Substanzen? In: Freitag, Marcus; Hurrelmann, Klaus (Hg.): Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter. Weinheim und München, 23-44
- Klimont, Jeannette; Ihle, Petra; Baldaszti, Erika; Kytir, Josef (2008): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07. Statistik Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien

- Kromer, Ingrid (1999): Vom Anbandeln, Schmusen und Miteinanderschlafen. Jugendsexualität in den 90er Jahren. Themenauszug des 3. Berichts zur Lage der Jugend in Österreich. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien
- Kurth, Bärbel-Maria (2006): Informationen für die Teilnehmer der KiGGS-Studie. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 49, 1225-1232
- Lampert, Thomas; Mensink, G. B. M.; Rohmann, N.; Woll, A. (2007a): Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Robert-Koch-Institut (2005): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4. Berlin, 634-642
- Lampert, Thomas; Sygusch, R.; Schlack, R. (2007b): Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Robert-Koch-Institut (2005): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4. Berlin, 643-652
- Lampert, Thomas; Thamm, M. (2007): Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Robert-Koch-Institut (2005): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4. Berlin, 600-608
- Lampert, Thomas; Richter, Matthias (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheiten. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden, 209-230
- Lebensministerium (Hg.) (2007): Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan für Österreich. Lebensministerium. Wien
- Magistrat der Stadt Wien (Hg.) (2000): Wiener Kindergesundheitsbericht 2000. Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion. Wien
- Marmot, Michael; Wilkinson, Richard (Hg.) (2006): Social Determinants of Health, 2nd Edition. Oxford
- Mueller, Carolina (2009): Kinderarmut aus internationaler wissenschaftlicher Perspektive. In: Hackl, Marion; Hannes, Caterina; Kaltseis, Regina; Kirchttag, Rafael; Klamert, Stephanie; Kovacs, Bence; Moser, Winfried; Mueller, Carolina; Toneal, Bianca. Armut aus Kinderperspektive. Eine interdisziplinäre Annäherung an das Phänomen Kinderarmut. Im Auftrag der OÖ Jugendwohlfahrt. Institut für Kinderrechte & Elternbildung. Wien
- Oertel, Lars (2010): Schulstress und Schulangst im Jugendalter. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim und München, 178-193
- Ohlbrecht, Heike (2010): Die Lebenswelten von Familie und Peers und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim und München, 136-159
- Power, Chris; Kuh, Diane (2008): Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf. In: Siegrist, Johannes; Marmot, Michael (Hg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern

- Puhm, Alexandra; Gruber, Christine; Uhl, Alfred; Grimm, Gerhard; Springer, Nadja; Springer, Alfred (2008): Kinder aus suchtbelasteten Familien – Theorie und Praxis der Prävention. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, AlkoholKoordinations- und InformationsStelle des Anton Proksch Instituts. Wien
- Richter, Matthias; Kruse, Christina; Steckling, Nadine (2010): Ungleiche Gesundheitschancen im Jugendalter: Eine internationale Perspektive. In: Hackauf, Horst; Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Weinheim und München
- Richter-Kornweitz, Antja; Wächter, Marcus (2010): Nachbarschaft und Gesundheit. In: Verband norddeutscher Wohnungsunternehmen e.V. (VNW) (Hg.): Engagement für gute Nachbarschaft. Merkmale – Anforderungen – Beispiele. Hamburg
- Robert-Koch-Institut (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin
- Robert-Koch-Institut (2005): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4. Berlin
- Robert-Koch-Institut (2007): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Bundesgesundheitsblatt 50/5-6
- Robert-Koch-Institut (2008a): Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin
- Robert-Koch-Institut (2008b): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin
- Robert-Koch-Institut (2008c): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bericht im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Berlin und Köln
- Röbl, Markus; Henze, Vicky (2009): Bewegung. In: Bitzer, Eva. M.; Walter, Ulla; Linger, Heidrun; Schwartz, Friedrich-Wilhelm (Hg.): Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Berlin, Heidelberg, 170-177
- Schemel, Hans-Joachim; Wilke, Torsten (Bearb.) (2008): Kinder und Natur in der Stadt. Spielraum Natur: Ein Handbuch für Kommunalpolitik und Planung sowie Eltern und Agenda-21-Initiativen. Bfn-Skripten 203. Bundesamt für Naturschutz. Leipzig
- Schenk, Martin (2004): Armut kann Ihre Gesundheit gefährden. Armutskonferenz. Wien
- Schwalter, Marion; Murken, Sebastian (2003): Religion und psychische Gesundheit – empirische Zusammenhänge komplexer Konstrukte. In: Henning, C.; Murken, Sebastian; Nestler, E. (Hg.): Einführung in die Religionspsychologie. Paderborn, 138-162
- Schmid, Marc (2007): Psychische Gesundheit von Heimkindern. Weinheim
- Schneider, K., et al. (2002): Berücksichtigung der Risikogruppe Kind bei der Ableitung gesundheitsbezogener Umweltstandards. Umweltforschungsplan des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit, Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit.

- Schubert, Klaus; Bandelow, Nils C. (2009): Lehrbuch der Politikfeldanalyse 2.0. München
- Seiffge-Krenke, Inge; Lohaus, Arnold (Hg.) (2007): Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen Hogrefe
- Statistik Austria (2009): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008. Wien.
- Till-Tentschert, Ursula; Vana, Irene (Hg.) (2009): In Armut aufwachsen. Empirische Befunde zu Armutslagen von Kindern und Jugendlichen in Österreich. Universität Wien – Institut für Soziologie. Wien
- Townsend, P.; Davidson, N. (1982): Inequalities in Health: The Black Report. Harmondsworth
- Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Kobrna, Ulrike; Puhm, Alexandra; Springer, Alfred; Kopf, N.; Beiglböck, Wolfgang; Eisenbach-Stangl, Irmgard; Preinsperger, Wolfgang; Musalek, Michael (2009): Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. Dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Walther, Sabine (1999): Auswirkungen der sozialen Lage auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Franke, Martin; Geene, Raimund; Luber, Eva (Hg.): Armut und Gesundheit. Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 1. Berlin, 19-22
- Wetzel, Gottfried (2000): Qualitätsmerkmale von Kindergärten und soziale Integration von Kindern mit besonderen Bedürfnissen. bidok – Volltextbibliothek: Wiederveröffentlichung im Internet, Stand: 20.12.2011
- Wilkinson, Richard; Pickett, Kate (2009): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Berlin
- Winkler, Petra; Hlava, Anton; Stoppacher, Andreas (2012): Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2012. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien (in Vorbereitung)
- WHO (2004): Food and health in Europe: a new basis for action, WHO Regional Publications European Series, No. 96, World Health Organization, Geneva
- WHO (2005): Der Europäische Gesundheitsbericht 2005: Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt. Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa. Kopenhagen

3 Kindergesundheit und Sozialpolitik: historischer Abriss und aktuelle Herausforderungen

Beitrag von Bernhard Rupp

Die Zusammenhänge zwischen Einkommen, Bildung und Lebensbedingungen und die daraus abzuleitenden Schlussfolgerungen und Handlungsbedarfe – auch für die Gesundheitspolitik – sind sozialpolitische „Dauerbrenner“.

Jüngere politische Ansätze wie „Health in All Policies“ fordern eine gesamthafte Verantwortung aller Politiksektoren für die Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus (Stahl et al. 2006) für alle Teile der Bevölkerung, auch und besonders für Kinder¹³. Dieser „Health in All Policies“-Ansatz schließt – aus österreichischer Sicht – inhaltlich nahezu nahtlos an sozialpolitische und sozialmedizinische Reformen nach 1918 und insbesondere in den 1920er und frühen 1930er Jahren im sogenannten „Roten Wien“ an.

Politiker/innen und Fachleute wie Julius Tandler, Hugo Breitner, Ilse Arlt oder Therese Schlesinger sind die bekanntesten „Motoren“ eines bis dahin unvorstellbaren umfassenden sozialen Aufbauprogramms und einer erheblichen Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Gemeinde Wien mit einem wesentlichen Schwerpunkt der Verbesserung der Lebensbedingungen und damit der Gesundheit aller Kinder der Stadt. Die Bekämpfung von materieller Armut und Not, Bildungsarmut, die Einführung präventiver Fürsorgemaßnahmen, die Schaffung von modernen Kindergärten, Schulen, Wohnhausanlagen, städtischen Grünflächen, zahlreichen Sportanlagen und Schwimmbädern standen im Zentrum dieser politischen Bestrebungen.

Neben diesen sozialpolitischen Umwälzungen in der Großstadt Wien wurden auch auf Bundesebene wichtige sozialpolitische Rahmenbedingungen geschaffen, insbesondere zum Gesundheitsschutz von Kindern.

Die Bundes-Sozialgesetzgebung nach 1918 bringt etwa das Verbot der Nachtarbeit für Frauen und Kinder, die Sonntagsruhe im Handelsgewerbe und allgemein verbindliche Ladenschlusszeiten. Insbesondere lange und belastende Arbeitszeiten waren historisch gesehen die Hauptursache für Gesundheitsgefährdungen besonders für in Industrie und Gewerbe beschäftigte Kinder (vgl. Marx 1883, 1. Band, 8. Kap.).

Die Thematik der „Kinderarbeit“, das heißt der Erwerbstätigkeit von Kindern bzw. Jugendlichen, eignet sich gut, um die Zusammenhänge zwischen Sozialpolitik und Kindergesundheit beispielhaft zu verdeutlichen, sie wird daher im Folgenden ausführlicher dargestellt.

13 Nach den Vorschriften des österreichischen Kinder- und Jugendbeschäftigungsgesetzes (KJBG) bestehen - abweichend vom Kinderbegriff der im Beitrag zitierten UN-Konvention - eigenständige Definitionen der Begriffe „Kind“ und „Jugendlicher“. Aus Gründen der Vereinfachung wird im Text unter der Bezeichnung Kinderarbeit jede zulässige Form von Beschäftigungen von Kindern und Jugendlichen nach dem KJBG und damit verbundenen nationalen Rechtsvorschriften verstanden.

3.1 Kinderarbeit und die „Entdeckung der Kindheit“ als eigene Lebensphase

Arbeitende Menschen sind eine alltägliche Erscheinung. Kinder wurden lange Zeit als eine Art „Miniaturausgabe von Erwachsenen“ (Bründel/Hurrelmann 1996, 16) gesehen und auch so behandelt. Die heute fast selbstverständliche und auch im globalen Maßstab gepflogene politische Auseinandersetzung mit der Arbeit von heranwachsenden Menschen (Kindern) und ihren (gesundheitlichen) Auswirkungen etwa in manchen Ländern in Asien und Afrika setzt voraus, dass besondere Bedürfnisse und Umstände eine derartige Auseinandersetzung auch rechtfertigen¹⁴.

Die dazu erforderliche Auseinandersetzung, literarisch (vgl. dazu etwa Jean Jacques Rousseaus Roman „Emile oder über die Erziehung“) und fachlich, mit Fragen der Kindheit als eigenständigem Lebensabschnitt mit besonderen Bedürfnissen und die Rezeption von gewonnenen Erkenntnissen und Einstellungen in politischer Gesetzgebung und Verwaltungspraxis sowie vor allem in den Lebenswelten von Familien aller sozialer Schichten findet auf europäischem Boden mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten seit etwa 250 Jahren statt (vgl. Ariès 1975). Philippe Ariès spricht von einer „Entdeckung der Kindheit“ erst ab dem 17. Jahrhundert (ebd., 46). Vorher seien in der Gesellschaft - auch wegen der sehr hohen Kindersterblichkeit - weder eine emotionale Bindung an das Kind noch die Wahrnehmung der Kindheit als eigene Lebensphase ausgeprägt gewesen. Das Kind wurde nach dem Säuglingsalter übergangslos zu den Erwachsenen gezählt, es teilte ihre Spiele und ihre Arbeit und somit auch – ohne weitere Einschränkungen und Schutzvorkehrungen – die mit der Arbeit verbundenen Belastungen.

In den letzten 200 Jahren wurden zum Schutz der Kinder in der Arbeitswelt zahlreiche kleine und größere Schritte getan. So behandelt etwa die UN-Kinderrechtskonvention aus dem Jahre 1989 den Schutz von Kindern (d. h. Personen bis zum 18. Lebensjahr) vor wirtschaftlicher Ausbeutung und befasst sich mit dem Thema der Auswirkungen und notwendigen Beschränkungen der sog. „Kinderarbeit“. Demnach darf etwa ein Kind nicht zu Arbeiten herangezogen werden, die Gefahr mit sich bringen, seine Erziehung zu behindern, oder die die Gesundheit des Kindes oder seine körperliche, geistige, seelische, sittliche oder soziale Entwicklung schädigen könnten¹⁵.

14 Vgl. http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/press-and-media-centre/news/WCMS_127015/lang--en/index.htm (17. 7. 2012).

15 UN-Kinderrechtskonvention: <http://www.kinderrechte.gv.at/home/un-konvention/content.html>; <http://www.auswaertiges-amt.de/cae/servlet/contentblob/358176/publicationFile/3609/UNKonvKinder1.pdf> (17. 7. 2012)

3.2 Kinderarbeit in der Geschichte

Kinderarbeit ist kein Phänomen der Industriegesellschaft. Seit je mussten Kinder, sobald und soweit es ihnen körperlich und intellektuell möglich war, ihren Beitrag leisten und Tätigkeiten übernehmen. In der Landwirtschaft war die Mitarbeit von Kindern üblich, die Beschäftigung im Haus und auf dem Feld oder auch im Handwerksbetrieb war selbstverständlich, sie diente als Vorbereitung für das Erwachsenenleben, diese Arbeit hatte für die Kinder eine erhebliche Sozialisationsfunktion.

Mit der Industriellen Revolution im 18. und 19. Jahrhundert und dem aufkommenden Frühkapitalismus stand aus Sicht der Unternehmer das Ziel der Gewinnmaximierung im Vordergrund. Billige, massenhaft verfügbare Kinderarbeit war ein willkommenes Mittel zur Zielerreichung. Durch neue arbeitsteilige Produktionsverfahren und den Einsatz moderner Maschinen reichten Geschicklichkeit und geringere Körperkräfte von Kindern für die Zwecke der Industrie durchaus aus, zudem konnte durch die Beschäftigung von Kindern ein nicht unerheblicher Lohndruck auf die Erwachsenen ausgeübt werden, was wiederum die Kinderarbeit – zur finanziellen Unterstützung ihrer Familien – noch unentbehrlicher machte.

3.3 Haltung der Politik zur Kinderarbeit

Die Politik hatte im 18. und 19. Jahrhundert zum Phänomen der Kinderarbeit eine aus heutiger Sicht erstaunliche Haltung. Die Förderung der „Industriosität“ (der Arbeitsamkeit) von Kindern war (insbesondere auch für Kaiserin Maria Theresia; Otruba 1960, 143-179) ein besonderes erzieherisches Anliegen. In zum Teil speziellen Schulen (den sog. Spinnschulen) wurde die „Industriosität“ von Kindesbeinen an gefördert. Diese hatte – neben der angestrebten, zumindest teilweisen – Sicherung des eigenen Unterhaltes durch die arbeitenden Kinder selbst (Sonnenfels 1770/1776, 99 f.) auch den Schutz der Sittlichkeit der Kinder, getreu dem Sprichwort: „Müßiggang ist aller Laster Anfang“ (Justi 1760, § 312), zum Ziele.

Die Einführung der allgemeinen Schulpflicht für Kinder eines gewissen Alters (in Österreich seit dem Jahre 1774¹⁶) bewirkte Interessenkonflikte zwischen ihren politischen Absichten einerseits und den Interessen der Familien sowie der Industrie andererseits, die Arbeitskraft der Kinder möglichst uneingeschränkt nutzen zu können.

Von diesem Spannungsfeld abgesehen, bildete das Zusammenwirken der politisch geförderten „Industriosität“ von Kindern mit der politischen Gepflogenheit der Nichteinmischung des Staates in die Arbeitsverhältnisse bei Manufakturbesitzern und Fabrikanten die Grundlage für das andauernde Bestehen schlechter und gesundheitsschädlicher Arbeitsbedingungen, insbesondere in Industrie und Gewerbe.

16 http://www.bmukk.gv.at/schulen/bw/ueberblick/sw_oest.xml (17. 7. 2012)

Kaiser Joseph II. waren die gesundheitlichen Auswirkungen von Kinderarbeit und insbesondere von schlechten Arbeitsbedingungen bekannt. Als der Begründer des Wiener Allgemeinen Krankenhauses (1784 eröffnet, vorher Großarmenhaus) eine Seidenfabrik im niederösterreichischen Traiskirchen besichtigte, nahm er Anstoß am Gesundheitszustand der Kinder, den sanitären Verhältnissen und an den Missständen bei der Behandlung und Unterbringung der Kinder (vgl. Mayer-Maly 1991, 87). Am 20. 11. 1786 erging deshalb an den niederösterreichischen Regierungspräsidenten Graf Perggen folgendes Handbillet (Mises 1905, zitiert nach Fux 2008, 46):

„Lieber Graf Perggen!

Da ich im vorigen Jahre in der sogenannten Grünmühle zu Traiskirchen und die dortigen Fabriken in Augenschein genommen habe, so entdeckte ich daselbst unendliche Gebrechen in der Reinlichkeit der Kinder, welche voll Krätze waren, und welche auch auf ihren Gesundheitszustand die nachteiligsten Folgen nach sich gezogen hat, dergestalt, dass ein epidemisches Faulfieber eingerissen hat, und mehrerer Menschen Tod erfolgt ist.

Sie werden daher, um diesem mehrfältigem Übel für die Zukunft vorzubeugen, sogleich durch das Kreisamt zu Traiskirchen nachstehende Veranstaltungen treffen lassen:

1. Müssen Mädchen und Knaben in den Schlafzimmern gänzlich abgesondert werden.
2. Muss in einem Bett niemals mehr als ein Kind liegen, und nicht wie bisher auch geschehen ist, 4 auch 5 zusammengelegt werden.
3. Sind die Kinder alle Wochen wenigstens einmal durch Waschen und Kämmen am Leib zu reinigen und zu säubern.
4. Müssen den Kindern alle 8 Tage neu gewaschene Wäsche, Hemden etc. gegeben werden.
5. Allmonatlich müssen die Bettstätten gereinigt und die Bettwäsche mit neu gewaschener gewechselt werden.
6. Zweimal des Jahres jedoch im Frühjahr und Herbst hat der Kreisphysikus diese Kinder zu visitieren und das nöthige zu verordnen.
7. Haben über alle obenstehenden Punkte die Ortsobrigkeiten und die betreffenden Seelsorger die Aufsicht und Obacht zu tragen, und darüber vierteljährig unter eigener Dafürhaltung den Bericht zu erstatten.

In dieser Gemäßheit hat die Regierung alsobald die Anwendung sowohl in Ansehung der Grünmühle als auch überhaupt darin zu treffen, dass auf die nämliche Art in allen anderen Fabriken, wo Kinder sind, über die Reinlichkeit derselben und den daraus folgenden Gesundheitszustand fleißig nachgesehen und sorgfältig darauf gehalten werde.

Worüber daher die Regierung zur Befolgung dieser meiner Anordnung die Oberaufsicht mit dem gehörigen Eifer und Nachdruck zu tragen hat.“

Dieses Handbillet wird in der Literatur als „Beginn der Sozialgesetzgebung“ in Österreich und „erste Arbeiterschutzbestimmung in Österreich überhaupt“ bezeichnet (vgl. Mayer-Maly 1991, 80). Kaiser Joseph II. hatte offensichtlich erkannt, dass Fabrikarbeit für Kinder erhebliche Beschwerden bedeutete und dass nur staatliches Eingreifen und staatliche Kontrolle die Zustände in den Fabriken verbessern konnte.

Wie viele andere Neuerungen Kaiser Josephs II. wurde auch diese Initiative bald nach seinem Tod außer Kraft gesetzt. Erst sechzehn Jahre nach dem österreichischen Handbillet konnte in England der „moral and health act“ politisch gegen die Interessen der Unternehmer durchgesetzt werden; international ist das der erste bekannte Versuch einer Eingrenzung der Ausbeutung von Kindern und Jugendlichen (ebd., 87 f.).

Veranlasst nicht zuletzt durch die steigende Zahl der kranken und dadurch wehruntauglichen jungen Männer¹⁷, wurden auch in Österreich erst im Jahre 1842 erste Schritte in Richtung eines modernen Arbeitsschutzes für Kinder und Jugendliche gesetzt. Diese Entwicklung von Schutznormen wurde mit der 1859 erlassenen Gewerbeordnung (RGBl. 227/1859) fortgesetzt. Mit der 2. Gewerbeordnungsnovelle (RGBl. 22/1885) wurde Kinderarbeit in Fabriken generell verboten und bestimmte Tätigkeitsbeschränkungen für Jugendliche unter 16 Jahren normiert (vgl. Dirschmid/Nöstlinger 2002).

Nach dem Ersten Weltkrieg wurde im Zuge des Ausbaues der allgemeinen Sozialgesetzgebung auch der Arbeitsschutz für Kinder und Jugendliche auf ein modernes Niveau angehoben (vgl. Gesetz über die Kinderarbeit, StGBI. 1918/141; Achtstundentagsgesetz, StGBI. 1919/581; Gesetz über das Verbot der Nacharbeit für Frauen und Jugendliche, StGBI. 1919/281 u. v. m.). Ein sozialpolitischer Rückschlag war mit der Machtübernahme durch das NS-Regime zu verzeichnen. Im Jänner 1939 wurde das Gesetz über die Kinderarbeit und die Arbeitszeit der Jugendlichen (DRGBI I, S. 437) in Kraft gesetzt. Verlängerungen der Arbeitszeit auf 48 bis 54 Stunden pro Woche und Verkürzungen des Urlaubsanspruches für Jugendliche (15 Werktage für Jugendliche bis 16 Jahre, 12 Werktage für Jugendliche über 16 Jahren mit dem Ziel, die Jugendlichen in dieser Zeit einer vormilitärischen Erziehung zuzuführen) waren die bemerkenswertesten Inhalte dieser Rechtsnorm (vgl. Dirschmid/Nöstlinger 2002).

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde erneut ein nationales Bundesgesetz über die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen in Kraft gesetzt (BGBl. 146/1948), das im Wesentlichen an der bis Ende 1938 in Geltung gestandenen österreichischen Rechtslage anknüpfte.

Im Verlauf der nächsten Jahre wurde eine Fülle von Ergänzungen und Verbesserungen in arbeitsrechtlichen Schutznormen verankert. Zur Bereinigung der durch die Fülle der sozialpolitischen Verbesserungen der Nachkriegszeit wachsenden Unübersichtlichkeit der mehr als 20 anzuwendenden verschiedenen Rechtsvorschriften und zur Modernisierung der Rechtssprache wurde im Jahr 1987 das Kinder- und Jugendbeschäftigungsgesetz wiederverlautbart (BGBl. 599/1987). (Vgl. Dirschmid/Nöstlinger 2002, 70 ff.)

17 „Regulativ über die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter in Fabriken“, 9. 3. 1839, Faksimile und Übertragung: <https://www.in-die-zukunft-gedacht.de/de/page/84/thema/128/dokument/340/themen.html> (17. 7. 2012)

Die nationalen Schutznormen zur Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen bewegen sich seit Jahrzehnten im Rahmen der internationalen Sozialpolitik. Neben verschiedenen Übereinkommen der Internationalen Arbeitsorganisation (International Labour Organisation = ILO; vgl. Nr. 5 über das Mindestalter von Kindern zu gewerblicher Arbeit, Nr. 6 betreffend die gewerbliche Nachtarbeit der Jugendlichen, Nr. 10 über das Mindestalter für die Zulassung der Kinder zur Arbeit in der Land- und Forstwirtschaft, Nr. 33 über das Alter für die Zulassung zu nichtgewerblichen Arbeiten, Nr. 138 über das Mindestalter für die Zulassung zur Beschäftigung und ILO-Empfehlungen ist besonders auf die Europäische Sozialcharta (BGBl. 460/1969) hinzuweisen, die in Teil I Ziff. 7 Folgendes statuiert: „Kinder und Jugendliche haben das Recht auf besonderen Schutz gegen körperliche und sittliche Gefahren, denen sie ausgesetzt sind.“ Als bedeutsam ist im Zusammenhang der aktuellen Schutzvorschriften auch die EU-Richtlinie 94/33/EG des Rates vom 22. Juni 1994 über den Jugendarbeitsschutz¹⁸ zu nennen, die mit der KJBG-Novelle des Jahres 1997 in nationales Recht eingearbeitet wurde (vgl. Dirschmid/Nöstlinger 2002, 76).

3.4 Aktuelle Herausforderungen des Arbeitsschutzes für Kinder bzw. Jugendliche

Physische und psychische Belastungen

Der Schutz für arbeitende Kinder bzw. Jugendliche insbesondere vor unangemessenen Belastungen und überlangen Arbeitszeiten ist nunmehr in Österreich umfassend gesetzlich geregelt, jedoch werden nach den Tätigkeitsberichten der Arbeitsinspektion kontinuierlich (mit in den letzten Jahren leicht steigender Tendenz) Übertretungen des Verwendungsschutzes von Jugendlichen festgestellt (vgl. Tätigkeitsbericht der Arbeitsinspektion für das Jahr 2010, 33)¹⁹.

Die physischen Belastungen sind im Regelfall gut beschreibbar (dies zeigt die Lektüre des Kinder- und Jugendlichen-Beschäftigungsgesetzes / KJBG), erkennbar und überprüfbar (siehe dazu: Tätigkeitsberichte der Arbeitsinspektion). Arbeitsbedingte psychische Belastungen jugendlicher Arbeitnehmer/innen sind in den Bestimmungen des KJBG nur punktuell beschrieben bzw. ableitbar. Nach einer Erhebung zu den Kosten von Stress in der Schweiz (Ramaciotti/Perriard 2003) haben aber insbesondere Kinder (Jugendliche) Schwierigkeiten bei der Stressbewältigung.

Für Österreich sind zurzeit hinsichtlich psychischer Belastungen und allfälliger gesundheitlicher Gefährdungen (abgesehen von den Auswertungen aus der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria aus der Gesundheitsbefragung 2006/2007) keine altersgruppenspezifischen nationalen Erhebungen und Daten verfügbar.

18 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/consleg/1994/L/01994L0033-20070628-de.pdf> (20.7.2012)

19 <http://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/38E76790-445D-4CD9-A678-3C58CA5E220C/0/DieT%C3%A4tigkeitderArbeitsinspektionimJahr2010.pdf> (17. 7. 2012)

Prekäre Arbeitsverhältnisse²⁰

Neben den genannten individuellen Belastungen jugendlicher Arbeitnehmer/innen (inkl. Lehrlinge) auf Ebene der Arbeitsstätten und Betriebe entwickelt sich in den letzten beiden Jahrzehnten in Österreich zunehmend eine neue Ebene potenziell psychisch belastender Rahmenbedingungen, und zwar außerhalb der durch das „klassische Arbeitsrecht“ (gekennzeichnet durch Arbeitsverträge nach ABGB, GewO oder Angestelltengesetz, ArbeitnehmerInnenschutz- und Sozialversicherungsvorschriften für Arbeiter bzw. Angestellte oder Lehrlinge) regulierten traditionellen Arbeits- bzw. Lehrausbildungsverträge.

Unter die prekären neuen Vertragsformen (mit erhöhter Übernahme wirtschaftlicher Risiken) durch die Betroffenen, die anstelle von unbefristeten (Vollzeit-)Arbeitsverträgen angeboten werden, fallen z. B. neue Selbstständige, freie Dienstverträge, geringfügige Dienstverhältnisse, gewerbetreibende Ein-Personen-Unternehmer/innen, Leiharbeitsverhältnisse, Praktikumsverhältnisse.

Diese prekären Arbeitsverhältnisse sind gekennzeichnet durch

- starke Flexibilisierung der Arbeitseinsätze auf Kosten planbarer Freizeit,
- niedrige und nicht kontinuierliche Einkommensströme,
- unkalkulierbare und oft kurzfristige Dauer des Vertragsverhältnisses,
- ungenügenden sozialen Schutz,
- mangelnde Einbindung in Betriebsstrukturen und
- fehlende betriebliche Mitgestaltungs- und Mitbestimmungsformen.

Derartige prekäre Beschäftigungsformen können erhebliche Belastungen für die Gesundheit der Betroffenen nach sich ziehen. Die Beschaffenheit der Arbeitsbedingungen sowie die Möglichkeit und Kompetenz zur Veränderung belastender Arbeitsbedingungen steht der Literatur zufolge in einem direkten Zusammenhang mit der individuellen (psychischen) Gesundheit (Karasek/Theorell 1990, 70 f.; Siegrist/Theorell 2008, 102).

Für Österreich stellen sich die Probleme rund um prekäre Beschäftigungsformen - im europäischen Vergleich – zurzeit nur in kleinem Maßstab. Die Anzahl der von prekären Arbeitsverhältnissen betroffenen Jugendlichen scheint in Österreich nach den verfügbaren nationalen Daten – mit Ausnahme der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse – derzeit lediglich von untergeordneter sozialpolitischer Relevanz zu sein (vgl. Eichmann et al. 2010, 21 ff.). Mittlerweile stehen die neuen prekären Vertragsformen und deren gesundheitsbezogene und soziale Konsequenzen zunehmend im Mittelpunkt von Studien und Aktivitäten von Interessenvertretungen der Arbeitnehmer/innen, Gesundheits- und Sozialwissenschaftler/innen und Betroffeneninitiativen²¹ (vgl. z. B. AK Wien 2012).

20 Der Begriff leitet sich vom lateinischen „precarius“ (gnadenhalber, durch Bitten gewährt; auf Widerruf gewährt) bzw. vom französischen „précaire“ (widerruflich, unsicher) ab. Im Englischen bezeichnet „precarious“ einen Zustand der Abhängigkeit von jemand anderem, der Unsicherheit und des Risikos. Im Duden wird „prekär“ mit misslich, schwierig und bedenklich übersetzt (nach Greussig & Häferle 2008).

21 http://www.ak-vorarlberg.at/bilder/d69/prekaritaet_endbericht.pdf
http://www.dioezese-linz.at/redsyst/index.php?action_new=read&Article_ID=43398&page_new=1400
http://www.proge.at/servlet/ContentServer?pagename=P01/Page/Index&n=P01_5.b.a&cid=1257346771588
<http://oe1.orf.at/programm/297689>
<http://www.amidellesva.com/>

Gesundheitliche und soziale Belastungen durch prekäre Arbeitsverhältnisse – „Scarring effects“

Die Kombination der vorgenannten typischen Elemente prekärer Vertragsverhältnisse kann sich für die Betroffenen zu ungünstigen Lebens- und Arbeitsbedingungen insbesondere ohne ausreichende ökonomische und sozialrechtliche Absicherung (Kranken- und Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung etc.) zuspitzen.

Prekäre und instabile Beschäftigungsformen bei Jugendlichen (insbesondere bei jenen mit geringer beruflicher Qualifikation) ohne Aussicht auf stabile und besser bezahlte Arbeitsstellen können zu lange andauernden nachteiligen Folgen (mit ökonomischer und psychischer Narbenbildung – engl. „scarring“) hinsichtlich künftiger Risiken auf Arbeitslosigkeit, zu nachhaltigen Einkommensverlusten, unterdurchschnittlicher Lebenszufriedenheit und dadurch zu Risiken für die Gesundheit für die Betroffenen führen (vgl. AK Wien 2012; Bell/Blanchflower 2009). Es ist zu erwarten, dass die kumulierten Langzeiteffekte durch die erheblich geringeren Lebensverdienstsummen und dadurch niedrigere Alterspensionen weit über den in der Literatur einstweilen beschriebenen Folgen liegen werden (AK Wien 2012).

Bibliographie

- Arbeiterkammer Wien (Hg.) (2012): Verteilungsgerechtigkeit. Band 2. Wien
- Ariès, Ph. (1975): Geschichte der Kindheit. München, Wien
- Arlt, I. (1921): Grundlagen der Fürsorge. Wien
- Bell, D.; Blanchflower, D. (2009): What should be done about rising unemployment in the UK? <http://www.dartmouth.edu/~blnchflr/papers/speech379paper.pdf> (19. 6. 2012)
- Bründel, H.; Hurrelmann, K. (1996): Einführung in die Kindheitsforschung. 1. Kindheit als Lebensabschnitt. Weinheim
- Dirschmid, K.; Nöstlinger, W. (2002): Kinder- und Jugendlichenbeschäftigungsgesetz (4. Auflage). Wien
- Eichmann, H.; Flecker, J.; Bauernfeind, A.; Saupe, B.; Vogt, M. (2010): Überblick über Arbeitsbedingungen in Österreich. BMASK (Hg.), Sozialpolitische Studienreihe 4
- Feldbauer, P. (1980): Kinderelend in Wien. Wien
- Fux, E. (2008): Kinderarbeit und Schulbesuch. Eine Positions- und Argumentationsanalyse der Protokolle der Abteilung „Kinderarbeit“ des Zweiten Österreichischen Kinderschutzkongress [sic] 1913. Diplomarbeit. Universität Wien
- Greussing, K.; Häfele, E. (2008): Schicksal Prekarität? Hg. von der AK Vorarlberg. Bregenz

- Justi, J.H.G. (1760): Grundfeste der Macht und der Glückseligkeit der Staaten; <http://books.google.at/books?id=I65bAAAAQAAJ&printsec=frontcover&hl=de#v=twopage&q=m%C3%BC%C3%9Figgang&f=true> (20. 7. 2012)
- Kaba, A. (2007): Psychische Belastungen am Arbeitsplatz und ihre Folgen. In: WISO Wirtschafts- und Sozialpolitische Zeitschrift, Heft 3, 209-228
- Karasek, R.; Theorell, T. (1990): Healthy Work – Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. New York
- Marx, Karl (1883): Das Kapital. 3. Auflage, Hamburg
- Mayer-Maly, T. (1991): Ausgewählte Schriften zum Arbeitsrecht Böhlau. Wien, Köln, Weimar
- Otruba, G. (1960): Zur Geschichte der Frauen- und Kinderarbeit im Gewerbe und in den Manufakturen Niederösterreichs (1960): In: Jahrbuch für Landeskunde von Niederösterreich, Neue Folge XXXIV/1958-1960 (Festschrift zum 60. Geburtstag von Adalbert Klaar. Wien: Selbstverlag des Vereines für Landeskunde in Niederösterreich und Wien, 143-179
- Otruba, G. (1963): Die Wirtschaftspolitik Maria Theresias Österreich-Reihe, Bd.192-194. Wien
- Ramaciotti, D.; Perriard, J. (2003): Die Kosten des Stresses in der Schweiz. SECO, Genf
- Sablik, K.: (1983): Julius Tandler, Mediziner und Sozialreformer. Wien
- Schlesinger, T. (1921): Wie will und soll das Proletariat seine Kinder erziehen. Wien
- Siegrist, J.; Theorell, T. (2008): Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung. In: Siegrist, J; Marmot, M (Hg): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern, 99-130
- Sonnenfels, J. von (1770/1776): Grundsätze der Polizey, Handlung und Finanzwissenschaft. Bd. 1; <http://archive.org/stream/grundstzederpo01sonnuoft#page/98/mode/2up> (20. 7. 2012)
- Stahl, T.; Wismar, M.; Ollila, E.; Lahtinen, E.; Leppo, K. (Hg.) (2006): Health in All Policies. Prospects and Potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Health Department, Finland
- Tandler, J. (1925): Wohltätigkeit oder Fürsorge? Wien
- Weidenholzer, J. (1985): Der sorgende Staat. Zur Entwicklung der Sozialpolitik von Joseph II. bis Ferdinand Hanusch. Wien

4 Aktuelle Policies in den Bereichen Bildung, Arbeit und Soziales

Wie in der Einleitung (vgl. Kap. 1) bereits ausgeführt, wurden auf Basis der Zusammenschau zu den Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit (vgl. Kap. 2) relevante Policies zu Bildung am Beispiel des Unterrichtsressorts (BMUKK; vgl. Kap. 4.1) und zu Sozialem am Beispiel des Arbeits- und Sozialressorts (BMASK; vgl. Kap. 4.2) identifiziert und aufbereitet.

Es wurde dazu eine – internetgestützte und um Konsultation von einigen Stakeholdern²² (vgl. auch Kap. 1) ergänzte – Suche nach rechtlichen Vorgaben (Gesetze, Verordnungen, Erlässe) und Grundsatzpapieren (Strategien, Programme, Aktionspläne, Empfehlungen), die verpflichtend oder anleitend die Gestaltung des Wirkungsbereichs betreffen, durchgeführt. Diese Recherche wurde im Zeitraum Sommer/Herbst 2010 durchgeführt, im Jahr 2011 wurden punktuelle Aktualisierungen vorgenommen. Ausgangspunkt für die Aufbereitung waren die Determinanten der Kindergesundheit (vgl. Kap. 2), an deren Grobgliederung sich auch die nachfolgende Darstellung der Policies orientiert. Konkret wurden die Policies der ausgewählten Ressorts dahingehend analysiert, ob sie einen Bezug zu einer der identifizierten Gesundheitsdeterminanten haben. Jene, bei denen dies der Fall war, werden im Folgenden präsentiert.

Es soll nochmals (siehe auch Kap. 1 und Abschnitt 2.4) betont werden, dass es dabei ausschließlich darum geht, das Spektrum der potentielle Einflüsse und Zusammenhänge aufzuzeigen und nicht eine Bewertung hinsichtlich der praktischen Umsetzung der Policies (Umfang, Qualität etc.) bzw. eine Beurteilung oder Einschätzung hinsichtlich der tatsächlichen Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vorzunehmen.

4.1 Bildung

Bildung stellt eine wesentliche Voraussetzung für die (Erhaltung von) Gesundheit dar und wird daher auch als Gesundheitsdeterminante definiert (vgl. Kap. 2). Bildung beeinflusst einerseits den sozioökonomischen Status und damit gesundheitsförderliche oder -schädigende Lebensverhältnisse, andererseits sind Bildungseinrichtungen wie Kindergarten und Schule neben der Familie die zentralen Settings in Kindheit und Jugend, in denen Einfluss auf das Wohlbefinden sowie die **individuelle Lebensweise** der Kinder und Jugendlichen genommen wird. Aber auch das **sozioökonomische, soziale und kommunale Umfeld** wird durch Bildung bzw. Bildungseinrichtungen geprägt. Von geringerer Bedeutung sind die Einflüsse im Bereich der **Gesundheitsdienstleistungen** sowie hinsichtlich der **ökologischen Umwelt**.

²² Konsultiert wurden Dr. Christina Wehringer vom BMASK sowie Dr. Rainer Fankhauser und Dr. Elisabeth Wilkens vom BMUKK, denen wir für ihre Unterstützung danken.

Es gibt damit zahlreiche **gesundheitsrelevante Policies** in diesem Bereich. In historischer Perspektive ist zum Beispiel die Einführung der heute selbstverständlich erscheinende Unterrichtspflicht (im Jahr 1774; vgl. auch Abschnitt 3.3) eine zentrale politische Maßnahme mit maßgeblichen Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder, die insbesondere auch großen Stellenwert in Hinblick auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit hat. Ein aktuelles Beispiel ist die seit 1. September 2009 gültige Einführung des „verpflichtenden Kindergartenjahrs“ (zumindest halbtägiger Besuch einer institutionellen Kinderbetreuungseinrichtung). Eine kürzlich durchgeführte Gesundheitsfolgenabschätzung (vgl. Haas et al. 2012) kommt zum Schluss, dass mit dem verpflichtenden Kindergartenjahr potenziell eine Reihe von meist langfristig wirksamen positiven Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder verbunden sind.

Dies sind aber nur die augenfälligsten Policies in diesem Bereich, in der Folge wird eine systematische Bestandsaufnahme am Beispiel des Unterrichtsressorts präsentiert.

Auf Bundesebene fällt die Zuständigkeit für Bildung schwerpunktmäßig in den Verantwortungsbereich des **Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur** (BMUKK). Dieses ist gemäß Bundesministeriengesetz (BMG; BGBl 1986/76 i. d. Fassung vom 26. 11. 2010) für folgende Angelegenheiten zuständig:

- Schulwesen einschließlich Schulerhaltung, Schullerichtung und Schulauflassung (Ausnahme land- und forstwirtschaftliche Bundesschulen), Erziehungswesen in den Angelegenheiten der Schülerheime,
- Aus- und Weiterbildung sowie Dienstprüfung der Lehrer/innen,
- Mitwirkung des Bundes in Angelegenheiten des Dienstrechts und der Erstellung der Stellenpläne für Landeslehrer/innen, soweit nicht im Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft,
- Kindergarten- und Hortwesen,
- Angelegenheiten der Pädagogischen Hochschulen,
- Angelegenheiten der Kunst; Bundestheater,
- Angelegenheiten der Filmförderung,
- Angelegenheiten der Museen,
- Angelegenheiten des Kultus,
- Angelegenheiten der Volksbildung,
- Angelegenheiten der schulischen, kulturellen und kirchlichen Stiftungen und Fonds.

Das BMUKK deckt demnach schwerpunktmäßig Aufgaben im Zusammenhang mit Bildung ab, hat aber auch darüber hinaus gehende Zuständigkeiten. Im Folgenden werden nur die Bereiche behandelt, die dem Unterrichtsressort zugeordnet sind und damit für Bildung relevant sind.

Etliche der im BMUKK angesiedelten Zuständigkeiten - wie die grundsätzliche Gestaltung des Schulwesens - wirken direkt auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, andere wiederum indirekt über Lehrkräfte und Erzieher/innen. So betreffen beispielsweise Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung oder zum Dienstrecht von Lehrkräften in erster Linie Erwachsene, wirken aber indirekt über deren Wohlbefinden auch auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (BMG 2010a, BMG 2010b).

4.1.1 Verhältnisbezogene Einflussfaktoren

4.1.1.1 Soziales und kommunales Umfeld

Das unmittelbare Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen (Familie, Freundeskreis/Peers, Kindergarten/Schule und Kinderbetreuungseinrichtungen bzw. Ausbildungsstätte/Arbeitsplatz, Gemeinde/Wohnviertel) ist zentral für das Wohlbefinden und die Entwicklungs- wie Entfaltungsmöglichkeiten der Kinder und Jugendlichen und damit (in der Folge) für deren psychische wie körperliche Gesundheit.

Die **familiären Verhältnisse**, der Umgang innerhalb der Familie und die Unterstützung, die Kinder von zu Hause bekommen, wirken sich auf ihr Wohlbefinden aus. Das BMUKK empfiehlt, unabhängig von der gesetzlichen Vorgabe im Schulunterrichtsgesetz (SchUG; BGBl 1986/472, zuletzt geändert durch BGBl I 2009/112) zur Einrichtung von Klassen- und Schulforum bzw. Schulgemeinschaftsausschuss (SGA), die Eltern über Aktivitäten in Kindergarten und Schule im Rahmen von Elternabenden und die Elternvereine zu informieren und einzubinden. Dadurch soll nicht nur deren Unterstützung gewonnen, sondern auch das Verhalten der Eltern beeinflusst werden.

Kindergarten und Schule sind für Kinder und Jugendliche das wichtigste **institutionalisierte Setting**, in dem sie viel Zeit verbringen und den Einflüssen erwachsener Bezugspersonen sowie ihrer Peergroup ausgesetzt sind. Dieses Umfeld beeinflusst wesentlich das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen. Diesem Umstand wird im Grundsatzterlass Gesundheitserziehung (BMUKK 1997a, vgl. auch Kap. 3.1.2) Rechnung getragen, in dem die Schaffung eines gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernumfelds als Bestandteil von schulischer Gesundheitsförderung definiert wird. In § 2 des Schulorganisationsgesetzes (SchOrgG; BGBl 1962/242, zuletzt geändert durch BGBl I 2009/44) wird als Aufgabe der Schule u. a. definiert, dass die jungen Menschen zu „gesunden, arbeitstüchtigen, pflichttreuen und verantwortungsbewussten Gliedern der Gesellschaft“ herangebildet werden sollen, die „zu selbstständigem Urteil und sozialem Verständnis geführt werden“. Dies gilt auch für Schülerheime und den Betreuungsteil ganztägiger Schulformen. Besonders hervorgehoben wird dieser Aspekt in der Beschreibung der Aufgaben der Volksschulen²³, wonach den „Schülern eine grundlegende und ausgewogene Bildung im sozialen, emotionellen, intellektuellen und körperlichen Persönlichkeitsbereich ermöglicht werden“ soll.

23 <http://www.bmukk.gv.at/schulen/bw/abs/abs/vs.xml>

Eine gesundheitsfördernde Schule ist durch folgende Elemente gekennzeichnet (Dietscher 2001, S. 11):

- Schüler/innen werden in ihrer ganzheitlichen Entwicklung unterstützt.
- Schüler/innen erlernen Wissen und Fähigkeiten zum Umgang mit ihrer Gesundheit.
- Schüler/innen erlernen psychosoziale Kompetenzen.
- Lehrer/innen verstehen sich als Vermittler und Prozessbegleiter. Nach Möglichkeit wird fächerübergreifend und mit interaktiven Unterrichtsmethoden gearbeitet.
- Das Arbeitsklima ist angenehm und unterstützend.
- Lehrer/innen erweitern ihre pädagogischen und psychosozialen Kompetenzen.
- Lehrer/innen engagieren sich in der Schulentwicklung.
- Die räumliche Gestaltung der Schule trägt zum Wohlbefinden von Schüler/innen und Lehrer/innen bei.
- Die Schulpartnerschaft spielt eine wichtige Rolle – Lehrer/innen, Schüler/innen und Eltern werden in die Schulentwicklung einbezogen.
- Gesundheitsförderung ist integrativer Bestandteil des Schulprofils.

Die individuelle Förderung der Schüler/innen unter Berücksichtigung ihrer Leistungsfähigkeiten und ihrer Lern- und Entwicklungsbedürfnisse (vgl. auch Kap. 3.1.2) ist in den Lehrplänen verankert und wird durch verschiedene ergänzende Rundschreiben näher definiert. Dazu gehört auch die Begabtenförderung, deren Basis sich im SchOrgG findet. Einzelne Details werden auch im SchUG geregelt, eine wesentliche Grundlage ist jedoch der Grundsatzterlass zur Begabtenförderung des BMUKK (2009b). Unterstützung findet sich aber auch in anderen Dokumenten des BMUKK, z. B. im Grundsatzterlass zum Projektunterricht (BMUKK 2001), in den Erlässen „Besser Fördern“ (BMUKK 2005) und „Initiative ‚25+‘: Individualisierung des Unterrichts“ (BMUKK 2007a). Letztere soll neben einer Senkung der Klassenschülerhöchstzahl einen Impuls zur Weiterentwicklung von Lern- und Lehrformen sowie der Leistungsbeurteilung geben. Durch kleinere Klassen und den Einsatz von geeigneten Unterrichtsmethoden bzw. organisatorischen Maßnahmen sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, mit der Vielfalt an Persönlichkeiten, Lernvoraussetzungen und Potenzialen unter den Schülerinnen und Schülern bestmöglich umzugehen und diese individuell zu fördern.

Ein Kernelement der neuen modularen Oberstufe, ist ebenfalls die individuelle Förderung der Schüler/innen²⁴. Die verschiedenen damit verbundenen Regelungen wirken sich jedoch auch insofern auf das Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern aus, indem negative Leistungen weniger dramatische Konsequenzen als bisher haben und das Verbleiben im Klassenverband gefördert wird. Eine Maßnahme, die auf eine Beeinflussung des Schulklimas abzielt, ist das Erlassen von Verhaltensvereinbarungen in Form einer Hausordnung entsprechend § 44 SchUG und aufbauend auf der Schulordnung (BGBl 1974/373, zuletzt geändert durch BGBl II 2005/181). Ein Leitfaden des BMUKK soll diese Vorgangsweise im Sinne der Qualitätsentwicklung unterstützen (BMUKK 2008). Aber auch die geplante bzw. als Pilotprojekt bereits laufende Schulsozialarbeit kann hier einen wesentlichen Beitrag leisten. Davon abgesehen, wirken sich selbstverständlich auch alle anderen in dieser Analyse angeführten Maßnahmen auf das Verhalten von Schülerinnen/Schülern und Lehrkräften und somit auch auf das gesamte Schulklima aus.

24

Siehe <http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/ba/oberstufeneu.xml>

Soziales Lernen ist in den Lehrplänen der allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen verankert, ist aber auch Bestandteil von Peer-Mediation (vgl. BMBWK/BMSG 2006) und „Interkulturellem Lernen“ und wird durch Projektunterricht und Begabtenförderung unterstützt. Das in den Lehrplänen für Hauptschulen und AHS verankerte Unterrichtsprinzip „Interkulturelles Lernen“ bezieht sich speziell auf den Umgang mit Personen mit Migrationshintergrund bzw. aus unterschiedlichen ethnischen Gruppen und soll das gegenseitige Verständnis, das Erkennen von Unterschieden und Gemeinsamkeiten und den Abbau von Vorurteilen fördern.

Maßnahmen zu sozialem Lernen bzw. zur Beeinflussung des Schulklimas stehen auch im Zentrum der Initiative „Weiße Feder“, die ihren Fokus auf Gewaltprävention legt. Auf der dazugehörigen Homepage²⁵ werden Informationen und Materialien sowie konkrete Tipps für die verschiedenen Zielgruppen (Lehrkräfte, Eltern, Schüler/innen) zur Verfügung gestellt. Mit Hilfe eines Fünf-Punkte-Programms soll die Umsetzung gefördert werden.

Grundsätzlich bleibt im Rahmen der Schulautonomie die Auswahl der eingesetzten Lehrmethoden den Lehrenden überlassen. Das BMUKK kann hier vor allem durch die Aus- und Fortbildung von Lehrkräften sowie die Vorgabe von geeigneten Lehrplänen Einfluss nehmen. Eine wichtige Rolle spielen auch die Leistungsbeurteilungsverordnung (BGBl 1974/371, zuletzt geändert durch BGBl II 1997/35) und die Bildungsstandards (BGBl II 2009/1), die im SchUG verankert wurden und die zu vermittelnden Grundkompetenzen (Lernergebnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten) definieren.

Zusätzlich wird z. B. durch den Grundsatzterlass „Ganzheitlich-kreative Lernkultur in den Schulen“ (BMUKK 2009a) versucht, ein selbsttätiges, ganzheitliches, kompetenz- und projektorientiertes sowie interdisziplinäres Lernen umzusetzen und Kreativität als fächerübergreifendes Bildungsprinzip zu fördern.

Zu den strukturellen Maßnahmen, die vom BMUKK unterstützt werden, gehören u. a. ganztägige Betreuungsformen (die sowohl Lern- als auch Freizeit beinhalten), die bis zum Ende des Schuljahres 2014/2015 ausgebaut werden sollen (115. Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG vom 12. Dezember 2011). Welche Art der ganztägigen Betreuung von welcher Schule angeboten wird, liegt im Ermessen des Landes- bzw. Stadtschulrats. Das BMUKK fördert diese Angebote und ihre Qualität u. a. durch die Mittagsbetreuung an der AHS-Unterstufe und den Leitfaden „Empfehlungen für gelungene schulische Tagesbetreuung“ (BMUKK 2009c).

Die Gestaltung der Unterrichtszeiten ist grundsätzlich im Schulzeitgesetz geregelt (BGBl 1985/77, zuletzt geändert durch BGBl I 2008/29), es sind jedoch schulautonome Gestaltungsmöglichkeiten vorgesehen, die unter Berücksichtigung von ausreichenden Ruhepausen zur Vermeidung einer Überanstrengung sowie von Pausen zur Einnahme des Mittagessens anzuwenden sind. Weitere Maßnahmen beziehen sich auf die Ausstattung der Schulen mit geeigneten Räumlichkeiten und Freiflächen (Schulhöfe, Sport- und Spielplätze) sowie auf ein vielfältiges Freizeitangebot (als unverbindliche Übungen, aber auch zusätzliche Angebote von externen Veranstaltern an der Schule). Gleichzeitig sind kulturelle Zusatzangebote wie Theater-, Kino-, Museums- oder Konzertbesuche in Schul- und Freizeit wichtige Maßnahmen.

25 Siehe unter www.weissefeder.at

Potentiell gesundheitsrelevant ist auch das Angebot von geeigneten Strukturen für Kinder und Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf. Dieses umfasst Integrationsklassen in Volksschulen, Hauptschulen und in der Unterstufe allgemeinbildender höherer Schulen, aber auch die Organisationsstruktur der Sonderschule sowie die dazugehörigen Sonderschullehrpläne²⁶. Das Ziel dieser Maßnahmen ist ein adäquates Spektrum an behinderungsspezifischen Angeboten und Fördermaßnahmen, das es erlaubt, auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen einzugehen. Spezielle Fördermöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit einem spezifischen Betreuungsbedarf können für diese sehr vorteilhaft sein und sich somit auch positiv auf deren Gesundheit auswirken. Neben den bisher genannten Maßnahmen, die zwar potentiell Einfluss auf die Gesundheit haben können, doch (abgesehen vom Grundsatzterlass Gesundheitserziehung) eigentlich ein anderes Ziel verfolgen, versucht das BMUKK auch die direkte Auseinandersetzung mit dem Thema **Gesundheitsförderung** und deren Implementierung in Schulen zu unterstützen. Dies erfolgt im Rahmen von gemeinsamen Initiativen mit dem Gesundheitsressort und/oder mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bzw. mit anderen relevanten Partnern (wie z. B. der österreichischen Krebshilfe) durch konkrete Handlungsanleitungen und Projektförderungen. So wurde z. B. gemeinsam mit dem Gesundheitsressort ein Leitfaden für gesundheitsfördernde Schulen herausgegeben (BMSG/BMBWK 2001) und im Jahr 1993 das Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“ gegründet. Dieses wurde im Jahr 2007 durch das Programm „Gesunde Schule“ abgelöst, in dessen Rahmen Standards für gesunde Schulen definiert wurden²⁷. „Gesunde Schule“ kooperiert eng mit ÖKOLOG²⁸; bei beiden Programmen kommt der Schulentwicklung ein wichtiger Stellenwert zu, sie sind unter anderem über die Dekadenschulnetzwerke²⁹ verbunden. Über den Gesundheitsbildungsfonds werden Projekte finanziert; die Datenbanken der Servicestelle für Gesundheitsbildung (GIVE)³⁰ und des Programms „Gesunde Schule“ informieren über mögliche Interventionen auf verschiedenen Ebenen (Schulärztinnen und Schulärzte, Lehrkräfte, Schüler/innen).

Zentrale Elemente der Implementierung von Gesundheitsförderung in Schulen sind Organisations- und Personalentwicklung. Um diese zu fördern, ist u. a. eine eigene Ausbildung für Schulleiter/innen geplant. An den Pädagogischen Hochschulen werden verschiedenste Lehrgänge und Fortbildungsveranstaltungen zu gesundheitsförderungsrelevanten Themen angeboten; beispielsweise läuft an der Pädagogischen Hochschule in Graz aktuell eine Ausbildung zum „MA Gesundheitsförderung und Gesundheitspädagogik“. Aber auch die Arbeiten zum Thema Qualität in Schulen sind in diesem Zusammenhang relevant³¹. So wurden z. B. ein Leitfaden und ein Evaluierungstool für Schulen entwickelt, die eine Orientierungshilfe bei der Umsetzung bzw. Unterstützung bei der Reflektion der jeweiligen Situation bieten sollen.

26 Siehe unter <http://www.cisonline.at/index.php?id=11>

27 Siehe unter <http://www.gesundeschule.at/>

28 Siehe unter <http://www.oekolog.at/>

29 Siehe unter <http://www.dekadenschulnetzwerke.at/>

30 Siehe unter <http://www.give.or.at/>

31 Siehe unter <http://www.qis.at>

Ein weiterer wesentlicher Aspekt ist die **Schule als Arbeitsplatz** für Lehrkräfte. In dieser Hinsicht sind vor allem die Aus- und Fortbildung sowie das aus mehreren Gesetzen und Verordnungen bestehende Dienstrecht für Lehrende³² relevant, aber auch die Maßnahmen des BMUKK zur Forcierung von Qualität in Schulen. Davon abgesehen haben Lehrkräfte, wie alle Bundesbedienstete, einen Anspruch auf 1/3 Stunde Beratung durch eine/n Arbeitsmediziner/in pro Jahr. Maßnahmen, die das Wohlbefinden von Lehrkräften an ihrem Arbeitsplatz beeinflussen, haben auch eine indirekte Wirkung auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

4.1.1.2 Sozioökonomisches Umfeld

Die sozioökonomischen Faktoren (Bildungsniveau, Einkommen, Beschäftigungsstatus, soziale Absicherung, Wohnsituation, Herkunft) sind von besonders großer Relevanz für die Gesundheit. Die Schule trägt zum **Bildungsstatus** bei, der nicht nur die ökonomische Situation der Eltern bzw. der Familie entscheidend beeinflusst, sondern auch eine relevante Gesundheitsdeterminante darstellt. Ein höherer Bildungsstatus der Eltern wirkt sich nicht nur auf ihre Gesundheit, sondern auch auf die der Kinder positiv aus. Gleichzeitig geht ein hoher Bildungsabschluss der Eltern oftmals mit einem solchen der Kinder einher. Es ist anzunehmen, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Chancengleichheit und der Durchlässigkeit im Bildungswesen, wie z. B. ein ausreichendes flächendeckendes Angebot an Ganztageschulen und Nachmittagsbetreuungsplätzen, das Modell der Neuen Mittelschule und das verpflichtende Kindergartenjahr, auch ganz wesentlich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen speziell in schlechter gestellten sozialen Schichten beeinflussen. Das BMUKK setzt auch Maßnahmen hinsichtlich Bildungsberatung, Berufsorientierung³³ und Erwachsenenbildung³⁴ und leistet damit einen Beitrag zur Eröffnung und Förderung der Begabungen und Potenziale der Kinder und Jugendlichen.

Ausgleichend hinsichtlich sozioökonomischer Ungleichheiten wirken des Weiteren Förderungen wie die Schulbuchaktion (in Kooperation mit dem Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, BMWFJ)³⁵, Stipendien wie Begabten- und Begabungsförderung, aber auch diverse Schülerbeihilfen (geregelt in BGBl 1983/455, zuletzt geändert durch BGBl I 2010/46)³⁶. Ein mehrsprachiger Schülerbeihilfen-Onlineratgeber³⁷ trägt dazu bei, die Information über diverse Unterstützungsmöglichkeiten breiter zu streuen und die Ansuchen um Beihilfen zu erleichtern. nEin weiterer Punkt im Einflussbereich des BMUKK stellt die Förderung und Integration von Kindern mit Migrationshintergrund dar. Hierzu gibt es einige Initiativen, wie zum Beispiel muttersprachlichen Unterricht³⁸, mehrsprachige Kinder- und Jugendbücher³⁹ oder das Unterrichtsprinzip „Interkulturelles Lernen“ (vgl. Punkt 3.1.1).

32 Siehe unter <http://www.bmukk.gv.at/schulen/lehrdr/index.xml>

33 Siehe <http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/ba/berufsorientierung.xml>

34 <http://erwachsenenbildung.at/>

35 Siehe <http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/schulbuch/schulbuchaktion.xml>

36 Siehe <http://www.bmukk.gv.at/schulen/befoe/index.xml>

37 Siehe <http://schuelerbeihilfen.bmukk.gv.at/>

38 www.muttersprachlicher-unterricht.at

39 <http://www.buch-mehrsprachig.at/>

4.1.1.3 Gesundheitsdienstleistungen

Die Verfügbarkeit von Gesundheitseinrichtungen und -dienstleistungen (Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische und psychosoziale Einrichtungen und Angebote) hat ebenfalls einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit.

Die Zuständigkeit für die Gesundheitsvorsorge für die schulbesuchende Jugend liegt laut Bundesministerengesetz (BGBl 1986/76 i. d. Fassung vom 26. 11. 2010) beim Gesundheitsressort. Dennoch werden in Schulen für die Kinder und Jugendlichen unterschiedliche Gesundheitsdienstleistungen erbracht, bei denen auch das Unterrichtsressort eine Rolle spielt. Dazu gehört z. B. die in § 66 SchuG geregelte schulärztliche Betreuung, die einen fachlich fundierten Anlaufpunkt für medizinische und präventive Angelegenheiten bietet (fachliche Beratung des Lehrkörpers, mindestens einmal jährlich Untersuchung der Schüler/innen). Des Weiteren gibt es die Dienstleistung des schulpsychologischen Dienstes⁴⁰, der vom Landesschulrat einzurichten ist. Dieser steht für Information, Beratung, Begleitung und Behandlung zur Verfügung und muss laut Art 1 § 13 SMG (BGBl I 1997/112, zuletzt geändert durch BGBl I 2010/111) auch im Falle von Suchtgiftmissbrauch durch eine/n Schüler/in hinzugezogen werden.

Zusätzlich werden Dienstleistungen wie Folder über das Angebot der Schulärztinnen und -ärzte oder Richtlinien zum Strahlenschutz (BMUKK 2007b) geboten. Ein Hygieneplan (BMBWK 2005) gibt Empfehlungen für die Umsetzung von Hygienestandards v. a. in sanitären Anlagen, Schulküchen, Turnsälen und Klassenzimmern.

4.1.1.4 Ökologische und physische Umwelt

Die ökologische und physische Umwelt (Luftqualität, Schadstoffbelastung, Lärm, Wasserversorgung und Abwasserentsorgung, Landwirtschaft und Lebensmittelproduktion, Verfügbarkeit/Nutzbarkeit von naturbelassener Umwelt und geschaffener Infrastruktur) hat – vor allem auch bei Kindern und Jugendlichen – relevanten Einfluss auf die Lebensqualität und kann teilweise auch direkt auf die körperliche wie psychische Gesundheit einwirken.

Das BMUKK beeinflusst die ökologische Umwelt der Schüler/innen insbesondere durch die zur Verfügung gestellte Infrastruktur (Gebäude, bspw. abhängig von Größe, Bausubstanz, Bleirohre, Lärmschutzfenster, Staubbelastung, ..., Spielplätze, bspw. abhängig vom Zustand, und Grünflächen/Freiräume). Aber auch deren Ausstattung mit geeigneter Einrichtung ist von Bedeutung (z. B. Ergonomie und Größe der Sitzmöbel). Die jeweiligen Anforderungen werden durch das Österreichische Institut für Schul- und Sportstättenbau (ÖISS)⁴¹ erarbeitet, das sich im Eigentum des Bundes und aller Länder befindet. Dazu gehört z. B. ein neuer Leitfaden für Schulen (ÖISS 2011), der die Kombination von Schul- und Unterrichtsentwicklung mit räumlicher Gestaltung in Form von Beteiligungsprozessen unterstützen soll.

40 <http://www.schulpsychologie.at/>

41 <http://www.oeiss.org/>

4.1.2 Faktoren individueller Lebensweise (Verhalten)

Die Faktoren der individuellen Lebensweise (Ernährung, Bewegung, Umgang mit Sucht- und Arzneimitteln, Umgang mit Sexualität, Stressbewältigung und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen) wirken oft unmittelbar auf die Gesundheit ein. Sie werden mit zunehmendem Alter immer mehr durch selbstständige Entscheidungen des Kindes bzw. der Jugendlichen determiniert.

Das individuelle Verhalten von Kindern und Jugendlichen kann potentiell vom Unterrichtsressort durch die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen, aber auch durch konkrete Angebote zu gesundheitsförderlichem Verhalten bzw. als Handlungsalternativen beeinflusst werden.

Das Schulorganisationsgesetz (§ 2 SchOrgG) und das Schulunterrichtsgesetz (§ 17 SchUG) definieren als Aufgabe der Schule, die Schülerinnen und Schüler in der Entwicklung ihrer Anlagen im Allgemeinen und in ihrer gesamten Persönlichkeit zu fördern. Die Vermittlungsinhalte werden auf Basis des SchOrgG in den Lehrplänen definiert, die per Erlass gesetzlich verankert werden⁴². Jene Querschnittmaterien, in denen es nicht allein um die Vermittlung von Wissen geht, sondern auch um eine Bewusstseinsbildung und die Entwicklung von gewünschten Verhaltensweisen, und die nicht einem oder wenigen Unterrichtsgegenständen zugeordnet werden können, werden als Unterrichtsprinzipien definiert.

Die Gesundheitserziehung ist ein solches Unterrichtsprinzip und wird entsprechend den Lehrplänen je nach Schultyp in verschiedenen Unterrichtsgegenständen, am häufigsten jedoch in Sachunterricht bzw. Biologie und Umweltkunde sowie im Sportunterricht vermittelt. Im Gesundheitserlass Gesundheitserziehung (BMUKK 1997a) wird hervorgehoben, dass schulische Gesundheitsförderung nicht nur Wissensvermittlung und Aufklärung über Gesundheitsthemen und riskante Verhaltensfaktoren beinhaltet, sondern auch das Umfeld verändern möchte. Im Sinne eines erweiterten Gesundheitsverständnisses soll schulische Gesundheitsförderung die physische, psychische und soziale Gesundheit Einzelner fördern, indem die persönlichen Kompetenzen und Leistungspotenziale der Schüler/innen in Hinblick auf gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Handeln und Wissen gestärkt werden. Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch die Vorbildwirkung von Lehrkräften sowie die Anwendung von Lehrmethoden wie Projektunterricht und ganzheitlich-kreatives Arbeiten, die eine individuelle Lern- und Arbeitskultur fördern und damit auch einen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten.

Neben diesen allgemein auf gesundheitsförderliches Verhalten ausgelegten Bemühungen gibt es eine Reihe von spezifischen Maßnahmen für die Bereiche Ernährung, Bewegung, Arzneimittel- und Suchtmittelkonsum, Medienkonsum, Sexualerziehung und psychische Gesundheit. Das Thema **Ernährung** ist als Teil der Gesundheitserziehung in den Lehrplänen enthalten. Zusätzlich fördert das BMUKK die Schulmilchaktion, bei der Milch als ein Bestandteil gesunder Ernährung gesehen und vermittelt werden soll, indem Milchprodukte in Schulen direkt an die Schüler/innen abgegeben werden. Hinweise zur Organisation dieser Aktion finden sich in einem eigenen Erlass (BMUKK 2002).

⁴² Siehe <http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/index.xml>.

Die individuelle Ernährung von Schülerinnen und Schülern wird auch durch das Ernährungsangebot in der Schule beeinflusst (z. B. „gesundes Buffet“). Die bisherigen Vorschriften zu Schulbuffets enthalten eine Empfehlung zu einem Mindestangebot sowie Hinweise darauf, welche Angebote im Warenkorb nicht enthalten sein sollen (BMUKK 1997b). Auf Basis des neuen „Nationalen Aktionsplans Ernährung“ sollen diese Vorschriften und der darin enthaltene Warenkorb überarbeitet werden. Die Schularztinnen und -ärzte versuchen Schulen in dieser Hinsicht zu unterstützen, indem sie eine Speisenliste, eine Getränkeliste und einen Schulbuffet-Check zur Evaluierung der Buffets anbieten⁴³. Zusätzlich wird durch externe Projekte versucht, die Umstellung von Schulbuffets auf ein gesundes Angebot zu fördern (z. B. Leitfaden „Das gute Schulbuffet“).

Das Unterrichtsprinzip „Konsumenten- und Verbrauchererziehung“ soll die jungen Menschen zu kritischen und überlegten Konsumenten ausbilden, wobei sich ein Großteil der Aktivitäten auf das Thema Ernährung bezieht. Ein Beispiel ist die Ernährungskampagne „Five a day“, die Volksschüler motivieren soll, fünfmal täglich Gemüse und Obst zu essen. Im Rahmen der Lebensmittelsicherheitskampagne der EU wurde Arbeitsmaterial zum Thema „Lebensmittel und Ernährung“ erarbeitet und verteilt, das die Information über Lebensmittelsicherheit und gesunde Ernährung in der Schule fördern soll.

Beim Thema **Bewegung** setzt das BMUKK vor allem beim Sportunterricht an, und zwar durch die Ausbildung von Leibeserzieherinnen/Leibeserziehern und Sportlehrerinnen/Sportlehrern (geregelt in BGBl 1974/140, zuletzt geändert durch BGBl I 2005/91) ebenso wie durch Richtlinien für die Durchführung von „bewegungserzieherischen Schulveranstaltungen“ (BMUKK 2009d). Abgesehen davon gibt es etliche Möglichkeiten, Bewegung in der Schule zu fördern (z. B. durch bewegtes Lernen, das Lernen mit Bewegung verbindet; Bewegungspausen etc.), deren Umsetzung der Schule obliegt und die vom BMUKK durch entsprechende Aus- und Fortbildungen (z. B. sollen die methodischen Kompetenzen von Lehrkräften im Rahmen von „Gesund und munter“ gestärkt werden) oder durch spezielle Aktionen (z. B. „Bewegte Schule“) gefördert werden können. Gemeinsame Initiativen mit dem Sportministerium⁴⁴ zur Förderung von Bewegung im Schulalltag sind u. a. die Qualitätsoffensive für den Sportunterricht im Volksschulbereich, die Einbindung des organisierten Sports in den Schulalltag (z. B. durch die Schulung von Vereinstrainerinnen und -trainern zum „Kinder-Bewegungsscoach“ für den Einsatz an Volksschulen) und die Aktion „Kinder gesund bewegen“ (die Informationen über Angebote für Kindergärten und Volksschulen sowie finanzielle Förderungen für deren Umsetzung anbietet).

Spezifische Maßnahmen zum **Arzneimittel- und Suchtmittelkonsum** bestehen vor allem aus Vorgaben für den Umgang mit Suchtmitteln. Die Zuständigkeit für den Nichtrauchererschutz liegt beim Gesundheitsressort, er wird durch das Tabakgesetz geregelt (BGBl. 1995/431, zuletzt geändert durch BGBl I 2008/120). Zusätzlich geben die Schulordnung und das Schulunterrichtsgesetz diesbezügliche Normen vor. Auf dieser Basis wurden vom BMUKK die Vorgaben für Schulen in Form eines verbindlichen Rundschreibens (BMUKK 2006) klargestellt. Das Tabakgesetz definiert ein ausnahmsloses Rauchverbot in den Schulgebäuden für sämtliche

43 Siehe <http://community.schule.at/index.php?cid=592>.

44 Mehr Informationen sind unter www.fitfueroesterreich.at zu finden.

öffentlichen und privaten Schulen, an denen Kinder und Jugendliche unterrichtet werden. Auf der Schulliegenschaft, d. h. auch in den Freiräumen der Schulen, wird den Schülerinnen und Schülern durch die Schulordnung das Rauchen grundsätzlich untersagt. Das BMUKK empfiehlt auch Schulen, die keine allgemeinbildenden Pflichtschulen sind und im Schulgemeinschaftsausschuss eine Ausnahme für eine genau definierte Freifläche bestimmen könnten, im Sinne der Gesundheitserziehung davon abzusehen.

Der Umgang mit Suchtmittelkonsum an Schulen ist in § 13 Suchtmittelgesetz (SMG) genau geregelt und liegt somit eigentlich in der Kompetenz des Gesundheitsressorts. Eine Anleitung des BMUKK unterstützt diese Vorgangsweise (BMBWK 2001a). Zusätzlich empfiehlt das BMUKK das Programm „Step by Step“, das die Auseinandersetzung mit Suchtvorbeugung, Früherkennung und Krisenintervention sowie deren Umsetzung in der Schule fördert.

Zur Suchtprävention an der Schule wurde von BMUKK und dem Linzer Institut für Suchtprävention eine Publikation erstellt, die einen Überblick über den Stand des Wissens und geeignete Methoden zur Suchtprävention gibt (BMBWK 2001b). Es besteht eine Vielzahl an Projekten und Programmen der Fachstellen für Suchtvorbeugung, die zum Großteil aus Schulungen für Lehrkräfte bestehen, um eine langfristige Umsetzung zu gewährleisten (z. B. „Eigenständig werden“ und „Plus“)⁴⁵. Die Umsetzung von Suchtprävention obliegt jedoch den Schulen selbst.

Medienbildung wird sowohl als Unterrichtsprinzip⁴⁶ formuliert als auch durch einen Grundsatzterlass zur Medienerziehung (BMUKK 2001b) definiert. Ziel ist die Förderung von Medienkompetenz, was nicht nur die Fertigkeiten im Umgang mit den technischen Möglichkeiten beinhaltet, sondern auch persönliche Fähigkeiten wie Differenzierungs- und Selektionsfähigkeit und das Erkennen eigener Bedürfnisse einschließt. Diese Fähigkeiten sind ein wichtiger Bestandteil der Persönlichkeitsentwicklung.

Sexualerziehung ist ein weiteres Unterrichtsprinzip, das als Querschnittmaterie im gesamten Unterricht behandelt werden soll (BMUK 1994). Als Ziel im Vordergrund stehen eine tiefgreifende und langfristig wirksame Bewusstseinsbildung und das Verständnis von Sexualität als wichtigem, natürlichem und positivem Aspekt des Menschseins.

Die **psychische Gesundheit** von Kindern und Jugendlichen kann im Schulsetting durch das Schul- bzw. Klassenklima sowie durch Leistungsdruck beeinflusst werden. Auch Ansätze, die darauf abzielen, die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu fördern, tragen zum Erhalt bzw. zur Förderung der psychischen Gesundheit junger Menschen bei. Wichtig sind ein respektvoller Umgang, ein angemessenes Feedback und Erfolgserfahrungen. Eine ganzheitliche, kreative Lernkultur, wie sie der Grundsatzterlass „Ganzheitlich-kreative Lernkultur in den Schulen“ (BMUKK 2009a) beschreibt, vermittelt auch jene persönlichen Kompetenzen,

45 Eine Beschreibung der angebotenen Maßnahmen findet sich auf den Websites sowie in Jahresberichten und Newslettern der Fachstellen für Suchtprävention. Einen Überblick über diese bietet die Homepage der ARGE Suchtvorbeugung:

<http://www.suchtvorbeugung.net/index.html?PHPSESSID=d1fdf5d483d18bdd84f9878b690ee17c>

46 Unterrichtsprinzipien enthalten Lehrinhalte, die in allen Schulstufen, Schultypen und Gegenständen berücksichtigt werden sollen. Im österreichischen Lehrplan sind insgesamt 12 übergeordnete „Unterrichtsprinzipien“ definiert. <http://www.schulpartnerschaften.at/start.asp?ID=231078>

die zur selbstständigen Bewältigung von Problemen und zur Entwicklung geeigneter Lösungsstrategien notwendig sind. Zusätzlich spielen soziales und interkulturelles Lernen, aber auch die individuelle Förderung von Schülerinnen und Schülern eine wichtige Rolle, da bei Unter- bzw. Überforderung ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten besteht (vgl. Kapitel 3.1).

4.1.3 Resümee

Bildung ist einer der Haupteinflussfaktoren für ein gesundes, selbstbestimmtes Leben. Chancengerechtigkeit und individuelle Förderung der Begabungen von Kindern und Jugendlichen leisten somit einen bedeutenden Beitrag zu potenziellem gesellschaftlichem Wohlstand und einer Verringerung sozialer Ungleichheiten bei gleichzeitiger Hebung gesundheitlicher Standards.

Die Schule selbst stellt das wichtigste institutionalisierte Setting und somit eine bedeutende Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen dar. Dies bezieht sich nicht nur auf die räumliche Gestaltung und Ausstattung der Schulen, sondern insbesondere auch auf das in ihnen beheimatete soziale Umfeld (Klassengemeinschaft, Lehrkörper). Diesem Umfeld muss besonderes Augenmerk geschenkt werden, da es die Kinder und Jugendlichen nachhaltig prägt und sich auf ihre Lebenskompetenzen und ihr Wohlbefinden und somit auch auf ihr soziales und gesundheitsrelevantes Verhalten wesentlich auswirkt.

In diesem Kapitel konnte gezeigt werden, dass es im Einflussbereich des BMUKK eine Vielzahl von Policies gibt, die potentiell Auswirkungen auf die Gesundheitsdeterminanten bzw. die Gesundheit der Kinder- und Jugendlichen haben. Angemerkt werden soll noch, dass sich eine Reihe von Synergien zwischen Zielen des Bildungssektors und Zielen aus Gesundheitssicht zeigen. Faktoren, die sich günstig auf das Wohlbefinden in der Schule auswirken leisten potentiell sowohl einen Beitrag zum Lernerfolg und somit zum Bildungserfolg als auch zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Bibliographie

115. Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über den Ausbau der ganztägigen Schulformen vom 12. Dezember 2011

BGBI 1962/242, zuletzt geändert durch BGBI I 2009/44. Bundesgesetz vom 25. Juli 1962 über die Schulorganisation (Schulorganisationsgesetz - SchOrgG)

BGBI 1974/371, zuletzt geändert durch BGBI II 1997/35. Verordnung des Bundesministers für Unterricht und Kunst vom 24. Juni 1974 über die Leistungsbeurteilung in Pflichtschulen sowie mittleren und höheren Schulen (Leistungsbeurteilungsverordnung)

BGBl 1974/140, zuletzt geändert durch BGBl I 2005/91. Bundesgesetz über Schulen zur Ausbildung von Leibeserziehern und Sportlehrern

BGBl 1974/373, zuletzt geändert durch BGBl II 2005/181. Verordnung des Bundesministers für Unterricht und Kunst vom 24. Juni 1974 betreffend die Schulordnung

BGBl 1983/455, zuletzt geändert durch BGBl I 2010/46. Bundesgesetz über die Gewährung von Schulbeihilfen und Heimbeihilfen (Schülerbeihilfengesetz)

BGBl 1985/77, zuletzt geändert durch BGBl I 2008/29. Bundesgesetz über die Unterrichtszeit an den im Schulorganisationsgesetz geregelten Schularten (Schulzeitgesetz)

BGBl 1986/76 i. d. Fassung vom 26. 11. 2010. Bundesgesetz vom 20. Feber 1986 über die Zahl, den Wirkungsbereich und die Einrichtung der Bundesministerien (Bundesministeriengesetz) – in der Fassung vom 26. 11. 2010

BGBl 1986/472 (WV), zuletzt geändert durch BGBl I 2009/112. Bundesgesetz über die Ordnung von Unterricht und Erziehung in den im Schulorganisationsgesetz geregelten Schulen (Schulunterrichtsgesetz – SchUG)

BGBl 1995/431, zuletzt geändert durch BGBl I 2008/120. Bundesgesetz über das Herstellen und das Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und den Nichtraucherchutz (Tabakgesetz).

BGBl I 1997/112, zuletzt geändert durch BGBl I 2010/111. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG).

BGBl II 2009/1. Bildungsstandards im Schulwesen. Verordnung der Bundesministerin für Unterricht, Kunst und Kultur über Bildungsstandards im Schulwesen

BMBWK (2001a): Helfen statt Strafen. Schüler ohne Drogen. Anleitung zum Suchtmittelgesetz in der Schulpraxis. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst. Wien

BMBWK (2001b): Suchtprävention in der Schule. Informationsmaterialien für die Schulgemeinschaft, erstellt vom Institut Suchtprävention. Linz

BMBWK (2005): Hygieneplan für österreichische Schulen. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst. Wien

BMBWK/BMSG (2006): Peer-Mediation in Schulen. Ein Leitfaden des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur. Wien

BMG (2010a): HBSC Factsheet Nr. 6/10 - Unterricht und Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit . Wien

BMG (2010b): HBSC Factsheet Nr. 7 - Schule und Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit . Wien

BMSG/BMBWK (2001): Schritt für Schritt zur Gesundheitsfördernden Schule. Ein Leitfaden für LehrerInnen und SchulleiterInnen. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen und Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst. Wien

BMUK (1994): Richtlinien zur Förderung der Sexualerziehung im Unterricht. Erlass des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. GZ 36.145/16-V/3/94. Rundschreiben Nr. 36/1994. Wien

BMUKK (1997a): Grundsatzterlass Gesundheitserziehung. Erlass des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. GZ 27.909/115-V/3/96 vom 4. März 1997. Rundschreiben Nr. 7/1997. Wien

BMUKK (1997b): Richtlinie für Buffetbetriebe, Lehrmittelverkaufsstellen, Automaten und Kopiergeräte. Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. GZ 39.661/1-Präs.11/97. Rundschreiben Nr. 53/1997. Wien

BMUKK (2001a): Grundsatzterlass zum Projektunterricht. Erlass der Bundesministerin für Unterricht, Kunst und Kultur. GZ 10.077/5-I/4a/2001. Rundschreiben Nr. 44/2001. Wien

BMUKK (2001b): Grundsatzterlass Medienerziehung. Erlass der Bundesministerin für Unterricht, Kunst und Kultur. GZ 48.223/14-Präs.10/01. Rundschreiben Nr. 64/2001. Wien

BMUKK (2002): Schulmilchaktion; Organisation mit Unterstützung durch die Europäische Union. Bundesministerin für Unterricht, Kunst und Kultur. GZ 36.627/2-V/2/2002. Rundschreiben Nr. 36/2002. Wien

BMUKK (2005): Besser fördern. Schülerinnen und Schüler individuell fördern und fordern. Erlass der Bundesministerin für Unterricht, Kunst und Kultur. GZ BMBWK-36.300/0068-BMBWK/2005. Rundschreiben Nr. 11/2005. Wien

BMUKK (2006): Nichtrauchererschutz an Schulen. Rundschreiben der Bundesministerin für Unterricht, Kunst und Kultur. GZ BMBWK-21.070/0001-III/11/2006. Rundschreiben Nr. 3/2006. Wien

BMUKK (2007a): Initiative „25+“: Individualisierung des Unterrichts. Persönlichkeit und Lernvoraussetzungen der einzelnen Schülerinnen und Schüler in den Mittelpunkt stellen. Erlass der Bundesministerin für Unterricht, Kunst und Kultur. GZ BMUKK-20.200/0011-I/3b/2007. Rundschreiben Nr. 9/2007. Wien

BMUKK (2007b): Strahlenschutz an Schulen. Richtlinie der Bundesministerin für Unterricht, Kunst und Kultur. GZ G40.000/7-V/2/2002. Rundschreiben Nr. 25/2002, geändert am 26. 3. 2007. Wien

BMUKK (2008): Vereinbaren schafft Verantwortung. Ein praktischer Leitfaden zur Erstellung von Verhaltensvereinbarungen an Schulen. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Wien

BMUKK (2009a): Grundsatzterlass „Ganzheitlich-kreative Lernkultur in den Schulen“. Erlass der Bundesministerin für Unterricht, Kunst und Kultur. GZ BMUKK-10.077/0004-I/4/2009. Rundschreiben Nr. 15/2009. Wien

BMUKK (2009b): Grundsatzterlass zur Begabtenförderung. Erlass der Bundesministerin für Unterricht, Kunst und Kultur. GZ BMUKK-10.060/0130-I/4b/2009. Rundschreiben Nr. 16/2009. Wien

BMUKK (2009c): Empfehlungen für gelungene schulische Tagesbetreuung. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Wien

BMUKK (2009d): Richtlinien 2009 für die Durchführung von bewegungserziehlichen Schulveranstaltungen. Bundesministerin für Unterricht, Kunst und Kultur. GZ BMUKK-36.377/0135-V/5b/2008. Rundschreiben Nr. 1/2009. Wien

Dietscher, Christina (2001): Schritt für Schritt zur Gesundheitsfördernden Schule. in Leitfaden

für LehrerInnen und SchulleiterInnen. Hg. vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen und vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst. Wien

Haas, Sabine; Gruber, Gabriele; Kerschbaum, Johann; Knaller, Christine; Sax, Gabriele; Türscherl, Elisabeth (2012): Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

ÖISS 2011: Leitfaden für Partizipationsprozesse mit Schulen. Österreichisches Institut für Schul- und Sportstättenbau. Wien

Statistik Austria (2008): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Wien

4.2 Soziales

Die sozioökonomische Lage (Einkommen, Beschäftigungsstatus etc.) steht in einem starken Zusammenhang mit Gesundheit und wird daher auch als Gesundheitsdeterminante definiert (vgl. Kap. 2). Dem Bereich Soziales kommt damit aus Gesundheitssicht große Bedeutung zu.

Es gibt zahlreiche **gesundheitsrelevante Policies** in diesem Sektor, insbesondere auch mit Blick auf Kinder und Jugendliche. Die Bedeutung des Verbots der Kinderarbeit sowie generell von arbeitsrechtlichen Regelungen in Hinblick auf Kinder und Jugendliche ist in Kapitel 3 vertiefend dargestellt. Aus historischer Perspektive sind beispielsweise auch die Einführung der Sozialversicherung (1887 Unfallversicherung, 1888 Krankenversicherung, 1906 Pensionsversicherung, 1920 Arbeitslosenversicherung; vgl. Melinz 2003) und des Mutterschutzes (1885 wurde in Österreich ein „Wöchnerinnenschutz“ eingeführt) von großer Relevanz. Die mit September 2010 eingeführte bedarfsorientierte Mindestsicherung (vgl. auch 4.2.1.2) hat ihre historischen Ursprünge in der „Armenfürsorge“ und löste die in der Nachkriegszeit etablierte Sozialhilfe ab. Aufgrund der gravierenden gesundheitlichen Langzeitfolgen von Armut(sgefährdung) bei Kindern (vgl. 2.3.1.2) sind entsprechende Maßnahmen zur Sicherung eines Mindesteinkommens ebenfalls von zentraler Bedeutung.

Neben diesen augenfälligsten Policies gibt es noch viele weitere, die im Folgenden auf Basis einer systematischen Bestandsaufnahme am Beispiel des Arbeits- und Sozialressorts präsentiert werden.

Auf Bundesebene fällt die Zuständigkeit für Soziales schwerpunktmäßig in den Verantwortungsbereich des **Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz** (BMAK). Dieses ist gemäß Bundesministeriengesetz (BMG; BGBl 1986/76) für folgende Angelegenheiten zuständig; einige Teilbereiche dieser Aufgaben liegen auch im Kompetenzbereich anderer Ministerien (siehe Hinweise in der nachfolgenden Aufzählung):

- Arbeitsrecht,
- Arbeitsmarkt,
- allgemeine Sozialpolitik,

- Sozialversicherung einschließlich Arbeitslosenversicherung, jedoch exklusive Krankenversicherung und Unfallversicherung; die beiden letztgenannten liegen im Aufgabenbereich des Bundesministeriums für Gesundheit,
- allgemeine und besondere Fürsorge wie z. B. Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge,
- Pflegevorsorge sowie Behinderten-, Versorgungs- und Sozialhilfeangelegenheiten,
- Koordination in Pflegeangelegenheiten,
- allgemeine Bevölkerungspolitik,
- Angelegenheiten der Seniorenpolitik,
- Freiwilligenpolitik im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend,
- Konsumentenpolitik einschließlich Konsumentenschutz und Koordination der Konsumentenpolitik.

An dieser Aufzählung ist zu erkennen, dass das BMASK umfangreiche Aufgaben hat. Der Schwerpunkt liegt auf Zuständigkeiten, die das **sozioökonomische Umfeld** der Gesamtbevölkerung sowie einzelner Bevölkerungsgruppen beeinflussen. Auch ein Teil der Versorgung mit **Gesundheitsdienstleistungen** - besonders im Bereich Pflege – wird vom BMASK verwaltet. Einige der im BMASK angesiedelten Aufgaben und die daraus resultierenden Maßnahmen betreffen auch das **soziale und kommunale Umfeld** der Bevölkerung. Die **ökologische Umwelt** und das **Gesundheitsverhalten** werden durch Maßnahmen des BMASK - wenn überhaupt – nur in geringem Ausmaß adressiert.

Das folgende Kapitel behandelt zentral den Bereich Arbeit und Soziales. Der ebenfalls in den Aufgabenbereich des BMASK fallende Konsumentenschutz wird aus Gründen der Themenabgrenzung ausgespart.

Einige der im BMASK angesiedelten Maßnahmenbereiche haben potentiell direkten Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die meisten jedoch indirekt über die Erziehungsberechtigten. So betreffen beispielsweise Maßnahmen zur Verhinderung von Armut in erster Linie Erwachsene, wirken aber indirekt auch auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (z. B. durch Schaffung vermehrter finanzieller Möglichkeiten oder durch Stressreduktion der Erziehungsberechtigten etc.). Maßnahmen im Bereich Arbeit zeigen direkten Einfluss auf bereits im Berufsleben stehende Jugendliche und über die Erziehungsberechtigten indirekten Einfluss auf Kinder und Jugendliche.

Wesentliche Grundlage für die in den folgenden Kapiteln dargestellten Aktivitäten des BMASK bildet das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG; BGBl 1955/189), in dem im Aufgabenbereich des BMASK neben der Arbeitslosenversicherung u. a. die Hinterbliebenenpension (Waisenpension etc.) geregelt ist. Das Arbeitsverfassungsgesetz, das Gesetz über die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen, das Gleichbehandlungsgesetz usw. fallen ebenfalls in den Aufgabenbereich des BMASK.

Weitere relevante Maßnahmen sind im „Nationalen Aktionsplans zur sozialen Eingliederung“ – Teil des österreichischen Berichts über Strategien für Sozialschutz und soziale Eingliederung – angeführt (BMSK 2008a), wie z. B. Aktivitäten zur Schaffung bzw. Verbesserung von Entwick-

lungschancen für Kinder und Jugendliche, Maßnahmen zur Arbeitsmarktintegration und die bedarfsorientierte Mindestsicherung. Der Aktionsplan wurde von der Bundesregierung beschlossen, ist allerdings nicht verbindlich, sondern gibt lediglich die Richtung der Maßnahmen im Bereich vor. Die Umsetzung dieser Maßnahmen obliegt nicht allein dem BMASK, sondern betrifft vielmehr alle betroffenen Gebietskörperschaften. In den folgenden Kapiteln werden nur jene Inhalte aus dem Aktionsplan festgehalten, die einen starken Bezug zum BMASK aufweisen.

Des Weiteren unterstützt das BMASK Kampagnen zu Themen (z. B. Gewalt), die direkt und/oder indirekt die psychische und/oder physische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen betreffen.

4.2.1 Verhältnisbezogene Einflussfaktoren

4.2.1.1 Soziales und kommunales Umfeld

Das unmittelbare Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen (Familie, Freundeskreis/Peers, Kindergarten/Schule und Kinderbetreuungseinrichtungen bzw. Ausbildungsstätte/Arbeitsplatz, Gemeinde/Wohnviertel) ist zentral für das Wohlbefinden und die Entwicklungs- wie Entfaltungsmöglichkeiten der Kinder und Jugendlichen und damit (in der Folge) für deren psychische wie körperliche Gesundheit.

Aktivitäten des BMASK im Zusammenhang mit dem sozialen und kommunalen Umfeld von Kindern und Jugendlichen sind in den Bereichen **Familie, Arbeitsplatz, Kriminalität, Straffälligkeit sowie Kinder- und Jugendbetreuung** zu finden.

Eine relevante Maßnahme im Bereich **Familie** sind die Besuchsbegleitung bzw. das Besuchscafé. Da die Familie den zentralen Lebensraum von Kindern darstellt, ist die Besuchsbegleitung eine wesentliche Maßnahme zur Förderung der (psychischen) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Gerade bei Vorliegen einer konfliktreichen Familiensituation kann die Besuchsbegleitung Entlastung und Unterstützung bieten. Die im Sinne von § 111 Außerstreitgesetz (AußStrG; BGBl I 2003/111) vom BMASK geförderte Besuchsbegleitung dient der Aufrechterhaltung bzw. Neu- oder Wiederanbahnung der persönlichen Kontakte zwischen getrennt lebenden Elternteilen und ihren minderjährigen Kindern. Für die Besuchsbegleitung ist aus rechtlicher Sicht eine neutrale dritte Person erforderlich, die über eine entsprechende fachliche Eignung verfügt und in deren Gegenwart das Besuchsrecht ausgeübt wird. Dafür geeignete Personen stehen in den 139 vom BMASK österreichweit geförderten Besuchscafés⁴⁷ (BMASK 2009) zur Verfügung. Aus sozialpolitischen Überlegungen und zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierung wurde im Förderjahr 2010 ein soziales Kriterium eingeführt, um in erster Linie sozial schwachen Familien eine kostenlose Besuchsbegleitung (BMASK o. J.) zu ermöglichen.

47 www.besuchscafe.at (1. 12. 2010)

Ebenfalls auf den **Familien**bereichen beziehen sich Aktivitäten zur Förderung aktiver Vaterschaft bzw. Väterbeteiligung (BMASK 2010h). Die männerpolitische Grundsatzabteilung des BMASK versucht Maßnahmen zu setzen, die Väter dabei unterstützen, ihre Rolle aktiv wahrzunehmen. Das BMASK ist auch mit der Vollziehung des Väter-Karenzgesetzes betraut (BGBl. Nr. 1989/651, in der Fassung BGBl. I Nr. 2010/58).

Als Beitrag zur Gesundheit im Sinne der Gewaltfreiheit im Umfeld von Kindern und Jugendlichen unterstützt das BMASK mediale Maßnahmen, die Männergewalt thematisieren (BMASK 2010i; vgl. auch unten).

Als zentrales gesellschaftspolitisches Ziel nennt der Bericht über Strategien für Sozialschutz und soziale Eingliederung (BMSK 2008a) die Absicht, Kindern und Jugendlichen bestmögliche Entwicklungschancen zu bieten. Als diesbezügliche zentrale Maßnahmen werden monetäre Transfers, Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, ausreichendes Angebot an Kinderbetreuungseinrichtungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Chancen benachteiligter Kinder.

Über das Arbeitsverfassungsgesetz (ArbVG; BGBl 1974/22) nimmt das BMASK wesentlichen Einfluss auf **Arbeitsplatz** und Arbeitsbedingungen und damit direkt auf das Wohlbefinden berufstätiger Jugendlichen. Hier werden u. a. Arbeitnehmerschutz sowie Kollektivverträge und Mindeststandards im Hinblick auf Arbeitsplatz und Arbeitsbedingungen geregelt. Regelungen bezüglich der Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen beinhaltet das entsprechende Bundesgesetz 1987 (KJBG; BGBl 1987/599), mit dessen Vollziehung im Wesentlichen das BMASK betraut ist. Das KJBG enthält u. a. Bestimmungen bezüglich Ruhepausen und Nachruhe für Jugendliche und das vollständige Verbot der Kinderarbeit bis zum 13. Lebensjahr. Ältere Kinder können unter bestimmten Bedingungen für leichte, im Gesetz genau definierte Tätigkeiten herangezogen werden. Die Einhaltung der oben genannten, dem Schutz der Arbeitnehmer/innen dienenden Gesetze wird gemäß Arbeitsinspektionsgesetz (ArbIG; BGBl 1993/27) durch Arbeitsinspektionen überwacht, die - mit Ausnahme des Verkehrs-Arbeitsinspektorats - im Aufgabenbereich des BMASK agieren. Über die genannten Gesetzeswerke in der Vollziehung des BMASK wird wesentlich und direkt zum Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Arbeitsumfeld beigetragen.

Kriminalität und **Straffälligkeit** finden im „Bericht über Strategien für Sozialschutz und soziale Eingliederung 2008-2010“ (BMSK 2008a) insofern Erwähnung, als Resozialisierungsprogramme für straffällig gewordene Jugendliche sowie Verbesserungen im Zusammenhang mit Gewaltschutz gefordert werden. Ende 2010 unterstützte das BMASK wieder die Anti-Gewaltkampagne von White Ribbon und die „16 Tage gegen Gewalt“. Zu diesem Zweck wurden Sensibilisierungsmaßnahmen gegen Männergewalt in einem österreichischen Privatsender geschaltet (BMASK 2010i).

4.2.1.2 Sozioökonomisches Umfeld

Die sozioökonomischen Faktoren (Bildungsniveau, Einkommen, Beschäftigungsstatus, soziale Absicherung, Wohnsituation, Herkunft) sind von besonders großer Relevanz für die Gesundheit.

Das Einkommen ist neben Bildung die wichtigste soziale Gesundheitsdeterminante. Armut(sgefährdung) hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit und beeinträchtigt die physische und psychische Gesundheit – nicht nur – im Kindesalter. Armut(sgefährdung) führt meist zu verringerten Chancen auf Bildung und zu einer Fortsetzung der gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen im Erwachsenenalter⁴⁸. Vor diesem Hintergrund kommt Aufgabenbereichen des BMASK, die direkt oder indirekt das sozioökonomische Umfeld von Kindern und Jugendlichen beeinflussen, besondere Bedeutung zu. Die diesbezüglichen Arbeitsfelder betreffen **Einkommen / soziale Absicherung / Transferleistungen, Mobilität, Ausbildung/Bildung, (berufliche Tätigkeit / Arbeitslosigkeit) / berufliche Situation, Ausmaß der Berufstätigkeit, Wohnsituation, Herkunft/Migration**. Eine wesentliche Rolle spielen dabei die Sozialschutzsysteme in Österreich, die gemäß BMASK (2010a) in folgende Bereiche aufgliedert werden können, wobei jedoch nicht alle davon im Aufgabenbereich des BMASK liegen:

- Sozialversicherung: vor allem Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung,
- Arbeitslosenversicherung: vor allem Arbeitslosengeld, Notstandshilfe und aktive Arbeitsmarktmaßnahmen,
- universelle Systeme: Familienbeihilfen und Kinderabsetzbetrag, Kinderbetreuungsgeld, Pflegevorsorge
- bedarfsorientierte Leistungen (Leistungen mit Einkommensprüfungen): vor allem die Mindestsicherung in der Pensionsversicherung (Ausgleichszulagen), die Notstandshilfe in der Arbeitslosenversicherung, die „Bedarfsorientierte Mindestsicherung“ (bis 2010: Sozialhilfe) und Stipendien für Schüler/innen und Studierende,
- Sozialschutz für Beamte/Beamtinnen (unkündbare Beamtinnen und Beamte mit eigenem Pensionsrecht),
- Sozialentschädigung: vor allem für Kriegs- und Heeres- sowie Verbrechensoffer,
- arbeitsrechtlicher Schutz: z. B. Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall,
- betriebliche Formen der Altersvorsorge,
- soziale Dienste.

Alle im Folgenden dargestellten Systeme dienen der Erhöhung von Einkommen und wirken damit indirekt über Erziehungsberechtigte oder Haushaltsvorstände auf die für Kinder und Jugendliche verfügbaren Mittel, was wesentlich zur Herstellung bzw. Bewahrung von deren psychischem und physischem Wohlbefinden beitragen kann.

48 Vergleiche dazu das Fact Sheet zu den Determinanten der Kindergesundheit (Screening-Workshop, 23. 11. 2010).

Das wichtigste Gesetz in Hinblick auf die Sozialversicherung ist das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG; BGBl 1955/189). Hier sind verschiedene Arten der Versicherung (Pensionsversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung etc.), die auf die sozioökonomische Basis von Familien und Einzelpersonen und damit indirekt auf Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen wirken, gesetzlich geregelt. Das BMASK legt den gesetzlichen Rahmen für Angelegenheiten der Sozialversicherung fest (Alterspensionen, Hinterbliebenenpensionen etc.). Aufgaben zur Kranken- und Unfallversicherung fallen in den Aufgabenbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Für die Arbeitslosenversicherung ist ebenfalls das BMASK zuständig, Aufgaben bezüglich Arbeitslosengeld, Notstandshilfe und aktiver Arbeitsmarktmaßnahmen werden vom Arbeitsservice (auf Länderebene tätig) durchgeführt.

Universelle Systeme wie Familienbeihilfen sowie Kinderabsetzbetrag, Kinderbetreuungsgeld und Pflegegeld können von der gesamten Wohnbevölkerung, unabhängig vom Erwerbsstatus oder von den Einkommensverhältnissen, in Anspruch genommen werden. Der Kinderabsetzbetrag wird im Rahmen der Familienbeihilfe ausgezahlt, die gemeinsam mit dem Kinderbetreuungsgeld Teil des FLAF und damit im Aufgabenbereich des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend (BMWVF) liegt. Belange bezüglich des Pflegegelds liegen im Aufgabenbereich des BMASK (vgl. Kap. 4.1).

Bedarfsorientierte Leistungen werden nach Prüfung und Erfüllung bestimmter Einkommenskriterien zugestanden. Hervorzuheben ist diesbezüglich die bedarfsorientierte Mindestsicherung (bis 2010 Sozialhilfe), bei der ein einheitlicher sozialer Mindeststandard für ganz Österreich festgelegt wurde.

Der Sozialschutz für die Beamtinnen und Beamten beinhaltet insbesondere eigene Pensionsregelungen, die allerdings schrittweise an die Regelungen der gesetzlichen Pensionsversicherung herangeführt werden. Die Pensionen und die Gesundheitsversorgung der Beamtinnen und Beamten erfolgt zum größten Teil aus den staatlichen Budgets der Gebietskörperschaften.

Sozialentschädigungen für Kriegs- und Heeresopfer, für Verbrechenopfer und Opfer von Impfschäden werden vom BMASK administriert.

Für größere Bevölkerungsgruppen relevant ist die arbeitsrechtliche Absicherung, die ebenfalls im Aufgabenbereich des BMASK liegt. Das Arbeitsrecht gewährleistet u. a. finanzielle Absicherung im Krankheitsfall und bei Schwangerschaft, enthält Regelungen für berufstätige Eltern (Pflegefreistellungen) und betreffend Arbeits- und Ruhezeiten etc. Die genannten Punkte tragen über die Erziehungsberechtigten indirekt, im Falle berufstätiger Jugendlicher direkt zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bei.

Betriebliche Formen der Altersvorsorge werden u. a. im Betriebspensionsgesetz (BPG; BGBl 1990/282) geregelt, für dessen Vollziehung das BMASK zuständig ist. Dabei handelt es sich um betriebliche Zusatzsysteme zur gesetzlich vorgesehenen Alterspension, die zur Erhöhung des Haushaltseinkommens beitragen.

Um die gesellschaftliche Teilhabe von sozial benachteiligten Gruppen bzw. von Personen mit geringem oder ohne Einkommen zu ermöglichen, ist ein bestimmtes Maß an **Mobilität** notwendig. So sind in den Ausgaben des FLAF Freifahrten und Fahrtenbeihilfen für Schüler/innen und Lehrlinge enthalten. Zusätzlich erfolgt die Gewährung eines Mobilitätzuschusses des Bundes im Aufgabenbereich des BMASK über die Landesstellen des Bundessozialamtes. Der Mobilitätzuschuss wird Behinderten gewährt, denen die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel nicht zumutbar ist und die im Antragsjahr zumindest drei Monate erwerbstätig sind. Auch die Genehmigung eines Pendlerpauschales für behinderte Arbeitnehmer/innen, denen die Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels nicht möglich oder zumutbar ist, liegt im Aufgabenbereich des BMASK (BMASK 2010f). Die genannten Maßnahmen tragen nicht nur wesentlich zur Erhöhung der Mobilität und damit zur sozialen Teilhabe der betroffenen Personen bei, sondern wirken auch auf das verfügbare Haushaltseinkommen.

Wie in Abschnitt 3.1 ausgeführt, liegen Maßnahmen im Bereich **Bildung** in erster Linie im Aufgabenbereich des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK). Das BMASK spielt jedoch eine wesentliche Rolle an der Schnittstelle von Schule, **Ausbildung** und Beruf. In diesem Zusammenhang ist das bereits in Kapitel 1.1 beschriebene Arbeitsverfassungsgesetz (ArbVG; BGBl 1974/22) ebenso zu erwähnen wie das Bundesgesetz über die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen 1987 (KJBG; BGBl 1987/599) sowie das Arbeitsinspektionsgesetz (ArblG; BGBl 1993/27).

Die genannten Gesetze und ihre Einhaltung wirken direkt auf das Wohlergehen der in Ausbildung befindlichen bzw. berufstätigen Jugendlichen. Die Vollziehung dieser Gesetze liegt beim BMASK. Das Berufsausbildungsgesetz (BAG; BGBl 1969/142), das beim Erlernen eines Lehrberufs bzw. bei der Bereitstellung einer Lehrstelle zum Tragen kommt, liegt im Aufgabenbereich des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend (BMWFJ).

Vom BMASK wurde im Frühjahr 2010 zeitgleich der „Boys' Day“ und der „Girls' Day“ veranstaltet (BMASK 2010j). Ziel der Veranstaltung ist es, Jugendliche, die vor einer Berufsentscheidung stehen, für Berufe zu begeistern, die nicht der traditionellen Geschlechterrolle folgen. Diese Erweiterung des Berufswahlspektrums erhöht die Chancen auf einen Ausbildungs- und Arbeitsplatz und soll mithelfen, die Einkommensschere zwischen Frauen und Männern zu schließen.

Viele der im BMASK angesiedelten Gesetzeswerke haben Einfluss auf die **berufliche Situation** oder **das Ausmaß der Berufstätigkeit**. In erster Linie ist hier das ASVG (BGBl 1955/189) zu nennen, das u. a. verschiedene Formen der Versicherung im Zusammenhang mit beruflicher Tätigkeit beinhaltet. Ebenfalls in der Vollziehung des BMASK befindet sich das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG; BGBl I 2005/82), das sich im Wesentlichen mit der Gleichstellung von Behinderten und nichtbehinderten Personen beschäftigt. Es behandelt nicht nur den unmittelbaren Schutz der behinderten Person selbst, sondern beinhaltet auch ein Diskriminierungsverbot, das sich z. B. auch auf die Eltern behinderter Kinder bezieht. Das Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG; BGBl 1970/22) wird im Wesentlichen vom BMASK vollzogen und behandelt Beschäftigungspflicht bzw. Diskriminierungsverbot im Zusammenhang mit der Berufstätigkeit behinderter Arbeitnehmer/innen. Auch hier ergibt sich der indirekte Einfluss über behinderte Erziehungsberechtigte als Arbeitnehmer/innen bzw. die direkte Wirkung auf die Gesundheit behinderter, jugendlicher Arbeitnehmer/innen.

Das Gleichbehandlungsgesetz fällt ebenfalls in den Verantwortungsbereich des BMASK und regelt die Gleichbehandlung von Frauen und Männern im Arbeitsleben in der Privatwirtschaft (GIBG; BGBl I 2004/66). Das Gesetz wurde um die möglichen Diskriminierungsgründe ethnische Zugehörigkeit, Religion oder Weltanschauung, Alter und sexuelle Orientierung erweitert. Neben der angestrebten Gleichbehandlung im Arbeitsleben soll durch das Gesetz auch die Gleichbehandlung ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit außerhalb des Arbeitslebens erreicht werden. Das Gesetz soll des Weiteren die Gleichbehandlung von Frauen und Männern beim Zugang zu und bei der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen garantieren und beinhaltet Grundsätze für die Regelung der Gleichbehandlung im Arbeitsleben in der Land- und Forstwirtschaft (BMASK 2010c).

Das Mutterschutzgesetz (MSchG; BGBl 1979/221) befindet sich in großen Teilen in der Vollziehung des BMASK und regelt die Beschäftigung für werdende Mütter sowie verschiedene Beschäftigungsverbote in diesem Zusammenhang. Außerdem beinhaltet es Paragraphen bezüglich Entlassungsschutz und Weiterzahlung des Arbeitsentgelts und gibt Auskunft über die Möglichkeiten der Aufteilung der Karenzzeit zwischen Vater und Mutter. Da die Schwangerschaft eine besonders sensible Phase darstellt, haben entsprechende Maßnahmen wesentlichen Einfluss auf die spätere (gesundheitliche) Entwicklung des Kindes.

Auf die Förderung der Arbeitsmarktchancen von Jugendlichen zielt die Jugendbeschäftigungsoffensive „Aktion Zukunft Jugend!“, die eine Ausbildungsgarantie für Jugendliche bis 18 Jahren und eine Arbeitsplatz- oder Ausbildungsgarantie für Jugendliche zwischen 19 und 24 Jahren beinhaltet. Besondere Bedeutung kommt dabei Ausbildungsmöglichkeiten im Lehrlingsbereich zu, die durch spezielle Lehrgänge, Lehrstellenförderung und Bereitstellung von Ausbildungsplätzen in überbetrieblichen Lehrwerkstätten unterstützt werden (BMASK 2009).

Mit den Arbeitsmarktchancen und Möglichkeiten von Jugendlichen beschäftigt sich auch die im Herbst 2010 vom BMASK herausgegebene Studie „Jugend und Arbeit in Österreich“ (BMASK 2010b).

Maßnahmen des BMASK im Zusammenhang mit **Herkunft und Migration** sind im Wesentlichen im Gleichbehandlungsgesetz (GIBG; BGBl I 2004/66) zu finden (vgl. oben). Es beinhaltet u. a. Abschnitte über die Gleichbehandlung von Personen ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit, Religion oder Weltanschauung etc. in der Arbeitswelt, aber auch in anderen Bereichen. Beispielsweise fördert das BMASK – im Rahmen von Maßnahmen zur Gewaltprävention – das aktionsorientierte Forschungsprojekt „3rd Millenium Muslim Man“ zur Förderung des Verständnisses männlicher muslimischer und nicht-muslimischer Jugendlicher in Österreich. Ziele des Projekts sind unter anderem das Aufzeigen von Perspektiven und Sichtweisen der jungen männlichen Muslime in Österreich sowie der Abbau von Stereotypen auf beiden Seiten und von Islamophobie (BMSK 2008b).

Ebenfalls vom BMASK wurde 2010 der „Leitfaden für diskriminierungsfreie Sprache, Handlungen, Bild Darstellungen“ herausgegeben (Voglmayr 2010). Er bezieht sich nicht nur auf den Umgang mit Migrantinnen/Migranten und Menschen mit anderer Religionszugehörigkeit oder Weltanschauung, sondern auch auf alte Menschen, Menschen mit Behinderungen etc. Schon

in BMSK 2008a wurden Maßnahmen zur Integration von Migrantinnen/Migranten gefordert wie z. B. die Schaffung einer Integrationsplattform oder frauenspezifische Aktivitäten. Auch der Betreuung von Flüchtlingen und Asylwerberinnen und -werbern ist nach BMSK 2008a vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken.

Zum Abschluss dieses Kapitels sei das Sozialtelefon (BMSK 2010k) als allgemeiner Bürgerservice des BMSK erwähnt. Es bietet einen Wegweiser im Aufgabenbereich des BMSK (Arbeitsmarkt, Arbeitsrecht, Arbeitsinspektion, Pensionsversicherung, berufliche Eingliederung von Menschen mit Behinderung, Pflegevorsorge, Männer-, Senioren- und Freiwilligenangelegenheiten sowie Konsumentenschutz) und für allgemeine Fragen zu Themen im Sozialbereich. Information und Beratung im Zusammenhang mit Behinderungen und fallweise auch für Personen in anderen schwierigen Lebenssituationen werden zur Verfügung gestellt.

Das BMSK bietet auch Publikationen an, die das Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen zumindest marginal beeinflussen können. In diesem Zusammenhang sei die Schriftenreihe „Einblick“ genannt, die in acht Bänden Orientierungshilfen zum Thema Behinderungen bietet. Besonders erwähnt seien die Broschüren zu den Themen Kindheit und Jugend (BMSK 2010d), Arbeit (BMSK 2010e), Finanzielles (BMSK 2010f) und Gleichstellung (BMSK 2010g). Die Publikation Sozialschutz in Österreich (BMSK 2010a) gibt einen Gesamtüberblick zu den Leistungen des Sozialstaats. Die Publikation stellt ausführlich die existierenden Unterstützungsmaßnahmen für Familien sowie im Fall von Krankheit, Arbeitslosigkeit, sozialen Notlagen etc. dar und soll damit dazu beitragen, dass Betroffene bestehende Ansprüche identifizieren und in Anspruch zu nehmen können. Durch eine daraus resultierende Erhöhung des Haushaltseinkommens ergeben sich indirekt Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

4.2.1.3 Gesundheitsdienstleistungen

Die Verfügbarkeit von Gesundheitseinrichtungen und -dienstleistungen (Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische und psychosoziale Einrichtungen und Angebote) hat ebenfalls einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit.

In § 84a ASVG (BGBl 1955/189) ist die Mitwirkung der Sozialversicherung an der Planung und Steuerung des Gesundheitswesens festgelegt und somit ein Einbezug des BMSK in die gesundheitspolitische Planung definiert.

Bezüglich der Zugänglichkeit von Gesundheitsdienstleistungen ist die in den Verantwortungsbereich des BMSK fallende bedarfsorientierte Mindestsicherung von Relevanz, da diese auch die e-Card beinhaltet und somit uneingeschränkter und unbürokratischer Zugang zu medizinischen Leistungen besteht.

Zur Unterstützung von Pflegegeldbezieherinnen und -beziehern sowie pflegender Angehöriger wurde beim BMASK das „Pflegetelefon“ eingerichtet. Es bietet Hilfe bei Fragen zum Pflegegeld oder zu versicherungsrelevanten (BMSK 2009). Die Plattform für pflegende Angehörige bietet ebenfalls ein breites Informationsangebot zum Thema Pflege.

4.2.1.4 Ökologische und physische Umwelt

Die ökologische und physische Umwelt hat – vor allem auch bei Kindern und Jugendlichen – relevanten Einfluss auf die Lebensqualität und kann teilweise auch direkt auf die körperliche wie psychische Gesundheit einwirken. Maßnahmen und Aktivitäten des BMASK, die sich auf die ökologische Umwelt beziehen, ließen sich nicht eruieren.

4.2.2 Faktoren individueller Lebensweise (Verhalten)

Die Faktoren der individuellen Lebensweise wirken oft unmittelbar auf die Gesundheit ein. Sie werden mit zunehmendem Alter immer mehr durch selbstständige Entscheidungen des Kindes bzw. der Jugendlichen determiniert. Maßnahmen, die direkt auf gesundheitsrelevante(s) Verhalten(sänderungen) abzielen, liegen in erster Linie im Aufgabenbereich des Gesundheitsresorts und nicht des BMASK.

4.2.3 Resümee

Im Rahmen seines Aufgabenbereichs beeinflusst das BMASK (Arbeit und Soziales) im Wesentlichen das **sozioökonomische Umfeld** der Gesamtbevölkerung sowie einzelner Bevölkerungsgruppen. Da die sozioökonomischen Verhältnisse und Möglichkeiten einen zentralen Bedingungsfaktor hinsichtlich der Gesundheit für Kinder und Jugendliche sowohl direkt als auch indirekt darstellen, ist dieser Bereich von großer Relevanz. Einige der im BMASK angesiedelten Aufgaben und die daraus resultierenden Maßnahmen betreffen jedoch auch das **soziale und kommunale Umfeld** der Bevölkerung. Die Gesundheitsdeterminanten, **Gesundheitsdienstleistungen** und die **ökologische Umwelt** werden durch Maßnahmen des BMASK - wenn überhaupt - nur in geringem Ausmaß beeinflusst.

Soziale und ökonomische Benachteiligung hat massive Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Deswegen kann davon ausgegangen werden, dass sämtliche Maßnahmen zur Verringerung bzw. Kompensation sozialer und ökonomischer Probleme auch der Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen dienlich sind. Die Zielsetzungen im Sozial- und Arbeitsbereich decken sich somit in weiten Bereichen mit den Zielen im Gesundheitssektor.

Bibliographie

BGBI II 1955/189. Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG) in der geltenden Fassung

BGBI 1969/142. Bundesgesetz vom 26. März 1969 über die Berufsausbildung von Lehrlingen (Berufsausbildungsgesetz - BAG) in der geltenden Fassung

BGBI 1970/22. Bundesgesetz vom 20. Jänner 1970 (Behinderteneinstellungsgesetz - BEinstG) in der geltenden Fassung

BGBI 1974/22. Bundesgesetz vom 14. Dezember 1973 betreffend die Arbeitsverfassung (Arbeitsverfassungsgesetz – ArbVG) in der geltenden Fassung

BGBI 1979/221. Bundesgesetz vom 31. Mai 1979 (Mutterschutzgesetz – MSchG) in der geltenden Fassung

BGBI 1986/76. Bundesgesetz vom 20. Feber 1986 über die Zahl, den Wirkungsbereich und die Einrichtung der Bundesministerien (Bundesministeriengesetz 1986 – BMG) in der geltenden Fassung

BGBI. Nr. 599/1987. Bundesgesetz vom 18. Dezember 1987 über die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendlichen-Beschäftigungsgesetz – KJBG) in der geltenden Fassung

BGBI 1990/282. Bundesgesetz vom 17. Mai 1990, mit dem betriebliche Leistungszusagen gesichert (Betriebspensionsgesetz - BPG), das Arbeitsverfassungsgesetz sowie das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Insolvenz-Entgeltsicherungsgesetz geändert werden, in der geltenden Fassung

BGBI 1993/27. Bundesgesetz vom 14. Jänner 1993 über die Arbeitsinspektion (Arbeitsinspektionsgesetz 1993 - ArbIG) in der geltenden Fassung

BGBI I 2003/111. Bundesgesetz vom 12. Dezember 2003 über das gerichtliche Verfahren in Rechtsangelegenheiten außer Streitsachen (Außerstreitgesetz - AußStrG) in der geltenden Fassung

BGBI I 2004/66. Bundesgesetz vom 23. Juni 2004, mit dem ein Bundesgesetz über die Gleichbehandlung (Gleichbehandlungsgesetz - GIBG) erlassen und das Bundesgesetz über die Gleichbehandlung von Frau und Mann im Arbeitsleben geändert werden, in der geltenden Fassung

BGBI I 2005/82. Bundesgesetz vom 10. August 2005 über die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz - BGStG) in der geltenden Fassung.

BMASK (2009): Presseunterlage zu Aktion Zukunft Jugend! Für mehr Beschäftigung in Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien. http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/0/5/6/CH0483/CMS1239957677003/090401_presseunterlage_aktion_zukunft_jugend2%5B1%5D.pdf (14. 11. 2012)

BMASK (2010a): Sozialschutz in Österreich 2010. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien

- BMASK (2010b): Jugend und Arbeit in Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- BMASK (2010c): Chancengleichheit. das Gleichbehandlungsrecht in Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- BMASK (2010d): Einblick 1. Kindheit und Jugend. Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- BMASK (2010e): Einblick 2. Arbeit. Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- BMASK (2010f): Einblick 7. Finanzielles. Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- BMASK (2010g): Einblick 8. Gleichstellung. Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- BMASK (2010h): Aktive Väter/Väterbeteiligung. <http://www.bmask.gv.at/cms/site/dokument.html?channel=CH0047&doc=CMS1218463173455>. (1. 12. 2010)
- BMASK (2010i): Gewaltprävention. <http://www.bmask.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0049>. (3. 12. 2010)
- BMASK (2010j): Girls' Day und Boys' Day. <http://www.bmask.gv.at/cms/site/presseaussendung.html?channel=CH0016&doc=CMS1272011496586>. (21. 12. 2010)
- BMASK (2010k): Sozialtelefon. <http://www.bmask.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0510>. (21. 12. 2010)
- BMASK o. J.: Grundsätze des BMASK für die Gewährung einer Förderung der Besuchsbegleitung im Sinne des § 111 AußStrG. <http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/9/1/1/CH0151/CMS1219043246226/grundsaeetze.pdf>. (1. 12. 2010)
- BMSK (2008a): Österreichischer Bericht über Strategien für Sozialschutz und soziale Eingliederung. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- BMSK (2008b): Bundesminister Buchinger informiert: Gewaltprävention: http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/0/2/CH0152/CMS1219054608825/080423_presseunterlage_gewalt%5B1%5D.pdf (21. 12. 2010)
- BMSK (2009): Sozialbericht 2007-2008. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. Wien
- Melinz, Gerhard (2003): Armutspolitik und Sozialversicherungsstaat: Entwicklungsmuster in Österreich (1860 bis zur Gegenwart). In: ÖGL 2003, Heft 2b-3, 136-161
- Voglmayr, Irmtraud (2010): Leitfaden für diskriminierungsfreie Sprache, Handlungen, Bild Darstellungen. Herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Wien. https://broschuerenservice.bmask.gv.at/PubAttachments/leitfaden_diskrim_2010_web01.pdf (22. 12. 2010)

