

Gesundheitsbericht Kinder und Jugendliche

Überblick über chronische Krankheiten – Adipositas – Depression



Impressum

Medieninhaber:in und Herausgeber:in:

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

Verlagsort: Wien

Herstellungsort: Wien

Druck: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
(BMSGPK)

Copyright Titelblatt: © istock/StockPlanets

Wien, 2024. Stand: 22. Juli 2024

Copyright und Haftung:

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

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Winkler, Petra; Ecker, Sandra; Delcour, Jennifer; Kern, Daniela; Nowotny, Monika (2024): Gesundheitsbericht Kinder und Jugendliche. Überblick über chronische Krankheiten – Adipositas – Depression. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.), Wien.

Der Bericht entstand aus einer Kooperation der Abteilungen VI/A/1, VII/A/3 und VII/A/4 des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).

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

Bestellinfos: Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Vorwort



© Marcel Kulhanek

Sehr geehrte Damen und Herren!

Gesunde Kinder und Jugendliche sind die gesunden Erwachsenen von morgen, weswegen ihrer Gesundheit besondere Bedeutung zukommt. Obwohl Kinder und Jugendliche die gesündeste Bevölkerungsgruppe darstellen, nehmen insbesondere chronische Erkrankungen in dieser Gruppe zu.

Hier muss die Politik gegensteuern. Denn wir wollen, dass die Menschen in unserer Gesellschaft nicht nur bessere Chancen auf eine möglichst hohe Lebenserwartung haben, sondern dass sie auch gesund und mit guter Lebensqualität alt werden.

Gesundheitsberichterstattung ist eine wichtige Grundlage für politische Entscheidungen und Handlungen. Sie informiert über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung sowie über gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens und fördert so das Verständnis und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesellschafts- und Politikbereichen („Health in All Policies“).

Kinder und Jugendliche gelten durch die Nachwirkungen der Corona-Pandemie sowie durch sonstige Krisen (u. a. Klimawandel, kriegerische Konflikte) als besonders belastet. Sie stehen daher im Fokus des aktuellen Gesundheitsberichts. Er gibt einen Überblick über die häufigsten chronischen Erkrankungen in der Kindheit und Jugend und legt einen besonderen Schwerpunkt auf Übergewicht und Adipositas sowie auf Depression.

Diese Erkrankungen weisen eine vergleichsweise hohe Prävalenz auf, führen oft zu schwerwiegenden Langzeitfolgen, sind stigmatisierend und führen aufgrund zahlreicher Komorbiditäten zu enormen Belastungen für Betroffene und das Gesundheitssystem. Um dem entgegenzuwirken, zeigt der Bericht Handlungsmöglichkeiten in allen Bereichen des Gesundheitswesens auf – von der Gesundheitsförderung über die Prävention bis hin zur Krankenversorgung.

Als Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ist es mir ein besonderes Anliegen, entsprechende Maßnahmen in Angriff zu nehmen, um den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Österreich zu erhalten bzw. zu verbessern.

Ihr Johannes Rauch

Kurzfassung

Hintergrund

Gesundheitsberichte sollen im Idealfall die Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen von der Gesundheitsförderung über die Prävention bis zur Krankenversorgung und Rehabilitation darstellen. Deshalb wurde der vorliegende Gesundheitsbericht sektorenübergreifend von drei Abteilungen des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) beauftragt. Weitere Stakeholder:innen innerhalb und außerhalb des BMSGPK wurden in die Diskussion der Ergebnisse und der Schlussfolgerungen eingebunden.

Um inhaltlich in die Tiefe gehen zu können, wurde das Thema sehr eng gefasst. Auf Basis eines Überblicks über häufige Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen wurden zwei Themen gewählt, die aufgrund der Prävalenz und der jüngsten Entwicklung deutlich an Brisanz gewonnen haben: Adipositas und Depression, also eine somatische und eine psychische Erkrankung, die auch miteinander in Wechselwirkung stehen.

Methoden

Dem Gesundheitsbericht liegt ein Mixed-Methods-Ansatz zugrunde. Zu Beginn stand ein Scoping Review, bei dem sich zwei Grundlagendokumente als absolut zentral herausstellten: das Nationale Konzept zur Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und das Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche. Für die Analyse der Prävalenz wurden Gesundheitsberichte und einschlägige Studien bzw. Befragungen, wie die HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children), COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) oder die MHAT-Studie (Mental Health in Austrian Teenagers), herangezogen. Ergänzt wurde die Analyse durch qualitative leitfadengestützte Interviews mit jungen Betroffenen, Pädagoginnen und Pädagogen sowie Fachexpertinnen und -experten. Im Rahmen von zwei Workshops wurden die Ergebnisse und Schlussfolgerungen mit oben genannten Stakeholderinnen und Stakeholdern diskutiert. Diese wurden auch zu einem Review des Berichtsentwurfs eingeladen.

Ergebnisse

Laut Selbstangaben bei der HBSC-Befragung hatten 2021/2022 17 Prozent der 11- bis 17-jährigen Schülerinnen und 25 Prozent der gleichaltrigen Burschen Übergewicht oder Adipositas. Das waren deutlich mehr als zehn Jahre davor. Je nach Altersgruppe war ein Anstieg zwischen vier und sieben Prozentpunkten zu beobachten. Gemäß COSI – einer Studie mit gemessenen Daten bei Volksschulkindern – waren im Jahr 2020 je nach Klassifikationsgrundlage (WHO oder IOTF) unter den 7- bis 10-Jährigen jeder dritte bis vierte Bub und jedes vierte bis fünfte Mädchen übergewichtig oder adipös. In Städten ist die Prävalenz höher als in ländlichen Regionen. Österreich liegt damit im oberen Mittelfeld aus 36 an COSI teilnehmenden Ländern. Insbesondere hinsichtlich Adipositas sind Burschen deutlich häufiger betroffen als Mädchen.

Depressive Störungen verursachen bei der Altersgruppe der unter 19-Jährigen den größten Verlust an gesunden Lebensjahren innerhalb aller psychiatrischen Störungen. In der MHAT-Studie wurden eine Punktprävalenz von fast 3 Prozent und eine Lebenszeitprävalenz von rund 6 Prozent bei 10- bis 18-Jährigen in Österreich in den Jahren 2013–2015 erhoben. Laut ATHIS 2019 berichteten fast 2 Prozent aller 15- bis 19-Jährigen in Österreich von einer ärztlich diagnostizierten Depression innerhalb der letzten zwölf Monate, weitere 2 Prozent waren eigenen Angaben zufolge von einer Depression betroffen. Deutlich höher ist gemäß HBSC, in der das emotionale Wohlbefinden mit dem WHO-5-Messinstrument erfasst wird, der Anteil an Jugendlichen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit einer vorliegenden depressiven Verstimmung oder Depression: 22 Prozent der Mädchen und 10 Prozent der Burschen im Alter von 11 bis 17 Jahren sind betroffen. Besonders drastisch zeigt sich die Entwicklung der Hospitalisierungsraten von bis 19-Jährigen aufgrund der ICD-10-Diagnosen F32 und F33 (depressive Episoden und Rezidivierende depressive Störung), die sich in Akutkrankenhäusern zwischen 2002 und 2022 vervierfacht hat und insbesondere bei den Mädchen seit 2014 stark angestiegen ist. Nochmal ein deutlicher Anstieg war nach dem Jahr 2020 durch die COVID-19-Pandemie, wiederum vor allem bei Mädchen, zu beobachten.

Die beiden Krankheitsbilder begünstigen sich gegenseitig. Adipositas ist vielfach schon im Jugendalter mit zahlreichen Komorbiditäten (z. B. muskuloskelettalen Problemen, Schlafapnoe, Asthma, Insulinresistenz, Fettleber, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychischen Problemen) assoziiert, zu denen im Erwachsenenalter weitere erhöhte Krankheitsrisiken hinzukommen (z. B. Atherosklerose, Typ-2-Diabetes, Dyslipidämie, Hypertonie, Leberfibrose, verschiedene Krebsarten). Depressive Erkrankungen verstärken häufig bereits bestehende Beschwerden und Erkrankungen. Menschen mit depressiven Erkrankungen haben ein 20-fach erhöhtes Suizidrisiko. Sowohl Adipositas als auch Depression (und die Begleiterkrankungen) tragen dazu bei, dass die Fehlzeitquoten in der Schule höher und dadurch die schulischen

Leistungen beeinträchtigt sind. Adipositas und Depression bei Kindern und Jugendlichen stellen deshalb eine enorme Belastung für das Gesundheitswesen dar, haben darüber hinausgehende gesellschaftliche Konsequenzen und bedeuten für die Betroffenen eine Verringerung von Bildungschancen, Lebenserwartung und Lebensqualität. Es zeigt sich schon im Kindes- und Jugendalter ein besorgniserregend steigender Trend bei Übergewicht und Adipositas, der durch die Pandemie noch verschärft worden ist. Zwar geben die Daten der Spitalstatistik keinen Aufschluss über die Prävalenz von Depression, doch die Zahl der jungen Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern mit der Diagnose Depression ist in den letzten Jahren gestiegen. Beide Erkrankungen haben eine starke sozioökonomische Komponente – Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien sind häufiger betroffen – und beide Erkrankungen sind stigmatisierend.

Ursachen und Risikofaktoren sind bei beiden Erkrankungen sehr komplex und teilweise ident (z. B. niedriger sozioökonomischer Status, psychosoziale Risikofaktoren, Bewegungsmangel). Hinsichtlich Adipositas werden all jene Umweltfaktoren, die die Entstehung von Übergewicht fördern, als adipogenes Umfeld beschrieben, dieses umfasst auch wirtschaftliche Einflussgrößen (z. B. Art der Lebensmittelerzeugung und -verarbeitung sowie Lebensmittel- und Speisenangebot) – hier anzusetzen ist eine gesellschaftliche und keine individuelle Aufgabe.

Gesundheitsförderung und Prävention können eine maßgebliche Rolle zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern einnehmen, wenn die Maßnahmen sehr früh und auf der Verhältnisebene ansetzen. Werden die Lebensbedingungen in der frühen Kindheit verbessert, verringert sich das Risiko sowohl für Adipositas als auch für Depression. Mit den Frühen Hilfen, einem Unterstützungsangebot für werdende Eltern und Familien mit Kindern bis zu drei Jahren, und deren kürzlichem flächendeckenden Ausbau in ganz Österreich ist ein diesbezüglich wichtiger Schritt gelungen. Auch mit der in Umsetzung befindlichen Neuausrichtung des Eltern-Kind-Passes können frühe Präventionsschritte gegen Adipositas und Depression gesetzt werden. Das BMSGPK adressiert durch die Verabschiedung von Leitlinien u. a. zu Mittagessen in der Schule, Mittagessen im Kindergarten und zum Schulbuffet mit dem Ziel der Verbesserung des Lebensmittel- und Speisenangebots für Schulkinder ebenfalls die Verhältnisebene. Weiters wird die Verhältnisebene im Rahmen des Programms „Richtig essen von Anfang an!“ u. a. durch das Österreichische Nährwertprofil zur Lenkung von Lebensmittelwerbung an Kinder in Audiovisuellen Medien adressiert (NEK 2021; Winzer et al. 2023). Mit der österreichweiten Initiative des FGÖ „Kinder essen gesund“ soll Kindern eine gesundheitsförderliche und klimafreundliche Ernährungsweise vermittelt werden. Doch die steigenden Prävalenzzahlen und die komplexen Determinanten legen nahe, dass noch mehr Anstrengungen unternommen werden müssen. Wichtig ist die Zusammenarbeit

mit dem Bildungsressort, aber auch mit anderen Politikfeldern, wenn es beispielsweise um die Förderung bzw. die Ermöglichung von Bewegung geht.

Großer Handlungsbedarf besteht auch im Bereich der Versorgung. Es gibt derzeit keine klaren Behandlungspfade (wichtige Grundlagendokumente sind zwar vorhanden, aber nicht handlungsleitend/verbindlich) und es gibt zu wenig Ressourcen.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Prävalenz von Übergewicht/Adipositas hat in den letzten Jahren – verschärft durch die COVID-19-Pandemie – zugenommen. Auch depressive Symptomatiken bei Kindern und Jugendlichen scheinen zugenommen zu haben. Nicht zuletzt wegen der potenziellen Komorbiditäten sollte das primäre Ziel die Prävention der Erkrankungen sein. Aufgrund der Komplexität der Erkrankungen hinsichtlich ihrer Ursachen und Risikofaktoren und der starken sozioökonomischen Komponente ist dabei ein ganzheitlicher Ansatz entscheidend. Die Verhältnisse gesundheitsfördernd zu gestalten, stellt eine wichtige Basis dar, wobei das Angebot der Frühen Hilfen genau dies für die Zeit der frühen Kindheit intendiert. Auch die in Umsetzung befindliche Neuausrichtung des Eltern-Kind-Passes mag zu mehr Beratung während der Schwangerschaft motivieren, wodurch sich idealerweise der Start ins Leben günstiger gestaltet. Aber auch sehr spezifische Maßnahmen, wie z. B. das Nährwertprofil zur Lenkung von Lebensmittelwerbung an Kinder in Audiovisuellen Medien, adressieren die Verhältnisebene. Aufklärungsarbeit für Familien, flächendeckende Gesundheitsförderungsprogramme und die Förderung der Gesundheitskompetenz in der breiten Bevölkerung, stellen weitere Hebel dar, um die Gesundheit zu fördern und die Entstehung der Erkrankungen zu verhindern. Insbesondere in Hinblick auf Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien hat die Etablierung von Präventionsketten ein großes Potenzial.

Bereits betroffene Kinder und Jugendliche müssen umfassend versorgt werden. In vorliegendem Bericht wird großer Handlungsbedarf in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas oder depressiven Störungen (bzw. psychischen Störungen im Allgemeinen) gesehen, für die derzeit keine klaren Behandlungspfade, jedoch Grundlagendokumente und Empfehlungen von Fachexpertinnen und Fachexperten existieren. Neben der Definition eines klaren Behandlungspfads, gekoppelt mit an Qualitätskriterien gebundener Kostenübernahme von Therapien, sollte ein Ausbau der Angebotslandschaft (z. B. kassenfinanzierte Psychotherapieplätze, Adipositasambulanzen) verfolgt werden – nach regionalen Bedarfen und Besonderheiten und mit Fokus auf einen niederschweligen Zugang. Transition sollte in allen Punkten mitgedacht und verbessert werden. Zudem erfordern chronische Erkrankungen eine langfristige Begleitung durch eine fallführende Stelle – eine Rolle, die im

Idealfall von der Primärversorgung geleistet wird. Einen wesentlichen Beitrag hierfür können, auch aufgrund der Komplexität der beiden Krankheitsbilder, die multiprofessionellen Primärversorgungseinheiten (PVE) – insbesondere die Kinder-PVE –, deren flächendeckender Aufbau in Österreich geplant ist, künftig leisten. Voraussetzung ist allerdings eine standardisierte Ausbildung der involvierten Gesundheitsberufe. Neben dem Ausbau der Angebotslandschaft gilt es auch, eine Übersichtlichkeit sowohl für Betroffene als auch für Versorger:innen sicherzustellen und die Vernetzung von Fachgesellschaften und Versorger:innen bzw. Versorgern zu fördern.

Grundstein für den Einstieg in die Versorgung ist, dass die Erkrankung als solche (an)erkannt werden, was sowohl für Adipositas als auch für depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen nicht durchgehend gegeben ist. Daher sind Sensibilisierungsmaßnahmen notwendig, was eine Weiterentwicklung von Aus- und Fortbildung von Gesundheitsberufen, aber auch von pädagogischen Berufen voraussetzt. Bewusstseinsbildung hat darüber hinaus das Potenzial, die Erkrankungen zu entstigmatisieren, wobei hierfür in solchen Aus- und Fortbildungen Stigma als eigenes Thema behandelt werden sollte. Beide Erkrankungen sind derzeit stark stigmatisiert. Betroffene Kinder und Jugendliche erfahren Stigmatisierung nicht nur durch ihre Peers, Bezugspersonen und Eltern, sondern teilweise auch durch professionelle Berufsgruppen, etwa durch ungenügend sensibilisierte Pädagoginnen und Pädagogen oder Gesundheits- und Sozialberufe. Stigmatisierung durch Andere kann zu einer Internalisierung und Akzeptanz dieser negativen Einstellungen bei den Betroffenen selbst führen (Selbststigmatisierung) und dazu, dass aus Scham keine Unterstützung aufgesucht wird. Maßnahmen zur Entstigmatisierung sind also ein weiterer wesentlicher Schritt in Richtung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt.

Der Lebensraum Kindergarten bzw. Schule stellt ein relevantes Setting für Gesundheitsförderung und Sensibilisierung dar, kann aber ebenso in der Erkennung von Unterstützungsbedarf Betroffener eine maßgebliche Rolle spielen. Neben der Sensibilisierung der Pädagoginnen und Pädagogen sowie der Gesundheits- und Sozialberufe in Schulen kann der Ausbau der Gesundheits- und Sozialberufe (Schulärztinnen und -ärzte, Schulpsychologinnen und -psychologen, Schulsozialarbeiter:innen, School Nurses etc.) in Schulen hierfür wesentlich sein.

Im Sinne von Health in All Policies und um Entwicklungen in der Versorgung und Gesundheitsförderung voranzutreiben, ist die Vernetzung und das Commitment aller relevanten Stakeholder:innen und Sektoren (u. a. Gesundheits- und Bildungsressort) wichtig.

Schlüsselwörter

Übergewicht, Adipositas, Depression, depressive Störung, Kinder und Jugendliche, chronische Erkrankungen, Gesundheitsbericht

Summary

Background

Health reports ideally serve as the basis for health policy measures, ranging from health promotion to prevention and patient care. Therefore, the present health report was commissioned across sectors by three departments of the Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection (BMSGPK). Additional stakeholders both within and outside the BMSGPK were involved in the discussion of the results and conclusions.

In order to be able to go into depth, the topic was narrowly defined. Based on an overview of common illnesses in children and adolescents, two themes were selected that have gained significant relevance due to their prevalence and recent developments: obesity and depression. These represent a somatic and a mental health condition, which can also interact with each other.

Methods

The health report follows a mixed-methods approach. It began with a scoping review, during which two foundational documents emerged as crucial: the national concept for the treatment of overweight and obesity in childhood and adolescence from the Austrian Society for Paediatric and Adolescent Medicine; and the model for improved access to psychosocial care for children and adolescents. Health reports and relevant studies and surveys, such as the HBSC study (Health Behavior in School-aged Children), COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) or the MHAT study (Mental Health in Austrian Teenagers), were used to analyze the prevalence. The analysis was further supplemented by qualitative, guided interviews with young affected individuals, educators, and expert professionals. The results and conclusions were discussed with the aforementioned stakeholders in two workshops, who were also invited to review the draft report.

Results

According to self-reports in the HBSC survey in 2021/2022, 17 % of 11- to 17-year-old female students and 25 % of male students in the same age group reported having overweight or obesity. This was significantly higher than ten years prior. Depending on the age group, an increase of four to seven percentage points was observed. According to the COSI study, which collected measured data from elementary school children in 2020, depending on the classification criteria (WHO or IOTF), one-third to one-fourth of 7- to 10-year-olds were

overweight or obese. Prevalence rates were higher in urban areas compared to rural regions. Austria ranks in the upper middle range among the 36 countries participating in COSI. In terms of obesity in particular, boys are significantly more frequently affected than girls.

Among individuals under the age of 19, depressive disorders cause the greatest loss of healthy life years compared to all other psychiatric conditions. The MHAT study reported a point prevalence of nearly three percent and a lifetime prevalence of around six percent among 10- to 18-year-olds in Austria during the years 2013–2015. According to ATHIS 2019, nearly two percent of 15- to 19-year-olds in Austria had received a medical diagnosis of depression within the last twelve months, and an additional two percent self-reported experiencing depression. According to the HBSC study, which measures emotional well-being using the WHO-5 Well-Being Index, the proportion of adolescents with a high probability of depression is significantly higher: 22 % of girls and 10 % of boys aged 11 to 17 are affected. Particularly striking is the trend in hospitalization rates among 10- to 19-year-olds due to ICD-10 diagnoses F32 (depressive episodes) and F33 (recurrent depressive disorder). These rates have quadrupled in acute care hospitals between 2002 and 2022, with a significant increase observed among girls since 2014. Another notable surge occurred after the year 2020 due to the COVID-19 pandemic, again disproportionately affecting girls.

These two health conditions often exacerbate each other. Obesity is frequently associated with numerous comorbidities during adolescence, including musculoskeletal problems, sleep apnea, asthma, insulin resistance, fatty liver, cardiovascular diseases, and psychological issues. In adulthood, additional elevated health risks emerge, such as atherosclerosis, type 2 diabetes, dyslipidemia, hypertension, liver fibrosis, and various cancers. Depressive disorders frequently intensify existing symptoms and illnesses. Individuals with depressive conditions face a 20-fold increased risk of suicide. Both obesity and depression (along with their associated conditions) contribute to higher absenteeism rates in schools, thereby affecting academic performance. For children and adolescents, obesity and depression represent a significant burden on the healthcare system, with broader societal consequences. These conditions also lead to reduced educational opportunities, life expectancy, and overall quality of life. Alarming trends in overweight and obesity are already evident during childhood and adolescence, and the pandemic has further exacerbated this issue. Although the data from the Diagnosis and Performance Documentation of Austrian hospitals (DLD) does not provide any information on the prevalence of depression, the number of young patients in hospitals with a diagnosis of depression has risen in recent years. Both conditions have a strong socio-economic component, with children and adolescents from socio-economically disadvantaged families being more commonly affected. Additionally, both obesity and depression carry social stigma.

The causes and risk factors for both conditions are highly complex and partially overlapping. Factors such as low socio-economic status, psychosocial risk factors, and lack of physical activity play significant roles. With regard to obesity, all those environmental factors that promote the development of obesity are described as an obesogenic environment, which also includes economic factors (e.g. type of food production and processing as well as food and meal supply).

Health promotion and prevention can play a significant role in improving children's health when implemented early and at the systemic level. By enhancing living conditions during early childhood, the risk for both obesity and depression can be reduced. A crucial step in this direction has been the widespread expansion of "Early Childhood Interventions" ("Frühe Hilfen") throughout Austria, which provides assistance to expectant parents and families with children up to three years old. Additionally, the ongoing realignment of the "Parent-Child-Pass" ("Eltern-Kind-Pass") offers opportunities for early prevention measures against obesity and depression.

The BMSGPK also addresses the systemic level by adopting guidelines on e.g., school lunches, kindergarten lunches and school buffets with the aim of improving the range of food and meals on offer for schoolchildren. Furthermore, the systemic level is addressed as part of the "Richtig essen von Anfang an!" program, including the Austrian Nutrient Profile for guiding food advertising to children in audiovisual media (NEK 2021; Winzer et al. 2023). The FGÖ's Austria-wide initiative "Kinder essen gesund" aims to teach children about healthy and climate-friendly eating habits. However, given the rising prevalence rates and complex determinants, further efforts are necessary. Collaboration with the Ministry of Education and other policy areas is essential, especially regarding the promotion of physical activity.

There is a pressing need for action in the area of healthcare provision. Currently, there are no clear treatment pathways (although important foundational documents exist) and insufficient resources.

Conclusions and recommendations

The prevalence of overweight/obesity has increased in recent years, with the COVID-19 pandemic appearing to be an exacerbating factor. Similarly, depressive symptoms among children and adolescents seem to have risen. Not least because of the potential comorbidities, the primary goal should be disease prevention. Due to the complexity of these conditions regarding their causes, risk factors, and strong socio-economic components, a holistic approach is crucial. Creating health-promoting environments serves as a fundamental basis,

and the “Early Childhood Interventions” program specifically targets early childhood. Additionally, the ongoing realignment of the “Parent-Child-Pass” may encourage more counseling during pregnancy, ideally leading to a better start in life. Specific measures, such as implementing nutritional profiles to guide food advertising aimed at children in audiovisual media, also address the systemic level. Educational efforts for families, widespread health promotion programs, and enhancing health literacy among the broader population are additional levers to promote health and prevent the onset of the conditions under consideration. Notably, the establishment of “prevention chains” holds significant potential, especially for children and adolescents from socio-economically disadvantaged families.

Children and adolescents who are already affected by obesity or depressive disorders (and mental health conditions in general) require comprehensive care. The current report highlights significant gaps in the treatment of children and adolescents, where clear treatment pathways are lacking, but foundational documents and recommendations from experts exist. In addition to the definition of a clear treatment pathway, coupled with cost coverage of therapies linked to established quality criteria, an expansion of the availability of services (e.g. health insurance-financed psychotherapy places, obesity outpatient clinics) should be pursued – all tailored to regional needs and specific circumstances, emphasizing low-threshold access. Transition planning should be considered and improved across all aspects of care. In addition, chronic conditions require long-term support from a coordinating entity, ideally provided by primary care services. Due to the complexity of the two conditions, the multi-professional primary health care centres (PVE) - especially those focused on children - which are planned to be established throughout Austria, can make a significant contribution to this in the future. The prerequisite, however, is a standardized relevant training of the involved health professions.

In addition to expanding the range of services, ensuring a clear overview of these services for both affected individuals and providers is essential. This can be achieved through informative brochures and promoting networking between professional societies and healthcare providers.

However, the cornerstone for access to care is that the illness is recognized as such. However, this recognition is not consistently given for both obesity and depressive disorders in children and adolescents. Therefore, awareness-raising measures are necessary, which require further development of education and training for healthcare professions, as well as for educational professions. Additionally, raising awareness has the potential to destigmatize both conditions. In such education and training programs, addressing stigma as a specific topic is crucial. Both conditions currently carry strong stigmatization. Affected children

and adolescents experience stigmatization not only from their peers, caregivers, and parents but sometimes also from professional groups, such as insufficiently sensitized educators and healthcare professionals. Stigmatization by others can lead to internalization and acceptance of these negative attitudes among the affected individuals themselves (self-stigmatization), resulting in reluctance to seek support due to shame. Measures to reduce stigma are therefore another essential step toward creating a health-promoting environment.

The kindergarten and school environment represents a relevant setting for health promotion and awareness-raising. It can also play a crucial role in identifying the support needs of those affected. In addition to raising the awareness of educators and healthcare professionals in schools, expanding the presence of health and social professions (such as school doctors, school psychologists, school social workers, and school nurses) within educational institutions can be essential.

In the spirit of Health in All Policies and in order to advance developments in health care and health promotion, the networking and commitment of all relevant stakeholders and sectors (including the health and education ministries) is vital.

Keywords

Overweight, obesity, depression, depressive disorder, children and adolescents, chronic diseases, health report

Inhalt

Vorwort	3
Kurzfassung	4
Summary	10
1 Einleitung	17
1.1 Themenauswahl.....	18
1.2 Methodik.....	19
1.3 Sprache und Stigma	23
1.4 Danksagung.....	24
2 Überblick	25
2.1 Körperliche Erkrankungen	27
2.2 Psychische Erkrankungen	39
3 Adipositas	49
3.1 Prävalenz.....	51
3.2 Komorbiditäten.....	54
3.3 Sozioökonomische Aspekte	56
3.4 Ursachen und Risikofaktoren.....	57
3.5 Spezifische nationale Strategien, Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme	64
3.6 Versorgungspfade.....	68
3.6.1 Diagnostik	70
3.6.2 Versorgungsebenen und therapeutische Leistungen.....	72
3.6.3 Transition	83
3.7 Herausforderungen für bzw. Anforderungen an Kindergärten und Schulen.....	84
3.8 Hürden, Barrieren und Handlungsempfehlungen für eine optimale Versorgung von Adipositas	85
3.9 Maßnahmen zur Entstigmatisierung	95
4 Depression	98
4.1 Prävalenz.....	100
4.2 Komorbiditäten.....	102
4.3 Sozioökonomische Aspekte	103
4.4 Ursachen und Risikofaktoren.....	104
4.5 Spezifische nationale Strategien, Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme	106
4.6 Versorgungspfade.....	109

4.6.1 Clearing und Diagnostik	110
4.6.2 Behandlung	110
4.6.3 Versorgungsebenen	116
4.6.4 Transition	119
4.7 Herausforderungen für bzw. Anforderungen an Kindergärten und Schulen	120
4.8 Hürden, Barrieren und Handlungsempfehlungen für eine optimale Versorgung von Depression	123
4.9 Maßnahmen zur Entstigmatisierung	126
5 Empfehlungen	129
5.1 Strukturelle Rahmenbedingungen, Gesundheitsförderung und Prävention	129
5.2 Abbau von Stigma und Diskriminierung auf Public-Health-Ebene	131
5.3 Abbau von Stigma und Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung	132
5.4 Bedarfsgerechter Ausbau der Versorgung	133
5.5 Ausbildung und Sensibilisierung von Gesundheitspersonal	136
5.6 Versorgung in Kindergärten und Schulen	137
6 Resümee	138
Tabellenverzeichnis.....	140
Abbildungsverzeichnis.....	141
Literaturverzeichnis	142
Abkürzungen.....	158

1 Einleitung

Gesundheitsberichte sollen im Idealfall die Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen darstellen. Gesundheitsberichte fungieren demnach ganz im Sinne des Public Health Action Cycle (PHAC) – der PHAC ist ein idealtypisches Vier-Phasen-Modell, das zur theoretischen Analyse sowie zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsinterventionen eingesetzt wird (Hartung/Rosenbrock 2022). Ergebnisse von Gesundheitsberichten betreffen dabei alle Bereiche des Gesundheitssystems von der Gesundheitsförderung über die Prävention bis zur Krankenversorgung und Rehabilitation. Wenn alle Bereiche des Gesundheitswesens von Beginn an in die Gesundheitsberichterstattung eingebunden sind und gemeinsam Handlungsbedarfe abgeleitet werden, erhöht sich die Chance, dass Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung tatsächlich handlungsleitend werden. Deshalb wurde der vorliegende Gesundheitsbericht sektorenübergreifend von drei Abteilungen des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), die für nicht übertragbare Krankheiten, für Kindergesundheit sowie für Gesundheitsförderung und Prävention zuständig sind, beauftragt. Weitere Stakeholder:innen aus dem Gesundheitswesen, insbesondere jene aus der Versorgung, wurden in die Diskussion der Ergebnisse und der Schlussfolgerungen eingebunden. Damit soll nicht nur Health in All Policies (HiAP) nach außen, sondern auch die bereichsübergreifende Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitswesens verbessert werden.

Inhaltlich bedeutet dies im Konkreten, dass neben der epidemiologischen Analyse auch die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Versorgungspfade in den Fokus genommen werden. Als Berichtsthema für das Jahr 2023 wurden chronische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen gewählt, da Kinder und Jugendliche aufgrund der COVID-19-Pandemie und auch anderer globaler Krisen, wie dem Ukrainekrieg, dem Krieg im Nahen Osten, aber auch der Teuerung, mit gesundheitlichen (körperlichen, psychischen) Belastungen konfrontiert sind. Außerdem steht die (mangelnde) medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen immer wieder in Diskussion, wobei insbesondere in Krisenzeiten eine mangelnde Versorgung sichtbar wird. Es ist also von Relevanz, einen Fokus auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu lenken, auch deshalb, weil in der Kindheit und Jugend maßgebliche Weichen für die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf gestellt werden.

1.1 Themenauswahl

Auf Basis einer kurzen überblicksmäßigen epidemiologischen Analyse der häufigsten lang andauernden Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (vgl. Kapitel 2) wurden im Rahmen eines Workshops gemeinsam mit dem Auftraggeber (Abteilung VI/A/1, Abteilung VII/A/3, Abteilung VII/A/4) zwei Erkrankungen (Erkrankungsgruppen) ausgewählt, für die die epidemiologische Analyse vertieft und die diesbezügliche Versorgungssituation diskutiert werden. Es handelt sich dabei einerseits um Übergewicht/Adipositas (vgl. Kapitel 3) und andererseits um Depression (vgl. Kapitel 4). Folgende Überlegungen waren dafür ausschlaggebend:

Die Prävalenz von **Übergewicht und Adipositas** bei Kindern und Jugendlichen ist hoch und steigend, wobei es Hinweise gibt, dass die Pandemie nochmal einen Schub ausgelöst hat (WHO 2022b). Dies ist auch für gesundheitliche Entwicklung im Erwachsenenalter und insbesondere in Bezug auf die gesundheitliche Chancengerechtigkeit relevant. Doch Übergewicht und Adipositas sind präventiv durch unterschiedliche Maßnahmen adressierbar. Außerdem fehlt es in Österreich an einem „abgestuften Gesamtkonzept“ für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas, in dem das gesamte Spektrum von der Primärversorgung bis zur spezialisierten Versorgung in Tertiärzentren abgebildet ist und das regionale Besonderheiten und Notwendigkeiten berücksichtigt. Seit dem Jahr 2021 liegt ein Konzept der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde für die Adipositastherapie bei Kindern und Jugendlichen vor (Cavini et al. 2022).

Als zweite zur näheren Ausarbeitung ausgewählte Erkrankung, durchaus auch mit einem Konnex zu Übergewicht und Adipositas, wurde die **Depression** gewählt. Auch bei der Depression ist unter Kindern und Jugendlichen eine steigende Prävalenz erkennbar, die durch die Pandemie weiter verschärft wurde. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die an einer Depression leiden, ist in Österreich aber noch ausbaufähig. Zu einem gewissen Grad ist die Erkrankung in Form psychischer Ressourcenstärkung adressierbar.

Auch zur Diskussion stand die Erkrankung ADHS – hochrelevant mit vermutlich steigender Tendenz. Die Erkrankung beginnt früh und belastet Kinder und Familien sehr. Doch derzeit gibt es dazu eine sehr schlechte Datenlage, vor allem, weil es im niedergelassenen Versorgungsbereich noch keine verlässliche Diagnosendokumentation gibt. Des Weiteren wurde das Thema der Essstörungen in Betracht gezogen, weil auch hier eine steigende Prävalenz beobachtet wird. Letztendlich wurde jedoch das Thema Übergewicht und Adipositas aufgrund der höheren Prävalenz und vielversprechenden Adressierbarkeit als zu behandelndes Thema ausgewählt.

1.2 Methodik

Dem Gesundheitsbericht liegt ein Mixed-Methods-Ansatz zugrunde. Zur Anwendung kamen ein Scoping Review, eine Sekundärdatenanalyse sowie qualitative leitfadengestützte Interviews u. a. mit jungen Betroffenen, Fachexpertinnen und -experten.

Scoping Review

Nach der Festlegung der zu behandelnden Themen Übergewicht/Adipositas und Depression wurden hinsichtlich aktueller Programme, Versorgungspfade etc. u. a. Websites der Sozialversicherung und der jeweiligen Fachgesellschaften, wie etwa der Österreichischen Adipositas Gesellschaft (ÖAG), untersucht. Zentral waren zwei Grundlagedokumente hinsichtlich der Analyse der Versorgungssituation und der Handlungsempfehlungen:

- Im **Nationalen Konzept zur Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter** der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und beteiligter medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften, Fachverbände und weiterer Organisationen (Cavini et al. 2022) wurde in Zusammenarbeit einer Vielzahl von Fachexpertinnen und -experten ein Therapiepfad und -konzept entwickelt.
- Im **Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche** (Sagerschnig et al. 2023a) wurden idealtypische Zugangswege zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche definiert. Die Ergebnisse basieren u. a. auf Interviews mit Betroffenen und deren Eltern.

Sekundärdaten und Sekundärdatenanalyse

Aufbauend auf einer kurzen Recherche nach Gesundheitsberichten und Studien in Österreich und Deutschland bezüglich der Prävalenz chronischer bzw. lang andauernder Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen wurden insbesondere nachstehende Datenquellen für einen epidemiologischen Überblick sowie in der Folge für die detailliertere Darstellung der Prävalenz und Entwicklungen der beiden Schwerpunktthemen herangezogen.

In der **Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD)** der österreichischen Krankenanstalten werden von allen stationären Aufenthalten neben individuellen Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Wohnort, Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD-10 sowie medizinische Einzelleistungen erfasst. Die Validität ist hoch, doch in Bezug auf Inzidenz oder Prävalenz nur

bei Krankheiten aussagekräftig, aufgrund deren ein stationärer Aufenthalt nötig ist. In vorliegendem Bericht wurden i. d. R. Daten nach 0- bis 19-jährigen Patientinnen und Patienten (nicht nach Aufhalten), die in Akutkrankenanstalten stationär aufgenommen wurden, altersstandardisiert ausgewertet.

Die **Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC-Studie)** ist die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie und zählt sowohl in Österreich als auch in Europa zu den wichtigsten Informationsquellen bezüglich des Gesundheitszustands sowie des Gesundheits- und Risikoverhaltens von Kindern und Jugendlichen. Sie wird im Vierjahresrhythmus durchgeführt und basiert auf einem Fragebogen, den Schüler:innen der 5., 7., 9. und 11. Schulstufe selbst ausfüllen. Schulen stellen sich freiwillig zur Verfügung, ausgenommen sind sonder- und heilpädagogische Einrichtungen sowie Berufsschulen. 2021/22 nahmen österreichweit rund 7.100 Schüler:innen daran teil. Die HBSC-Studie wird in Österreich derzeit vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) in Auftrag gegeben und in ihrer Umsetzung vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) unterstützt. Vorliegender Bericht bezieht sich auf bereits vorhandene Datenanalysen und Ergebnisberichte der HBSC-Studie.

Die Erhebung **Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)** des WHO-Regionalbüros, erstmals 2016/2017 und das zweite Mal 2019/2020 durchgeführt, stellt eine repräsentative österreichweite Stuserhebung der Übergewichts- und Adipositasprävalenz von Kindern der 3. Schulstufe sowie ausgewählter Determinanten von Übergewicht und Adipositas dar. Aus der letzten Erhebung 2019/2020 liegen Daten von 2.445 Kindern vor: standardisiert gemessene relevante anthropometrische Daten sowie weitere Parameter, wie z. B. Konsumation eines Frühstücks. Die COSI-Studie wurde bisher vom BMSGPK finanziert. Vorliegender Bericht bezieht sich auf vorhandene Datenanalysen und Ergebnisberichte der COSI-Studie.

Die **Mental Health in Austrian Teenagers Study (MHAT-Studie)** stellt repräsentative Daten zur Häufigkeit von Verhaltensproblemen und psychischen Erkrankungen bei Schülerinnen und Schülern im Alter von 10 bis 18 Jahren zur Verfügung und wurde bisher einmal von 2013–2015 durchgeführt, wobei die Datenauswertung 2017 abgeschlossen war. Mithilfe international anerkannter Fragebögen konnten Daten von 3.610 Schülerinnen und Schülern der 5., 7., 9. und 11. Schulstufe aus 261 Schulen erhoben werden. Jugendliche, deren Fragebögen Auffälligkeiten zeigten, und ein Elternteil wurden zu einer durch Psychologinnen bzw. Psychologen durchgeführten Befragung eingeladen, um die Prävalenz einer möglichen psychischen Störung zu erfassen. Vorliegender Bericht bezieht sich auf bereits vorhandene Datenanalysen und Ergebnisberichte der MHAT-Studie.

Leitfadengestützte qualitative Interviews

Die quantitative Analyse wurde um qualitative Daten aus insgesamt neun leitfadengestützten Interviews ergänzt. Die meisten Interviews wurden online durchgeführt, mit Ausnahme der Gespräche mit den Pädagoginnen und dem Pädagogen, die entweder persönlich oder telefonisch durchgeführt wurden. Zwei junge Männer mit Adipositas wurden gemeinsam befragt, die restlichen Interviews wurden einzeln durchgeführt. Die Anzahl der durchgeführten Interviews war gering, da es sich grundsätzlich um keine qualitative Studie handelt. Bezüglich des Themas Depression konnte zudem auf Interviews mit Betroffenen und auf Experteninterviews eines anderen rezenten Projekts an der GÖG zum Thema der psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche (Sagerschnig et al. 2023a) zurückgegriffen werden. Mit folgenden Personengruppen wurden Interviews geführt (siehe auch Tabelle 1):

- **junge von einer der beiden Krankheiten betroffene Menschen:**

Das Ziel dieser Interviews war, einen Einblick in die Erfahrungen Betroffener in Bezug auf ihre Krankheit zu gewinnen. Über das Mental Health Jugendvolksbegehren, Adipositasambulanzen, Rehabilitationszentren und Gewichtsmanagementprogramme wurde versucht, Interviewpartner:innen zu finden. Die Suche gestaltete sich schwierig, weil – so die Organisatorin einer Adipositas-Selbsthilfegruppe – die Erkrankung insbesondere für Jugendliche mit großer Scham behaftet ist und nur wenige bereit sind, darüber zu sprechen. Ähnlich verhält es sich möglicherweise bei der Erkrankung Depression. Schlussendlich wurden zum Thema Adipositas eine junge Frau im Alter von 19 Jahren sowie gemeinsam zwei junge Männer im Alter von ca. 16 Jahren befragt, und eine junge Frau im Alter von 19 Jahren, die von Depression betroffen war. Sie alle erhielten eine Aufwandsentschädigung (Onlinegutschein à 30 €).

- **Pädagoginnen und Pädagogen:**

Da Kinder und Jugendliche einen großen Teil ihres Alltags in Kindergärten bzw. Schulen verbringen, stellen Pädagoginnen und Pädagogen eine wichtige Bezugsgruppe dar, die in der Erkennung sowie in der Versorgung/Begleitung von Kindern und Jugendlichen eine entscheidende Rolle spielen (können). Das Ziel der Interviews war, die Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Schüler:innen zu erfassen und herauszufinden, welche Unterstützung sich die Pädagoginnen wünschen würden. Je ein Interview wurde mit einem Kindergartenpädagogen, einer Volksschullehrerin und einer AHS-Lehrerin geführt. Da der Befragungszeitraum in die Sommermonate fiel, konnten das pädagogische Personal nicht über Schulen rekrutiert werden, sondern wurde über persönliche Kontakte erreicht. In diesen Interviews wurden beide Erkrankungen angesprochen.

- **Fachexpertinnen und -experten:**

Für das Thema Adipositas konnten aus folgenden Versorgungsbereichen Expertinnen bzw. Experten für ein Interview gewonnen werden: Adipositasambulanz (Daniel Weghuber, Susanne Greber-Platzer), Primärversorgung und gleichzeitig Schularzt (Christoph Powondra) sowie Leitung eines Gewichtsmanagement-Programms (Sonja Lugbauer). Bezüglich des Themas Depression konnte auf Experteninterviews eines anderen rezenten Projekts an der GÖG zum Thema der psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche (Sagerschnig et al. 2023a) zurückgegriffen werden.

Tabelle 1: Übersicht über die durchgeführten Interviews

Personengruppe	interviewte Personen	insg. durchgeführte Interviews
junge von einer der beiden Krankheiten betroffene Menschen ¹	zwei junge Männer und eine junge Frau, die von Adipositas betroffen sind eine junge Frau, die von Depression betroffen ist	3
Pädagoginnen und Pädagogen bzw. Lehrpersonal	Kindergartenpädagogin Volksschullehrerin AHS-Lehrerin	3
Fachexpertinnen und -experten ¹	Fachärztin und Facharzt einer Adipositasambulanz Schularzt und in PVE tätig Leitung eines Gewichtsmanagement-Programms	4

Quelle: GÖG

Die Interviews wurden stets von zwei Personen des Projektteams durchgeführt. Eine Person übernahm die Rolle der Interviewerin, eine protokollierte das Gespräch. Die Ergebnisse wurden im Projektteam diskutiert und in den Bericht eingearbeitet, insbesondere in die Kapitel 3.7 und 3.8 (betreffend Adipositas) sowie 4.7 und 4.8 (betreffend Depression), aber auch in die Handlungsempfehlungen (siehe Kapitel 5).

¹ Zu Depression konnte zudem auf Betroffenen- und Experteninterviews eines anderen rezenten Projekts der GÖG zum Thema der psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche (Sagerschnig et al. 2023a) zurückgegriffen werden.

Diskussion und Ableitung von Handlungsempfehlungen mit Stakeholderinnen und Stakeholdern

Letztendlich wurden neben den auftraggebenden Abteilungen des BMSGPK auch Vertreter:innen weiterer Abteilungen des BMSGPK (u. a. mit Zuständigkeiten in strukturpolitischer Planung, Qualität im Gesundheitssystem, rechtlichen Angelegenheiten der Kranken- und Unfallversicherung) und schließlich ein erweiterter Kreis an Stakeholderinnen und Stakeholdern zur Diskussion der Handlungsempfehlungen eingeladen. Konkret wurde ein Workshop im September 2023 mit Stakeholderinnen und Stakeholdern aus dem BMSGPK zwecks der Vorstellung von Zwischenergebnissen und der Diskussion hinsichtlich der Einbindung weiterer Entscheidungsträger:innen abgehalten. Im Rahmen des zweiten Workshops im Dezember 2023 wurden gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern des BMSGPK, der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (DVSV), der Plattform Primärversorgung und der Österreichischen Liga Für Kinder- und Jugendgesundheit abgeleitete Handlungsempfehlungen diskutiert bzw. Empfehlungen ergänzt. Diese Synthese der Empfehlungen findet sich in Kapitel 5. Die eingebundenen Expertinnen und Experten hatten auch Gelegenheit, zum Berichtsentwurf Stellung zu nehmen.

1.3 Sprache und Stigma

Sowohl Adipositas als auch Depression ist mit starkem Stigma behaftet, weshalb im vorliegenden Bericht dem Thema Stigmatisierung besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Stigmatisierung ist ein **gesellschaftliches Phänomen**, das überall dort auftritt, wo Menschen aufgrund bestimmter Merkmale (z. B. Körpergewicht), Zustände (z. B. Obdachlosigkeit) oder Etiketten (z. B. der Diagnose einer psychischen Erkrankung) als minderwertig betrachtet, unter Druck gesetzt, in ihrer Identität beschädigt, diskriminiert oder gar aus einer Gesellschaft ausgeschlossen werden. Die dem sozialen Exklusionsprozess zugrunde liegenden Mechanismen setzen Machtverhältnisse voraus und sind aufgrund ihrer oftmaligen Subtilität schwer zu fassen. Durch die kulturelle Prägung negativer Stereotype und Vorurteile werden diskriminierende Handlungen und benachteiligende Strukturen legitimiert (Link/Phelan 2001).

Stigmatisierung **hat einen zentralen Einfluss auf die Gesundheit**, wobei die gesundheits-schädliche Wirkung über eine Reihe von Gesundheitsdeterminanten vermittelt wird: Häufige Folgen für Betroffene sind Statusverlust und Benachteiligungen und damit auch geringere Chancen in der Arbeitswelt, im Bildungssystem, eine für sie geringere Qualität der Gesundheitsversorgung, eine Reduktion des sozialen Netzwerks und eine Schwächung des Selbstwertgefühls. Diese Benachteiligungen und Belastungen erzeugen Stress und erschöpfen die für die Aufrechterhaltung der Gesundheit relevanten sozioökonomischen, sozialen und psychischen Ressourcen (Hatzenbuehler et al. 2013; Link/Phelan 2001; Phelan et al. 2014). Konkrete Auswirkungen von Stigmatisierung auf Adipositas bzw. Depression finden sich in den jeweiligen Kapiteln 3 und 4; im Kapitel 5 finden sich diesbezügliche Handlungsempfehlungen.

Auch die Sprache nimmt auf solche Stigmatisierungsprozesse Einfluss. Im vorliegenden Bericht wurde deshalb auf die Verwendung der „people-first language“² geachtet, um Betroffene nicht auf ihre Erkrankung zu reduzieren.

1.4 Danksagung

Das Projektteam bedankt sich bei allen Personen, die bei der Erstellung des vorliegenden Berichts von großer Unterstützung waren. Herzlichen Dank an die Auftraggeberinnen (Abteilung VI/A/1, Abteilung VII/A/3, Abteilung VII/A/4), an die Entscheidungsträger:innen, die an den Workshops teilgenommen haben, an die Interviewpartner:innen für den Einblick, den wir in die Praxis und den Lebensalltag erhalten durften sowie an alle, die Feedback zum Berichtsentwurf gegeben haben.

² „Menschen mit einer chronischen Erkrankung“ anstelle von „chronisch kranke Menschen“

2 Überblick

Kinder und Jugendliche stellen die gesündeste Bevölkerungsgruppe dar. Doch bereits seit einigen Jahren wird beobachtet, dass insbesondere chronische Erkrankungen (z. B. atopische Erkrankungen, Adipositas, psychische Störungen und Auffälligkeiten) unter Kindern und Jugendlichen zugenommen haben. Chronische Erkrankungen implizieren physische und/oder psychische und/oder soziale Funktionseinschränkungen, die über mehrere Monate hinweg eine Folgebelastung mit sich bringen. Während z. B. in der HBSC-Studie 2006 etwa 14,5 Prozent der Schüler:innen über eine ärztlich diagnostizierte chronische Erkrankung berichteten (Dür/Griebler 2007), war es 2022 bereits ungefähr ein Fünftel der Schüler:innen, die angaben, an einer lang andauernden bzw. chronischen Erkrankung oder Belastung zu leiden. Beobachtbar ist ebenso, dass chronische Erkrankungen im Alter eher zunehmen. Außerdem sind mehr Mädchen als Burschen betroffen (Felder-Puig et al. 2023b).

Nachfolgend wird ein grober Überblick über chronische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen gegeben. Übergewicht und Adipositas sowie Depression werden nicht im Überblick, sondern in den nachfolgenden Kapiteln detaillierter behandelt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Prävalenz bzw. Inzidenz einzelner Krankheiten im Kindes- und Jugendalter pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe; Österreich bzw. Deutschland³

Erkrankung	Prävalenz (pro 100.000 EW, wenn nicht in % angegeben)	Inzidenz (pro 100.000 EW)	Alters- gruppen	Datenquelle
Karies	45 %		6–7 Jahre	Länderzahnstatuserhebung 2016 (Bodenwinkler et al. 2017) und
	47 %		12 Jahre	Länderzahnstatuserhebung 2012 (Bodenwinkler et al. 2014)
Essstörungen	22 %		11–17 Jahre	KiGGS-Studie 2018 (Deutschland) (Thamm et al. 2018)

³ Daten aus Deutschland wurden dann herangezogen, wenn keine österreichischen Daten verfügbar waren.

Erkrankung	Prävalenz (pro 100.000 EW, wenn nicht in % angegeben)	Inzidenz (pro 100.000 EW)	Alters- gruppen	Datenquelle
Übergewicht und Adipositas	21 %		11, 13, 15 und 17 Jahre	HBSC 2022 (Felder-Puig et al. 2023b)
Heuschnupfen	8,8 %		3–17 Jahre	KiGGS-Studie 2018 (Deutschland) (Thamm et al. 2018)
Neurodermitis	6,8 %		0–19 Jahre	Global Burden of Disease Study (IHME 2023)
Asthma bronchiale	4,7 %		0–19 Jahre	Global Burden of Disease Study (IHME 2023)
ADHS	4,0 %		3–17 Jahre	MHAT 2018 (Zeiler et al. 2018)
Depression	2,9 %		10–18 Jahre	MHAT 2018 (Zeiler et al. 2018)
Epilepsie		500	Kinder	Epilepsie Dachverband Österreich (2013)
Autismus-Spektrum-Störungen		380	0–24 Jahre	Bachmann et al. 2016 (Deutschland) (Bachmann et al. 2016)
Juvenile idiopathische Arthritis	100		Kinder und Jugendliche	S2k-Leitlinie „Therapie der Juvenilen Idiopathischen Arthritis“ 2019 (Deutschland) (GKJR/DGKJ 2019)
Familiäre Hypercholesterinämie	400		Neugeborene	Medizinische Universität Wien (2022a)
Diabetes Typ 1		29	0–14 Jahre	Diabetes-Inzidenz-Register 2021 Rami-Merhar et al. (2022)
Seltene Erkrankungen: Spinale Muskelatrophie	10		Neugeborene	Medizinische Universität Wien (o. J.)
Zystische Fibrose	25		Neugeborene	Medizinische Universität Wien (o. J.)
Krebs		18	0–19 Jahre	Krebsstatistik 2022 (Hackl/Ihle 2022)
Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen		12	0–19 Jahre	Österreichische Ärztezeitung 2019 (Ärztezeitung 2019)

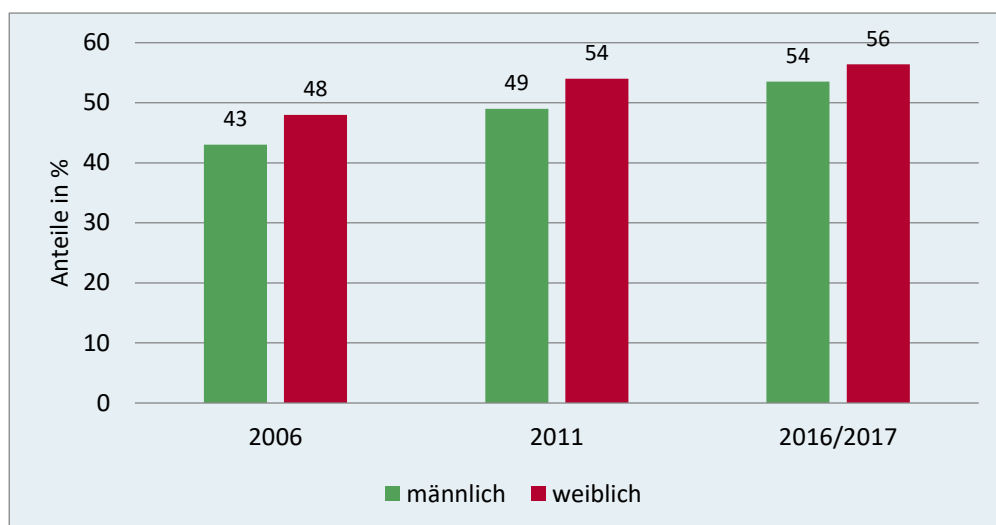
2.1 Körperliche Erkrankungen

Karies

Eine schlechte Mundgesundheit hat vielfältige Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes) und das Wohlbefinden (Patel 2012). Gemäß vormaligem Zahngesundheitsprogramm der WHO sollten bis zum Jahr 2020 80 Prozent der 6-Jährigen kariesfrei sein und 12-Jährige maximal 1,5 kariesgeschädigte Zähne aufweisen. Zahnextraktionen aufgrund von Karies sollten bis 18 Jahre nicht notwendig sein (Bodenwinkler et al. 2017).

Laut Länderzahnstatuserhebung 6-jähriger Kinder in Österreich im Jahr 2016 haben etwas mehr als die Hälfte der 6- bis 7-Jährigen ein kariesfreies Milchgebiss – etwas mehr Mädchen als Burschen. Das WHO-Ziel von 80 Prozent war demnach 2016 noch nicht erreicht, doch der Trend zeigt in die angestrebte Richtung. Die Kariesprävalenz hat eine deutliche sozio-ökonomische Komponente: Kinder aus bildungsfernen Haushalten und Kinder mit Migrationshintergrund sind etwa drei- bis viermal so häufig von Karies betroffen (Bodenwinkler et al. 2017) (siehe Abbildung 1). Inwieweit sich die Zahngesundheit in den letzten Jahren dem WHO-Ziel angenähert hat, wird die derzeit laufende Zahnstatuserhebung der 6-Jährigen zeigen, deren Ergebnisse Ende 2024 zu erwarten sind.

Abbildung 1: Kariesfreie 6-jährige Kinder nach Geschlecht, Österreich 2006, 2011 und 2017



Quelle: Bodenwinkler et al. (2014), Bodenwinkler et al. (2017)

Der Zahnstatus bei den 12-Jährigen wurde zuletzt 2012 erhoben. Demnach waren 53 Prozent von ihnen kariesfrei – acht Prozentpunkte mehr als noch im Jahr 2007 (45 %). Es gab keinen Unterschied zwischen Mädchen und Burschen. Im Durchschnitt hatten 12-Jährige 1,4 kariöse Zähne – das WHO-Ziel für 2020 wurde also bereits im Jahr 2012 unterschritten. Bezogen auf die 12-Jährigen mit Karies liegt der Durchschnitt allerdings bei etwa 2,9 kariösen Zähnen, also noch über dem WHO-Ziel (Bodenwinkler et al. 2014).

Atopische Erkrankungen

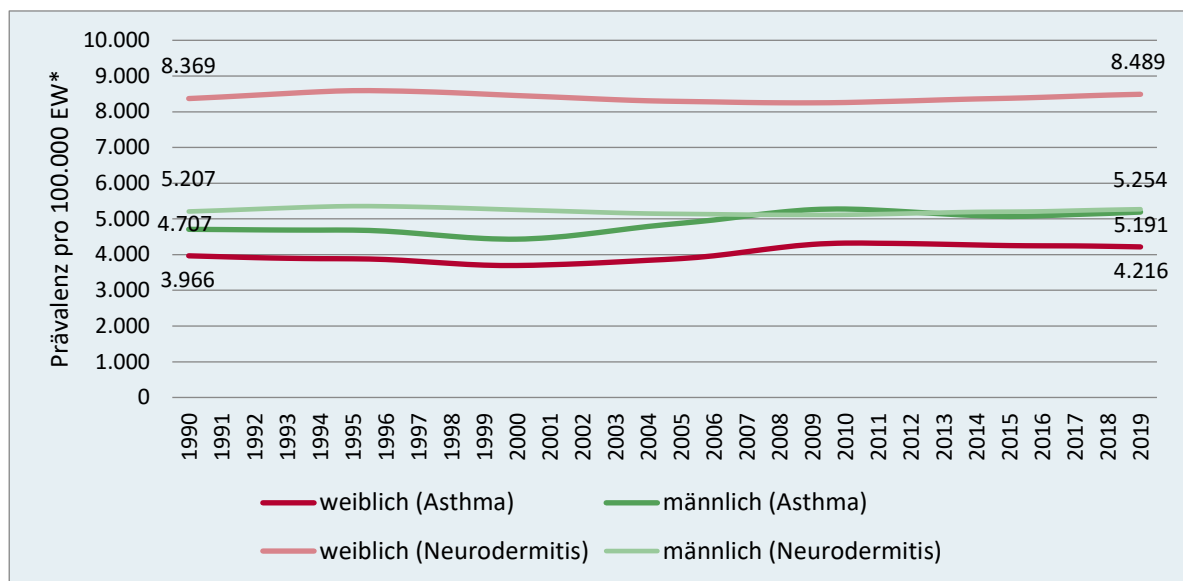
Atopie bezeichnet die Neigung zu einer verstärkten allergischen Reaktion auf eigentlich harmlose Substanzen oder Reize aus der Umwelt. Allergische Erkrankungen haben in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts deutlich zugenommen (Thamm et al. 2018). Zu den klassischen atopischen Erkrankungen zählen Asthma bronchiale, allergische Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen) und Neurodermitis. Typisch für das Kindesalter ist, dass sich diese allergischen Erkrankungen häufig verändern und sich bis ins Erwachsenenalter auch zurückbilden können. Dies gilt insbesondere für Neurodermitis (Schmitz et al. 2014).

Die International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) erhebt anhand eines Gesundheitsfragebogens die Prävalenz atopischer Erkrankungen. Die letzte Studie nach dem ISAAC-Design, für die Daten zur Verfügung stehen, wurde **2008** in Niederösterreich durchgeführt. Dieser Studie nach beträgt die Prävalenz bei **6- bis 7-Jährigen** für **Asthma 4,7 Prozent** (für Burschen höher als für Mädchen), für **Heuschnupfen 4,3 Prozent** (für Burschen höher als für Mädchen) und für **Neurodermitis 11,7 Prozent** (für Mädchen höher als für Burschen) (Haidinger et al. 2009).

Daten aus der deutschen KiGGS-Studie aus dem Jahr **2018** zeigen bei **3- bis 17-Jährigen** 12-Monatsprävalenzen für **Asthma bronchiale von 3,5 Prozent**, für **Heuschnupfen von 8,8 Prozent** und bei **Neurodermitis von 7 Prozent**. Burschen sind häufiger von Asthma und Heuschnupfen, Mädchen geringfügig häufiger von Neurodermitis betroffen. Diese Zahl ist seit zehn Jahren auf hohem Niveau stabil. Nach besagter Studie scheint der sozioökonomische Status der Eltern einen positiven Effekt auf die Prävalenz von Asthma zu haben (je höher der sozioökonomische Status, desto niedriger die Prävalenz). Bezüglich der Prävalenz von Heuschnupfen und Neurodermitis wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt (Thamm et al. 2018).

Die seit 2017 vom Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) durchgeführte Global Burden of Disease Study schätzt die Krankheitslast der Bevölkerung anhand diverser Quellen (Registerdaten, Befragungsdaten, Mikrozensus etc.). Laut dieser Studie beträgt die Prävalenz von **Asthma** im Jahr 2019 bei unter 20-Jährigen in Österreich **4,7 Prozent** (Burschen häufiger als Mädchen; 5,2 % vs. 4,2 %). Zwischen den Jahren 2000 und 2010 ist die Asthma-Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen demnach gestiegen – seither hat sie sich stabilisiert. Die Prävalenz **atopischer Dermatitis** (Neurodermitis) im Jahr 2019 beträgt laut dieser Studie **6,8 Prozent** (Mädchen deutlich häufiger als Burschen; 8,5 % vs. 5,3 %). Dieser Wert ist seit dem Jahr 2000 weitgehend unverändert. Neurodermitis betrifft besonders häufig Kleinkinder. Bei Kindern bis zu vier Jahren beträgt die Prävalenz etwa 9,5 Prozent, bei 10- bis 14-Jährigen ist der Anteil mit 4,1 Prozent nur mehr halb so hoch, und bei Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren liegt der Anteil bei rund 2,3 Prozent (IHME 2023). Je nach Datenquelle und Altersgruppe unterscheiden sich die Prävalenzen somit um einige Prozentpunkte.

Abbildung 2: Atopische Erkrankungen bei 0- bis 19-Jährigen nach Geschlecht, Österreich 1990–2019



Hauptdiagnosen ICD-10: J45–J46 und L20

*Einwohner:innen bis 19 Jahre

Quelle: Institute for Health Metrics and Evaluation 2023; Darstellung: GÖG

Epilepsie

Epilepsie gehört zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen. Sie ist eine vorübergehende Fehlfunktion des Gehirns, bei der Nervenzellen zu viele Signale auf einmal abgeben und dadurch einen Anfall auslösen. Dabei kann es unter anderem zu Störungen des Bewusstseins, unkontrollierter Bewegungen oder von Wahrnehmungen kommen (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2021b). Eine in der frühen Kindheit beginnende Epilepsie – insbesondere, wenn sie häufig auftritt – führt oftmals zu Beeinträchtigungen der kognitiven Entwicklung mit einer schlechten Langzeitprognose (Kepler Universitätsklinikum 2020). Depression ist bei Patientinnen und Patienten mit einer schwer behandelbaren Epilepsie eine häufige Begleiterkrankung (Holtkamp/May 2023).

Der Epilepsie Dachverband Österreich geht von einer Epilepsieprävalenz bei Kindern von 0,5 Prozent aus – demnach sind etwa 500 von 100.000 Kindern betroffen (Epilepsie Dachverband Österreich 2013). Von Fieberkrämpfen, die nicht zur echten Epilepsie zählen, sind 5 Prozent aller Kinder betroffen – sie treten vor allem in den ersten fünf Lebensjahren auf, nur etwa 3 bis 6 Prozent dieser Kinder entwickeln im weiteren Verlauf eine Epilepsie (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2021b).

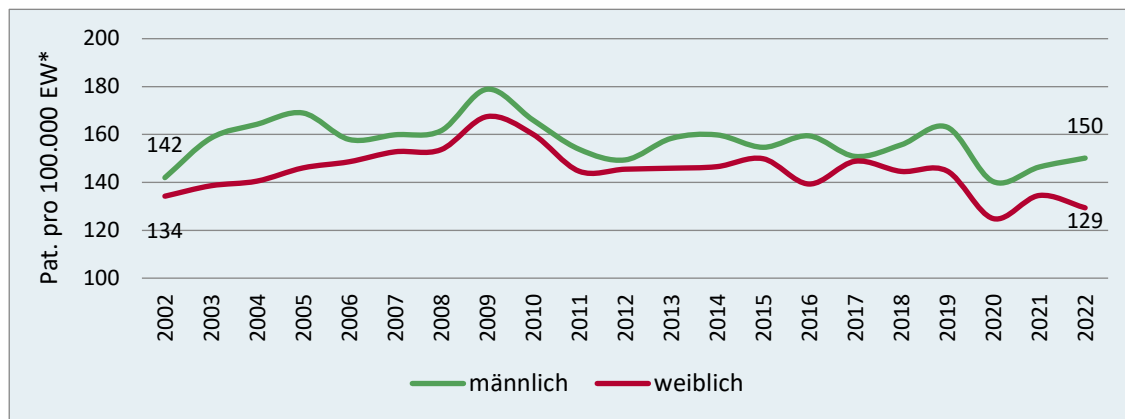
Bei Kindern und Jugendlichen treten je nach Alter verschiedene Formen der Epilepsie auf. Im ersten Jahr ist die Inzidenz mit 118 von 100.000 Kleinkindern pro Jahr besonders hoch.

- Säuglinge sind häufig vom West-Syndrom betroffen (Krampfanfälle).
- Kleinkinder weisen häufig das Lennox-Gastaut-Syndrom mit Absencen (kurzen Aufmerksamkeitsverlusten) und Sturzanfällen auf.
- Bei älteren Kindern treten öfters nächtliche Anfälle auf, und die Epilepsien gehen häufig mit einer Beeinträchtigung der Sprache einher.
- Bei Schulkindern und Jugendlichen kommen zum Teil bis zu 100 Absencen pro Tag vor – was sich negativ auf die Schulleistung auswirken kann. In diesem Alter treten morgens häufig Zuckungen auf (Epilepsie Dachverband Österreich 2013).

Im Jahr 2022 wurden laut der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten circa 2.430 Kinder und Jugendliche (0–19 Jahre; 140 pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe) aufgrund einer Epilepsie akutstationär versorgt – Mädchen etwas seltener als Burschen (129 vs. 150 pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe). Besonders Kleinkinder bis vier Jahre werden aufgrund eines epileptischen Anfalls akutstationär versorgt (162 pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe) – möglicherweise, weil die

Symptome in diesem Alter am häufigsten zum ersten Mal auftreten. Im Zeitverlauf erkennt man einen Anstieg der Patientinnen und Patienten in akutstationärer Behandlung aufgrund von Epilepsie von 2002–2009 – nach einem Rückgang im Jahr 2011 ist die Anzahl konstant geblieben. Ein starker Knick zeigt sich im ersten Pandemiejahr 2020 (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Epilepsie bei 0- bis 19-Jährigen: Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht, 2002–2022



Hauptdiagnosen ICD-10: G40–G41; altersstandardisiert nach Europabevölkerung 2013

*Einwohner:innen bis 19 Jahre

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2002–2022; Berechnung und Darstellung: GÖG

Diabetes

Es werden folgende vier Diabeteskategorien unterschieden:

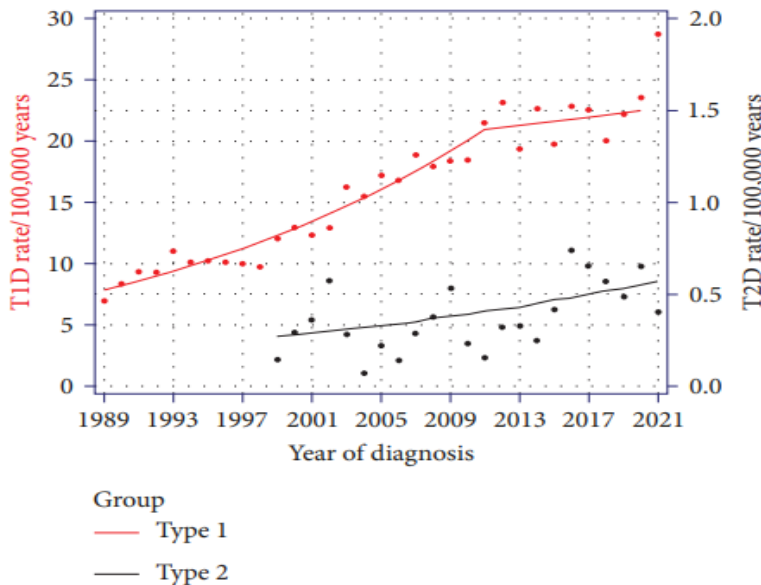
- Typ-1-Diabetes (autoimmune Zerstörung der Betazellen, die für die Insulinbildung verantwortlich sind, und daher mangelhafte Produktion von Insulin)
- Typ-2-Diabetes (aufgrund eines progressiven Verlusts einer ausreichenden Betazellen-Insulinsekretion, häufig vor dem Hintergrund einer Insulinresistenz)
- spezifische Formen von Diabetes aufgrund anderer Ursachen (z. B. medikamenten- oder chemikalieninduzierter Diabetes oder Diabetes aufgrund von Erkrankungen des exokrinen Pankreas)
- Gestationsdiabetes (auch Schwangerschaftsdiabetes genannt, diagnostiziert im zweiten oder dritten Schwangerschaftstrimester)

(American Diabetes Association Professional Practice Committee 2022)

Kinder und Jugendliche sind mehrheitlich von Diabetes mellitus Typ 1 betroffen (Österreichische Diabetes Gesellschaft 2017). Wird die Erkrankung nicht entsprechend behandelt, kann eine schwere Stoffwechsellage (diabetische Ketoazidose) mit möglichen schwerwiegenden Folgeschäden auftreten (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2019a).

Im Beobachtungszeitraum 1999–2021 wurden insgesamt 5.888 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren mit Diabetes diagnostiziert – bei einem Großteil der Fälle (n = 5.550; 94,3 %) handelte es sich um Diabetes Typ 1. Bei 108 (1,8 %) neu diagnostizierten Fällen handelte es sich um Diabetes Typ 2, bei 230 (3,9 %) um eine andere Diabetesform. Während Burschen etwas häufiger von Diabetes Typ 1 betroffen sind als Mädchen (54 % vs. 46 %), verhält es sich bei Diabetes Typ 2 (49 % vs. 51 %) und den anderen Diabetesformen (44 % vs. 56 %) umgekehrt (Nagl et al. 2023). Dem Diabetesbericht 2017 zufolge wurden im Jahr 2015 bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren 237 neu diagnostizierte Typ-1- sowie vier Typ-2-Diabetes-Fälle dokumentiert (19,2 bzw. 0,3 Kinder pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe) (Schmutterer et al. 2017).

Abbildung 4: Inzidenz von Diabetes Typ 1 und Diabetes Typ 2 bei 0- bis 14-Jährigen, Österreich 1989–2021



altersstandardisiert

Quelle: Nagl et al. (2023)

2021 befand sich die Inzidenzrate von Diabetes Typ 1 bei unter 15-Jährigen auf einem Allzeithoch von 28,7 pro 100.000 Personenjahre. Nach einer Zunahme der Inzidenzen zwischen 1999 und 2010 und einem Plateau bis 2018 ist die Inzidenzrate seit 2019 wieder deutlich gestiegen (siehe Abbildung 4). Angesichts des langen Untersuchungszeitraums ist der steile und plötzliche Anstieg der Inzidenzraten von Diabetes Typ 1 im Jahr 2021 besonders auffällig und zumindest ein zeitlicher Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie erkennbar – welche Rolle SARS-CoV-2-Infektionen und die COVID-19-Pandemie dabei spielen können, muss noch näher untersucht werden. Darüber hinaus weisen Nagl et al. (2023) auf einen signifikanten Anstieg der Diabetes-Typ-2-Inzidenzen in der betrachteten Altersgruppe hin: Waren es 1999 0,25 Fälle pro 100.000 Personenjahre, waren es 2021 0,5 Fälle pro 100.000 Personenjahre, wobei als Hauptgrund dafür die Zunahme der Adipositasraten in der Bevölkerung gesehen wird.

Familiäre Hypercholesterinämie

Die familiäre Hypercholesterinämie (FH) ist eine der häufigsten Stoffwechselerkrankungen. In Österreich ist eines von 250 Kindern davon betroffen (Medizinische Universität Wien 2022a). FH ist eine häufige genetische Ursache für eine vorzeitige koronare Herzkrankheit (Wiegman et al. 2015) und führt bei Nichtbehandlung bei etwa 50 Prozent betroffener Männer um das Alter von 50 Jahren sowie bei etwa 30 Prozent betroffener Frauen um das Alter von 60 Jahren zu Herzinfarkt (Groselj et al. 2022). Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung bereits in der frühen Kindheit durch gesunden Lebensstil und cholesterinsenkende Medikamente könnte eine normale Lebenserwartung sicherstellen (Wiegman et al. 2015). Expertinnen und Experten beklagen aber eine sehr niedrige Diagnoserate und eine hohe Dunkelziffer (Groselj et al. 2022; Wiegman et al. 2015). Es wird geschätzt, dass europaweit lediglich eines von 20 betroffenen Kindern mit FH eine Diagnose erhalten hat. Expertinnen und Experten fordern daher ein universelles FH-Screening bereits in der frühen Kindheit. In einigen europäischen Ländern ist ein solches Screening schon umgesetzt bzw. in Umsetzung (Niederlande, Norwegen, Tschechien, Spanien und Großbritannien) (Groselj et al. 2022).

Juvenile idiopathische Arthritis

Die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) bezeichnet eine Gruppe von rheumatischen Erkrankungen, die vor dem 16. Lebensjahr – meistens bereits zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr – beginnen und deren Ursache in einer genetischen Veranlagung vermutet wird (MSD Manual 2022b; Springer Medizin 2019). Betroffene können – je nach Ausprägung –

unter schmerzenden und entzündeten/geschwollenen Gelenken, Fieberschüben, Hautausschlägen und Augenentzündungen leiden (Rheumaliga Schweiz o. J.). Die JIA ist mit einer Prävalenz von etwa 0,1 Prozent die häufigste chronische entzündlich-rheumatische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter in Deutschland (GKJR/DGKJ 2019). Mädchen sind dabei etwa doppelt so häufig betroffen wie Burschen (Springer Medizin 2019).

In Österreich wird laut der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten pro Jahr bei 120–200 Kindern und Jugendlichen im Rahmen eines stationären Aufenthalts eine juvenile Arthritis in der Haupt- oder Nebendiagnose dokumentiert. Das entspricht einer Rate von 7–12 Patientinnen bzw. Patienten (pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe). Die doppelt so hohe Prävalenz bei Mädchen zeigt sich auch hier: 11 vs. 5 (pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe) im Jahr 2022.

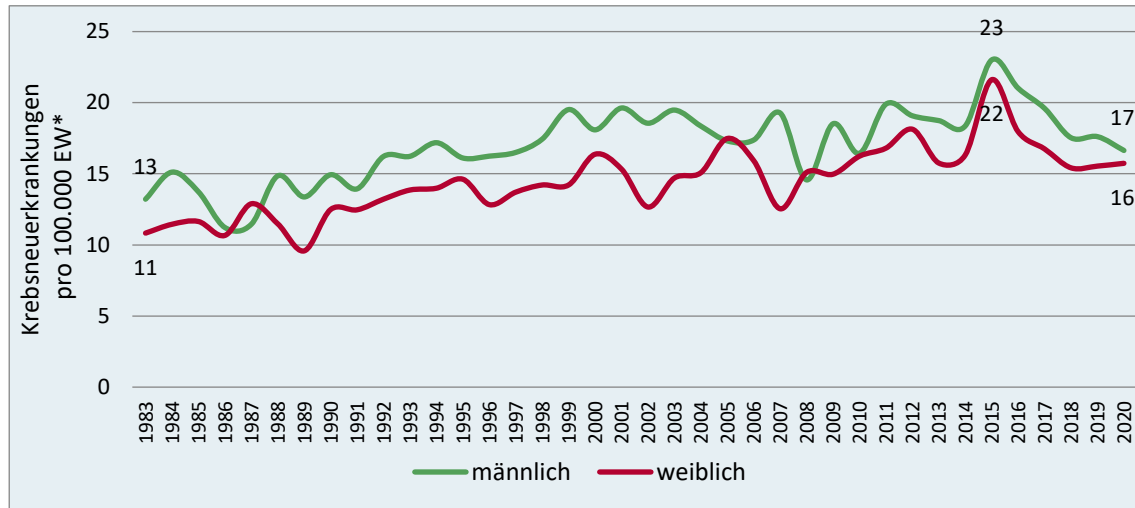
Krebs

In Österreich werden jährlich rund 300 Kinder und Jugendliche (0–19 Jahre) mit einer Krebserkrankung diagnostiziert – seit 1999 schwankt diese Zahl um rund 20 Fälle pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe. Mädchen und Burschen sind davon gleichermaßen betroffen. Am häufigsten tritt bei Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren (27 von 100.000 Personen dieser Altersgruppe im Jahr 2020) oder bei Kleinkindern bis vier Jahre (17 von 100.000 Personen dieser Altersgruppe im Jahr 2020) eine Krebserkrankung auf. Bei den 5- bis 14-Jährigen erkrankten im Jahr 2020 14 von 100.000 Personen dieser Altersgruppe an Krebs (Hackl/Ihle 2022 Statistik Austria - Krebsstatistik 1983-2022).

Seit 1983 ist die Krebsneuerkrankungsrate tendenziell steigend – mit jährlichen Schwankungen und einer Stabilisierung ca. ab dem Jahr 2000. Das Jahr 2015 stellt aktuell das Jahr mit den meisten diagnostizierten Krebsneuerkrankungen unter den 0- bis 19-Jährigen dar (22 von 100.000), seither ist eine etwas rückläufige Tendenz, insbesondere bei Burschen, zu erkennen (siehe Abbildung 5). Die Ursachen von Krebs im Kindes- und Jugendalter sind weitestgehend unbekannt, weshalb dessen Entwicklung schwer zu erklären ist. Der Anstieg der Krebsneuerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 1983 und 2000 könnte auf eine verbesserte Diagnostik sowie auf ungesündere Ernährungs- und Verhaltensweisen zurückzuführen sein (MeindMed.at 2020). Der Klimawandel und die damit einhergehenden Umweltbedingungen könnten ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung von Krebs haben – aufgrund der inkonsistenten Evidenz gelten diese Risikofaktoren jedoch als unsicher. Aktuell können weniger als 10 Prozent der Krebsneuerkrankungen bei Kindern durch exogene

Faktoren wie Umwelt, Lebensstil und Infekte erklärt werden – vermutlich spielt die Genetik hierbei eine große Rolle (Stanulla et al. 2020).

Abbildung 5: Krebsneuerkrankungen bei 0- bis 19-Jährigen, Österreich 1983–2020



Hauptdiagnosen ICD-10: C00–C97; altersstandardisiert nach Europabevölkerung 2013

*Einwohner:innen bis 19 Jahre

Quelle: Statistik Austria – Krebsstatistik 1983–2020; Darstellung: GÖG

Die häufigsten Krebsarten im Kindes- und Jugendalter sind Leukämien, Lymphome und Tumore des Zentralnervensystems (Gehirn oder Rückenmark). Diese sind für rund 60 Prozent aller Krebssterbefälle von Kindern und Jugendlichen verantwortlich. Bei jüngeren Kindern sind Leukämien die häufigste Krebserkrankung (31 % aller Krebserkrankungen dieser Altersgruppe), bei Jugendlichen sind es Lymphome (23 % aller Fälle) (Hackl/Ihle 2022).

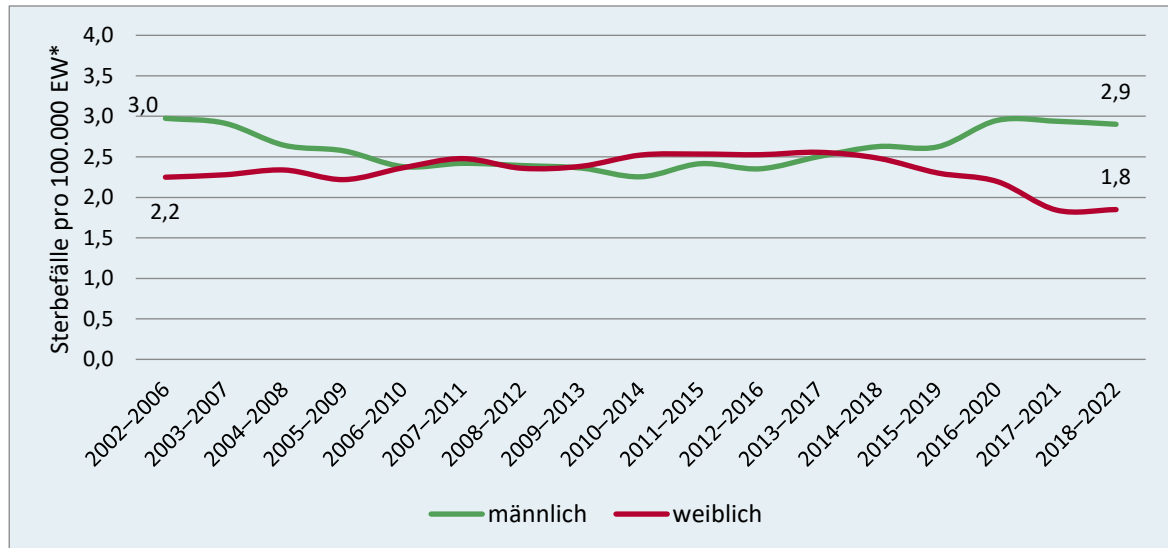
Die Wahrscheinlichkeit, eine Krebserkrankung zu überleben, hat in den letzten zehn Jahren etwas zugenommen. Die Fünfjahresüberlebensrate ist bei Kindern und Jugendlichen von 84 Prozent (im Zeitraum 2002–2006) auf 88 Prozent (im Zeitraum 2012–2016) gestiegen⁴. Eine Beobachtung bezüglich Folgetumoren ist bei den Langzeitüberlebenden zunehmend wichtig (Hackl/Ihle 2022). Viele Kinder und Jugendliche leiden nach überstandener Krebserkrankung aufgrund der oftmals schweren Chemo- und Bestrahlungstherapien unter Langzeitspätfolgen – oftmals ihr ganzes Leben lang. So leiden sie um ein Vielfaches häufiger an

⁴ Dieser Anstieg ist vorsichtig zu interpretieren, weil sich die Konfidenzintervalle überlappen.

chronischen Erkrankungen (Herz-Kreislauf, psychisch, Schilddrüsenerkrankungen etc.) im späteren Alter als ihre Altersgenossen, die keinen Krebs hatten (Langer et al. 2021).

2018–2022 starben etwa 200 Kinder und Jugendliche in Österreich an Krebs (2,4 von 100.000), Burschen häufiger als Mädchen (2,9 vs. 1,8 von 100.000). Etwa 3 Prozent aller Todesursachen bei den unter 5-Jährigen sind auf Krebs zurückzuführen, bedingt durch die in dieser Altersgruppe dominierende Todesursache der angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien. Bei den 5- bis 14-Jährigen sind etwa 30 Prozent aller Sterbefälle durch Krebs bedingt, bei den 15- bis 19-Jährigen sind es rund 10 Prozent – in dieser Altersgruppe sind mehr als die Hälfte der Sterbefälle durch Unfälle und Selbstmord verursacht (Hackl/Ihle 2022). Insgesamt ist die Sterblichkeit im Zeitraum 2002–2006 bis 2018–2022 relativ stabil geblieben. Betrachtet nach Geschlecht, erkennt man einen leichten Abwärtstrend bei den Mädchen seit dem Zeitraum 2013–2017, während die Sterblichkeit bei den Burschen in diesem Zeitraum leicht gestiegen ist (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Krebsmortalität bei 0- bis 19-Jährigen nach Geschlecht und Fünffjahresperioden in Österreich 2003–2022⁵



Hauptdiagnosen ICD-10: C00–C97; altersstandardisiert nach Europabevölkerung 2013

*Einwohner:innen bis 19 Jahre

Quelle: Statistik Austria Todesursachenstatistik 2002–2022; Berechnung und Darstellung: GÖG

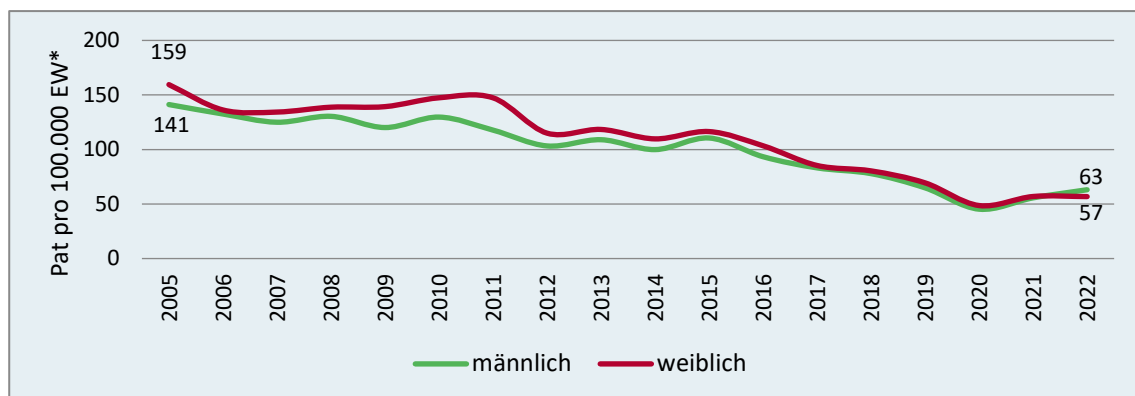
⁵ Aufgrund der geringen jährlichen Fallzahlen wurden 5-Jahreswerte dargestellt.

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Unter chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) versteht man insbesondere Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Im Zuge der Entzündungsschübe kann es zu Fisteln oder Verengungen im Darm sowie blutigen Durchfällen kommen. Da der Darm die Nährstoffe nicht gut aufnehmen kann und die Schmerzen oft mit Appetitverlust einhergehen, kann eine chronische Darmerkrankung bei Kindern und Jugendlichen zu Gewichtsverlust und Wachstumsverzögerungen führen (AbbVie Care 2020). Rund 25 Prozent aller Fälle von CED beginnen vor dem 20. Lebensjahr – 10 Prozent davon vor dem zehnten Lebensjahr. Meist haben CED ihren Anfang in der Pubertät. Die jährliche Inzidenz wird auf etwa 12 von 100.000 Kindern und Jugendlichen in der Altersgruppe geschätzt (Ärztezeitung 2019).

Im Jahr 2022 wurden in Österreich 1.042 Kinder und Jugendliche aufgrund CED akutstationär aufgenommen – beide Geschlechter etwa gleich häufig. Die Rate ist seit 2005 rückläufig (150 im Jahr 2005 vs. 60 Fälle im Jahr 2022, jeweils pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe) – möglicherweise, weil sich die diagnostische Latenzzeit deutlich verkürzt hat und dadurch eine frühzeitigere Therapie möglich ist (Ärztezeitung 2019). Eine Prävalenz kann aus den Spitalsdaten nicht abgeleitet werden, weil CED nicht zwangsläufig in einen stationären Aufenthalt mündet und Diagnosedaten aus dem niedergelassenen Bereich nicht zur Verfügung stehen. (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen bei 0- bis 19-Jährigen: stationäre Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht, 2005–2022



Hauptdiagnosen ICD-10: K50–K52; altersstandardisiert nach Europabevölkerung 2013

*Einwohner:innen bis 19 Jahre

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2005–2022; Berechnung und Darstellung: GÖG

Seltene Erkrankungen

Eine Krankheit gilt als selten, wenn weniger als 5 von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind (BMASGK 2015). In Österreich litten im Jahr 2020 etwa 400.000 Menschen an einer der etwa 6.000 bis 8.000 seltenen Erkrankungen – etwa 50 Prozent davon sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Rund 80 Prozent der seltenen Erkrankungen sind genetisch bedingt und in vielen Fällen chronisch oder lebensbedrohend (Bilir et al. 2019). Ein Großteil der genetisch bedingten seltenen Erkrankungen beginnt im Kindesalter (rund 70 %) (Nguengang Wakap et al. 2020). Die Seltenheit erschwert die Diagnosestellung – wiewohl eine frühzeitige Diagnosestellung entscheidend für eine adäquate Therapie sowie eine bessere Prognose und Lebensqualität der Betroffenen wäre (BMASGK 2015) – und die Forschung für medikamentöse Therapien. Rund ein Drittel aller Neugeborenen mit einer diagnostizierten seltenen Erkrankung stirbt vor dem fünften Lebensjahr (PHARMIG 2020). So könnte beispielsweise die frühzeitige Erkennung angeborener Stoffwechselerkrankungen durch das Neugeborenen-Screening 6 deutliche Behandlungserfolge erzielen. (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2019b).

Kinder und Jugendliche mit seltenen Erkrankungen sowie deren Angehörige sind neben körperlichen Beschwerden mit diversen sozialen Herausforderungen wie psychischen Belastungen (Angst, Depression) und Ausgrenzung konfrontiert (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs o. J.).

Laut Expertinnen und Experten von Pro Rare Austria (Dachverband für Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen im Bereich der seltenen Erkrankungen) und der MedUni Innsbruck sind relativ häufige seltene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen die zystische Fibrose (CF – auch: Mukoviszidose) und die spinale Muskelatrophie (SMA). Die **zystische Fibrose** ist eine angeborene Stoffwechselerkrankung und eine der häufigsten Erbkrankheiten, die zumeist schon im ersten Lebensjahr auftritt. Durch die Bildung von zähem Schleim sind zumeist die Lunge, die Bauchspeicheldrüse und der Darm beeinträchtigt (Patienten-Information.de 2023). Seit 1998 wird in Österreich im Rahmen des Neugeborenen-Screenings jedes Neugeborene auf diese Erkrankung getestet (cf-austria.at o. J.). Pro Jahr kommen in Österreich 20 bis 30 Kinder (Inzidenz: 1 von 4.000 Kindern) mit CF zur Welt

⁶ Das österreichische Neugeborenen-Screening ist seit 1966 an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde an der Medizinischen Universität Wien verortet und wird im Auftrag des BMBWF umgesetzt. Es umfasst 30 angeborene Erkrankungen, von denen 28 als seltene Erkrankungen gelten. Der Großteil davon sind Stoffwechselstörungen (Medizinische Universität Wien o. J.)

(Medizinische Universität Wien o. J.). Eine Heilung gibt es derzeit nicht – bisher werden symptomatische Therapien (Ernährung, Sport, Atemtechniken, Inhalationen, Antibiotika etc.) und seit 2020 auch Modulationstherapien (Medikament wirkt in den Zellen) zur Verbesserung des Gesundheitszustands und der Lebenserwartung eingesetzt (Burkhart/Nährlich 2021; Medizinische Universität Wien 2013). Nach Zahlen aus dem Deutschen Mukoviszidose-Register liegt die Lebenserwartung eines im Jahr 2021 geborenen Kindes mit CF bei 57 Jahren. Durch verbesserte Therapien hat sich die Zahl der Patientinnen und Patienten, die das Erwachsenenalter erreichen, in den letzten 20 Jahren verdoppelt (Burkhart/Nährlich 2021).

Die spinale Muskelatrophie ist die zweithäufigste Muskelerkrankung in Österreich und betrifft Burschen und Mädchen gleichermaßen. Es handelt sich hierbei um eine fortschreitende unheilbare degenerative neuromuskuläre Erkrankung, die sowohl Gliedmaßen als auch Atmung sowie Kau- und Schluckmuskulatur betreffen kann. In Österreich ist eines von 10.000 Neugeborenen betroffen (Österreichische Muskelforschung o. J.). Seit Juni 2021 wird im Zuge des Neugeborenen Screenings auch eine Untersuchung auf spinale Muskelatrophie durchgeführt. Im ersten Jahr wurden dabei zwölf Neugeborene mit dieser Erkrankung gefunden (Medizinische Universität Wien 2022b). Je früher ein Kind Symptome zeigt, desto schwerer ist in der Regel der zukünftige Verlauf (SMA Patientenvertretung Österreich 2023). Je nach Schweregrad kann die Krankheit schon in jungem Alter tödlich verlaufen – bei 60 Prozent der von der schwersten Erscheinungsform (Typ I) betroffenen Kinder führt die Erkrankung innerhalb der ersten zwei Lebensjahre zum Tod. Es stehen für alle Krankheitsformen verschiedene medikamentöse Therapien zur Verfügung, die zu einer Verbesserung der Lebenserwartung bzw. zumindest zu einer Milderung des Krankheitsverlaufs führen können (Österreichische Muskelforschung o. J.).

2.2 Psychische Erkrankungen

Die Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind vielfältig: Neben biologischen und psychologischen Faktoren spielen insbesondere auch soziale Faktoren eine wichtige Rolle für den Erhalt der psychischen Gesundheit. Deshalb ist auch der „Mental Health in All Policies“-Ansatz – eine gute Zusammenarbeit vieler Bereiche bzw. Politikfelder – wichtig, um auch bei den kulturellen und sozioökonomischen Determinanten aus den Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen (u. a. Schule, Arbeitsstätten) ansetzen zu können. Viele schwerwiegende psychische Erkrankungen treten bereits im Kindes- und Jugendalter auf. 2022 wurden insgesamt 10.279 Patientinnen und Patienten von 0 bis

19 Jahren aufgrund psychischer und verhaltensbezogener Diagnosen (ICD-10: F00–F99, Psychische und Verhaltensstörungen) stationär in Akutkrankenanstalten aufgenommen. Das entspricht altersstandardisiert 604 Patientinnen bzw. Patienten pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe. Mit steigendem Alter steigen auch die Aufnahmezahlen: 2022 lagen die Aufnahmezahlen der 5- bis 9-Jährigen bei 199 Fällen pro 100.000 (insg. 1.010 Pat.), bei den 10- bis 14-Jährigen bei 641 Fällen pro 100.000 (insg. 2.694 Pat.) und bei den 15- bis 19-Jährigen bei 1.359 Fällen pro 100.000 (insg. 5.927 Pat.).

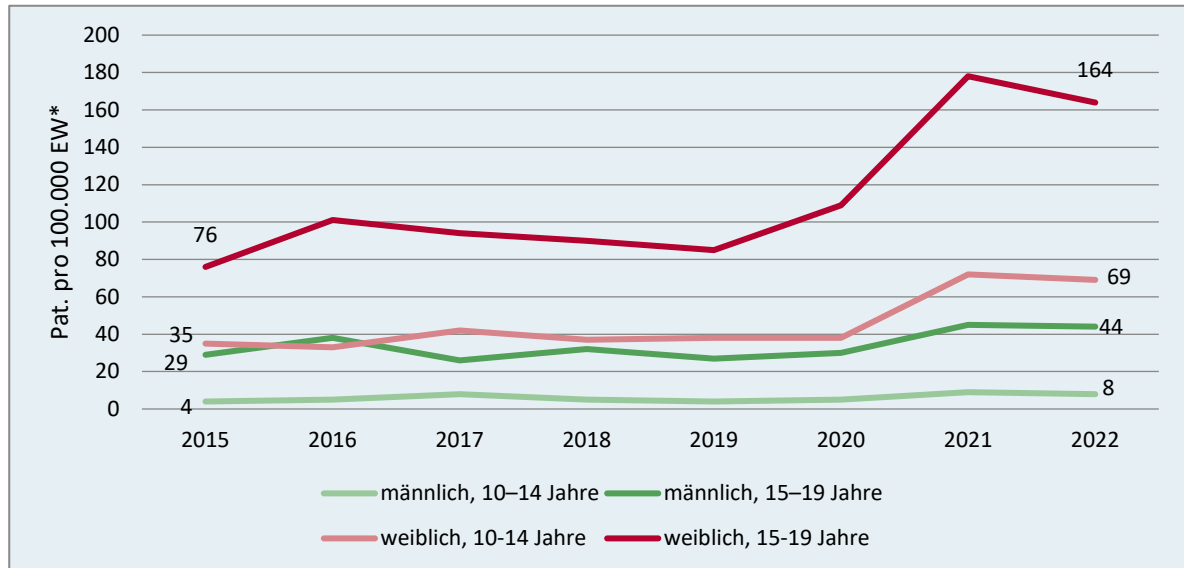
Kinder und Jugendliche erleben aktuell eine von Krisen und Umbrüchen geprägte Zeit, was sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt. Dem Jahresbericht 2021 der Kinder- und Jugendberatungsstelle „Rat auf Draht“ zufolge beschäftigten Kinder und Jugendliche viele Probleme, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie standen: „Schwierigkeiten in der Schule, wie etwa die Herausforderungen des Distance-Learnings und des Schichtbetriebes, Überforderung und Überlastung, Ängste, Unklarheiten über die Maßnahmen, sowie vielfältige Herausforderungen im Bereich soziale Beziehungen“ (Satke/Wurnig 2022). Die Studie von Dale et al. (2022) liefert wichtige Einblicke in die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychosoziale Gesundheit von österreichischen Kindern und Jugendlichen, indem Daten von 2.514 Jugendlichen zu zwei Zeitpunkten (Februar 2021 – ein Semester nach „remote“ Schulunterricht; Herbst 2021 – Beginn des zweiten Semesters der wiedergeöffneten Schulen) erhoben und verglichen wurden: Die COVID-19-Pandemie hat weltweit und auch in Österreich eine „Zunahme an psychischen Erkrankungen mit gestiegenen Raten an Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Suizidgedanken sowie Suizidversuchen“ ausgelöst (Dale et al. 2022; Plener et al. 2021). Die Klimakrise hat ebenfalls einen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Hierbei ist u. a. oftmals die Rede von sogenannter „Klimaangst“. Als Klimaangst wird „die Angst vor den Auswirkungen des Klimawandels und den damit verbundenen Unsicherheiten“ (Eichinger et al. 2023) bezeichnet. In einer repräsentativen Umfrage unter Jugendlichen im Alter von 16 bis 25 Jahren aus zehn Industrienationen machten sich ca. 60 Prozent der Teilnehmenden extreme bis große Sorgen über die Folgen der Klimakrise. Mehr als 45 Prozent berichteten, dass ihre Gefühle und Sorgen über die Klimakrise sie in ihrem täglichen Leben und ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigen (Hickman et al. 2021).

Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten ist zwar nicht dafür geeignet, die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in Österreich abzubilden, dennoch können Aussagen über das stationär behandelte Patientenkollektiv gemacht werden: So zeigen Sagerschnig et al. (2023d) etwa, dass die Anzahl in Akutkrankenanstalten stationär behandelte Patientinnen und Patienten auf der Kinder- und Jugendpsychiatrie im

Jahr 2022 ihren Höhepunkt erreicht hat und im ersten Halbjahr 2023 wieder etwas zurückgegangen ist. Während die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die stationär aufgenommen worden sind, insgesamt gestiegen ist, haben sich die Belagstage in Akutkrankenanstalten pro Aufenthalt von 18,3 Tagen im Jahr 2015 auf 16,9 Tage im Jahr 2022 reduziert (DLD 2015–2022; Anm.: exkl. Null-Tages-Aufenthalte), was darauf hinweist, dass nicht ausreichend Betten zur Verfügung stehen. Es bräuchte für die Akutbehandlung und die stationäre Behandlung ein Krankenhausbett pro 10.000 EW, was die meisten Regionen in Österreich nicht zur Verfügung stellen können, „da ungefähr zwei Drittel der benötigten stationären Kapazitäten fehlen“. Grund dafür ist auch ein Mangel an ausgebildeten Fachkräften (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2023).

Seit 2021 stieg auch die Anzahl der Unterbringungen ohne Verlangen insbesondere von Mädchen und jungen Frauen bis 18 Jahren stark und erreichte den Höhepunkt 2022 (Sagerschnig et al. 2023b). Auch im ersten Quartal 2023 waren die unfreiwilligen Unterbringungen Minderjähriger gleichbleibend hoch, es kam zu keinen Zunahmen im Vergleich zum Vorjahr (Sagerschnig et al. 2023c). Wenn auch im Vergleich zum Vorjahr 2023 etwas mehr Burschen unfreiwillig auf der Psychiatrie untergebracht waren, so machen sie nur ein Viertel aller Unterbringungen Minderjähriger aus. Die Hauptdiagnosen der Mädchen und jungen Frauen, die stationär auf einer Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen wurden, sind insbesondere „Reaktionen auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen, Depressive Episode und Essstörungen“ (Sagerschnig et al. 2023a). Auffällig ist außerdem ein starker Anstieg der Anzahl von Patientinnen und Patienten (0–19 Jahre), die aufgrund suizidalen Verhaltens oder absichtlicher Selbstverletzungen (ICD-10: 931, 931.9, Z915) stationär in einer Akutkrankenanstalt aufgenommen wurden. Diese Zahl ist von 314 Kindern und Jugendlichen (18 Pat. pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe) im Jahr 2015 auf 640 (39 Pat. pro 100.000) im Jahr 2021 bzw. auf 603 (36 Pat. pro 100.000) im Jahr 2022 gestiegen. Die Zunahme ist insbesondere bei den Mädchen und jungen Frauen in der Altersgruppe von 15 bis 19 Jahren gravierend: Hier zeigt sich ein Anstieg von 170 Patientinnen (76 Pat. pro 100.000) im Jahr 2015 auf 349 (164 Pat. pro 100.000) im Jahr 2022. Die Zahlen haben sich seit 2015 also mehr als verdoppelt, wobei der Höchststand bisher 2021 mit 376 (178 Pat. pro 100.000) erreicht wurde. Im Krankenhaus endende Suizidversuche bzw. absichtliche Selbstverletzungen waren im Jahr 2022 bei Mädchen bzw. jungen Frauen von 15 bis 19 Jahren mit 349 Patientinnen mehr als dreimal so häufig wie bei Burschen und jungen Männern derselben Altersspanne mit 104 Patienten (46 pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe) (siehe Abbildung 8). Die Aufenthaltszahlen sind durchwegs höher als die Patientenzahlen, was aufzeigt, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten mehrmals im Krankenhaus aufgrund von Suizidversuchen bzw. absichtlichen Selbstverletzungen aufgenommen wurde.

Abbildung 8: Suizidversuche oder absichtliche Selbstverletzungen bei 10- bis 19-Jährigen: stationäre Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2015–2022



Zusatzdiagnosen nach ICD-10: 931 und Z915; da die Dokumentation von Neben- bzw. Zusatzdiagnosen weniger zuverlässig als von Hauptdiagnosen erfolgt, sind diese Angaben als Untergrenze zu interpretieren
 *Einwohner:innen der jeweiligen Altersgruppe

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2015–2022; Darstellung: GÖG

Das österreichische Suizidpräventionsprogramm SUPRA dient als Basis für das Umsetzungskonzept Suizidprävention. Die an der Gesundheit Österreich GmbH angesiedelte Koordinationsstelle Suizidprävention ist u. a. verantwortlich für die Überprüfung und Priorisierung der vorgeschlagenen Maßnahmen im SUPRA und die jährliche Publikation des Berichts „Suizid und Suizidprävention in Österreich“ (BMSGPK 2023b). Den aktuellen Zahlen zufolge sind die meisten Suizide (rund 35 % aller Suizide) im Alter von 45–64 Jahren zu verzeichnen, in jeder Altersstufe ist die Suizidrate der Männer signifikant höher als jene der Frauen. Im Jahr 2022 kam es in allen Altersgruppen – bis auf jene der unter 15-Jährigen – zu einem temporären Anstieg der Suizidraten (BMSGPK 2023b). In der Studie von Dale et al. (2022) wurde im Beobachtungszeitraum Februar 2021 bis Herbst 2021 neben einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit von Mädchen in den Bereichen Wohlbefinden, Depression und Schlaf auch eine Zunahme von Suizidgedanken beobachtet. Auch bei Burschen, bei denen sich die psychische Gesundheit in der beobachteten Zeit kaum verändert hat, haben die Suizidgedanken deutlich zugenommen.

Eine weitere relevante Datenquelle in Bezug auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist die in den Jahren 2013–2015 durchgeführte Studie „Mental Health in Austrian Teenagers“ (MHAT), die zwar einige Jahre zurückliegt, aber die erste und einzige repräsentative epidemiologische Studie für Kinder und Jugendliche zwischen zehn und 18 Jahren in Österreich ist (Wagner et al. 2017; Zeiler et al. 2018). Im Rahmen dieser Studie wurde die Häufigkeit von allgemeinen psychischen Auffälligkeiten und ausgewählten psychischen Erkrankungen ermittelt und es wurden Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Auffälligkeiten untersucht. Der MHAT-Studie zufolge erfüllte „im Jahr 2014 rund ein Fünftel der 10- bis 18-Jährigen die Diagnosekriterien gemäß DSM-5 für zumindest eine psychische Erkrankung (Punktprävalenz) und rund 13 Prozent sollten aufgrund des Schweregrades [...] unbedingt eine professionelle Behandlung erhalten“ (Sagerschnig et al. 2023a).

Darüber hinaus spielen auch bei Kindern und Jugendlichen Suchterkrankungen eine Rolle. Die europaweite Schülerbefragung ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) erhebt hierzu im Vierjahresrhythmus Daten zur subjektiven Einschätzung des Konsums von Alkohol und anderen Drogen unter Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Schulstufe. 2019 berichteten ca. fünf Prozent der befragten Schüler:innen in Österreich ein Alkoholkonsumverhalten, das „aufgrund der durchschnittlichen Konsummenge oder der Trinkfrequenz längerfristig bedenklich erscheint“; jeder bzw. jede siebte befragte Schüler:in berichtete, täglich zu rauchen. Ungefähr 39 Prozent gaben an, bereits mindestens einmal in ihrem Leben eine E-Zigarette versucht zu haben. Buben und Mädchen gaben ungefähr im gleichen Ausmaß an, Tabak zu rauchen, wobei es seit 2015 zu einem Rückgang des Tabakkonsums gekommen war. Seit 2007 sinken die Prävalenzraten des Alkohol- und Tabakkonsums unter den befragten Schülerinnen und Schülern. Die Zahl der abstinenten Jugendlichen, die noch nie im Leben ein alkoholisches Getränk konsumiert haben, hat sich von 2007 bis 2019 vervierfacht (von 4 % auf 15 %); der Durchschnittskonsum nimmt bei Burschen seit 2003 durchgehend deutlich ab, während es bei Mädchen kaum Veränderungen gibt (tranken Mädchen bisher weniger Alkohol als die Burschen, so konsumieren sie zunehmend durchschnittlich genauso viel/wenig wie die Burschen). Hatten 2003 noch vier von fünf Schülerinnen und Schülern angegeben, zumindest einmal im Leben geraucht zu haben, so gaben dies im Jahr 2019 weniger als die Hälfte (48 %) der Befragten an. Der Anteil an Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten ist in etwa gleich geblieben. Entwicklungen des Konsums von E-Zigaretten, den Shishakonsum sowie die Nutzung digitaler Medien müssen künftig genauer beobachtet werden (Hojni et al. 2019). Laut der Schülerbefragung HBSC 2022 nähert sich der Gebrauch von E-Zigaretten dem der „klassischen“ Zigaretten an. Zudem steigt die Bedeutung von alternativen Nikotinprodukten (z. B. Nikotinbeutel) (Felder-Puig et al. 2023b).

Im vorliegenden Bericht wird auch auf ältere Datenquellen oder Datenquellen aus Deutschland, etwa auf Daten der KiGGS-Studie (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) und des Moduls BELLA (Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten), Bezug genommen. Nachfolgend werden ausgewählte psychische Erkrankungen, welche im Kindes- und Jugendalter eine erhöhte Prävalenz haben, näher beleuchtet.

Essstörungen

Als Essstörungen gemäß ICD-10, F50 bezeichnet man eine Reihe von Störungen im Ernährungsverhalten, die auf Dauer die Gesundheit schädigen können. Hervorzuheben, weil unter Kindern und Jugendlichen am meisten verbreitet, sind folgende drei Krankheitsbilder:

- Anorexia nervosa (Magersucht): starker Gewichtsverlust, insbesondere durch Hungern, aber auch Erbrechen, Abführmittel oder viel Sport. Trotz Untergewichts fühlen sich Menschen mit Magersucht zu dick.
- Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht): nicht kontrollierbare Essanfälle, auf welche mit Gegenmaßnahmen wie etwa Erbrechen, Diäten, Sport oder Medikamenten reagiert wird
- Binge-Eating-Störung (Binge Eating Disorder): wiederholte Essanfälle ohne Entwicklung von Gegenmaßnahmen. In der Folge kommt es meist zu Übergewicht bzw. Adipositas. Die Erkrankung beginnt zumeist im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter.

(Karwautz/de Zwaan 2014; Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2022)

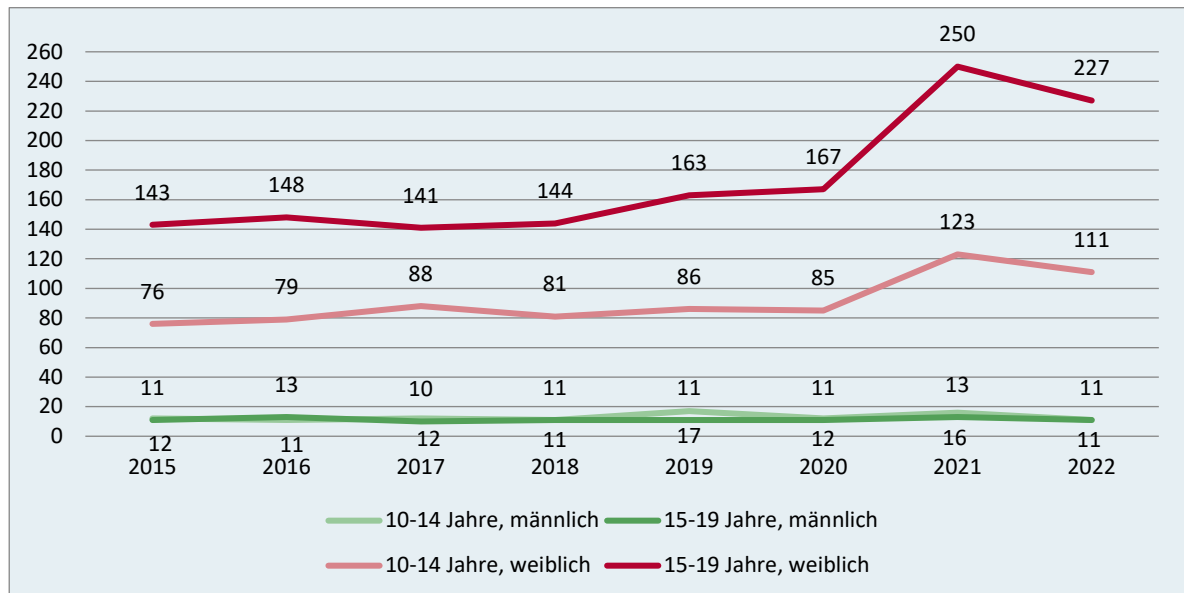
Die Ätiologie der Essstörungen ist multifaktoriell. Als Einflussfaktoren werden etwa die Propagierung des gängigen Schlankheitsideals, z. B. auf Social Media, mangelnde innerfamiliäre Abgrenzung und/oder eine verzerrte Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Körpers und das damit einhergehende geringe Selbstwertgefühl genannt (Cohrdes et al. 2019; Griebler et al. 2016a).

Die Prävalenz der Anorexie liegt europaweit bei etwa 0,5–2 Prozent, für die Bulimie bei 1–3 Prozent und bei 4,8 Prozent für andere Essstörungen, wobei der Höchststand im Alter zwischen 13 und 18 Jahren liegt. Etwa die Hälfte der Jugendlichen mit diagnostizierter Essstörung zeigen auch noch nach zehn Jahren Symptome. Neben den europaweiten Schätzungen lassen Ergebnisse aus der deutschen KiGGS-Studie aus dem Jahr 2018 eine deutlich höhere Prävalenz vermuten. Demgemäß zeigen sich bei ca. 22 Prozent der 11- bis 17-Jährigen Symptome nach SCOFF (Sick, Control, One, Fat, Food), wobei Mädchen mit 28 Prozent deutlich häufiger betroffen sind als Burschen (ca. 12,1 %) (Cohrdes et al. 2019).

Dem Jahresbericht 2021 der Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche „Rat auf Draht“ zufolge wurden 2021 Essstörungen vermehrt thematisiert (Satke/Wurnig 2022). Extremfälle von Essstörungen werden stationär behandelt. Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten zeigt einerseits den eklatanten Unterschied nach Geschlecht: Mädchen und junge Frauen werden um ein Vielfaches häufiger aufgrund einer Essstörung stationär behandelt als Burschen bzw. junge Männer – in der Altersgruppe von 15 bis 19 Jahren wurden 2022 über 20-mal mehr Patientinnen als Patienten aufgrund einer Essstörung stationär aufgenommen.

Andererseits war auch die Veränderung von 2020 auf 2021 höchst bedenklich. Es zeigt sich ein sprunghafter Anstieg bei den stationären Aufnahmen von Mädchen: bei den 10- bis 14-Jährigen von 174 (85 Pat. pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe) auf 254 Patientinnen (123 Pat. pro 100.000) sowie bei den 15- bis 19-Jährigen von 355 (167 Pat. pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe) auf 528 Patientinnen (250 Pat. pro 100.000), was einen Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie nahelegt. 2022 nahmen die Zahlen etwas ab, wengleich sie noch über dem Niveau der Zeit vor der Pandemie sind (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9: Essstörungen bei 10- bis 19-Jährigen: stationäre Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2015–2022



Haupt- oder Nebendiagnose ICD-10: F50; da die Dokumentation von Nebendiagnosen weniger zuverlässig als von Hauptdiagnosen erfolgt, sind diese Angaben als Untergrenze zu interpretieren

*Einwohner:innen der jeweiligen Altersgruppe

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2015–2022; Darstellung: GÖG

Devoe et al. (2023) beobachten diese Entwicklung in ihrer systematischen Übersichtsstudie auch international: Unter den gepoolten Krankenhausaufnahmen kam es in allen Studien im Durchschnitt zu einem Anstieg der Aufnahmen während der Pandemie um 48 Prozent im Vergleich zu früheren Zeitpunkten vor der Pandemie, 36 Prozent der Studien (n = 19) deuten auf eine Zunahme von Essstörungssymptomen während der Pandemie hin (Devoe et al. 2023).

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

ADHS, die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, stellt eine der häufigsten Entwicklungsstörungen im Kindesalter dar, die bei ca. 50–80 Prozent der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter persistiert (Philipsen/Döpfner 2020). Laut MHAT-Studie lag 2013–2015 die ADHS-Punktprävalenz⁷ von 10- bis 18-Jährigen in Österreich bei 4,04 Prozent (SD 1,8 %) (Wagner et al. 2017). Im Kindesalter wird weltweit von einer Häufigkeit von ca. 5 Prozent ausgegangen, die in den letzten Jahren stabil geblieben ist (Göbel et al. 2018; Philipsen/Döpfner 2020). In der deutschen KiGGS-Studie Welle 2 (2014–2017) gaben insgesamt 4,4 Prozent der Eltern von 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen an, dass ihr Kind jemals eine ADHS-Diagnose durch eine Ärztin bzw. einen Arzt oder durch eine Psychologin bzw. einen Psychologen erhalten hat (Göbel et al. 2018).

Die drei Kernsymptome von ADHS sind: gesteigerte Impulsivität, motorische Unruhe und verminderte Aufmerksamkeitsleistung (Hohmann et al. 2021). Nach der DSM-5-Klassifikation und der ICD-11-Klassifikation werden nach den Hauptsymptomen drei Krankheitstypen unterschieden: ein unaufmerksamer, ein hyperaktiv-impulsiver und ein kombinierter Typ, der die Symptome beider Typen beinhaltet (Popow/Ohmann 2020). ADHS ist eine „phänomenologische Diagnose des Verhaltens“ (Rendi-Wagner et al. 2013), die einer sorgfältigen Diagnostik bedarf (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2021a) und bei welcher phänotypische Geschlechtsunterschiede bestehen: Da Burschen eher einen impulsiv-hyperaktiven bzw. kombinierten Typ aufweisen, wird ADHS bei diesen etwa dreimal häufiger diagnostiziert als bei Mädchen, die eher den unaufmerksamen Typ aufweisen (Popow/Ohmann 2020). Die Krankheitsursache ist zumeist multifaktoriell, insbesondere sind „eine genetisch-biologische, eine psychodynamische und eine soziogene Ebene“ zu beachten. Risikofaktoren für ADHS sind somit auch belastende psychosoziale Bedingungen (Rendi-Wagner et al.

⁷ Krankheitsfälle zu einem bestimmten Zeitpunkt im Gegensatz zur häufig verwendeten 12-Monats-Prävalenz

2013). Die Pubertät und der Übergang ins Erwachsenenalter sind besonders herausfordernd, weil ADHS als Risikofaktor für psychosoziale Problematiken und weitere psychische Störungen im Jugendalter gesehen wird (Krauss 2022). Darüber hinaus wird ADHS häufig von psychischer Komorbidität begleitet, u. a. von der „Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, Störungen des Sozialverhaltens sowie Depressionen, Angst- und Lernstörungen“. 60 bis 80 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit ADHS haben eine dieser weiteren Diagnosen (Göbel et al. 2018). Die Behandlung besteht – je nach Ausprägung der Symptome – aus einer multimodalen Therapie, bei Bedarf aus psychopharmakologischer und psychosozialer Therapie und aus einer ausführlichen Psychoedukation der Eltern und Betroffenen hinsichtlich des Störungsbildes und der Behandlungsmöglichkeiten (Philipsen/Döpfner 2020).

Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)

Störungen des Autismus-Spektrums entwickeln sich bereits ab der frühen Kindheit. Die Ursachen sind noch nicht vollends geklärt, die Fachwelt geht aber davon aus, dass Autismus-Spektrum-Störungen mit genetischen Faktoren in Zusammenhang gebracht werden können (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2022).

Autismus ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung und die Symptome können unterschiedliche Ausprägungen erreichen, weshalb auch von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) gesprochen wird (Wittwer 2022). ASS haben u. a. zur Folge, dass die soziale Kommunikation und Interaktion beeinträchtigt sind sowie ein zwanghaftes und ritualisiertes Verhalten an den Tag gelegt wird. Diese Symptome treten in den ersten zwei Lebensjahren auf, können aber in leichter Form oft bis zum Schulalter nicht erkannt werden, insbesondere bei jenen Kindern, „die kognitiv gut begabt sind“ (Hofer/Fellinger 2021; MSD Manual 2022a). Zwar begleitet die Störung betroffene Personen ein Leben lang, doch sind strukturierte programm-basierte Frühinterventionen eine effektive Maßnahme, die dabei helfen, „den Alltag in allen Lebensphasen zu stabilisieren“ (Hofer/Fellinger 2021). Dabei sind der Einbezug der Familie, aber auch der Pädagoginnen bzw. Pädagogen und die Aufklärung von Mitschülerinnen und Mitschülern hochrelevant.

Für Österreich liegen keine zuverlässigen Prävalenzdaten zu ASS vor. Die MHAT-Studie, in welcher die Prävalenz von psychischen Störungen mithilfe von „self-rating tools“ erhoben wurde, erhob keine Daten zu ASS, da ASS laut Wagner et al. (2017) besser von den Eltern bzw. nahen Angehörigen als von Betroffenen selbst eingeschätzt werden sollte. Einer deutschen Studie zufolge lag 2016 die Prävalenz von ASS unter den 0- bis 24-Jährigen bei

0,38 Prozent (Bachmann et al. 2016). Es ist außerdem drei- bis viermal wahrscheinlicher, dass Burschen die Diagnose ASS erhalten als Mädchen – „weibliche Betroffene scheinen häufiger unerkant zu bleiben und werden später diagnostiziert“ (Wittwer 2022).

In Fachkreisen wird darüber diskutiert, sich bei psychischen Störungen weg von einer Perspektive der Mängel („Störungen“) hin zu einer Sicht der Ressourcen und Diversität zu bewegen, „die sowohl die Stärken als auch die Schwächen und die Idee berücksichtigt, dass Variation an sich positiv sein kann“ (Armstrong 2015). Demzufolge wird dafür plädiert, anstelle von Autismus-Spektrum-Störungen von „Neurodiversität“ zu sprechen (Hofer/Fellinger 2021).

3 Adipositas

Insbesondere Adipositas unter Kindern und Jugendlichen wird als eine der **größten Public-Health-Herausforderungen** u. a. im europäischen Raum gesehen. Übergewicht hat Einfluss auf alle Lebenslagen und birgt das hohe Risiko von Folgeerkrankungen und der Entwicklung von Adipositas. Adipositas wiederum ist bei 80 Prozent der Betroffenen schon zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr präsent und hat nicht nur negativen Einfluss auf die Lebensqualität, sondern verursacht auch hohe Kosten im Gesundheitssystem. Die OECD-Länder geben etwa 8,4 Prozent ihres Gesundheitsbudgets für die Behandlung von Krankheiten im Zusammenhang mit Übergewicht aus (OECD 2019). Aber auch auf die Produktivität nimmt Übergewicht bzw. Adipositas Einfluss: Im Erwachsenenalter haben Personen mit mindestens einer chronischen Krankheit, die mit Übergewicht zusammenhängt, eine 8 Prozent geringere Wahrscheinlichkeit, im folgenden Jahr erwerbstätig zu sein. Wenn diese Personen einen Arbeitsplatz haben, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie abwesend oder weniger produktiv sind, um bis zu 3,4 Prozent höher (OECD 2019). Im Rahmen einer Pressekonferenz im Jahr 2022 schätzte das IHS die Arbeitsausfälle von Menschen mit Übergewicht und Adipositas (Body-Mass-Index [BMI] 27+) im Median auf 10–20 Tage pro Jahr (Czypionka/Röhrling 2022).

Adipositas ist noch nicht allzu lange als **chronische Krankheit** anerkannt, in den USA seit 2013, in Deutschland seit 2020; in Österreich definiert die Sozialversicherung erst seit 2022 Adipositas als chronische Erkrankung (Weghuber 2023). Dies mag auch mit ein Grund dafür sein, dass eine gute medizinische Versorgung noch nicht im österreichischen Gesundheitssystem verankert ist (siehe Kapitel 3.6). Übergewicht und Adipositas werden in Ausbildungen von Gesundheitsberufen kaum tangiert, postgraduale Weiterbildungen zum Thema Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gibt es nur wenige (Cavini et al. 2022; WHO 2019). Fehlendes fachliches Wissen zu Adipositas kann Gewichtsbi⁸ vonseiten der Gesundheitsberufe zur Folge haben – von Übergewicht oder Adipositas Betroffene sind also auch in der Gesundheitsversorgung mit Stigma konfrontiert. Dies hat nicht nur Einfluss

⁸ Die Begriffe Gewichtsbi⁸ und Gewichtsstigma werden in der Literatur oft sehr unscharf und daher auch weitgehend synonym verwendet. Streng genommen bezieht sich Gewichtsbi⁸ nur auf die falschen Vorstellungen und Einstellungen, während Stigmatisierung, wie auch im vorliegenden Bericht definiert (siehe S.14f.), auch die Handlungen, die auf Basis der falschen Vorstellungen getätigt werden (= Diskriminierung), miteinschließt.

auf die Qualität der Versorgung, solche Erfahrungen können dazu führen, dass Betroffene weniger Motivation und Adhärenz aufweisen. Des Weiteren haben solche Erfahrungen negativen Einfluss auf die Kommunikation zwischen dem bzw. der Gesundheitsdiensteanbieter:in und der Patientin bzw. dem Patienten und können zur Folge haben, dass Betroffene die Gesundheitsversorgung gänzlich vermeiden (Puhl 2023).

Adipositas ist ein **komplexes Krankheitsbild** mit vielfältigen Ursachen (siehe Kapitel 3.3) und zahlreichen schwerwiegenden körperlichen und psychischen Komorbiditäten (siehe Kapitel 3.2), die sich früh manifestiert und die Betroffenen ein Leben lang begleitet. Dementsprechend bedarf es auch einer interdisziplinären multimodalen Behandlung, die „das Ausmaß der kumulativen somatischen, psychomentalen und sozialen Risiken berücksichtigt“ – „iss weniger und beweg dich mehr“ ist nicht die Lösung.

Außerdem sind Übergewicht und Adipositas mit **Scham** behaftet, weil gesellschaftlich schlanke oder geradezu dünne Körperbilder als erstrebenswert angesehen werden. Solche Schönheitsideale führen auch dazu, dass sich auffallend viele Jugendliche als zu dick empfinden, wobei bei nicht wenigen eine Diskrepanz zwischen dem Körperselbstbild und dem tatsächlichen Gewichtsstatus besteht (Felder-Puig et al. 2023a). Deutlich verstärkt wird die Scham dadurch, dass Adipositas noch immer von der falschen Vorstellung geprägt ist, dass mangelnde Selbstdisziplin der Hauptgrund für die Erkrankung sei (Müller/Blüher 2023) (siehe auch Kapitel 1.3), und dass Menschen mit Übergewicht oder Adipositas faul, willensschwach, weniger intelligent und unmoralisch seien (Clair et al. 2016; Haqq et al. 2021; Tomiyama et al. 2018; Westbury et al. 2023).

Spezifische Folgen von Gewichtsstigma bei Kindern und Jugendlichen sind ein erhöhtes Risiko für ungesunde Verhaltensweisen in Bezug auf Gewichtskontrolle und „binge eating“, psychosoziale Beeinträchtigungen (Depression, Schwächung des Selbstwertgefühls, Einsamkeit und soziale Ängste), eine Verschlechterung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der schulischen Leistungen. Nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch deren Eltern leiden häufig unter Stigmatisierungserfahrungen: Sie berichten über das Vorurteil, schlechte Eltern zu sein, und über soziale Isolation (Haqq et al. 2021).

3.1 Prävalenz

In Europa haben rund 60 Prozent der Erwachsenen und fast 30 Prozent der Kinder und Jugendlichen zu viel Körpergewicht. Es gibt Hinweise darauf, dass gerade Kinder und Jugendliche während der SARS-CoV-2-Pandemie zugenommen haben (WHO 2022b).

Im Rahmen der Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) des WHO-Regionalbüros wurden 2019/2020 Daten zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern der dritten Schulstufe in Österreich erhoben⁹. Dabei wurden unter anderem folgende Risikofaktoren für kindliches Übergewicht und Adipositas festgestellt (BMSGPK 2022a):

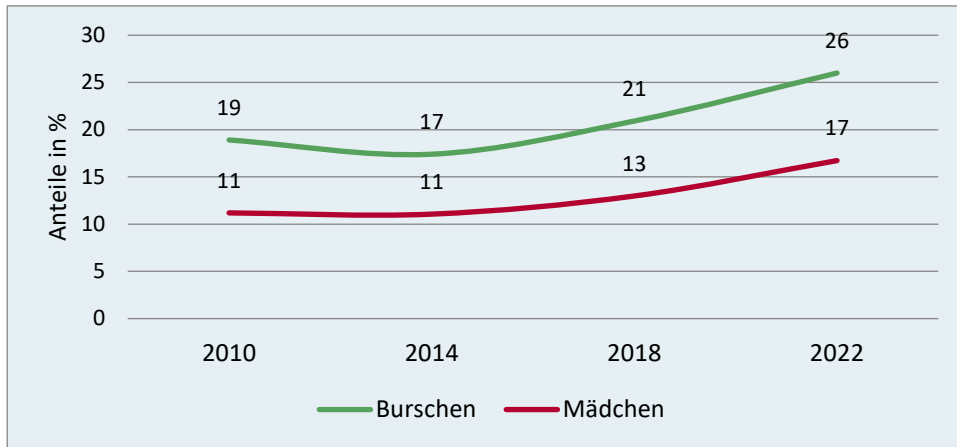
- männlich
- körperliche Inaktivität
- hoher Urbanisierungsgrad
- niedriges Bildungsniveau
- ungünstige Ernährungsgewohnheiten (süße Getränke und ungesunde Snacks)

Auf Basis der selbst berichteten Angaben von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Mädchen und Burschen in Österreich zu Gewicht und Körpergröße im Rahmen der Befragung Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2021/2022 haben 14 Prozent der Mädchen und 19 Prozent der Burschen Übergewicht, rund drei Prozent der Mädchen und sechs Prozent der Burschen Adipositas (siehe Abbildung 10)¹⁰. Da bei Befragungen oft ein niedrigeres als das tatsächliche Gewicht angegeben wird, ist von einer höheren Rate auszugehen. Seit 2010 hat der Wert von Übergewicht und Adipositas bei allen Kindern und Jugendlichen zugenommen – von 15 Prozent im Jahr 2010 auf 21 Prozent im Jahr 2022. Der Anteil der Kinder und Jugendliche mit Adipositas ist in diesem Zeitraum von rund 3 Prozent auf 5 Prozent gestiegen; hinsichtlich Übergewicht stieg der Anteil von 12 Prozent auf 16 Prozent an (Felder-Puig et al. 2023b)..

⁹ Ein Bericht zur COSI-Erhebung 2022/23 war zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht publiziert, wird aber 2024 veröffentlicht

¹⁰ Für Erwachsene sind zur Bestimmung von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas absolute Grenzwerte festgelegt. Für Kinder und Jugendliche, deren körperliche Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, können diese jedoch nicht herangezogen werden. Unter Berücksichtigung von Geschlecht und Alter wurden die BMI-Werte daher mithilfe von sogenannten Normtabellen als Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht oder Adipositas kategorisiert (Kurth/Schaffrath Rosario 2010).

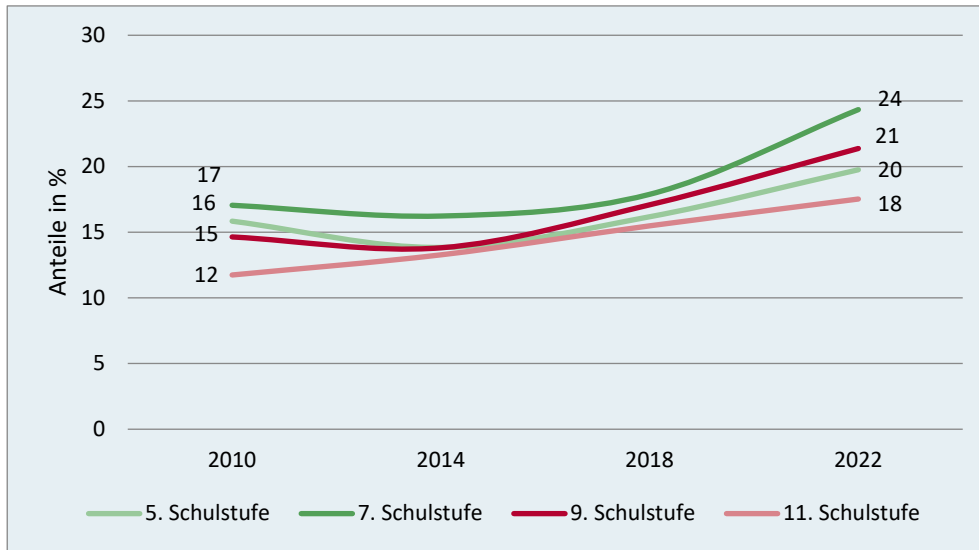
Abbildung 10: Übergewicht oder Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Österreich 2010–2022



Quelle: Felder-Puig et al. (2023b); Darstellung: GÖG

Die Raten für Übergewicht und Adipositas sind seit 2010 in allen Altersgruppen zwischen vier und sieben Prozentpunkte gestiegen. Während der Anteil in der 11. Schulstufe seit 2010 stetig steigt, gibt es in den anderen Schulstufen erst seit 2014 bzw. 2018 eine Zunahme an Schülerinnen und Schülern mit Übergewicht und Adipositas (siehe Abbildung 11). Der Anteil der Schüler:innen mit Adipositas ist hierbei insbesondere bei den Jugendlichen in der 7. Schulstufe (von 3,5 % auf 6,5%) und der 9. Schulstufe (von 2,7 % auf 5,3%) gestiegen, während der Anteil der Schüler:innen mit Übergewicht bei den Jugendlichen insbesondere in der 11. Schulstufe gestiegen ist (9,1 % auf 14 %). Den höchsten Anteil der Schüler:innen mit Übergewicht und Adipositas haben nach wie vor die Jugendlichen der 7. Schulstufe (17,8 % bzw. 6,5 %). Im internationalen Vergleich ist Österreich darüber hinaus eines jener Länder, das zwischen 2018 und 2022 den größten Zuwachs am Anteil von Übergewicht und Adipositas unter Burschen verzeichnet (Rakić et al. 2024).

Abbildung 11: Übergewicht oder Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schülerinnen und Schülern nach Schulstufe, Österreich 2010–2022



Quelle: Felder-Puig et al. (2023b); Darstellung: GÖG

Neben der HBSC-Studie, die subjektive Daten von Kindern und Jugendlichen ab der 5. Schulstufe erfasst und analysiert, kann für einen internationalen Vergleich auch die Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) der WHO herangezogen werden: eine der größten epidemiologischen Studien zu Übergewicht und Adipositas bei Volksschulkindern. Die aktuellen Daten aus Österreich sind dem österreichischen COSI-Bericht aus dem Jahr 2020 zu entnehmen (n = 2.445 Volksschulkinder). Je nach Klassifikationsgrundlage (WHO oder IOTF) zeigt die Erhebung, dass unter den 7- bis 10-jährigen Kindern **jeder dritte (WHO) bis vierte (IOTF) Bursche** und **jedes vierte (WHO) bis fünfte (IOTF) Mädchen** von Übergewicht, Adipositas oder extremer Adipositas betroffen sind. Damit ist die Prävalenz im internationalen Vergleich im oberen Mittelfeld aus 36 teilnehmenden Ländern (BMSGPK 2022a). Innerhalb von Österreich „konnte ein deutliches Stadt-Land-Gefälle beobachtet werden, welches sich bei den Jungen (Stadt 31,6 %, halbstädtisch 26,7 %, Land 26,6 %) deutlicher als bei den Mädchen (Stadt 26,3 %, halbstädtisch 22,1 %, Land 22,2 %) zeigte“ (BMSGPK 2022a).

Betrachtet man nur Adipositas, zeigen sich laut COSI-Studie 2020 deutliche Unterschiede nach Geschlecht: 16,5 Prozent der 9-jährigen Jungen hatten Adipositas und weitere 3,2 Prozent extreme Adipositas, bei den Mädchen waren es im Vergleich dazu 8,2 Prozent mit Adipositas und weitere 1,4 Prozent mit extremer Adipositas (BMSGPK 2022a).

Laut einer Studie von Vogel et al. (2021), bei der die BMI-Verläufe von insgesamt 150.000 Kindern in Deutschland (rund 10.000 in der pandemischen Phase) in den letzten 17 Jahren dokumentiert wurden, führten Schulschließungen, eingeschränkte soziale Kontakte und der Wegfall sportlicher Aktivitäten während der COVID-19-Pandemie zu einem Anstieg an Kindern mit Adipositas. Die COVID-Maßnahmen wirkten als „Adipositas-Treiber“ und verstärkten die Effekte bei bereits von Adipositas betroffenen Kindern (Haas et al. 2021).

Im Rahmen der HBSC-Studie wurde ebenso erhoben, wie zufrieden die Schüler:innen und Lehrlinge mit ihrem Gewicht sind. Obwohl den erhobenen Gewichtsdaten zufolge mehr Burschen als Mädchen von Übergewicht oder Adipositas betroffen sind, empfinden sich mehr Mädchen als Burschen als zu dick, während sich Burschen umgekehrt in höherem Ausmaß als zu dünn empfinden. Die Anzahl der Schüler:innen und Lehrlinge mit negativem Körper-selbstbild steigt mit dem Alter. Dabei hat das Körper-selbstbild nicht unbedingt einen Konnex zum tatsächlichen Gewichtsstatus, denn „bei den 17- und 18-jährigen normalgewichtigen Schülern und männlichen Lehrlingen fühlen sich jeweils ca. ein Drittel als zu dünn und etwas mehr als jeder Zehnte als zu dick. Von den normalgewichtigen Schülerinnen und weiblichen Lehrlingen meinen ca. 9 Prozent, dass sie zu dünn und 37 Prozent, dass sie zu dick sind“ (Felder-Puig et al. 2023a).

3.2 Komorbiditäten

Adipositas und möglicherweise auch Übergewicht sind mit einer erhöhten Morbidität¹¹ und Mortalität¹² assoziiert (IAMEV 2016). Schätzungen deuten darauf hin, dass Übergewicht und Adipositas jährlich 1,2 Millionen Sterbefälle in der europäischen Region der WHO verursachen, was mehr als 13 Prozent aller Todesfälle entspricht (WHO 2022a). Übergewicht und insbesondere Adipositas ziehen also medizinische, soziale und psychologische Effekte nach sich (WHO 2019), wobei diese für die Gesundheit negativen Konsequenzen (körperliche wie psychische) unterteilt werden können in Auswirkungen, die ...

- **... bereits gehäuft im Kindesalter auftreten können.** Das sind gastrointestinale und muskulo-skelettale Probleme, Schlafapnoe, Asthma, Insulinresistenz (Lobstein/Jackson-Leach 2016), orthopädische Probleme (z. B. Plattfüße, Skoliose,

¹¹ Morbidität bezeichnet die Krankheitshäufigkeit einer Population {Psyhyrembel Online, o. J. #308}

¹² Die krankheitsspezifische Mortalität bezeichnet die Anzahl der Todesfälle durch eine bestimmte Erkrankung in einem Beobachtungszeitraum {Psyhyrembel Online, o. J. #307}

Morbus Perthes) (Nowicki et al. 2019; Pourghasem et al. 2016), nicht alkoholische Fettlebererkrankung – die häufigste Form der Lebererkrankung bei Kindern, deren Prävalenz sich in den letzten Jahrzehnten weltweit mehr als verdoppelt hat (Furthner et al. 2022) – und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE) (WHO 2019). Zudem gibt es auch Folgen für die psychische Gesundheit. Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas sind vermehrt Mobbing, Stigmatisierung durch ihre Peers, Lehrer:innen, Eltern und Personen in Gesundheitsberufen ausgesetzt (Rankin et al. 2016; WHO 2019), was psychischen Stress, Einsamkeit, Ängste und Depression zur Folge haben kann (WHO 2019). Besonders negativ wirkt sich dies auf das Selbstwertgefühl aus, welches mit dem Alter weiter sinken kann, sowie auf die „health-related quality of life“ (Rankin et al. 2016). Da die genannten Komorbiditäten und psychischen Folgen zu einer höheren Fehlzeitenquote führen können, beeinträchtigt Adipositas auch die schulischen Leistungen und kann zu einem schlechteren Bildungsabschluss führen, als er sonst zu erwarten wäre (WHO 2019) – so ist bei Kindern mit gesundem Gewicht die Wahrscheinlichkeit, dass sie gute schulische Leistungen erbringen, um 13 Prozent höher als bei Kindern mit Adipositas (OECD 2019).

- **... sich meist erst nach längerem Bestehen der Erkrankung, also im Erwachsenenalter, manifestieren.** Dazu gehören u. a. Hypertonie, Atherosklerose, Osteoarthritis, Rückenschmerzen, Typ-2-Diabetes, Leberfibrose oder Dyslipidämie (Kivimaki et al. 2022; WHO 2019). Adipositas im Kindes- oder Jugendalter wird mit einem doppelt so hohen oder noch höheren Risiko für Bluthochdruck, koronare Herzkrankheiten und Schlaganfall im Erwachsenenalter in Verbindung gebracht (WHO 2019), wobei das Risiko auch nach einer Gewichtsabnahme erhöht bleibt. Darüber hinaus haben Personen mit Übergewicht oder Adipositas ein erhöhtes Risiko, an verschiedenen Krebsarten zu erkranken (z. B. Endometriumkarzinom, Brust-, Kolorektal-, Gallenblasen-, Bauchspeicheldrüsen-, Leber-, Nieren-, Magen- und Speiseröhren-, Schilddrüsen-, Eierstockkrebs und Leukämie), wobei Adipositas auch mit einem erhöhten Risiko der Entwicklung von schweren Krebsformen sowie mit einem erhöhten Risiko, daran zu versterben, in Verbindung gebracht wird (WHO 2022a).

Eine Gewichtszunahme während des Wachstums zu verlangsamen und eine Gewichtsabnahme am Ende des Wachstums zu erreichen und aufrechtzuerhalten, ist insbesondere ohne angemessene professionelle Unterstützung schwierig. Das führt dazu, dass eine hohe Anzahl von Kindern mit Übergewicht oder Adipositas auch im Erwachsenenalter Adipositas haben. Im Durchschnitt der OECD-Länder werden bis 2050 Schätzungen zufolge 70 Prozent aller Behandlungskosten für Diabetes, 23 Prozent der Behandlungskosten für HKE und 9 Prozent für Krebserkrankungen auf Übergewicht zurückgehen (OECD 2019).

Anzumerken ist in diesem Sinne auch, dass Stigmatisierung der Erkrankung in der Gesundheitsversorgung zu einer verminderten Inanspruchnahme von medizinischen Hilfsangeboten führen kann, wie auch zu einer verspäteten Behandlung aufgrund fehlender Differenzialdiagnostik (Westbury et al. 2023) (siehe auch Kapitel 3.9).

3.3 Sozioökonomische Aspekte

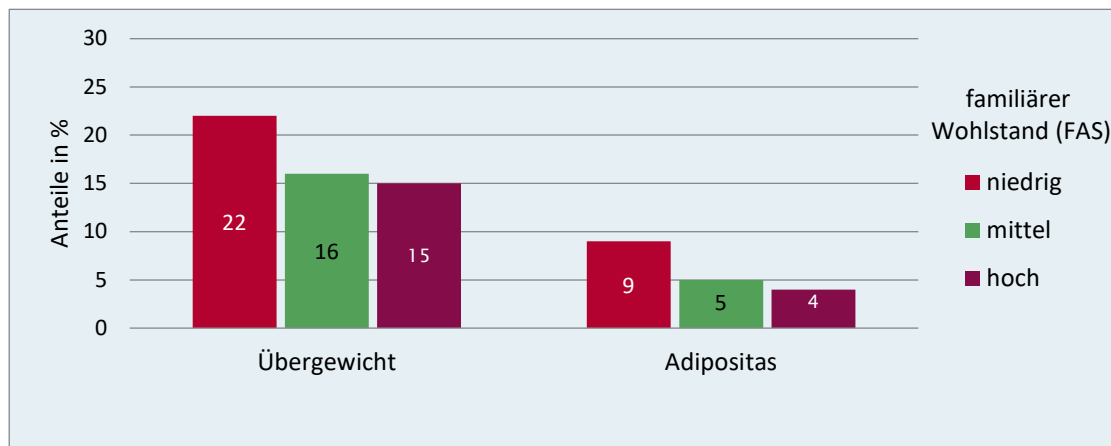
Übergewicht und Adipositas unter Kindern gehören zu den wichtigsten Herausforderungen für die europäischen Regionen. Dabei spielt der soziale und ökonomische Status nach neuesten Erkenntnissen der WHO, bezugnehmend auf die COSI-Studie, nicht in allen europäischen Regionen eine maßgebliche Rolle: Während in Ländern mit hohem Einkommen die Bildung der Eltern ein Schutzfaktor gegen Übergewicht/Adipositas bei Kindern darstellt, scheint es sich in Ländern mit mittlerem Einkommen umgekehrt zu verhalten (WHO 2022a), was die Bedeutung von Maßnahmen auf nationaler Ebene hervorhebt und zeigt, dass es auf internationaler Ebene nicht die eine Lösung gibt, um Adipositas im Kindes- und Jugendalter zu verhindern (Ahrens/Branca 2021). In Österreich kann, ebenso wie in Deutschland (RKI 2018), ein Zusammenhang zwischen niedrigem Bildungsniveau und geringem Einkommen der Eltern sowie einem erhöhten Risiko für Übergewicht beobachtet werden (BMSGPK 2022a).

In Österreich gelten rund 23 Prozent der 8-jährigen Kinder aus Familien, die sehr gut mit ihrem monatlichen Einkommen leben können, als übergewichtig, während doppelt so viele Kinder (46 %), deren Familien angeben, Schwierigkeiten bezüglich des Auskommens mit ihrem monatlichen Einkommen zu haben, von Übergewicht betroffen sind (BMSGPK 2022a). Die Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 zeigen, dass der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas (11, 13, 15 und 17 Jahre) aus Familien mit niedrigem Wohlstand („Family Affluence Scale“, FAS¹³) höher ist als aus Familien mit hohem familiären Wohlstand (Übergewicht 22 % vs. 15 % bzw. Adipositas 9 % vs. 4 %) (siehe Abbildung 12).

¹³ Die FAS wird mithilfe von sechs Items (Autobesitz, eigenes [Schlaf-]Zimmer, Urlaube mit der Familie, Computerbesitz, Anzahl an Badezimmern, Besitz einer Geschirrspülmaschine) operationalisiert, bepunktet und aufsummiert. In den Auswertungen wird ein relatives Maß verwendet, wobei die FAS in drei Kategorien eingeteilt wird, welche einen niedrigen (untere 20 % der Stichprobe), mittleren (mittlere 60 % der Stichprobe) und hohen (obere 20 % der Stichprobe) familiären Wohlstand angeben (Moor et al. 2020).

Auswertungen nach Migrationshintergrund zeigen ebenfalls große Unterschiede: 19 Prozent der Schüler:innen ohne Migrationshintergrund, aber 27 Prozent derjenigen mit Migrationshintergrund sind von Übergewicht oder Adipositas betroffen, bei Lehrlingen sind es 30 vs. 35 Prozent (Felder-Puig et al. 2023b).

Abbildung 12: Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen nach familiärem Wohlstand (FAS), Österreich 2022



Gewichtsklassifizierung nach Cole

Quelle: BMSGPK – Health-Behaviour-in-School-aged-Children-Studie 2022; Berechnung und Darstellung: GÖG

Zwischen dem höchsten Bildungsabschluss der Eltern und Übergewicht besteht laut COSI 2021 ebenfalls ein starker Zusammenhang. Kinder von Eltern mit hohem Bildungsabschluss (Universität/Fachhochschule) haben seltener Übergewicht (19 %) als jene, deren Eltern einen Gymnasial-/Fachoberschulabschluss (27 %) oder maximal Pflichtschulabschluss (48 %) haben (BMSGPK 2022a).

3.4 Ursachen und Risikofaktoren

Die Ursachen für Übergewicht und Adipositas sind komplex und vielfältig: Neben biomedizinischen Faktoren wie Genetik, Hormonen und Medikamentennebenwirkungen spielen auch psychologische, umweltbedingte (Lebensverhältnisse, soziale Faktoren wie Beziehungen, soziodemografische Faktoren) und medizinische Faktoren (Medikamente und Versorgung), die in Summe die strukturellen Rahmenbedingungen darstellen und das Verhalten bestimmen, eine Rolle. Je mehr Belastungen ein Individuum in der Kindheit ausgesetzt ist

(Adverse Childhood Experiences, ACE), desto höher ist das Risiko, an Adipositas zu erkranken (Deng/Lacey 2022; Marbler et al. 2020). Adipositas entsteht aufgrund eines anhaltenden Überschusses aufgenommener Kalorien verglichen zum Energieaufwand. Beghini/Scherer (2021) zufolge ist bei ca. 95 Prozent der Menschen mit Adipositas die Ursache für dieses chronische Energieungleichgewicht multifaktoriell, wobei genetische bzw. epigenetische Faktoren und ein adipogenes Umfeld (u. a. bewegungshemmende Wohnverhältnisse und Infrastruktur, hohe Kaloriendichte der Ernährung) eine Rolle spielen. Der retrospektiven Studie von Geserick et al. (2018) zufolge, in welcher von Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren die anthropometrischen Daten (inkl. BMI) von null bis 14 Jahren analysiert wurden, hatten über 50 Prozent der Jugendlichen mit Adipositas bereits im Alter von fünf Jahren Übergewicht oder Adipositas; 90 Prozent der Kinder, die mit drei Jahren Adipositas hatten, hatten auch im Jugendalter Adipositas.

Biomedizinische Faktoren

Bei der Entstehung von Adipositas liegt die Ursache oft auch in der genetischen Veranlagung. Die Erblichkeit des BMI wird auf Basis von Zwillings- und Adoptionsstudien auf 40–70 Prozent bzw. auf Basis von Bevölkerungsstudien auf 30–40 Prozent geschätzt (Beghini/Scherer 2021). Eine genetisch vererbte Adipositas kann eine polygenetische Störung der Energieregulation sein (MSD Manual 2021), es existieren aber auch monogene (z. B. Mutationen im Leptin-Melanocortin-Signalweg) und selten syndromische Adipositasformen (z. B. Prader-Willi-Syndrom), die durch ein fehlendes Sättigungsgefühl schon im Kleinkindalter entstehen (Beghini/Scherer 2021).

Auch andere pränatale und frühe postnatale Faktoren, wie Schwangerschaftsdiabetes, eine übermäßige Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft sowie ein erhöhter BMI der Mutter (vor der Schwangerschaft) und des Vaters, werden mit der Entwicklung von frühkindlicher Adipositas in Verbindung gebracht. All diese Risikofaktoren wurden in den letzten Jahrzehnten häufiger (Larque et al. 2019).

Das Geschlecht scheint bezüglich der Fettverteilung (zentrale vs. periphere Adipositas) und bezüglich der Stoffwechselrate (höher beim männlichen Geschlecht) eine Rolle zu spielen. Weiters können körperliche Einschränkungen und Behinderung sowie Infektionen/Erkrankungen und die Einnahme von Medikamenten (wie Antidepressiva und Antibiotika) das Risiko einer Adipositaserkrankung (Reinehr 2013; Wötzel et al. 2014) erhöhen. Eine Studie aus Leipzig hat ergeben, dass Personen mit Behinderung deutlich häufiger von Adipositas

betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung. Frauen stellten dabei eine besondere Risikogruppe dar, insbesondere wenn sie nicht in institutioneller Betreuung waren (Wötzel et al. 2014).

Welche weiteren biologischen Faktoren in welchem Ausmaß zur Entstehung von Adipositas beitragen, ist noch Gegenstand der Forschung. Das Darmmikrobiom bzw. die Zusammensetzung der Bakterien und anderen Mikroorganismen im menschlichen Darm wird nach derzeitigem Stand der Forschung als ein potenzieller Einflussfaktor auf die Entstehung von Adipositas betrachtet. Es gilt als ein zentraler Stoffwechselknotenpunkt, dessen Zusammensetzung die Nahrungsverwertung beeinflusst (Greene et al. 2020).

Psychische Faktoren

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen **psychischer Gesundheit** und Übergewicht bzw. Adipositas. Jugendliche sind besonders dem Druck der Medien (Social Media) und gesellschaftlichen Normen (z. B. unrealistischen Schönheitsidealen, Bodyshaming) ausgesetzt, was zu einer Unzufriedenheit mit dem Körper, zu Minderwertigkeitsgefühlen bzw. einem geringeren Selbstwertgefühl führen kann. Psychische Belastungen können wiederum Auslöser für „emotionales Essen“ sein – ein Konzept, das Essen als Reaktion auf einen negativen Effekt beschreibt (Nguyen-Rodriguez et al. 2009) – sowie Diäten mit Jo-Jo-Effekt, Binge-Eating oder Night-Eating (DGPM 2015; Humer 2020) begünstigen. Die Korrelation von psychischer Gesundheit und Körpergewicht stellt etwa eine klinische Studie zur psychischen Befindlichkeit aus Deutschland aus dem Jahr 2008 dar: 40 Prozent der Kinder mit Übergewicht litten unter einer psychischen Störung (Roth et al. 2008). Mobbing-Erfahrungen und Ausgrenzung durch Peers können für diese Assoziation eine relevante Rolle spielen (siehe auch Kapitel 3.9) und weiters einen wesentlichen negativen Einfluss auf das Selbstwertgefühl haben (van Vuuren et al. 2019). Aus Scham oder Angst vor Ausgrenzung und Bloßstellung neigen Menschen mit Adipositas dazu, sich von der Außenwelt zurückzuziehen (Zanadio 2023). Die Folgen sind soziale Isolation und Einsamkeit – manchmal, einem der durchgeführten Interviews mit einem Fachexperten zufolge, verbunden mit der Flucht in die virtuelle Welt. Das Gefühl der Isoliertheit kann wiederum ungesunde Verhaltensweisen fördern (van Vuuren et al. 2019).

Stress und Schlafmangel können Übergewicht und Adipositas begünstigen. Schlafmangel kann u. a. Einfluss auf eine Gewichtszunahme haben, weil durch die von Schlafmangel ausgelösten hormonellen Veränderungen den Appetit anregen und u. a. auch die Insulinsekretion reduzieren, was wiederum das Risiko, an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken, erhöht

(Bell et al. 2013; Cedernaes et al. 2018; Spaeth et al. 2013). Zudem wirkt sich die daraus folgende Müdigkeit negativ auf die körperliche Aktivität aus. Laut deutscher KiGGS-Studie Welle 2 (2014–2017) schlafen 81 Prozent der deutschen Kinder und Jugendlichen gemäß entsprechenden Empfehlungen. Bei Jugendlichen ab 13 Jahren ist der Anteil deutlich niedriger als bei jüngeren Kindern (60 % vs. rund 90 %) und ist zudem seit der Basiserhebung (2003–2006) um 10 Prozentpunkte zurückgegangen (RKI 2020b). Gründe für diesen Rückgang werden mit einer verstärkten Nutzung sozialer Medien, schulischem Stress und mangelndem Wissen hinsichtlich gesunden Schlafs vermutet (Keyes et al. 2015).

Weiters können **belastende Lebensereignisse** wie Verlust- und Trennungsergebnisse oder traumatisierende Erlebnisse das Risiko von Adipositas erhöhen (Humer 2020). So haben beispielsweise Frauen, die in ihrer Kindheit körperlich misshandelt worden sind, ein um rund 35 Prozent höheres Risiko, an Adipositas zu erkranken – bei Buben/Männern ist diesbezüglich keinerlei Zusammenhang entdeckt worden. Der Grund hierfür ist nicht bekannt (Fuller-Thomson et al. 2013).

Umweltfaktoren und Lebenswelten

Die gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte begünstigen generell das Risiko von Adipositas. Für die Bewältigung des Alltags ist immer weniger Bewegung erforderlich (technischer Fortschritt, Mechanisierung, Automatisierung, Digitalisierung), Kinder und Jugendliche verbringen immer mehr Zeit vor Bildschirmen und weltweit bewegen sich 81 Prozent der 11- bis 17-Jährigen nicht ausreichend (Guthold et al. 2020). Dem steht ein fast jederzeit verfügbares energiereiches und nährstoffarmes Lebensmittelangebot gegenüber, das zu viel Zucker, Fett und/oder Salz enthält sowie aggressiv beworben wird (oft auch auf sozialen Medien) (Felder-Puig et al. 2023b).

Bereits die **Ernährung im Säuglingsalter** kann einen Risikofaktor für die Entwicklung von Adipositas darstellen, so werden bei Kindern etwa eine hohe Proteinzufuhr und der Konsum von zuckergesüßten Getränken in den ersten zwei Lebensjahren mit Adipositas in Verbindung gebracht (Larque et al. 2019). Die Grundsteine für das Essverhalten werden in der **frühen Kindheit** gelegt. Die Geschmacksprägung beginnt im Mutterleib und ist in der Zeit der Beikost besonders intensiv. Evolutionsbedingt assoziieren Menschen fettige und süße Speisen als etwas Positives, doch im Kleinkindalter kann ein positiver Bezug zu gesünderen Lebensmitteln hergestellt werden (Gätjen 2020). Auch **Werbung**, insbesondere auf Social Media, spielt eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Geschmackspräferenzen für

Lebensmittel (Winzer et al. 2023) und bei der Förderung entsprechender Ernährungsgewohnheiten – eine Vermarktung ungesunder Lebensmittel kann zur Entwicklung von Übergewicht beitragen (NEK 2021). Das Österreichische Nährwertprofil zur Lenkung von Lebensmittelwerbung an Kinder (siehe Kapitel 3.5) und auch Policy Briefs der WHO¹⁴ und der UNICEF¹⁵ wurden bereits als Empfehlungen erarbeitet, doch viele Werbende halten sich nicht daran (Winzer et al. 2023).

Außerdem gewinnen **Convenienceprodukte** und **Fast Food** (z. B. Tiefkühlgerichte, Instantnudeln, Hamburger etc.) zunehmend an Bedeutung. Die Pandemie hat diesbezüglich das Essverhalten der Jugendlichen und jungen Erwachsenen gravierend verändert: Ein Viertel nutzt häufiger Lieferserviceangebote, rund 20 Prozent essen deutlich mehr Snacks (jungezielgruppen.de 2021). Auch die aktuelle HBSC-Studie zeigt, dass 36 Prozent der Mädchen und 25 Prozent der Burschen täglich Süßigkeiten essen, jedes 6. Kind täglich Softdrinks zu sich nimmt und rund 5 Prozent aller Kinder und Jugendlichen täglich Fast Food konsumieren (Felder-Puig et al. 2023b). In Österreich essen darüber hinaus 37 Prozent der 16- bis 29-Jährigen mindestens einmal pro Woche Fast Food (jungezielgruppen.de 2021).

Die Bedeutung der Umwelt allein für das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen und die Komplexität der Einflussfaktoren werden in einem Wirkungsmodell von Nowotny et al. (2018) eindrücklich aufgezeigt. Die soziale und kulturelle Umwelt prägt über das Ernährungsverhalten von wichtigen Bezugspersonen (Eltern, Peers, Vorbilder, pädagogisches Personal), über Lebensform und Familienstruktur, über das Konsumverhalten, Normen und Werte, Tradition und Esskultur das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Die Wirtschaft übt durch die Art der Lebensmittelerzeugung und -verarbeitung, durch das Lebensmittel- und Speisenangebot am Markt, im Freizeitbereich sowie in Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen maßgeblichen Einfluss auf das Ernährungsverhalten aus. Dies eröffnet ein Potenzial an Eingriffsmöglichkeiten für die Politik, die in dem Wirkungsmodell ebenfalls beschrieben sind, beispielsweise durch Regulierung des Marktes, durch Verbesserung des Angebots in relevanten Einrichtungen oder durch diverse strategische Ansätze zur Förderung gesunder Ernährung (siehe „Wirkungsmodell Ernährung bei Kindern und Jugendlichen“).

¹⁴ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051348> [Zugriff am 25. 01. 2024]

¹⁵ <https://www.unicef.org/mongolia/documents/marketing-unhealthy-foods-and-non-alcoholic-beverages-children> [Zugriff am 25. 01. 2024]

Auch die Komponente **des Bewegungsmangels**, die für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas relevant ist, ist insbesondere bei Kindern durch die Umwelt maßgeblich beeinflusst. Kinder und Jugendliche (von 6 bis 18 Jahren) sollen sich den **österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung** zufolge täglich mindestens 60 Minuten mit mittlerer oder höherer Intensität bewegen. An mindestens drei Tagen der Woche sollen muskelkräftigende und knochenstärkende Aktivitäten durchgeführt werden (FGÖ 2020). Laut HBSC erfüllen lediglich 10 Prozent der Mädchen und rund 20 Prozent der Burschen die Bewegungsempfehlungen. Rund 17 Prozent aller Mädchen und 8 Prozent aller Burschen in Österreich bewegen sich höchstens einmal im Monat mit hoher Intensität, 4,4 Prozent bzw. 2,3 Prozent nie (Felder-Puig et al. 2023b).

Seit 2018 ist der Anteil jener Kinder und Jugendlicher, die sich nicht ausreichend bewegen, gestiegen – um 6 Prozentpunkte bei den Mädchen (von 11 auf 17 %) und um 2 Prozentpunkte bei den Burschen (von 6 auf 8 %) (Felder-Puig et al. 2019; Felder-Puig et al. 2023b). Gründe für den zunehmenden Bewegungsmangel liegen zum Teil an gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen und der Veränderung des Lebensumfeldes mit rückläufigen Möglichkeiten an Spiel- und Freizeitaktivitäten. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem ökonomischen Status sind stärker betroffen (Krug et al. 2018). Dass Raum und Zeit für lebhaftes Spielen das Risiko für Adipositas beeinflussen, zeigt die COSI-Studie aus dem Jahr 2020. Kinder, die wenig bis nie außerhalb der Schulzeit aktiv/lebhaft spielen, sind etwa 50 Prozent häufiger von Übergewicht betroffen als jene, die viel spielen (BMSGPK 2022a). Die Veränderung der Freizeitgestaltung in Richtung sitzender Tätigkeiten unter anderem durch stark zunehmende Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen (Fernseher, Computer, Handys) gilt als ein Hauptrisikofaktor für Adipositas (Krug et al. 2018). Laut der Studie Kinder, Internet und Medien (KIM) 2022 – einer deutschen Studie zum Medienumgang 6- bis 13-jähriger Kinder und Jugendlicher – betrug 2021 die Mediennutzungszeit von 6- bis 7-Jährigen rund 2,5 Stunden am Tag, bei den 12- bis 13-Jährigen waren es 5 Stunden (Feierabend et al. 2023). Im Jahr 2003 betrug die durchschnittliche Nutzungsdauer für die gesamte Gruppe noch 2,5 Stunden täglich (Feierabend/Klingler 2003). Ein Rückgang von Kindern und Jugendlichen, die in ihrer Freizeit einen Sportverein besuchen (Halbierung der Mitglieder im Jahr 2020 im Vergleich zu 2017) – insbesondere auch aufgrund der COVID-19 Pandemie –, verdeutlicht diese Entwicklung (Statistik Austria 2021).

Ähnlich dem Essverhalten wird auch das Bewegungsverhalten in der Kindheit geprägt und im Erwachsenenalter meist übernommen. Dabei besteht ein positiver Zusammenhang

zwischen der sportlichen Aktivität der Eltern und derjenigen ihrer Kinder. Kinder und Jugendliche, deren Eltern eher inaktiv sind, haben demnach ein höheres Risiko, an Adipositas zu erkranken, da sie das Bewegungsverhalten ihrer Eltern imitieren (Krug et al. 2018).

Das Risiko, an Adipositas zu erkranken, beginnt bereits vor der Geburt und steigt mit den **sozioökonomischen Problemlagen** der Eltern. Kinder und Jugendliche, die in Armut aufwachsen und deren Eltern einen geringen Bildungsstand aufweisen, haben ein höheres Adipositasrisiko. Die Gründe dafür sind vielfältig (BMSGPK 2022a). Sie leben in unattraktiveren Wohngegenden mit höherer Lärm- und Lichtbelastung (diese führen zu mehr Stress und schlechterem Schlaf), weniger Grünflächen und Spielplätzen (das trägt zu Bewegungsmangel bei) sowie einer höheren Dichte an Fast-Food-Restaurants (begünstigt ungesunde Ernährung). Hinzu kommen tendenziell beengende Wohnräume, die ebenfalls den Schlaf und die Spielweise beeinträchtigen. Das Wissen der Eltern bezüglich gesunder Ernährung und gesundheitswirksamer Bewegung ist vielfach gering. Die aus diesen Umständen resultierende geringere motorische Kompetenz führt zu geringerer Bewegungsfreude und setzt so den Zyklus fort (Maurer 2023; Söldner 2022; Vavrik 2016). Prekäre Arbeitsverhältnisse (Schichtdienst) und mangelnde (zeitliche und monetäre) Ressourcen erschweren den Eltern, insbesondere alleinerziehenden, ihren Kindern eine gesunde Lebensweise zu ermöglichen. Es fehlt die Zeit, gesunde Mahlzeiten zuzubereiten, gemeinsame Mahlzeiten einzunehmen oder gemeinsame Familienaktivitäten zu unternehmen (Dallacker et al. 2018). Zudem haben Kinder und Jugendliche, deren Eltern Übergewicht oder Adipositas haben, ein erhöhtes Risiko, ebenfalls daran zu erkranken (Lee et al. 2022).

Von Armut betroffene Kinder und Jugendliche leiden häufiger unter **Stress**, da sie die existenziellen Sorgen ihrer Eltern wahrnehmen. Durch die psychischen Belastungen leiden sie vermehrt unter Schlafstörungen, Einsamkeit, Depression, Ängsten und Suchtverhalten – Faktoren, die das Risiko für Adipositas stark erhöhen (Vavrik 2016).

Auch **Migrationsbiografie** scheint eine Rolle zu spielen. So sind laut einer Studie des deutschen Robert Koch-Instituts (RKI) aus dem Jahr 2016 Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund überproportional häufig von Übergewicht und Adipositas betroffen (Brettschneider et al. 2015).

3.5 Spezifische nationale Strategien, Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme

Um „die gesunde Entwicklung von Kindern zu fördern und der Entstehung von kindlicher Adipositas entgegenzuwirken“, bieten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ein wichtiges Werkzeug (RKI 2020a). Wie in Kapitel 3.4 ausgeführt, stellt Adipositas eine Erkrankung dar, die von multiplen Faktoren beeinflusst wird und bei der insbesondere die Lebensverhältnisse gesundheitsförderliche Ansatzpunkte liefern. Zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wurde im Jahr 2010 die **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie** verabschiedet, die insbesondere bei den Lebensverhältnissen ansetzt, im Jahr 2023 überarbeitet und an die aktuellen Erfordernisse angepasst wurde. Die meisten Themenfelder und die darunter subsumierten Ziele sprechen Lebensverhältnisse an, die gemäß Kapitel 3.4 Risikofaktoren für Übergewicht und Adipositas darstellen. Im Besonderen sollen hier die Ziele zu Bewegung, Ernährung, Bildung, Lebens- und Gesundheitskompetenz sowie gesundheitliche Chancengerechtigkeit genannt werden. In der überarbeiteten Strategie findet sich auch ein neues Themenfeld betreffend den Lebensraum für Kinder und Jugendliche, der mehr Mobilität für Kinder und Jugendliche und damit mehr Bewegung ermöglichen soll. In der aktuellen **Sozialversicherungsstrategie Kinder- und Jugendgesundheit (2022–2025)** wird unter dem strategischen Ziel „Versorgung für Kinder und Jugendliche optimieren“ explizit die Versorgung von Adipositas angesprochen (DVSV 2022).

Auch die **österreichischen Gesundheitsziele** setzen durchwegs auf der Verhältnisebene an und adressieren in Gesundheitsziel 6 explizit Kinder und Jugendliche. Ebenso bergen weitere Gesundheitsziele das Potenzial, Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen so zu verbessern, dass das Risiko von Übergewicht und Adipositas reduziert wird, indem teilweise in Unterzielen Kinder und Jugendliche explizit genannt werden. Jedenfalls trifft dies auf Gesundheitsziel 7 (Ernährung) und 8 (Bewegung) zu, aber ebenso auf Gesundheitsziel 2 (Chancengerechtigkeit) und Gesundheitsziel 9 (Psychosoziale Gesundheit)¹⁶.

Da mit jedem zusätzlichen ACE (adverse childhood experiences) das Adipositasrisiko steigt und das Angebot der **Frühen Hilfen** darauf abzielt, die Belastungen in der frühen Kindheit soweit wie möglich zu reduzieren, ist dieses Angebot der Frühen Hilfen grundsätzlich und nachhaltig geeignet, das Erkrankungsrisiko zu reduzieren (Marbler et al. 2020). Idealerweise

¹⁶ <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/> [Zugriff am 25. 01. 2024]

sind die Frühen Hilfen die erste Phase von Präventionsketten, die im Kindes- und Jugendalter insbesondere bei sozioökonomischer Benachteiligung unterstützen. In Österreich werden sie in einigen Regionen (Vorarlberg, Steiermark, Kärnten) bereits umgesetzt.

In den beiden für Übergewicht und Adipositas zentralen Bereichen Ernährung und Bewegung gibt es zahlreiche Programme für Kinder und Jugendliche, die gesünderes Essen und mehr Bewegung bewirken sollen. Wichtig sind, im Sinne der oben genannten Ursachen, insbesondere die Maßnahmen auf der Verhältnisebene. Vorrangig adressierte Settings für einschlägige Programme sind Kindergärten und Schulen (RKI 2020a). Hierfür wurde u. a. auch das kostenlose Serviceangebot „**GIVE – die Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen**“ auf Initiative des BMBWF und damaligen BMASGK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) ins Leben gerufen, welches Lehrkräfte bei Fragen zur schulischen Gesundheitsförderung sowie Planung und Umsetzung von Projekten unterstützt.

Ernährung

Als relevante Struktur im Hinblick auf Gemeinschaftsverpflegung auf Bundesebene agiert die **Nationale Ernährungskommission (NEK)** in beratender Funktion für den Bundesminister für Gesundheit. Die Arbeitsgruppe „Gemeinschaftsverpflegung“ der NEK hat im Rahmen des Programms „Richtig essen von Anfang an!“ u. a. das **Österreichische Nährwertprofil zur Lenkung von Lebensmittelwerbung an Kinder in Audiovisuellen Medien** entwickelt, das klare evidenzbasierte Empfehlungen für alle Werbenden bietet, um Marketing für Lebensmittel mit einem hohen Gehalt an Fett, Salz, Zucker und Energie, das an Kinder bis zwölf Jahre gerichtet ist, in audiovisuellen Medien zu reduzieren (NEK 2021; Winzer et al. 2023). Darüber hinaus wurden durch die NEK u. a. **Österreichische Empfehlungen für das Mittagessen in der Schule** und für das **Mittagessen im Kindergarten** und die **Leitlinie Schulbuffet** erstellt, welche in der **Checkliste Schulverpflegung** zusammengefasst wurden. Diese Empfehlungen und Leitlinien sind überwiegend optional anzuwenden und als Mindestanforderungen zu verstehen – ob Mindeststandards verpflichtend umzusetzen sind, wird in den jeweiligen Ländern entschieden. 2022 wurde außerdem der **Qualitätsstandard für die Verpflegung im Kindergarten**¹⁷ veröffentlicht.

¹⁷ Empfehlungen der NEK finden sich auf: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Lebensmittel-Ernaehrung/Ernaehrungsstrategien-und-Gremien/NEK/Empfehlungen-der-NEK.html> [Zugriff am 25. 01. 2024]

Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und der Dachverband der Sozialversicherungsträger (SV) haben im Jahr 2008 gemeinsam das Programm **Richtig essen von Anfang an! (REVAN)** initiiert. Ziel dieses Programms ist, die aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse „auf dem Gebiet der Säuglings- und Kinderernährung sowie der Ernährung für Schwangere und Stillende“ für Fachexpertinnen und -experten und die breite Bevölkerung zugänglich zu machen (REVAN o. J.). Es werden Workshops angeboten und Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt. Möglicherweise werden Menschen mit sozioökonomischer Benachteiligung (deren Adipositasrisiko besonders hoch ist) damit nur mangelhaft erreicht.

Gesunde Ernährung von Kindern ist auch ein Förderschwerpunkt des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). Mit der österreichweiten **Initiative „Kinder essen gesund“** soll Kindern im Alter von vier bis zehn Jahren eine gesundheitsförderliche und klimafreundliche Ernährungsweise vermittelt werden. Die Maßnahmen sind auf die Steigerung der Ernährungskompetenz aller beteiligten Zielgruppen (Kinder, Eltern, Pädagoginnen und Pädagogen, Verantwortliche für die Mittagsverpflegung) und auf strukturelle Veränderungen in Kindergärten und Volksschulen ausgerichtet (kinderessengesund.at o. J.). Die Initiative stellt qualitätsgeprüfte Materialien (Leitfäden, Handbücher, Unterrichtsmaterialien etc.) online zur Verfügung¹⁸ und fördert Projekte mit Aktivitäten wie Vernetzung, Qualifizierung von Pädagoginnen und Pädagogen, Sensibilisierung, Workshops, Verpflegungsmanagement-Lehrgang für Verantwortliche von Speiseplänen¹⁹.

Aus dem vom FGÖ geförderten und zwischen 2010 und 2013 umgesetzten Projekt „Wiener Jause – Essen und Trinken an Volksschulen“ entwickelte sich das Konzept der **Wasserschulen**. In sogenannten Wasserschulen wird, begleitet von Beratungs- und Schulungsmaßnahmen, ausschließlich Leitungswasser getrunken. Ein Großteil der Wiener Volksschulen und Mittelschulen sind bereits Wasserschulen (wien.gv.at o. J.). Im Rahmen des Projektes „H2NOE-Wasserschule“ wird das Konzept auch in niederösterreichischen Volksschulen und Schulen der Sekundarstufe umgesetzt (FGÖ o. J.).

¹⁸ <https://kinderessengesund.at/toolbox> [Zugriff am 25. 01. 2024]

¹⁹ <https://styriavitalis.at/angebote/lehrgang-verpflegungsmanagement> [Zugriff am 25. 01. 2024]

Bewegung

Der FGÖ hat **Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche** von sechs bis 18 Jahren zusammengefasst (FGÖ 2020). Insbesondere in Kindergärten und Schulen gibt es zahlreiche Initiativen zur Förderung von Bewegung, wie zum Beispiel das BMBWF-Projekt **„Gesund und Munter“**, welches sich an die 3. und 4. Klasse Volksschule richtet und auf Grundlage eines Bewegungstagebuchs „Fortschritte in verschiedenen Bewegungsbereichen vermittelt und leichter bewusst [...] macht“ (bmbwf.gv.at o. J.)²⁰.

Auch hinsichtlich der Bewegungsförderung gilt, den Fokus nicht nur auf das Verhalten, sondern vor allem auch auf die Verhältnisse zu lenken. In diesem Sinne ist auch die Forcierung von Alltagsbewegung wichtig. So fördert beispielsweise das Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie (BMK) im Rahmen des **Programms klimaaktiv mobil** aktive Mobilität von Kindern und Jugendlichen in Kindergärten, Schulen und außerschulischen Jugendeinrichtungen auf Verhältnisebene, etwa durch die **Richtlinien und Vorschriften für das Straßenwesen (RVS) für eine „Kinderfreundliche Mobilität“**. Außerdem unterstützt das **klimaaktiv-mobil-Programm „Mobilitätsmanagement für Kinder und Jugendliche“** Gemeinden und Bildungseinrichtungen dabei, den Schulweg so zu gestalten, dass dieser auch zu Fuß oder mit dem Rad sicher bewältigt werden kann (klimaaktiv.at 2023).

Die gemeinnützige Gesellschaft **Fit Sport Austria** ist bundesweit eine relevante Akteurin zur Bewegungsförderung von Kindern und Jugendlichen: Das Programm **„Kinder gesund bewegen 2.0“** (Umsetzung durch ASKÖ, ASVÖ, SPORTUNION & Fit Sport Austria) ist ein Zusammenschluss der beiden Projekte „Kinder gesund bewegen“ und „Tägliche Bewegungs- und Sporteinheit“ (fitsportaustria.at 2016), setzt in Kindergärten und Volksschulen an und unterstützt bedarfsorientierte Kooperationen zwischen Bildungseinrichtungen und Sportvereinen. 2022 wurde durch das Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlicher Dienst und Sport (BMKÖS) das Pilotprojekt „Die tägliche Bewegungseinheit“ beauftragt, welches in allen Bundesländern in zehn Pilotregionen in Österreich umgesetzt werden soll und von Fit Sport Austria koordiniert wird (Teufl et al. 2023).

Auch der FGÖ hat in den letzten Jahren zahlreiche Bewegungsprojekte für Kinder und Jugendliche (innerhalb und außerhalb des Settings Schule) gefördert. Gesundheitsförderung

²⁰ <https://www.gesundundmunter.at/> [Zugriff am 25. 01. 2024]

durch aktive Mobilität wird im Förderschwerpunkt „**Aktive Mobilität – gesund unterwegs! Gehen, radeln, rollern und Co im Alltag**“²¹ gefördert, wobei die Settings Kindergarten und Schule inkludiert sind. Auch auf Landesebene gibt es zahlreiche Bewegungsangebote.

Stigma

Im Rahmen des BMSGPK-Programms Agenda Gesundheitsförderung wurde im Jahr 2021 durch den FGÖ ein Projektcall u. a. zur „Förderung eines positiven (Körper-)Selbstbildes und Reduktion des Gewichtsstigmas“ lanciert, in dessen Rahmen fünf Projekte gefördert wurden bzw. werden (bis Ende 2024): In der außerschulischen Jugendarbeit und in Schulen werden (Online-)Maßnahmen zur Sensibilisierung hinsichtlich des Körper selbstbildes gesetzt, die Jugendliche und zum Teil auch Eltern ansprechen. Außerdem werden nach dem „Train the Trainer“-Prinzip Pädagoginnen und Pädagogen sowie Sozialarbeiter:innen aus der offenen Jugendarbeit geschult.

Speziell zur Unterstützung von Mädchen und jungen Frauen, die soziale Benachteiligung erleben, und zur Förderung ihrer psychosozialen Gesundheit fördert das BMSGPK seit 2022 das überregionale Projekt „Selbstwert +“, welches in sechs Frauengesundheitszentren und deren Partnerorganisationen in Wien, der Steiermark, Oberösterreich und Salzburg umgesetzt wird. In dessen Rahmen werden u. a. auch die Themen Körperbilder und Schönheitsideale behandelt.

3.6 Versorgungspfade

Für die Prävention, Erkennung, weitere Versorgung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas gibt es in Österreich folgende Eckpfeiler:

Die Ebene der **Primärversorgung** (Einzel- und Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendheilkunde, PVE, Kinder-PVE) ist potenziell für Screening und Früherkennung, eine Erstdiagnostik, Vermittlung an weiterführende Angebote und Übernahme eines langfristigen Case Management geeignet. Für Screening und Früherkennung eignen sich in der Primärversorgung auch standardisierte Untersuchungsprogramme, in denen Gewicht

²¹ <https://aktive-mobilitaet.at/ziele> [Zugriff am 25. 01. 2024]

und Größe von Kindern und Jugendlichen gemessen werden und die demnach einen frühzeitigen Einstieg in die Behandlung ermöglichen könnten: die Mutter-Kind-Pass- bzw. neuerdings Eltern-Kind-Pass- (bis zum Alter von 5 Jahren) und die Jugendlichenuntersuchung (Vorsorgeuntersuchung für 15- bis 17-jährige berufstätige Jugendliche) – wobei dem Eltern-Kind-Pass aufgrund der Möglichkeit der frühzeitigen Intervention jedenfalls größere Bedeutung zukommt.

Neben Programmen zur Früherkennung in der Primärversorgung existieren auch **Vorsorgeprogramme in Institutionen/Organisationen außerhalb des Gesundheitswesens**, wie etwa (nicht standardisierte) Kindergartenuntersuchungen (in einzelnen Bundesländern) (Griebler et al. 2016b), schulärztliche Untersuchungen vom 6. bis zumindest zum 15. Lebensjahr sowie die Stellungsuntersuchung bei jungen Männern.

Spezialisierte Ambulanzen bestehen aus einem multidisziplinären Team (idealerweise aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Psychotherapie, Diätologie, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Sozialarbeit), die sich je nach Ressourcen auf ein zum Teil sehr eingeschränktes Aufgabenspektrum konzentrieren muss. Die Beschränkungen können sich darauf beziehen, dass nur Kinder und Jugendliche mit schwerer Adipositas Zugang haben, eine medizinische Fokussierung auf Diagnostik und Behandlung von Komorbiditäten notwendig ist oder Wartezeiten sehr lang sind. Neben der tiefergehenden Diagnostik werden in solchen Ambulanzen auch weitere Angebote gemacht, wie zum Beispiel zur Familienförderung, zur besseren Alltagsbewältigung oder zur Bewegungsförderung. Handlungsbedarf wird in der Abstimmung zwischen den einzelnen Versorgungsebenen (Primärversorgung, Ambulatorien, Spezialambulanzen und dem stationären Setting) gesehen (Cavini et al. 2022).

Eine **stationäre Versorgung** im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas wird im Wesentlichen aus drei Gründen angeboten: (1) zur Behandlung von Komorbiditäten, insbesondere psychosomatischer Erkrankungen, (2) zur Durchführung einer bariatrischen Operation, was immer der absolut letzte Schritt sein soll, oder (3) als mehrwöchiger Aufenthalt in einer Rehaklinik, die es seit einigen Jahren auch in Österreich für Kinder und Jugendliche gibt.

Schließlich gibt es bundesländerweise unterschiedliche **(Gewichtsmanagement-)Programme** für Kinder und Jugendliche, die vorrangig auf eine Änderung von Lebensstil, Ernährung und Bewegung abzielen, etwa von der ÖGK oder Gesundheitsförderungsorganisationen (z. B. AKS Vorarlberg, NÖ „Tut gut!“) finanziert und organisiert werden und zumeist (aber nicht immer) disloziert von Gesundheitseinrichtungen angeboten werden. Sie werden

im Gruppensetting angeboten und finden zumeist in Präsenz statt. Sie sind in manchen Bundesländern in der einen oder anderen Form schon länger etabliert, in manchen Bundesländern erst im Aufbau begriffen. Sie sind unterschiedlich benannt, haben unterschiedliche Zugangskriterien und unterscheiden sich auch hinsichtlich ihres Konzepts.

Einen vorgegebenen Weg der Inanspruchnahme dieser Leistungen gibt es nicht. Mit Ausnahme einer bariatrischen Operation kann jedes Angebot am Beginn einer Behandlung stehen.

Mit dem „**Nationalen Konzept zur Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter**“ hat eine ausgewählte Expertengruppe einen Therapiepfad ausgearbeitet. Es ist **das** zentrale Dokument, um die Versorgung von betroffenen Kindern und Jugendlichen in Österreich auf- und auszubauen. Basis für dieses Konzept sind vor allem Leitlinien aus Deutschland und ein Bericht über den (Be-)Handlungspfad Übergewicht & Adipositas²² auf Primärversorgungsebene der Medizinischen Universität in Graz aus dem Jahr 2015, die derzeit von Fachexpertinnen und -experten herangezogen werden, weil es noch keine allgemeingültigen österreichischen Leitlinien für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas gibt (Cavini et al. 2022).

Die folgenden Ausführungen fassen die wesentlichen Inhalte dieses Konzepts zusammen, das die Orientierung für jegliche Maßnahmen zur Versorgung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen sein muss.

3.6.1 Diagnostik

Die Feststellung von Übergewicht bzw. die Erstdiagnose von Adipositas erfolgt entweder in der **Primärversorgung, bei Reihenuntersuchungen oder im Rahmen der Vorsorge z. B. in Schulen** oder in **spezialisierten Ambulanzen**, welche auch ohne Überweisung aufgesucht werden können. Letztere sind insbesondere für eine weiterführende Diagnostik zuständig, weil das komplexe Krankheitsbild auch eine komplexe Diagnostik unter Beteiligung mehrerer Disziplinen (wie Psychologie, Diätologie, Sozialarbeit) erfordert und in spezialisierten Ambulanzen ein multiprofessionelles Team vorhanden ist.

²² <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714966&version=1486475079>
[Zugriff am 25. 01. 2024]

Da auch das Konzept von Primärversorgungseinheiten (PVE) multiprofessionelle Teams vorsieht, scheinen PVE (v. a. Kinder-PVE) sowohl für die Diagnostik als auch für die weitere Behandlung auf Primärversorgungsebene prädestiniert zu sein.

Es geht bei der Diagnostik nicht nur um die Feststellung von Übergewicht oder Adipositas, sondern auch um die Diagnose von **Grunderkrankungen, die mit dem Gewichtsstatus assoziiert sind**, um allfällige **Komorbiditäten** (vgl. Kapitel 3.2) sowie auch um **Kontraindikationen** für eine Therapie. Im Rahmen des niederösterreichischen Programms „Vorsorge Aktiv Junior“ beispielsweise ist eine ärztliche Bestätigung von Diagnose und Kontraindikationen Voraussetzung für die Teilnahme am Programm. Die Diagnostik ist in den Ambulanzen und insbesondere in den Adipositasambulanzen deutlich differenzierter und zum Teil sehr auf die Komorbiditäten und deren Behandlung ausgerichtet. Cavini et al. (2022) weisen in ihrem Papier darauf hin, dass in der Praxis bei der Risikostratifizierung kardiovaskuläre Risikofaktoren eher beachtet werden als psychische Komorbiditäten.

Ein wichtiger Teil der Diagnostik besteht in der **Familienanamnese** bezüglich Adipositas, Diabetes und kardiovaskulärer Erkrankungen zur Bestimmung des Risikos für Begleiterkrankungen, denn Ursachen und Therapieerfolg sind maßgeblich vom Umfeld der Betroffenen beeinflusst.

Übergewicht und Adipositas werden bei Kindern und Jugendlichen nicht ab einer bestimmten BMI-Grenze, sondern anhand von alters- und geschlechtsabhängigen **BMI-Perzentilen** definiert, wobei die Altersdifferenzierung nach Monaten erfolgt. Insbesondere bei jüngeren Kindern und jenen mit leichter Adipositas ist die Diagnose in der Praxis nicht trivial, da der BMI in der Wachstumsphase aufgrund von Änderungen der Körperzusammensetzung alters- und geschlechtsspezifischen Veränderungen unterliegt (BMSGPK 2022a). Innerhalb dieser Perzentilenkurven verwendet die WHO²³ etwas andere Referenzwerte als die IOTF oder auch einzelne Länder, weshalb bei einschlägigen internationalen Erhebungen (z. B. COSI) auch innerhalb der EU ein Vergleich von Übergewicht- und Adipositasprävalenzen schwierig ist.

²³ Die aktuellen Referenztabellen der WHO stammen aus dem Jahr 2007 und basieren auf mehreren weltweiten Stichproben von gesunden, gestillten Kindern.

Gemäß Nationalem Konzept nach Cavini et al. (2022) gelten folgende Referenzwerte:

- Übergewicht: > 90.–97. Perzentile
- Adipositas: > 97.–99,5. Perzentile
- extreme Adipositas: > 99,5. Perzentile

Darüber hinaus wird noch eine weitere Differenzierung der Referenzwerte von Übergewicht und Adipositas nach den zwei Altersgruppen 2–5 und 6–18 Jahre – nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001) – vorgeschlagen.

Expertinnen und Experten weisen immer wieder darauf hin, dass der BMI und die daraus abgeleitete Feststellung von Übergewicht bzw. Diagnose von Adipositas nur ein Kriterium von vielen für die erforderliche Gesamtdiagnose und für die Definition von Therapiezielen sind. Das Gewicht bzw. der BMI werden vielfach als Symptom der Adipositas betrachtet, das sich aufgrund der einfachen Messung insbesondere für das Screening eignet. Expertinnen und Experten haben im Rahmen der geführten Interviews betont, dass Therapieziele keineswegs ausschließlich den BMI im Fokus haben, sondern durchaus individuell beispielsweise über ein besseres Körpergefühl oder einen besseren Umgang mit Stresssituationen definiert werden.

3.6.2 Versorgungsebenen und therapeutische Leistungen

Grundsätzlich gilt, dass die Behandlung von Adipositas umso effektiver ist, je früher sie ansetzt. Eine BMI-Reduktion bis zum Alter von sechs Jahren ist siebenmal effektiver als danach. Nach erfolgter Diagnose von Übergewicht bzw. Adipositas fehlt es, wie oben schon ausgeführt, an einem „klar definierten Versorgungspfad, an spezialisierten Adipositasbehandlungszentren sowie an einem flächendeckenden Netzwerk an qualifizierten primären, sekundären und tertiären Anbietern und Einrichtungen, die eine qualitätsgesicherte, **interdisziplinäre** Adipositasbehandlung anbieten“ (Cavini et al. 2022).

Wie interveniert wird, bzw. welcher Behandlungsweg eingeschlagen werden soll, ist unter anderem von folgenden Faktoren abhängig: (1) Liegen bereits Komorbiditäten vor? (2) Handelt es sich um Übergewicht, Adipositas oder extreme Adipositas? (3) Wurden bereits Gewichtsreduktionsversuche ohne Erfolg unternommen?

Wurde Übergewicht festgestellt bzw. Adipositas diagnostiziert und ein Behandlungspfad beschritten, sind folgende Versorgungsmaßnahmen vorgesehen: Zentral ist die **Änderung**

des Lebensstils, also der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten. Bemühungen dieser Art stehen immer zu Beginn einer Behandlung, doch sie sind unbedingt auch bei weiterführenden Maßnahmen begleitend fortzusetzen. Bringt die Änderung des Lebensstils nicht den gewünschten Erfolg, gibt es für Jugendliche ab zwölf Jahren auch die Möglichkeit einer **Pharmakotherapie**, die bisher bei Kindern nur in Einzelfällen eingesetzt wird und in die Expertinnen und Experten große Hoffnungen setzen. Letzte Maßnahme wäre die **bariatrische Chirurgie**, oder auch Adipositaschirurgie genannt. Liegen Komorbiditäten vor, wird empfohlen, diese „unabhängig von einer gewichtsreduzierenden Therapie“ zu behandeln (IAMEV 2016). Bei extremer Adipositas müssen, unabhängig von allfälligen Komorbiditäten, alle Strategien zur Behandlung erwogen werden (WHO 2019).

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen insb. mit Adipositas wird, wie eingangs beschrieben, im Rahmen der **Primärversorgung**, einer **spezialisierten ambulanten Versorgung**, als **stationärer Aufenthalt** (inkl. Rehabilitationszentrum) oder im Rahmen eines **(Gewichtsmanagement-)Programms** geleistet. Cavini et al. (2022) stellen in ihrer Versorgungspyramide die Chirurgie als eigene Ebene dar. Diese Ebenen werden in der Folge kurz dargestellt.

Schulärztinnen und -ärzte könnten eine zentrale Rolle beim Screening einnehmen, deren Auftrag nicht mit einer Mitteilung an die Eltern erfüllt sein sollte. Eine Vernetzung mit der nächsten Versorgungsebene bzw. der Einrichtung mit einem Case Management (Primärversorgung) wäre sehr wichtig, weil in der Schule langfristig und regelmäßig die Gelegenheit der Beobachtung besteht. Da dies derzeit nicht im Aufgabenprofil von Schulärztinnen und -ärzten vorgesehen ist, wären dafür nicht nur entsprechende Ressourcen vorzusehen, sondern es müsste auch in Bewusstseinsbildung, dass Adipositas als krankheitswertig anzusehen ist, und in sensible, nicht stigmatisierende Kommunikationsführung investiert werden. Wichtig wäre, dass Schulärztinnen und -ärzte über das therapeutische Angebot in der Region gut Bescheid wissen und dafür zielgerichtet Anbindungsmöglichkeiten aufzeigen können.

Primärversorgung

Auf Primärversorgungsebene (Pädiater:innen, Allgemeinmediziner:innen) liegt der Fokus vor allem darauf, Übergewicht, Adipositas bzw. extreme Adipositas zu erkennen, eine (Familien-)Anamnese durchzuführen, den klinischen Status zu erfassen, Komorbiditäten und adipositasassoziierten Grunderkrankungen festzustellen sowie an spezialisierte Einrichtungen zur weiteren Abklärung und Behandlung weiterzuvermitteln. Im besten Fall verbleibt

auch nach einer Zuweisung an andere Versorgungsebenen das **Case Management** in der Primärversorgung (Cavini et al. 2022).

Da nicht nur für die Diagnose, sondern auch für das Case Management ein multiprofessionelles Team hilfreich ist, würden sich **Primärversorgungseinheiten (PVE)** und insbesondere Kinder-PVE besonders dafür eignen, wie in mehreren Interviews betont wurde. Oft ist eine Diätologin bzw. ein Diätologe Teil einer PVE, wodurch sich mehrere Vorteile ergeben: (1) Eine diätologische Beratung und Begleitung kann in einer PVE als Kassenleistung abgerechnet werden und ist somit für Patientinnen und Patienten kostenfrei, wohingegen eine dislozierte diätologische Beratung selbst finanziert werden muss. (2) Es muss kein zusätzlicher Termin an einer neuen Stelle vereinbart werden, was immer eine Hürde darstellt. (3) In PVE ist davon auszugehen, dass ein größeres Verständnis für die Kompetenzen der verschiedenen Gesundheitsberufe vorhanden ist – im Konkreten hier eine professionelle Ernährungsberatung – und nicht alles von ärztlicher Seite geleistet werden kann/muss.

Voraussetzungen für die Vermittlung an weiterführende Angebote – das sind (Gewichtsmangement-)Programme, Ambulanzen und Reha-Einrichtungen – sind, dass solche Angebote mit ausreichenden Kapazitäten zur Verfügung stehen und die betreffende Ärzteschaft darüber Bescheid weiß, sowie hohes Engagement und eine entsprechende Honorierung. Auch die Kommunikation im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas ist eine große Herausforderung und muss geschult werden. Das Gespräch sollte motivierend und darf keinesfalls stigmatisierend und abwertend sein, wie es teilweise in den Interviews geschildert wurde. Kommunikationstrainings werden ab 2024 speziell für Gesundheits- und Sozialberufe aus dem Setting Primärversorgung angeboten²⁴.

Dies sind auch die Voraussetzungen für ein langfristiges Case Management durch die Primärversorgung. Erfahrungen von Betroffenen lassen vermuten, dass es, neben der breiten Bevölkerung, auch auf der Primärversorgungsebene umfassenden Bedarf an Aufklärung über die Krankheit gibt – dass es sich bei Adipositas um eine Erkrankung handelt, deren Behandlung Aufgabe des Gesundheitssystems ist, und es nicht stimmt, dass Adipositas aufgrund von mangelnder Selbstdisziplin entsteht.

²⁴ <https://oepgk.at/schwerpunkte/gute-gespraechsqualitaet-im-gesundheitssystem/trainingsangebote-nach-each/> [Zugriff am 11. 03. 2024]

Interdisziplinäre, fachspezifische ambulante Versorgung

Spezialisierte ambulante, interdisziplinär besetzte Versorgungseinrichtungen können eine tiefergehende, umfassendere Diagnostik (physiologisch und psychologisch) und auch eine umfangreichere Behandlung durchführen, wobei auch die Komorbiditäten diagnostiziert und behandelt werden. Je ausgeprägter die Adipositas, desto wichtiger ist eine solche fachspezifische ambulante Versorgung.

Patientinnen und Patienten werden entweder von der Primärversorgung an solche spezialisierten Adipositasambulanzen überwiesen oder sie können die Ambulanzen direkt aufsuchen.

Sind die Ressourcen knapp, findet eine Selektion der Patientinnen und Patienten statt und/oder man beschränkt sich auf ein ausgewähltes Leistungsspektrum. In der Adipositasambulanz für Kinder und Jugendliche des Universitätsklinikums AKH Wien beispielsweise werden ausschließlich Kinder und Jugendliche mit Adipositas und Komorbiditäten aufgenommen. Für diese wird u. a. ein Therapieplan erstellt, mit dem die Patientinnen und Patienten an externe Stellen weitergeleitet werden. Ihre eigenen Leistungen fokussieren auf Komorbiditäten und deren Behandlung.

Erreicht der bzw. die Patient:in Übergewichtstatus, ist das Behandlungsziel in der Ambulanz erreicht. Ansonsten werden Kinder und Jugendliche in der Regel bis zum 18. Lebensjahr in der Kinder- und Jugendambulanz betreut. Wesentlich ist – insbesondere im Sinne der Transition – eine gute Übergabe zwischen Ambulanz und Primärversorgung (Weitergabe von Informationen zu Anamnese, Behandlung, Gesundheitszustand, sozialen Faktoren, gesetzten Zielen etc.).

Aktuell sind österreichweit vier **Adipositasambulanzen** (ohne ausschließlichen Fokus auf bariatrische Chirurgie) **für Kinder und Jugendliche** offiziell ausgewiesen: in Salzburg, Wien, Eisenstadt und Wiener Neustadt. In anderen Bundesländern und Regionen wird die Aufgabe eines solchen spezialisierten Zentrums möglicherweise/vermutlich von Abteilungen der Kinder- und Jugendheilkunde übernommen. Am Beispiel von Wien zeigt sich, dass die Ressourcen selbst an Standorten, wo es eine Versorgung gibt, bei Weitem nicht reichen: Die Adipositasambulanz für Kinder und Jugendliche ist aus personellen Gründen (Ärzte, Pflege, Diätologie, Sozialarbeit) nur mittwochs geöffnet und kann ausschließlich Betreuung für Kinder und Jugendliche mit Adipositas mit mindestens einer Komorbidität oder für extreme

Adipositas anbieten. Die Spezialambulanz steht am selben Tag auch Kindern und Jugendlichen mit angeborenen Fettstoffwechselstörungen zur Verfügung. Das Verhältnis beträgt etwa 50:50. Da an einem Tag nur etwa 14 Patientinnen und Patienten vorstellig werden können, entfallen im Durchschnitt nur etwa sieben Termine pro Woche auf Kinder und Jugendliche mit Adipositas (siehe dazu auch Kapitel 3.8). Die Wartezeiten auf einen Termin sind entsprechend lang, sie betragen mehrere Monate.

(Gewichtsmanagement-)Programme

(Gewichtsmanagement-)Programme, wo auch immer durchgeführt, sollten immer am Beginn einer Therapie stehen, aber auch begleitend und nachsorgend nach anderen Interventionen installiert werden. Diese Programme sollten und werden an den durchführenden Institutionen von multiprofessionellen Teams aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Ernährung und Bewegung durchgeführt. Die Teilnahme an einem solchen Programm erfolgt in der Regel durch Überweisung aus der Primärversorgung (Kinderärztin bzw. -arzt oder Hausärztin bzw. -arzt), doch dies ist nicht zwingend erforderlich. Relevant sind bei der Überweisung an solche Programme das Ausmaß des Übergewichts, das Alter und die Begleiterkrankungen (Cavini et al. 2022).

Als Erstlinientherapie sowohl für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht als auch für Kinder und Jugendliche mit Adipositas gilt die multifaktorielle Lebensstilintervention. „Das Ziel bei adipösen Kindern von zwei bis fünf Jahren ist in i. d. R. eine Stabilisierung des aktuellen Körpergewichts; bei älteren Kindern und Jugendlichen mit Adipositas ist das Ziel die Gewichtsreduktion im Ausmaß von 0,5–1 kg/Woche. Wird nach sechs Monaten das Ziel nicht erreicht, wird empfohlen zu reevaluieren und die Therapie zu optimieren“ (Cavini et al. 2022; IAMEV 2016). Umfang und Intensität der Erstlinientherapie richten sich nach Alter und dem Vorliegen von Komorbiditäten und in weiterer Folge ist ein stufenweises Vorgehen von IAMEV (Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung) empfohlen:

- „1. Stufe – Prävention einer übermäßigen Gewichtszunahme bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen (2–18 Jahre)
- 2. Stufe – Stabilisierung des Gewichts (Prävention einer Gewichtszunahme) bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen (2–18 Jahre) nach erfolgloser Stufe 1 bzw. adipösen Kindern (2–5 Jahre)
- 3. Stufe – Reduktion des Gewichts mithilfe eines medizinisch-fachlich ausgearbeiteten Plans bei adipösen Kindern und Jugendlichen (6–18 Jahre) ohne Begleiterkrankungen

- 4. Stufe – Reduktion des Gewichts mithilfe eines umfassenden multifaktoriellen Programms
- (intensives Management) bei adipösen Kindern und Jugendlichen (6–18 Jahre) mit Begleiterkrankungen bzw. adipösen Kindern und Jugendlichen (6–18 Jahre) ohne Begleiterkrankungen nach erfolgloser Stufe 3“ (IAMEV 2016)

Die Maßnahmen fokussieren auf die Themen **Ernährung** (z. B. altersangepasste Ernährungsumstellungen, Reduktion der Portionsgrößen, Beratung und Follow-up durch eine qualifizierte Ernährungsfachkraft, wie etwa Diätologie, sofern die anfängliche Ernährungsumstellung erfolglos bleibt), **Bewegung** (z. B. je nach BMI und Begleiterkrankungen bzw. Erfolg der Schritte zuvor Empfehlung oder Verordnung gesteigerter körperlicher Aktivität und Begleitung durch multidisziplinäres Team) und **Verhalten** (insb. ab Stufe 3 Maßnahmen zur [familiären] Verhaltensänderung, z. B. durch verhaltenstherapeutische Interventionen, intensive verhaltensmodifizierende Programme im Einzel- und/oder Gruppensetting).

In einigen Bundesländern gibt es in der Primärversorgung bereits interdisziplinäre Unterstützungsangebote z. B. in Form von Schulungsprogrammen für Familien mit Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas (Cavini et al. 2022). Sie werden oft von der Sozialversicherung angeboten, sind aber grundsätzlich unabhängige Programme (WHO 2019), die nach Cavini et al. (2022) „Pilotprojektcharakter“ haben. Diese Projekte sind zum Teil in Einrichtungen der Primärversorgung (z. B. „Kinderleicht! Familie groß in Form“ in verschiedenen PVE in Oberösterreich oder „Kids Health Club“ in der PVE Böheimkirchen), in Gesundheitszentren der ÖGK („Enorm in Form“ in Wien) oder in Krankenhäusern als ambulante Programme (z. B. „Fit Kids“-Programm in OÖ am Klinikum Wels-Grieskirchen) angesiedelt oder finden disloziert statt. Nicht alle Angebote sind für Familien kostenlos. Die folgende Tabelle 3 bietet einen Überblick.

Tabelle 3: Auswahl von (Gewichtsmanagement-)Programmen in den einzelnen Bundesländern (Stand August 2023)

Bundesland	Programm	Alter in Jahren	Setting	Dauer
Burgenland	Leichter leben Kids & Teens ²⁵			
Kärnten	Down&Up	8–17	Gruppensetting	
Niederösterreich	eat, move, stay motivated – youth program	15–18	Gruppen- und Einzelsetting	9 Mon. (3 Phasen: Intensiv-, Stabilisierungs-, Übergangsphase)
Niederösterreich	Vorsorge Aktiv Junior	6–17	Gruppensetting	10–12 Mon.
Oberösterreich (Ambulatorium St. Isidor)	Balu	6–16	Gruppen- und Einzelsetting	12 Mon.
Oberösterreich (Einrichtungen der Primärversorgung in OÖ)	Kinderleicht! Familie groß in Form	6–12	Gruppen- und Einzelsetting	12 Wochen
Oberösterreich (Klinikum Wels-Grieskirchen)	Fit Kids	bis 12	Gruppen- und Einzelsetting	
Salzburg	InForm individuell	0–18		ca. 1 Jahr
Salzburg	Easy Kids	4–14	Gruppen- und Einzelsetting	
Tirol	Easy Kids	6–14	Gruppen- und Einzelsetting	6 Mon. (zwei Phasen: Intensiv- und Stabilisierungsphase), freiwillig 6 Mon. Nachbetreuungphase
Steiermark	Leichter leben Kids & Teens ²⁶			
Vorarlberg	Easy Kids	6–14	Gruppen- und Einzelsetting	6 Mon. (2 Phasen: Aktivierungs- und Stabilisierungsphase), b. Bedarf

²⁵ Das Programm dazu steht mit Stand August 2023 noch nicht zur Verfügung.

²⁶ Das Programm dazu steht mit Stand August 2023 noch nicht zur Verfügung.

Bundesland	Programm	Alter in Jahren	Setting	Dauer
				6 Mon. Nachbetreuung
Vorarlberg	x-team	8–13	Gruppensetting	
Wien (Gesundheitszentren der ÖGK)	Enorm in Form	6–9 und 10–14	Gruppensetting	5 Mon.

Quelle: GÖG

Stationäre Versorgung - Krankenhaus

Wie eingangs ausgeführt, erfolgt eine stationäre Versorgung im Zusammenhang mit Adipositas im Wesentlichen aus drei Gründen: zur Behandlung von Komorbiditäten, insbesondere psychosomatischer Erkrankungen, zur Durchführung einer bariatrischen Operation oder als mehrwöchiger Aufenthalt in einer Rehaklinik.

Eine stationäre Aufnahme von Kindern und Jugendlichen in einer österreichischen Akutkrankenanstalt mit der Hauptdiagnose Adipositas (E66) ist selten. Etwas mehr als 400 waren es österreichweit jeweils in den Jahren 2015 und 2016, ca. 220 waren es im Jahr 2021 – nach einem sinkenden Trend und einem deutlichen Knick im ersten Pandemiejahr 2020 wiederum ein leichter Anstieg –, während es 2022 mit 174 Patientinnen und Patienten erneut zu einem Rückgang gekommen ist. Es werden mehr Mädchen bzw. junge Frauen als junge Männer stationär aufgenommen. Weder die Entwicklung der stationären Aufnahmen noch die Häufigkeit nach Geschlecht entspricht der Prävalenz von Adipositas.

Wie zu erwarten, werden stationäre Aufenthalte mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher. Im Zeitraum 2015–2022 war fast die Hälfte aller stationären Jugendlichen mit der Hauptdiagnose Adipositas zwischen 15 und 19 Jahre alt, ca. 30 Prozent waren zwischen 10 und 14 Jahre alt.

Die häufigste Leistung, die im Rahmen eines stationären Aufenthalts der Kinder und Jugendlichen erbracht wird, ist ein **laparoskopischer Magenbypass (HF250)**, begleitet von einer **Physiotherapie**. Während im Jahr 2015 etwa 10 Prozent aller Patientinnen und Patienten einen laparoskopischen Magenbypass (HF250) erhielten, waren es in den letzten Jahren rund 20 Prozent. 98 Prozent aller laparoskopischen Magenbypassoperationen wurden an Jugendlichen im Alter von 15 bis 19 Jahren durchgeführt.

Wie bereits erwähnt, wird empfohlen, dass die bariatrische Chirurgie erst postpubertär und nur in Einzelfällen erwogen werden soll. Diese Empfehlung ist auch in den Daten ersichtlich. Je nach Jahr wurde bei 5 bis 10 Prozent der jugendlichen Patientinnen und Patienten eine Sleeve-Gastrektomie, also eine operative Magenverkleinerung, durchgeführt.

Bei etwas über 10 Prozent der Patientinnen und Patienten wurde im Jahr 2022 eine Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie (HZ510) durchgeführt, mit deutlich steigender Tendenz seit 2016 und zum überwiegenden bzw. exklusiven Teil bei 15- bis 19-Jährigen. Ergo- und Psychotherapie kommen bisher bei bis zu 5 Prozent der Patientinnen und Patienten zum Einsatz. Eine Magnetresonanztomografie von Kopf und Hals (ZA030) ist eher und eine von Abdomen und Becken (ZC030) sehr selten. Die geringe Bedeutung der Psychotherapie bei Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Adipositas hat möglicherweise dokumentationstechnische Ursachen.

Stationäre Versorgung – Rehabilitationseinrichtung

Wenn im Rahmen der ambulanten interdisziplinären Therapie die Therapieziele nach zumindest sechs Monaten Lebensstilinterventionen nicht erreicht wurden, ist eine Rehabilitation zu überlegen, wobei in der Praxis auch schon früher eine Reha-Einrichtung aufgesucht wird. Außerdem kann die Rehabilitation nach Cavini et al. (2022) auch als Therapieoption vor bariatrisch-chirurgischen Eingriffen genutzt werden. Weiters können bestehende Komorbiditäten, der Bedarf eines Aufenthalts außerhalb des familiären Settings bzw. der Bedarf nach einer intensiveren Patientenschulung gute Gründe für eine Rehabilitation sein (Cavini et al. 2022). Als relevant wird u. a. gesehen, dass ein mehrwöchiges Therapieprogramm (mind. 3–5 Wochen) mit Möglichkeit zur Verlängerung angeboten wird und eine Bezugsperson ebenfalls aufgenommen werden kann.

Im Jahr 2018 wurde das Rehazentrum Leuwaldhof in St. Veit im Pongau mit Schwerpunkt auf Kindern und Jugendlichen mit Stoffwechselstörungen eröffnet²⁷. Im Jahr 2019 folgte mit dem kokon in Bad Erlach ein zweites Rehazentrum²⁸, wobei der Schwerpunkt hier auf der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas und psychisch/psychiatrischen

²⁷ <https://www.leuwaldhof.at/> [Zugriff am 27. 07. 2023]

²⁸ http://www.baderlach.gv.at/Ein_Jahr_Kinder-_und_Jugendreha_kokon_Bad_Erlach_Grosse_Erleichterung_fuer_Familien_im_Alltag_dank_ganzheitlicher_Begleitung [Zugriff am 27. 07. 2023]

Verhaltensstörungen liegt (Cavini et al. 2022). Zuvor wurden die Kinder und Jugendlichen zur Rehabilitation nach Deutschland überwiesen.

Im Zeitraum 2018 bis 2022 wurden insgesamt 534 Aufenthalte von Jugendlichen mit der Hauptdiagnose Adipositas (E66) in beiden genannten Rehabilitationszentren dokumentiert – bei beiden Zentren mit deutlich steigender Tendenz, wobei das Startjahr insbesondere von Bad Erlach in die ersten Pandemiejahre fiel und deshalb besonders schwierig war. Seit 2019 sind insbesondere Aufenthalte der Altersgruppe 10 bis 14 Jahre zu verzeichnen, gefolgt von der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre. Auch 0- bis 4-jährige Kinder werden in den Rehabilitationszentren aufgenommen: insgesamt 34 Kinder seit 2018 (im Vergleich: Aufenthalte von 10- bis 14-Jährigen liegen bei 259). Ziel der Rehabilitation ist, dass die Betroffenen und deren Eltern bzw. Begleitpersonen ihr Wissen im Umgang mit der Erkrankung Adipositas erweitern, was u. a. zu mehr Selbstständigkeit in der Durchführung von Routinen führen und die Mobilität verbessern soll, sowie ihr Wissen über Diätologie²⁹.

Die Indikation zur Nachsorge wird in Österreich „von der vorbehandelnden Einrichtung entsprechend dem Schweregrad der Adipositas, den Komorbiditäten und der Prognose der Zielerreichung gestellt“. Cavini et al. (2022) empfehlen eine multimodale Nachversorgung und weisen auf ein bereits existierendes, evidenzbasiertes deutschsprachiges Nachsorgekonzept der KgAS (Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche e.V.) aus Deutschland hin, das auch bereits in einer Machbarkeitsstudie evaluiert wurde.

Pharmakotherapie und Chirurgie

Wird durch die Erstlinientherapie nicht das erwünschte Ziel erreicht, kann in Einzelfällen die **Pharmakotherapie** in Betracht gezogen werden. Eine medikamentöse Behandlung zur Übergewichtsreduktion kann insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit erheblicher Komorbidität und einem extrem erhöhten Gesundheitsrisiko erwogen werden (Cavini et al. 2022). Die Pharmakotherapie, nach IAMEV (2016) aktuell noch mit Orlistat, ist derzeit bei Kindern ab zwölf Jahren im Einzelfall nur dann anzudenken, wenn bereits seit mindestens sechs Monaten Therapie der BMI gleich geblieben bzw. angestiegen ist oder wenn erhebliche körperliche (z. B. Risiko auf Fettleber) oder psychologische Begleiterkrankungen vorliegen. Eine Pharmakotherapie sollte nur unter der Voraussetzung, dass sie in einer speziellen pädiatrischen Einrichtung von einem erfahrenen multidisziplinären Team durchgeführt und

²⁹ <https://kokon.rehab/reha-angebot/reha-faehigkeit-und-reha-ziele/> und <https://www.leuwaldhof.at/stoffwechselekrankungen/> [Zugriff am 09. 08. 2023]

engmaschig überwacht wird, erwogen werden (IAMEV 2016). Diese Begleitung kann etwa in Adipositasambulanzen sichergestellt werden. Die Pharmakotherapie soll dabei unterstützend zu Lebensstilinterventionen verstanden werden (adipositas-austria.org o. J.), denn das Hauptziel einer gesundheitsfördernden Lebensführung kann nur durch Lebensstilinterventionen erreicht werden. Medikamente sind nur dann effektiv, wenn auch der Lebensstil verändert wird. Wirkstoffe zur Behandlung von Adipositas wirken unterschiedlich auf den Körper. Beispielsweise wird ein Lipasehemmer (z. B. Orlistat) angewandt, der „[...] die Lipasen im Magen und oberen Dünndarm“ hemmt, „sodass Triglyzeride nicht mehr in Fettsäuren und Monoglyzeride gespalten werden“ (adipositas-gesellschaft.de 2023), und zu einer Gewichtsverringerung von 6,9–10,2 Prozent führt (Müller et al. 2022); oder GLP-1-Rezeptor-Agonisten, insbesondere Liraglutid oder Semaglutid: „Während Liraglutid nach etwa 1-jähriger Behandlung das placebokorrigierte Körpergewicht bei Patienten mit Adipositas ohne T2D³⁰ um 5,4 % senkte, reduzierte Semaglutid in einer vergleichbaren Studie das Körpergewicht um 12,4 %“ (Müller/Blüher 2023). GLP-1-Rezeptor-Agonisten werden ebenso zur Behandlung von Diabetes angewandt und nehmen Einfluss auf die Insulin- und Glucagonsekretion, verzögern die Darmentleerung und verringern den Appetit (Seufert et al. 2017). Einer klinischen Studie von Weghuber et al. (2022) zufolge wird große Hoffnung in das Medikament Semaglutid gesetzt, das derzeit noch nicht für Kinder zugelassen ist. Aktuell sind folgende Medikamente für Kinder und Jugendliche ab mindestens zwölf Jahren zugelassen: Liraglutid, Orlistat und Phentermine (Weghuber et al. 2022). Die Medikamente sind zugelassen, werden aber entweder gar nicht oder nur zum Teil erstattet. Von Fachexpertinnen und -experten wird die Pharmakotherapie als große Hoffnung für die Zukunft gesehen.

Die **bariatrische Chirurgie** gilt zwar als der bislang „effektivste Ansatz zur nachhaltigen Gewichtsreduktion“ (Müller/Blüher 2023), ist aber zumeist irreversibel und nicht risikofrei, weshalb sie für Jugendliche nicht überall erlaubt ist. In Österreich ist sie unter bestimmten Bedingungen bei postpubertären Jugendlichen mit extremer Adipositas möglich und wird auch von der Versicherung gedeckt (WHO 2019). Im Universitätsklinikum AKH Wien ist eine psychiatrische Freigabe erforderlich, und es muss zuvor mindestens ein halbes Jahr lang Adhärenz der Patientin bzw. des Patienten erkennbar sein. Bariatrisch-chirurgische Eingriffe sollten ausschließlich in Zentren mit ausgewiesener Expertise angeboten werden, die Erwachsene und Jugendliche betreuen, um so eine Transition und postoperative Nachbetreuung sicherstellen zu können (Cavini et al. 2022).

³⁰ Diabetes mellitus Typ 2

Bariatrische Operationen werden unterschieden in sogenannte restriktive Verfahren („Magenverkleinerung, z. B. durch Gastric Banding oder Sleeve-Gastrektomie), malabsorptive Verfahren (z. B. RYGB, Roux-en-Y-Magenbypass) und eine Kombination der beiden Verfahren (Springer Medizin 2018). Auswertungen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten von 2001–2022 zeigen, dass der häufigste bariatrisch chirurgische Eingriff bei Jugendlichen bis 19 Jahren der laparoskopische Magenbypass ist (knapp 680 stationäre Aufenthalte), gefolgt vom laparoskopischen Gastric Banding (knapp 310 stationäre Aufenthalte) und der laparoskopischen Sleeve-Gastrektomie (etwa 230 stationäre Aufenthalte). Hervorzuheben ist hier aber, dass seit Einführung der laparoskopischen Sleeve-Gastrektomie und des laparoskopischen Magenbypasses im Jahr 2008 das laparoskopische Gastric Banding nur mehr vereinzelt durchgeführt wird.

Eine Metaanalyse von Qi et al. (2017), für die 49 Studien (n = 3.007 Pat.) analysiert worden sind, unterstreicht ebenfalls, dass bei Jugendlichen die drei häufigsten Eingriffe der Magenbypass (Roux-en-Y-Magenbypass), laparoskopisches Gastric Banding und laparoskopische Sleeve-Gastrektomie darstellen. „Bei der längsten Nachbeobachtungszeit (zwischen 12 und 120 Monaten) führte die bariatrische Operation zu einer Verringerung des Body-Mass-Index um insgesamt 31 Prozent (95 % CI: 28 %–34 %)“ (Qi et al. 2017). Die Eingriffe können auch mit Komplikationen verbunden sein, wie Paulus et al. (2015) in ihrer Metaanalyse zusammentragen, wobei diese direkte perioperative Komplikationen sein können oder auch gastrointestinale Beschwerden bzw. Vitaminmangel und Bedarf an Vitaminsubstitution.

In Österreich werden bariatrische Operationen seit dem Jahr 2015 insbesondere in folgenden Krankenhäusern durchgeführt: Landesklinikum Hollabrunn, Allgemeines Krankenhaus Wien, Landeskrankenhaus Salzburg, Klinikum Wels-Grieskirchen, Krankenhaus der Elisabethinen Graz, Landeskrankenhaus Bregenz, Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan, Barmherzige Schwestern Krankenhaus Wien, Krankenhaus Göttlicher Heiland Wien, Herz-Jesu Krankenhaus Wien.

3.6.3 Transition

Adipositas erfordert, wie andere chronische Erkrankungen, eine langfristige, möglicherweise lebenslange Betreuung. Deshalb ist wichtig, bei einer in der Kindheit bzw. Jugend beginnenden Adipositas Therapie einen guten Übergang von der betreuungsintensiveren Versorgung in der Jugend auf eine selbstständigere Versorgung im Erwachsenenalter zu schaffen – die Transition also gut zu bewerkstelligen, indem auch individuelle Bedürfnisse berücksichtigt werden. Besonders wichtig ist dieser Übergang, wenn vor dem 18. Lebensjahr

eine Operation stattgefunden hat. Eine Behandlung (Primärversorgung, spezialisierte Ambulanzen, Rehabilitationszentren) ist ohne Nachsorge für die betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht nachhaltig. Und diese Nachsorge ist in der Phase der Transition in Gefahr, zumal es in Österreich aktuell gar keine strukturierten Leitlinien für eine langfristige Begleitung (WHO 2019) gibt.

Die Transition ist im Idealfall ein länger andauernder, zielgerichteter und geplanter Übergang von einem Versorgungssystem für Kinder in eines für Erwachsene. Für Adipositas liegen keine Transitionskonzepte vor, selbst die aktuelle S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) aus dem Jahr 2019 erwähnt Transition nicht. Im Konzept von Cavini et al. (2022) wird Transition lediglich in der Nachbetreuung nach bariatrischen Operationen erwähnt. Die Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) entwickelt derzeit eine Transitionsleitlinie für Adipositas, die Ende 2024 abgeschlossen sein soll.³¹

3.7 Herausforderungen für bzw. Anforderungen an Kindergärten und Schulen

Insbesondere durch die Interviews mit Betroffenen, Pädagoginnen und Pädagogen konnte ein Einblick in die Versorgungssituation in Schulen gewonnen werden, der nachfolgend näher beschrieben wird.

Bei der Frage, inwiefern sich Übergewicht bzw. Adipositas auf den Alltag der jungen Betroffenen auswirkt, war neben den Einschränkungen bei körperlichen Aktivitäten auch Mobbing durch Mitschüler:innen ein prominentes Thema, wobei diesbezüglich von verbalen und körperlichen Angriffen berichtet wurde. Der Zusammenhang von Übergewicht oder Adipositas und Mobbing bei Kindern und Jugendlichen ist vielfach belegt (Bacchini et al. 2015). Zwar ist ein Bewusstsein darüber erwachsen, trotzdem werden Kinder und Jugendliche (sowie auch Erwachsene) insbesondere mit Adipositas stigmatisiert, nicht nur von Mitschülerinnen und Mitschülern, sondern auch von Eltern und ungenügend sensibilisiertem Lehrpersonal und Gesundheitsberufen (Kanders et al. 2021).

³¹ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-003> [Zugriff am 25. 01. 2024]

Unumstritten ist, dass Stigma weitreichende negative gesundheitliche Folgen haben kann und auch depressive Symptome fördert (Kanders et al. 2021). Neben Maßnahmen zur Entstigmatisierung (siehe Kapitel 3.9) ist auch eine umgehende Unterstützung der betroffenen Kinder und Jugendlichen notwendig, wie die Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs zu Vertrauenspersonen im Schulsetting, z. B. zu einem Beratungsteam aus Peers oder zu Vertrauenslehrerinnen bzw. -lehrern. Auch die Schulpsychologie könnte eine entscheidende Rolle einnehmen, jedoch stehen hierfür i. d. R. die zeitlichen Ressourcen nicht zur Verfügung. Das interviewte Lehrpersonal berichtete, dass in ihrer pädagogischen Ausbildung chronische Erkrankungen nicht behandelt worden waren, dass dies aber ein relevanter Inhalt für den beruflichen Alltag sei. Weiters wird ein Bedarf an Informationsmaterial gesehen, etwa bundesländerspezifische Folder zu einschlägigen Gesundheitsförderungsprogrammen, die im Rahmen des Unterrichts angeboten werden können. Außerdem sind Weiterbildungen für pädagogisches Personal bzgl. chronischer Erkrankungen sinnvoll.

Im Rahmen der Workshops wurde außerdem die öffentliche Gemeinschaftsverpflegung in Kindergärten und Schulen als relevanter Hebel genannt, um gesunde Ernährung schon in frühen Jahren für alle sicherzustellen und so Ernährungsgerechtigkeit und gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern. Die Arbeitsgruppe „Gemeinschaftsverpflegung“ der NEK hat österreichische Empfehlungen für das Mittagessen in der Schule und für das Mittagessen im Kindergarten erstellt – Mindestanforderungen, die derzeit nicht verpflichtend sind.

3.8 Hürden, Barrieren und Handlungsempfehlungen für eine optimale Versorgung von Adipositas

Die nachfolgend beschriebenen Hürden und Barrieren für eine optimale Versorgung wurden auf Basis einer vorhergehenden Literaturrecherche, des Nationalen Konzepts zur Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter von Cavini et al. (2022) sowie der Interviews und Workshops identifiziert.

Therapieprozesse sind uneinheitlich

Dem Nationalen Konzept zu Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Cavini et al. 2022) nach fehlen in Österreich **Leitlinien** und ein **abgestuftes Gesamtkonzept**, das das gesamte Versorgungskontinuum berücksichtigt sowie die Chancen und Möglichkeiten der jeweiligen Einheiten und regionale Besonderheiten abbildet. Dadurch gibt es keinen einheitlichen Therapieprozess und keine Qualitätskriterien. So wird

etwa die Einbeziehung der Familie im Behandlungspfad zwar grundsätzlich als besonders wichtig erachtet, doch, wie Interviews vermuten lassen, wird das aktuell (noch) nicht überall umgesetzt.

Versorgungskonzept und Leitlinien verbindlich machen

Entwürfe dafür liegen von Cavini et al. (2022) vor. Dadurch sollen ein einheitlicher Therapieprozess und einheitliche Qualitätsmerkmale (z. B. Einbeziehung der Familie in die Therapie) sichergestellt werden. Dies ist erfolgversprechender, wenn die Finanzierung von Leistungen an Qualitätskriterien geknüpft ist.

Unübersichtliche Angebotslandschaft

Die Versorgungsangebote sind unübersichtlich, wodurch es sogar dem Fachpersonal schwerfällt, Betroffene an die richtigen Stellen zu leiten. Für Betroffene ist eine Orientierung im System erst recht kompliziert. Das zeigt sich allein an der unterschiedlichen Namensgebung von Gewichtsmanagementprogrammen und deren unterschiedlichen Zugangskriterien (z. B. Altersgrenzen, siehe Kapitel 3.6.2), aber auch an den verschiedenen Bezeichnungen von Adipositasambulanzen für Kinder und Jugendliche.

Angebotsübersicht bereitstellen und Versorger:innen vernetzen

Aufgrund der Komplexität der Erkrankung und vieler verschiedener Versorgungsangebote einerseits sowie des Bedarfs eines Case Management andererseits ist wichtig, die Angebote in der eigenen Region zu kennen und deren Vernetzung sicherzustellen. Für eine solche Übersicht und auch für die Vernetzung könnte die Plattform Primärversorgung³² genutzt werden, in deren Rahmen auch Veranstaltungen organisiert und Infomaterialien zur Verfügung gestellt werden sowie Raum für Austausch geschaffen wird.

³² <https://primaerversorgung.gv.at/> [Zugriff am 25. 01. 2024]

Informationsfluss sicherstellen

Ergebnis der Vernetzung sollte nicht nur sein, dass die fallführende Stelle (Primärversorgung) weiterzuvermittelnde Angebote kennt. Die Vernetzung sollte auch die kontinuierliche Informationsweitergabe zwischen Versorgungspartnerinnen, -partnern, -einrichtungen, Sektoren und der fallführenden Stelle gewährleisten.

Gewichtsmanagementprogramme vereinheitlichen

Neben dem Versuch einer Vereinheitlichung der unterschiedlichen Programme hinsichtlich Namensgebung, Zugangskriterien und Ausgestaltung sind gezielt potenzielle Überweiser:innen über diese Angebote zu informieren. Auch hier könnte die Plattform Primärversorgung genutzt werden, um Informationen über Gewichtsmanagementprogramme gut und einfach zur Verfügung zu stellen.

Unzureichendes Versorgungsangebot

Vernetzung allein reicht nicht, wenn es zu wenig Angebote gibt. Ein nicht bedarfsgerechtes Angebot führt zu **langen Wartezeiten**. Das ist bei Übergewicht und Adipositas besonders problematisch, weil die Motivationsphase teilweise kurz ist und rasch genutzt werden sollte. Dies betrifft, wie aus den Interviews hervorging, sowohl Gewichtsmanagementprogramme als auch Termine in Adipositasambulanzen und die Inanspruchnahme von begleitenden Therapien.

Die flächendeckende Versorgung durch personell gut ausgestattete und vernetzte Adipositasambulanzen ist aktuell (noch) nicht sichergestellt, wobei je nach Bundesland die Auslastungslage und Versorgung unterschiedlich sind (Cavini et al. 2022). Dies führt dazu, dass nicht nur die Wartezeit lang ist, sondern ein sehr ausgeprägtes Krankheitsbild und entsprechende Komorbiditäten Voraussetzung für die Behandlung sind. Bei Gewichtsmanagementprogrammen gibt es oftmals zeitlich und räumlich wenig bis keine Auswahlmöglichkeiten. Finden Programme zu einer Zeit statt, die mit schulischen oder beruflichen Verpflichtungen (der Eltern) kollidieren, ist die Teilnahme erschwert.

Angebotslandschaft ausbauen

In dem Papier von Cavini et al. (2022) wird konstatiert, dass bestehende Strukturen auszubauen sind (auch qualitativ) und neue geschaffen werden müssen, wie etwa **Rehabilitationszentren** oder **Adipositasambulanzen**. Ein versorgungswirksamer Ausbau der Ambulanzen an vielen Standorten mit niederschwelligem Zugang und starker Vernetzung aller relevanten Versorgungsebenen wäre notwendig. Auch begleitende kostenfreie **Therapieangebote** müssten ausgebaut werden. Für diese verschiedenen Angebote sind niederschwellige klare Überweisungswege notwendig, die in der Primärversorgung ihren Ausgang finden sollten. Ebenso bedarf es eines Mehr an **Angeboten von Gewichtsmanagementprogrammen**. Jegliche Hürden für eine Teilnahme (zeitlich, räumlich, finanziell) müssen abgebaut werden. Teilweise wird versucht, diesem Problem zu begegnen, indem etwa kostenloses Fahrservice³³ oder Onlinekurse angeboten werden, welche allerdings zu einem gewissen Grad den sozialen Aspekt vermissen lassen. „Vorsorge Aktiv Junior“ in Niederösterreich bietet auch in kleineren Gemeinden Kurse an, sofern sich ausreichend Kinder und Jugendliche anmelden; aber dadurch entsteht wiederum die Gefahr langer Wartezeiten. Diese Hürden sind strukturiert und flächendeckend in ganz Österreich abzubauen.

Fehlende Ressourcen in der Primärversorgung für die Übernahme der Fallführung

Die WHO hebt für Österreich kritisch hervor, dass Adipositas derzeit eher über Short-term-Angebote versorgt wird, obwohl die Behandlung einer chronischen Krankheit **langfristig** angelegt sein müsste. Die Primärversorgung sollte also eine tragende Rolle in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas einnehmen (Case Management). Darüber hinaus müsste aufgrund der **Komplexität** der Krankheit die Behandlung in einem multiprofessionellen Team abgewickelt werden (WHO 2019), weshalb PVE dafür besonders prädestiniert wären. Je weniger Professionen in einem Primärversorgungssetting zusammenarbeiten, desto mehr Vernetzung zwischen Versorgungspartnerinnen und -partnern ist erforderlich. Die Bandbreite reicht von einer breit aufgestellten PVE bis zu einer Einzelpraxis.

³³ <https://www.easykids.at/salzburg/kurse-und-termine> [Zugriff am 19. 01. 2024]

Sowohl die langfristige Behandlung als auch die Zusammenarbeit der Professionen bedarf intensiver zeitlicher Ressourcen, die derzeit nicht immer in ausreichendem Maß vorhanden sind bzw. abgegolten werden. Schwierig und sehr zeitintensiv gestaltet sich die Case-Management-Arbeit, da die Versorgungslandschaft unübersichtlich ist, Leitlinien nicht vorhanden sind und Kooperationspartner:innen fehlen (siehe oben). Als Beispiel hierfür wurde genannt, dass Adipositasambulanzen theoretisch im Austausch mit der fallführenden Einrichtung/Person sein sollten, dies aber aufgrund divergenter Öffnungszeiten und mangelnder Zeitressourcen (auf beiden Seiten) nicht leisten können.

Ausbau von (Kinder-)PVE weiterführen

Da Adipositas eine höchst komplexe multidimensionale chronische Erkrankung darstellt, die Kinder und Jugendliche mitsamt ihren Familien betrifft und deren Behandlung im Idealfall von einem multiprofessionellen Versorgungsteam sichergestellt wird, stellen **(Kinder-)PVE** mit ihren multiprofessionellen Teams aus Gesundheits- und Sozialberufen und den meist erweiterten Öffnungszeiten für die Behandlung von Adipositas künftig eine große Chance dar. Wichtig wäre allerdings, dass in PVE involvierte Berufsgruppen einschlägige Expertise für eine so komplexe Krankheit aufweisen. Eine entsprechende Ausbildung sollte laut Expertinnen und Experten verpflichtend sein. In Österreich werden PVE aktuell ausgebaut, derzeit gibt es 60 PVE (sechs davon Kinder-PVE) in acht Bundesländern³⁴.

Social Prescribing nachhaltig verankern

Darüber hinaus soll in diesem Rahmen auch der innovative Ansatz **Social Prescribing** erwähnt werden, welcher aktuell in ausgewählten PVE pilotiert wird (Rojatz et al. 2023). Social Prescribing könnte künftig dabei unterstützen, Kinder und Jugendliche mit Übergewicht oder Adipositas – über medizinische Angebote hinaus – genau an jene weiteren Unterstützungsangebote weiterzuvermitteln, die den psychosozialen und emotionalen Bedürfnissen der Betroffenen begegnen. Diese Bedürfnisse dürfen nicht unterschätzt werden; in den Interviews mit den

³⁴ <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879327> [Zugriff am 19. 01. 2024]

Betroffenen etwa wurde insbesondere der persönliche Austausch mit anderen gleichaltrigen Betroffenen als besonders hilfreich hervorgehoben.

Kosten für die Betroffenen zu hoch

Die WHO hebt in ihrem Bericht „Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region“ eine unzureichende und regional unterschiedliche Kostenübernahme bei der Versorgung von Adipositas hervor (WHO 2019). Auch Cavini et al. (2022) argumentieren so: Obwohl es empirische Belege dafür gibt, dass Adipositasmanagementangebote notwendig und effektiv sind, fehlt es an einer breiten adäquaten Kostenübernahme. Grundstein dafür wäre, dass die Erkrankung als solche durch die Sozialversicherung(sträger) anerkannt wird. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass eine Kostenübernahme für einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur dann möglich ist, wenn der Versicherungsfall der Krankheit eingetreten ist, welcher vom Gesetz als regelwidriger Geistes- oder Körperzustand definiert wird, der eine Krankenbehandlung erforderlich macht. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Dazu kommt, dass der Kreis der medizinischen Berufsgruppen, deren Angehörige Leistungen auf Kosten der Krankenversicherung erbringen können, gesetzlich definiert und damit auch eingeschränkt ist. Daraus ergibt sich zwingend, dass nicht alle Kosten der im Zusammenhang mit Adipositas infrage kommenden Maßnahmen von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden können. Die Kosten für gewichtsreduzierende Therapie sind demnach zwar innerhalb von Primärversorgungseinheiten in einem gewissen Rahmen über die Ordinationspauschale abgedeckt, doch die Begleitung bzw. begleitenden Maßnahmen (für die gesamte Familie) und die Nachsorge sind sehr ressourcenintensiv (Lebensstilinterventionen, Adipositas-Pharmakotherapie) und werden innerhalb der Primärversorgung im Regelfall nicht von der Sozialversicherung finanziert. Die Lebensstilberatung wird in Österreich nur im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erstattet (WHO 2019), die Kosten psychologischer Beratungen werden nur bei spezifischen Komorbiditäten von der Sozialversicherung getragen. Bariatrische Operationen und die Nachversorgung werden hingegen rückerstattet (Cavini et al. 2022).

Auch die diätologische Beratung ist bisher nur im Rahmen einer PVE (wenn dort eine Diätologin bzw. ein Diätologe tätig ist) oder im intramuralen Bereich kostenlos, weil Diätologinnen und Diätologen aktuell keinen Kassenvertrag erhalten können. Sehr wohl finanziert werden Gewichtsmanagementprogramme als sogenannte Disease-Management-Programme (vergleichbar mit DMP für Diabetes), in deren Rahmen auch die Ernährungsberatung eine Rolle spielt.

Darüber hinaus werden die Kosten für eine medikamentöse Therapie, die in Österreich bereits zugelassen ist, derzeit nicht von der Sozialversicherung übernommen, weshalb diese vorerst insbesondere im klinischen Setting im Rahmen von klinischen Studien eingesetzt wird.

Dies erhöht gesundheitliche Ungleichheiten, weil sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen vermehrt von Übergewicht und Adipositas betroffen sind und sich gerade diese Bevölkerungsgruppen entsprechende Therapien nicht leisten können.

Kostenübernahme sicherstellen

Die Übernahme von Leistungen zur Behandlung (und bei Übergewicht zur Prävention) von Adipositas muss in zwei Richtungen überdacht und sichergestellt werden: einerseits in den **Honorarordnungen der Primärversorgung**, die den tatsächlichen Aufwand der Behandlung einer langfristigen komplexen chronischen Erkrankung unter Einbeziehung des gesamten Familiensystems abgelten muss. Andererseits müssen aber auch **Therapieleistungen** im Rahmen einer solchen Behandlung für die Betroffenen kostenfrei sein. Das betrifft beispielsweise diätologische Beratungen oder Psychotherapien, Medikamente, könnte aber auch Leistungen umfassen, die im Rahmen von Social Prescribing angeraten sind und für die Betroffenen nicht leistbar sind.

Mangelhafte bis fehlende Nachbetreuung und Transition

Cavini et al. (2022) bemängeln ein fehlendes Konzept sowohl für die Nachbetreuung – etwa nach Ambulanz- oder Reha-Besuchen – als auch für die Transition. Für beides braucht es festgelegte Ansprechpartner:innen über das Alter von 18 Jahren hinaus.

Nachbetreuung gewährleisten

Wichtig ist, dass die Verantwortung für die Nachbetreuung spezieller Interventionen (Gewichtsmanagementprogramme, Reha-Aufenthalt, Behandlung in einer Adipositasambulanz) und die langfristige Betreuung (Case Management) geklärt ist. Eine Chance dafür wird im Ausbau von (Kinder-)PVE mit ihren multiprofessionellen Teams und erweiterten Öffnungszeiten gesehen, doch auch Einzelpraxen der

Primärversorgung sollten (mit entsprechender Vernetzung und Honorierung) befähigt werden, eine solche Nachbetreuung zu leisten.

Transition sicherstellen

Falls die fallführende Verantwortung geklärt und wahrgenommen wird, sollte auch die Transition über das Alter von 18 Jahren hinaus (besser) bewerkstelligt werden können.

Aus einem routinemäßigen Screening werden bei Handlungsbedarf nicht automatisch die notwendigen Versorgungsschritte eingeleitet

Im Rahmen der jährlichen schulärztlichen Untersuchungen könnten Übergewicht und Adipositas frühzeitig erkannt und BMI-Entwicklungen langfristig beobachtet werden. In den Workshops wurde kritisch hervorgehoben, dass aktuell lediglich Gewicht und Größe dokumentiert, aber nicht automatisch Perzentile zur Krankheitserkennung hinterlegt und entsprechende Konsequenzen abgeleitet werden. Ein Grund, weshalb aus Beobachtungen vermutlich selten Konsequenzen folgen, mag außerdem sein, dass Schulärztinnen und -ärzte einen Beratungs-, aber keinen Versorgungsauftrag haben, was die Möglichkeiten der Einflussnahme auf einen Therapieprozess einschränkt. Wenn Handlungsbedarf gesehen wird – so ein Schularzt –, wird den Schülerinnen bzw. Schülern lediglich ein Brief mit den relevanten Informationen mitgegeben, was keinesfalls weitere Schritte in Richtung Versorgung garantiert.

Routineuntersuchungen in Bildungseinrichtungen nutzen

Schulärztliche Untersuchungen und auch Routineuntersuchungen in Kindergärten könnten zur Erkennung von Übergewicht und Adipositas beitragen, der langfristigen Beobachtung von BMI-Verläufen dienen sowie das Problembewusstsein bei den Eltern und auch den Betroffenen verbessern. Die geplante digitale Erfassung der Ergebnisse aus schulärztlichen Untersuchungen mittels eines derzeit in Programmierung befindlichen Tools könnte diese Aufgabe wesentlich erleichtern. Auch andere Gesundheits- und Sozialberufe (Schulpsychologinnen und -psychologen, Schulsozialarbeiter:innen, School Nurses etc.) können dabei eine Rolle spielen.

Fehlendes Problembewusstsein bei Gesundheitsberufen

Adipositas ist noch nicht lange als chronische Krankheit anerkannt und wird in Ausbildungen von Gesundheitsberufen kaum tangiert; postgraduale Weiterbildungen zum Thema Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen gibt es nur wenige (WHO 2019). Dies führt dazu, dass unter Gesundheitsberufen hinsichtlich Adipositasmanagement bei Kindern und Jugendlichen noch nicht ausreichend Wissen vorhanden ist, aber auch dazu, dass Gewichtsbias und Stigma gegenüber Menschen mit Übergewicht und Adipositas verbreitet sind. Im Rahmen der multinationalen ACTION-Teens-Studie (Halford et al. 2022) wurde etwa festgestellt, dass Angehörige von Gesundheitsberufen Adipositas zwar als chronische Erkrankung ansehen, aber als Gründe für „Abnehmschwierigkeiten“ oftmals weniger Genetik und biologische Faktoren, sondern Lebensstilfaktoren sehen, die i. d. R. bei Adipositas nicht die Hauptgründe sind.

„Ein umfassendes **Curriculum**, das den Studierenden solide Kenntnisse über Adipositas im Kindesalter und deren Bewältigung sowie die für die Behandlung erforderlichen Fähigkeiten vermittelt, würde zu einer positiveren, selbstbewussteren Haltung [...] führen“ (WHO 2019) und ebenso einen Schritt in Richtung Entstigmatisierung der Erkrankung bedeuten. Ein wesentlicher Inhalt einer solchen Ausbildung ist neben der medizinischen Komponente auch die Wissensvermittlung hinsichtlich sensibler Kommunikation mit den Betroffenen, aber auch mit den Eltern bzw. Sorgeberechtigten, welche oftmals dazu tendieren, den Gewichtsstatus des Kindes zu unterschätzen (Halford et al. 2022). Nachfolgende Schritte könnten dabei unterstützen, Bewusstsein über die Krankheit zu schaffen und nachhaltiges Expertenwissen aufzubauen.

- Aufbau von Fort- und Weiterbildungen zum Adipositasmanagement, z. B. im Rahmen der postgraduellen Ausbildung zu Adipositas, als DFP zertifiziert, u. a. mit Fokus auf die Primärversorgung (Allgemeinmediziner:innen, Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde), Arbeitsmedizin (im Lehrlingsbereich)
- Unterstützung des Austauschs unter Versorgerinnen und Versorgern, z. B. durch Qualitätszirkel; auch, um (regionale) Angebote bekannt zu machen
- Vernetzung der Fachorganisationen (z. B. ÖGAM und ÖDG) als ein Schritt zur Bewusstseinsbildung
- Fokus auf die Ausbildung von Expertinnen und Experten zum Thema Adipositasmanagement

- aktive Verbreitung von Information zu Angeboten/Programmen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas, z. B. in Ärztezeitschriften oder über die Plattform Primärversorgung³⁵ (z. B. Webinare)
- Ausbau von Kommunikationstrainings für Gesundheitsberufe für herausfordernde Gesprächssituationen und motivierende Gesprächsführung
- Erstellung qualitätsgesicherter, leicht zugänglicher, nicht stigmatisierender Informationsmaterialien für Ordinationen und PVE (z. B. EVI-Box³⁶)

Fehlendes Problembewusstsein bei Betroffenen verhindert frühzeitige Interventionen

Nicht nur, aber auch aufgrund des Stigmas, welches auf der Erkrankung Adipositas lastet, ist eine Krankheitsakzeptanz seitens der Betroffenen und deren Familien oftmals nicht gegeben. Umso schwerer gestaltet sich das Erreichen betroffener Zielgruppen. Jugendliche mit extremer Adipositas ziehen sich vielfach in die soziale Isolation zurück.

Spezielle Strategien etablieren, um Zielgruppen besser zu erreichen

Förderlich hierfür kann das Konzept der **Gemeindeorientierung in der Primärversorgung** sein (engl.: Community-Oriented Primary Care, COPC): Die Primärversorgung einer definierten Community versucht systematisch, die relevantesten Gesundheitsprobleme dieser Community zu erkennen und deren geeignete Versorgung zu skizzieren (Huter 2020). Mögliche hilfreiche Angebote, die an die psychosozialen Bedürfnisse der Zielgruppen anschließen, könnten Gruppenprogramme, wie etwa Gesundheitscafés von und für Menschen, die von Übergewicht/Adipositas betroffen sind, sein.

Im Rahmen von **Social Prescribing** könnten Betroffene soziale Unterstützung bei Therapien erhalten.

³⁵ <https://primaerversorgung.gv.at/> [Zugriff am 16. 01. 2024]

³⁶ <https://evi.at/> [Zugriff am 16. 01. 2024]

Auch der Aufgabenbereich von **Community Nurses** könnte in Richtung Vorsorge bei Kindern und Jugendlichen ausgebaut werden.

3.9 Maßnahmen zur Entstigmatisierung

Stigmatisierung und Diskriminierung ist selbst **in der Gesundheitsversorgung ein noch weit verbreitetes Phänomen**. Aufgrund von falschen Vorstellungen und Vorurteilen werden Patientinnen und Patienten mit Übergewicht oder Adipositas oft mit weniger Respekt behandelt (wobei das nicht unbedingt bewusst passiert, da impliziter Bias nicht notwendigerweise bewusst vorliegt); es wird im Vergleich zu normalgewichtigen Patientinnen und Patienten weniger Zeit für sie aufgewendet (solche Patientinnen und Patienten seien nur eine „Zeitverschwendung“), übergewichtige Patientinnen und Patienten werden weniger aufgeklärt, es werden weniger Untersuchungen durchgeführt und es kommt häufiger zu Fehlentscheidungen aufgrund übermäßiger Zuordnung von Symptomen als Folge des Körpergewichts mit fehlender Differenzialdiagnostik und Erwägung der Behandlungsoptionen („therapeutic inertia“) (Westbury et al. 2023). Der gängige medizinische Rat bei Übergewicht ist: „weniger essen und mehr Bewegung machen“. Insgesamt erhalten Menschen mit Übergewicht oder Adipositas allein aufgrund des Stigmas eine schlechtere Qualität der Versorgung und der medizinischen Entscheidungen. Schlechte Erfahrungen und die Angst vor weiterer Stigmatisierung führen zu einer verminderten Inanspruchnahme von medizinischen Hilfsangeboten und einer Verschlechterung von Erkrankungsverläufen (Haqq et al. 2021; Tomiyama et al. 2018; Westbury et al. 2023).

Maßnahmen zur Entstigmatisierung in der Gesundheitsversorgung beginnen mit der **Ausbildung** von Gesundheitsberufen (siehe dazu auch Kapitel 3.8). Dabei soll nicht nur ausreichend über die multifaktoriellen Entstehungsfaktoren von Übergewicht und Adipositas aufgeklärt werden, sondern auch über das Adipositas-Stigma, die eigene Rolle im Stigma-Prozess und die Folgen von Stigma. Durch Reflexion der eigenen Vorurteile und Vermittlung von Antistigma-Kompetenz soll die Qualität der Behandlung, Diagnostik und Versorgung von Menschen mit Übergewicht oder Adipositas im Gesundheitssystem verbessert werden (Haqq et al. 2021; Tomiyama et al. 2018).

Wichtig im Umgang mit Patientinnen und Patienten ist der **wertschätzende Sprachgebrauch**. Im Allgemeinen wird die Verwendung von „people-first language“ empfohlen. Bei Übergewicht und Adipositas ist auch sinnvoll, die Jugendlichen direkt zu fragen, mit welchen

Begriffen sie sich wohlfühlen, da das altersspezifisch oder auch individuell sehr unterschiedlich sein kann (Haqq et al. 2021).

Ein weiterer Punkt ist die **Verbesserung der Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal, Kindern und Jugendlichen und deren Eltern**. Hier ist besonders wichtig, Schuldzuweisungen zu vermeiden und den Fokus nicht auf die Gewichtsreduktion, sondern auf die Verbesserung der Gesundheit zu legen (Verbesserung der Ernährungs-, Bewegungs- und Schlafgewohnheiten sowie Stressreduktion – „Health at Every Size“). Wichtig ist auch, das Thema Stigma anzusprechen und bei der Bewältigung von Stigma-Erfahrungen und dem Abbau von Selbststigma³⁷ zu unterstützen bzw. weitere Unterstützungsangebote bereitzustellen (Haqq et al. 2021; Tomiyama et al. 2018).

Gesundheitseinrichtungen sollen nicht nur Stigma abbauen, sondern darüber hinaus auch für eine **inklusive Atmosphäre** sorgen. Neben der Beseitigung physischer Barrieren durch Anpassung der Infrastruktur und Ausstattung für unterschiedliche Körpergrößen soll ein Fokus auf Wohlbefinden gelegt werden (Haqq et al. 2021; Tomiyama et al. 2018).

Das fehlende Wissen über die multifaktoriellen Entstehungsfaktoren von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung spielt bei der kulturellen Verbreitung der Stereotype und Vorurteile eine nicht unwesentliche Rolle. Die falsche Vorstellung, dass Übergewicht ausschließlich das Ergebnis ungesunder persönlicher Entscheidungen ist, ist weit verbreitet und prägt den öffentlichen Diskurs, der durch unterschiedliche, zum Teil sehr mächtige Interessengruppen (insbesondere der Lebensmittelindustrie, der Fitnessbranche und des Diätproduktemarkts) geprägt und durch die Medien und die Unterhaltungsindustrie (durch stereotype Darstellungen) aufrechterhalten wird (Clair et al. 2016; Westbury et al. 2023). Aufgrund der gesundheitsschädlichen Wirkungen stellt auch **die Bekämpfung von Stigma durch Vertreter:innen der Gesundheitsberufe sowie des Gesundheitssystems einen Imperativ dar** (Westbury et al. 2023). Als Meinungsbildner:innen, die den öffentlichen Diskurs maßgeblich beeinflussen – d. h. sowohl positiv als auch negativ –, tragen sie eine große Verantwortung und haben auch ein großes Potenzial für Veränderung. Als Negativbeispiele gelten z. B. frühere Public-Health-Strategien, die durch den bewussten Einsatz von Stigma („Fatshaming“) und die Erhöhung des sozialen Drucks versucht haben, die Motivation zur Gewichtsreduktion in der Bevölkerung zu erhöhen. Diese stellten sich nicht nur als erfolglos,

³⁷ Von Selbststigmatisierung spricht man, wenn die kulturellen Stereotype und Vorurteile verinnerlicht und gegen die eigene Person gerichtet werden (z. B.: „Ich bin übergewichtig, daher bin ich inkompetent und ich erwarte mir nicht, dass mich die anderen mögen.“)

sondern sogar als schädlich heraus (Tomiyaama et al. 2018; Westbury et al. 2023). Public-Health-Kampagnen sollten stattdessen über die komplexen Ursachen und deren Zusammenhänge für Übergewicht und Adipositas aufklären, auf eine wertschätzende Sprache achten („people-first language“) und den Fokus auf gesunde Verhaltensweisen (z. B. Ernährung, Bewegung, Schlaf) und gesunde Lebenswelten legen. Betroffene sollten federführend in die Kampagnen eingebunden werden (Westbury et al. 2023). Durch eine stärkere Platzierung von Adipositas in politischen Agenden sowie die Übernahme von gesellschaftspolitischer Verantwortung durch Bekämpfung umweltbedingter Ursachen für die wachsende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung („obesogenic environments“) können politische Entscheidungsträger:innen das Verständnis in der Bevölkerung für die multifaktorielle Entstehung von Übergewicht und Adipositas fördern (Haqq et al. 2021; Tomiyama et al. 2018; Westbury et al. 2023).

Weitere Maßnahmen zur Steuerung des öffentlichen Diskurses sind einerseits die Reduktion stigmatisierender Sprache, Darstellungen, Beiträge und Botschaften in den **Medien**, der **Unterhaltungsindustrie** sowie in der **Werbung**, andererseits die Vermehrung positiver Darstellungen und Erfahrungsberichte, die Erhöhung der Sichtbarkeit von Personengruppen und deren Anliegen (z. B. „Body Positivity“- und „Body Neutrality“-Bewegungen) sowie die Förderung von sozialen Inklusionsbewegungen (Westbury et al. 2023).

Generell benötigt es einen breiten Mehrebenenansatz und die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Stakeholderinnen, Stakeholdern, Entscheidungsträgerinnen und -trägern, um sowohl Stigma zu bekämpfen und strukturelle Benachteiligungen zu beseitigen als auch die kulturellen Einstellungen zu verändern. Vertreter:innen des Gesundheitssystems können aufgrund ihrer einflussreichen Schlüsselposition durch **Bildung von Allianzen** verstärkt gegen Stigmatisierung und für chancengerechte Teilhabe auftreten (Tomiyaama et al. 2018; Westbury et al. 2023). Dazu gehören Maßnahmen zur Schaffung von inklusiven Bedingungen in allen Lebensbereichen (z. B. Bildung, Arbeit, Gesundheitsversorgung, Kulturstätten und öffentlicher Raum) und Sensibilisierung unterschiedlicher Zielgruppen (z. B. Pädagoginnen und Pädagogen, Schüler:innen, Führungskräfte, politische Entscheidungsträger:innen). Dies erfordert eine partizipative Entscheidungsfindung und Gestaltung der Lebenswelten (z. B. durch Gremienbeteiligung, partizipative Forschung und Versorgungsplanung). Auch ein gesetzlicher Schutz vor Diskriminierung, etwa durch explizites Hinzufügen der Kategorie Diskriminierung aufgrund von „Körpergewicht“ in bereits vorhandenen Anti-Diskriminierungsgesetzen, wird als strukturelle Maßnahme diskutiert (Westbury et al. 2023).

4 Depression

Auch im Kindes- und Jugendalter können bereits alle affektiven Störungen (ICD-10: F3.x), wie manische oder depressive Episoden, bipolar affektive Störungen, Zylothymia, Dysthymia oder rezidivierende depressive Störungen, auftreten. Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter werden anhand des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) nach ICD-10 der WHO oder DSM-5 nosologisch/kategorial eingeordnet (Nowotny et al. 2019). Die Definitionskriterien affektiver Störungen orientieren sich hierbei an den Symptomen der jeweiligen Erkrankung im Erwachsenenalter, was über längere Zeit zu Fehldeutungen depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter geführt hat, denn: Je jünger die Patientinnen und Patienten sind, desto unspezifischer und heterogener zeigen sich die Symptome (siehe Tabelle 4).

Psychische Erkrankungen werden nach Schweregrad der Symptomatik (leicht, mittel, schwer; mit oder ohne psychotische Symptome) eingeteilt, auch psychosomatische Beschwerden werden miteinbezogen. Eine depressive Störung äußert sich häufig anhand unspezifischer körperlicher Beschwerden und Veränderungen im Verhalten oder des Wesens. Depressive Störungen können zudem auch im Rahmen anderer psychischer oder somatischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter entstehen (siehe Kapitel 4.2). Wesentlich für die Diagnose einer depressiven Störung sind die Differenzialdiagnostik in der psychiatrischen Exploration (z. B. Anpassungs- oder Belastungsstörungen, Angststörungen sowie Störungen des Sozialverhaltens) und die Abklärung organischer Ursachen, drogeninduzierter Ursachen (z. B. psychotisches Zustandsbild) und weiterer somatischer Erkrankungen (z. B. hormonelle Störungen). Zusätzlich ist es von äußerster Wichtigkeit, neben der differenzialdiagnostischen Abklärung auch Komorbiditäten zu erfassen.

Aufgrund der unterschiedlichen Ausprägung entwicklungsspezifischer Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen hängt auch die Ausprägung der Symptome einer depressiven Störung vom jeweiligen Entwicklungsstand ab. So bilden Kleinkinder im Sinne einer „larvierten Depression“ vor allem somatische Symptome wie Appetit-, Schlaf-, Gedeih- und Entwicklungsstörungen aus. Nach einer Phase mit Schreien und Weinen kann es im weiteren Verlauf zu passivem oder desinteressiertem Verhalten kommen. Erst ab dem Jugendalter nähern sich die Symptome jenen von Erwachsenen an; Leistungsabfall, Antriebslosigkeit, Desinteresse, sozialer Rückzug, psychosomatische Beschwerden und Substanzmissbrauch ste-

hen dann im Vordergrund. Bereits mit dem Erreichen des Schulalters kann es zu ersten suizidalen Gedanken oder Verhaltensweisen kommen; der erste Peak von Suizidversuchen und Suiziden lässt sich bei Jugendlichen zwischen dem 12. und 17. Lebensjahr verzeichnen. Auch aggressives, jähzorniges sowie histrionisches Verhalten können Ausdruck einer Depression in der Adoleszenz sein. Die Akzentuierung von vorbestehenden Zwangs- oder Angststörungen oder das erstmalige Auftreten dieser Störungen im Verlauf einer depressiven Störung ist möglich. Tabelle 4 listet jene Symptome auf, die in den unterschiedlichen Entwicklungsstadien im Vordergrund stehen.

Tabelle 4: Häufige Symptome für kindliche Depression in den unterschiedlichen Entwicklungsstadien

Altersstufe	psychopathologisch	somatisch
Kleinkinder	Schreien, Unruhe, Weinen; Desinteresse, Passivität, Apathie, Ausdrucksarmut; unvermittelte Weinattacken, Irritabilität und Agitation; reduzierte Kreativität, Fantasie und Ausdauer; Anhänglichkeit; Albernheit; selbststimulierendes Verhalten	Störungen des Ein- und Durchschlafens aufgrund unzulänglicher Selbstberuhigungsstrategien; Essstörungen und -verweigerung mit Gewichtsverlust; erhöhte Infektanfälligkeit („Kränkeln“)
Vorschulkinder	Weinen, Reizbarkeit, aggressive Durchbrüche, Explosibilität; Hypomimie; gestische und generell motorische Passivität, Introversion, Interessenlosigkeit, Freudlosigkeit; Irritabilität, geringe Frustrationstoleranz, Aggressivität; soziale und kognitive Entwicklungsverzögerung; Aufmerksamkeitssuche; Autostimulation	sekundäre Enuresis/Enkopresis; regressiver Sprachgebrauch; motorische Entwicklungsrückstände; Schlaf- und Essstörungen
Schulkinder	Weinen, Trotz, Abwehr, (auto-)aggressives Verhalten; Selbstbericht über Traurigkeit, Lust- und Antriebslosigkeit, Desinteresse, Rückzug; Konzentrationsprobleme, Schulversagen; Sorgen, ggf. erste lebensmüde Gedanken; Suche nach Zuwendung	Schlaf- und Essstörungen; somatische Beschwerden; regressives Verhalten
Jugendliche	Teilnahmslosigkeit, Verzweiflung, Wut, läppischer Affekt; Verweigerung, Lust- und Antriebslosigkeit, Desinteresse, Rückzug; Verlangsamung von Denken und Handeln, Leistungsprobleme, kognitive Einschränkungen; Apathie, Angst, Ekel, Selbstunsicherheit, Selbstvorwürfe, Grübeln, Zukunftsängste, Suizidalität	Schlaf- und Essstörungen; psychosomatische Beschwerden, Morgentief, Früherwachen, Unfähigkeit zur Entspannung und Erholung

Quelle: Remschmidt et al. (2009) zitiert nach Mehler-Wex/Kolch (2008)

Depressive Episoden im Kindes- und Jugendalter, die den diagnostischen Kriterien des ICD-10 entsprechen, dauern meistens länger an als solche im Erwachsenenalter, es kommt häufig zu einer latenten Persistenz der Symptomatik. Dies kann in weiterer Folge zu einer „Chronifizierung“ der Erkrankung mit mehrfachen schweren Episoden im Verlauf führen. Neben diesem hohen Rezidivrisiko führen depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen vermehrt zu Suizidgedanken, suizidalem Verhalten, Suizidversuchen und Suiziden.

Hinsichtlich **Stigmatisierung** existiert eine **Bandbreite von Zuschreibungen**, mit denen Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alltag konfrontiert sind. Eine österreichische Bevölkerungsbefragung hat ergeben, dass Menschen mit depressiven Erkrankungen vor allem als hilfsbedürftig und von anderen abhängig wahrgenommen werden. Die Zuschreibungen Unverständlichkeit, Willensschwäche, Unberechenbarkeit, Unbeherrschtheit sowie Fremdartigkeit sind weniger stark ausgeprägt als bei anderen Erkrankungen wie Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit. Nur eine Minderheit in der Bevölkerung verbindet Menschen mit depressiven Erkrankungen mit den Eigenschaften unheimlich, gefährlich, genial, faul oder wenig intelligent (Grausgruber et al. 2018) (siehe dazu auch Kapitel 1.3).

4.1 Prävalenz

Depressive Störungen verursachen bei der Altersgruppe unter 19 Jahren den größten Verlust an gesunden Lebensjahren (disability-adjusted life years, DALY) innerhalb aller psychiatrischen Störungen (Whiteford et al. 2013). In der MHAT-Studie (Wagner et al. 2017) wurde eine Punktprävalenz von 2,85 Prozent und eine Lebenszeitprävalenz von rund 6 Prozent bei Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren in Österreich in den Jahren 2013–2015 erhoben (Nowotny et al. 2019) – Burschen und Mädchen sind in etwa in gleichen Maße betroffen (5,96 % vs. 5,84 %). Depressive Störungen verursachen in Österreich, laut der Global Burden of Disease Study des IHME aus dem Jahr 2019, rund 3,2 Prozent der Krankheitslast bei unter 20-Jährigen – weniger als im Durchschnitt Westeuropas (3,9 %). Seit 1999 ist dieser Anteil etwas gestiegen (von 3 %) (IHME 2023).

Das emotionale Wohlbefinden wird in der HBSC-Studie gemäß dem WHO-5-Messinstrument erfasst. Demnach sind 22 Prozent der Mädchen und 10 Prozent der Burschen möglicherweise von depressiven Verstimmungen oder Depression betroffen (Felder-Puig et al. 2023b). Bei Jugendlichen in der 11. Schulstufe (17 Jahre) ist dies noch stärker ausgeprägt: 31 Prozent der Schülerinnen und 17 Prozent der Schüler sowie 27 Prozent der weiblichen

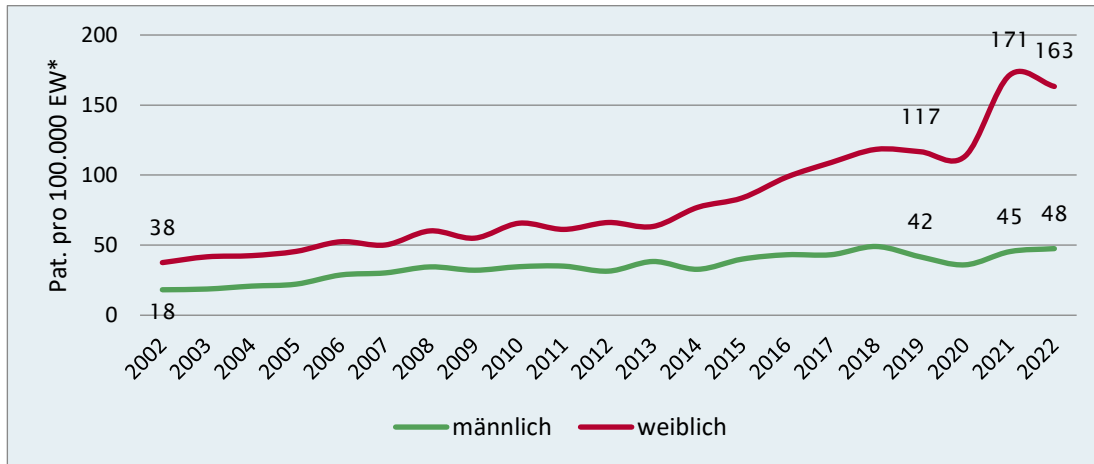
und 19 Prozent der männlichen Lehrlinge wiesen einen WHO-5-Score von ≤ 28 auf, was auf eine Depression oder depressive Verstimmung hinweist (Felder-Puig et al. 2023c).

Laut ATHIS 2019 wiesen 1,8 Prozent aller 15- bis 19-Jährigen in Österreich in den letzten zwölf Monaten eine ärztlich diagnostizierte Depression auf (hochgerechnet rund 7.300 Jugendliche), weitere 2 Prozent waren eigenen Angaben zufolge von einer Depression betroffen (rund 8.000 Jugendliche). Etwa 5 Prozent der Jugendlichen wiesen dem PHQ-8-Diagnose-Algorithmus³⁸ zufolge eine depressive Erkrankung auf (Klimont 2020).

Menschen mit depressiven Erkrankungen erhalten ihre Behandlung vor allem im niedergelassenen Bereich. Weitere relevante Versorgungssettings sind die tagesklinische und stationäre Versorgung im Rahmen von psychiatrischen Abteilungen sowie ambulante und stationäre psychiatrische Rehabilitationseinrichtungen (Nowotny et al. 2019). Von 2002 bis 2022 hat sich die Rate stationär aufgenommener Patientinnen und Patienten (0–19 Jahre) in Akutkrankenanstalten aufgrund der ICD-10-Diagnosen F32 und F33 von 28 auf 105 Patientinnen und Patienten pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe beinahe vervierfacht. Der Anstieg war bei beiden Geschlechtern bis 2013 moderat, seit 2014 ist er insbesondere bei den Mädchen stark angestiegen. Besonders deutlich werden die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Mädchen in Österreich. Nach 2019 mit 117 Patientinnen pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe (insg. 960 Patientinnen) ist die Rate 2022 auf 163 Patientinnen pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe (insg. 1.346 Patientinnen) gestiegen (siehe Abbildung 13).

³⁸ Der PHQ-8-Diagnose-Algorithmus ist ein Instrument der psychologischen Diagnostik, um den Schweregrad einer psychischen Erkrankung zu messen. Die Zahl 8 bezeichnet die Anzahl der abgefragten Items im Depressionsfragebogen (Kroenke et al. 2009).

Abbildung 13: Depressive Episoden (F32) und Rezidivierende depressive Störung (F33) bei 0- bis 19-Jährigen: stationäre Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten, 2002–2022



Hauptdiagnosen ICD-10: F32, F33; altersstandardisiert nach Europabevölkerung 2013

*Einwohner:innen bis 19 Jahre

Quelle: BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2002–2022; Berechnung und Darstellung: GÖG

4.2 Komorbiditäten

Depressive Erkrankungen treten häufig mit anderen Erkrankungen auf und umfassen kein homogenes Krankheitsbild (BÄK et al. 2022). Dabei kann die Depression als Folgeerkrankung bestimmter Symptome entstehen oder dem Entwicklungsverlauf anderer Symptome vorausgehen. Die Symptome können sich sowohl psychisch als auch körperlich (somatisch) äußern. Depressive Erkrankungen gehen mit erhöhter Morbidität und Mortalität sowie verminderter Lebensqualität einher. Sie beeinflussen häufig den Verlauf somatischer Erkrankungen negativ – verstärken also bereits bestehende Beschwerden und Erkrankungen (Nowotny et al. 2019). Etwa 7 Prozent aller 15- bis 24-Jährigen, die bei der österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS 2019) angaben, an einer Depression zu leiden, bewerten ihren Gesundheitsstatus als (sehr) schlecht (versus 0,6 % bei den Gleichaltrigen ohne Depression) (Klimont 2020eigene Berechnungen).

Besonders häufig sind depressive Erkrankungen mit Angst, substanzbezogenen psychischen Störungen, Schmerz, Demenz und somatischen Krankheiten wie Diabetes mellitus, koronaren Herzerkrankungen, zerebrovaskulären sowie chronischen Erkrankungen und bösartigen Neubildungen assoziiert (Nowotny et al. 2019). In der österreichischen Gesundheitsbefragung

2019 gibt rund die Hälfte (47 %) aller befragten 15- bis 24-Jährigen mit einer Depression an, an einer dauerhaften Krankheit oder chronischen Erkrankung (mindestens 6 Monate) zu leiden – bei den Gleichaltrigen ohne Depression sind dies 16 Prozent. (Klimont 2020).

Menschen mit depressiven Erkrankungen haben außerdem ein 20-fach erhöhtes Suizidrisiko – die Hälfte aller Suizide finden im Rahmen von akuten depressiven Störungen statt (Nowotny et al. 2019). 87,5 Prozent aller suizidgefährdeten Kinder und Jugendlichen und 84 Prozent jener, die sich selbst verletzen, leiden auch unter einer Depression (Wagner et al. 2017). Zwischen 2018 und 2022 haben sich 141 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 5 und 19 Jahren das Leben genommen (eigene Berechnung: Statistik Austria Todesursachenstatistik 2018–2022; ICD-10: X60–X84). Im selben Zeitraum wurden 2.058 Patientinnen und Patienten aufgrund eines Suizidversuchs oder absichtlicher Selbstverletzung (ICD-10: 931, 931.9, Z915) stationär aufgenommen – elf Kinder und Jugendliche sind dabei im Krankenhaus verstorben (eigene Berechnung; DLD 2018–2022). Da Suizidversuche oftmals nicht als solche erkannt oder dokumentiert werden bzw. nicht zwingend in das Gesundheitssystem führen, liegt eine hohe Dunkelziffer vor. Es wird davon ausgegangen, dass die „Zahl der Suizidversuche jene der tatsächlich durch Suizid verstorbenen Personen um das Zehn- bis Dreißigfache übersteigt (BMSGPK 2023b).

4.3 Sozioökonomische Aspekte

Psychische Gesundheit ist das Ergebnis einer gesunden Entwicklung und gesunder Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen (Felder-Puig, Rosemarie et al. 2023). Es gibt zahlreiche empirische Hinweise darauf, dass sich die soziale Lage von Kindern und Jugendlichen auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden auswirkt (Felder-Puig et al. 2023b). Dies trifft auch auf die Entstehung einer Depression zu, für die laut Löffler-Stastka/Schuster (2015) unter anderem ein niedriger sozioökonomischer Status und ein niedriges Bildungsniveau als Risikofaktoren gelten. Auch die deutsche BELLA-Studie 2018 unterstreicht das: Deren Daten weisen darauf hin, dass Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen sozioökonomischen Status im Vergleich zu Gleichaltrigen mit hohem sozioökonomischen Status doppelt so häufig von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind (Reiss et al. 2018). Unterschiede, die sich im Kindes- und Jugendalter zeigen, finden meist im Erwachsenenalter ihre Fortsetzung und zeigen sich oft über Generationen hinweg (Dragano/Siegrist 2009).

Laut der österreichischen HBSC-Erhebung aus dem Jahr 2022 schätzen Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit niedrigem sozioökonomischen Status ihre Gesundheit schlechter

ein und geben häufiger eine niedrigere Lebenszufriedenheit an als Gleichaltrige mit höherem sozioökonomischen Status (rund 40 % vs. 18 %) (Felder-Puig et al. 2023b; eigene Berechnungen). Zudem haben doppelt so viele Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status ein geringeres Wohlbefinden gemäß der WHO-5-Skala als jene mit höherem sozioökonomischen Status (rund 22 % vs. 11 %). Eine Depression wird bei 5,3 Prozent vermutet (im Vergleich zu 3,3 % der Gleichaltrigen mit höherem sozioökonomischen Status) (Felder-Puig et al. 2023b; eigene Berechnungen). Auch ein Migrationshintergrund kann eine Rolle spielen: Mehr Schüler:innen mit Migrationshintergrund berichteten von Nervosität, Zukunftssorgen, Einschlafschwierigkeiten, Angstgefühlen, Geiztheit und Niedergeschlagenheit als Schüler:innen ohne Migrationshintergrund (Felder-Puig et al. 2023c). Hinsichtlich des psychischen Wohlergehens gibt es unter Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nach Hofmarcher/Wüger (2022) Unterschiede je nach Herkunftsland: Kinder und Jugendliche aus Afghanistan, Irak und Syrien haben schlechtere Werte in puncto psychischen Wohlergehens als Kinder und Jugendliche aus anderen ausgewählten Herkunftsländern. Sie gaben seltener an, während der letzten Woche viel Spaß gehabt und gelacht zu haben und hatten häufiger zu nichts Lust.

Dementsprechend sind Kinder und Jugendliche aus benachteiligten sozioökonomischen Verhältnissen vermehrt vielen **Risikofaktoren** für Depression ausgesetzt: körperliche und psychische Gewalt zu Hause, in der Schule und in der Freizeit (Nowotny et al. 2019; Schäfer et al. 2020), Übergewicht/Adipositas, ungesunde Ernährung und weniger Bewegung (siehe Kapitel 4.4) sowie mangelnde emotionale Unterstützung durch Familie, Freundinnen und Freunde (Felder-Puig et al. 2023b).

4.4 Ursachen und Risikofaktoren

Depressive Erkrankungen werden heute als multifaktorielles Geschehen gesehen, zu dessen Entstehung neurobiologische, psychische und soziale Faktoren in komplexer Wechselwirkung beitragen. Nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell entstehen depressive Störungen durch **Veranlagung** (z. B. familiäre Vorbelastung oder bestimmte Persönlichkeitsmerkmale), **akute oder chronische Belastungen** (ausgelöst z. B. durch Stress, Armut, Gewalterfahrung), **neurobiologische Faktoren** (z. B. Störungen der Neurotransmission), **psychische Veränderungen** (z. B. Verlusterlebnisse oder unverarbeitete Trauer) sowie **andere modifizierende Faktoren** (z. B. mangelnde emotionale Unterstützung, Einsamkeit, Vernachlässigung) (Nowotny et al. 2019).

Die deutsche nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ der deutschen Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (BÄK et al. 2022) teilt die Risikofaktoren für das Auftreten depressiver Störungen in fünf Gruppen:

- biologische Faktoren
 - genetische Vulnerabilität (depressive Störungen in der Familiengeschichte, insbesondere bei Angehörigen ersten Grades). Dabei legen Familienstudien nahe, dass in ca. 35 Prozent der Fälle Vererbung ursächlich ist.
 - körperliche Risikofaktoren, v. a. metabolische Risikofaktoren, Stoffwechselstörungen, Adipositas, Infektionen, chronische Erkrankungen
 - hormonelle Umstellung in der Pubertät, Schwangerschaft/Wochenbett, Perimenopause
- soziodemografische Faktoren
 - Geschlecht (Mädchen erkranken etwa doppelt so häufig wie Burschen und die Ersterkrankung tritt früher auf)
 - höheres Alter (im höheren Lebensalter ist Depression die häufigste psychische Störung)
 - Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit
 - niedriger sozioökonomischer Status, Armut
- psychische Faktoren
 - andere psychische Störungen, v. a. Angst-, Substanzgebrauchs- und Persönlichkeitsstörungen
- psychosoziale Risikofaktoren
 - Exposition gegenüber Traumata/Katastrophen (z. B. Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung oder Verlusterlebnisse in der Kindheit, Krieg, Gewalt)
 - Vereinsamung, Verwitwung, soziale Isolation, das Fehlen einer vertrauensvollen persönlichen Beziehung
 - aktuell belastende Lebensereignisse (z. B. interpersonelle Konflikte, Beziehungskrisen, Trennungen, Todesfälle, berufliche Enttäuschungen, Diagnose einer schweren Erkrankung u. a.)
 - chronischer Stress, Burn-out, Überforderung
- Lebensstilfaktoren
 - ungesunde Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel

Bedeutung und Ausprägung der einzelnen Faktoren können individuell erheblich variieren, wobei depressive Störungen erst im Zusammenspiel zwischen Vulnerabilitätsfaktoren und

aktuellen psychosozialen³⁹ oder somatischen Auslösefaktoren auftreten (BÄK et al. 2022). Eine wesentliche Rolle spielen ACEs, negative Erfahrungen in der frühen Kindheit, die sich ungünstig auf das spätere gesundheitliche Risikoverhalten und Gesundheitsoutcomes auswirken können (Marbler et al. 2020).

Die meisten Risikofaktoren sind altersunabhängig und werden bei der Erkennung und Diagnose von Depression bei Kindern und Jugendlichen hinzugezogen. So empfiehlt die Leitlinie zu Depression bei Kindern und jungen Erwachsenen (Luxton/Kyriakopoulos 2019) des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) als ersten Schritt bei Verdacht einer Depression bei Kindern die Evaluation der oben genannten Risikofaktoren. Besonderes Augenmerk wird bei Kindern auf Faktoren wie Alter, Geschlecht, genetische Prädisposition, familiäre Probleme, Mobbing-Erfahrung, physische und psychische Misshandlung/Gewalt, Drogen- und Alkoholkonsum, traumatische Einzelereignisse (z. B. Tod einer nahestehenden Person oder Scheidung der Eltern) sowie ethnische und kulturelle Hintergründe gelegt. Verstärkende Faktoren wie Obdachlosigkeit, Flüchtlingsstatus und die Unterbringung in Institutionen sollten bei der Evaluation ebenso Berücksichtigung finden.

Die Familiensituation und die Gesundheit der Eltern haben laut BELLA-Studie 2018 einen großen Einfluss auf die mentale Gesundheit von Kindern. Demnach sind Kinder, deren Eltern an einer Depression oder einer anderen psychischen Erkrankung leiden, zwei- bis dreimal häufiger von psychischen Störungen betroffen als Gleichaltrige mit gesunden Eltern. Mangelnde soziale Unterstützung und ein negatives Familienklima erhöhen das Risiko, an einer Depression zu erkranken. (Reiss et al. 2018)

4.5 Spezifische nationale Strategien, Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme

Die Einflussfaktoren auf die psychosoziale Gesundheit sind so vielfältig, dass jede gesundheitsfördernde Strategie potenziell positiven Einfluss hat. Deshalb leisten alle **österreichischen Gesundheitsziele** einen Beitrag, aber insbesondere das Gesundheitsziel 9 (Psychosoziale Gesundheit fördern). Dies gilt ebenso für die neue **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie** (siehe Kapitel 3.5), in der vor allem das Themenfeld der gesunden Entwicklung

³⁹ Psychosoziale Faktoren gelten als diagnoseunspezifische, prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren, die einerseits eine Depression verstärken können, aber andererseits auch durch eine Depression verstärkt werden können.

maßgeblich für die psychosoziale Gesundheit ist. Auch die **Österreichische Jugendstrategie** legt einen Fokus auf die psychosoziale Gesundheit von Jugendlichen, ebenso die **Sozialversicherungsstrategie Kinder- und Jugendgesundheit (2022–2025)** mit Versorgungsfokus, wobei im Hinblick auf die psychische Gesundheit insbesondere das operative Ziel „optimierte Versorgung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ hervorzuheben ist (DVSV 2022).

Konkrete Strategien zur psychischen Gesundheit auf nationaler Ebene sind die **Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit** mit zehn Zielen, u. a. zu der Verhütung von Suizid, dem Abbau von Stigma, dem Ausbau von Versorgungsangeboten und der Sicherstellung von zuverlässigen Daten über die psychische Gesundheit der österreichischen Bevölkerung (BMASGK 2018). Die **Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit**, die 2012 auf Basis einer umfassenden Datenanalyse erstellt worden ist und 25 langfristige Ziele zur Förderung der psychischen Gesundheit umfasst, hat noch immer Gültigkeit und ist „integraler Bestandteil der strategischen Ausrichtung aller Sozialversicherungsträger“ (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2012).

Zur Förderung der psychosozialen Gesundheit wird einerseits das Ziel der Stärkung von Individuen verfolgt, „durch Maßnahmen zur Förderung individueller, für die psychische Gesundheit relevanter Kompetenzen [...] und Verhaltensweisen [...] (Nowotny et al. 2019), andererseits müssen die Belastungen auf der Verhältnisebene reduziert werden.

Die Verhältnisse während der Schwangerschaft und frühen Kindheit sind maßgeblich für die Entwicklung der psychischen Gesundheit. Die derzeit laufende Neuausrichtung des **Eltern-Kind-Passes** beinhaltet auch zahlreiche Aspekte der psychosozialen Gesundheit der Eltern, wodurch auch eine Verbesserung der psychischen Gesundheit der Kinder zu erwarten ist. Das Angebot der **Frühen Hilfen**, das nunmehr flächendeckend in ganz Österreich zur Verfügung steht, unterstützt junge Familien mit mehrfachen Belastungen von der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr des Kindes. Die Ressourcen der Familien sollen gestärkt und die Belastungen reduziert werden. Damit geht auch eine Verringerung der ACEs (adverse childhood experiences) einher, was eine gesunde psychische Entwicklung der Kinder fördert (Marbler et al. 2020). Präventionsketten im Kindes- und Jugendalter sind auch in Hinblick auf Depression von großer Relevanz (siehe dazu Kap. 3.5).

Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit setzen im **Bildungssystem** an – Kindergärten und Schulen sind wesentliche Settings für Kinder und Jugendliche – und adressieren Pädagoginnen, Pädagogen, Kinder, Jugendliche und/oder die Familie. Der

FGÖ beschäftigt sich etwa in Kooperation mit dem BMSGPK mit dem Thema „Lebenswelt Bildungseinrichtungen“ bzw. hat im Rahmen des Förderprogramms Agenda Gesundheitsförderung einen Schwerpunkt auf die psychosoziale Gesundheit junger Menschen gelegt. In diesem Rahmen werden, neben Vernetzungsaktivitäten, unterschiedliche Aktivitäten und Förderschwerpunkte (zur Förderung von Umsetzungsprojekten) verfolgt:

- In Kooperation mit dem BMBWF wird seit 2019 die **Initiative Wohlfühlzone Schule** in pädagogischen Hochschulen umgesetzt, mit Fokus auf die Aus- und Weiterbildung, Sensibilisierung des pädagogischen Personals und Schulentwicklungskonzepte.
- Seit 2023 werden im Rahmen des **Förderschwerpunkts Wohlfühlzone Schule** Projekte zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit und Resilienz von Schülerinnen, Schülern, Schulleitungen, Lehrkräften und dem nicht pädagogischen Personal im Setting Schule gefördert.
- Die **Ressourcen- und Vernetzungsplattform WohlfühlPOOL** wird im Auftrag des BMSGPK in Kooperation mit dem BMBWF umgesetzt und bündelt Informationen rund um das Thema psychosoziale Gesundheit von jungen Menschen u. a. für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie deren Bezugspersonen mit dem Ziel der Sensibilisierung und Vernetzung zum Thema psychosoziale Gesundheit. Qualitätsgesicherte und kostenlose Tools zur Förderung der psychosozialen Gesundheit werden in der ToolBOX⁴⁰ gesammelt.
- Bei der **Initiative ABC der psychosozialen Gesundheit junger Menschen** ist das Ziel, Bündnispartnerschaften mit Organisationen aufzubauen, um Informationen, Maßnahmen und Angebote im Bereich der psychosozialen Gesundheit auf der digitalen Plattform „zu bündeln, sichtbar und zugänglich zu machen“. Vier Maßnahmenstränge werden unterschieden:
 - „(Lebens-)Kompetenzförderung bei jungen Menschen in Bildungs- und Betreuungseinrichtungen ebenso wie in der außerschulischen Jugendarbeit
 - psychosoziale Unterstützungsangebote für Pädagog:innen & Personen, die mit jungen Menschen arbeiten
 - Schulentwicklung für gesundheitsfördernde Lern- und Lebenswelten
 - Sensibilisierungs- und Informationsmaßnahmen zu psychosozialer Gesundheit in der Bevölkerung“ (Rohrauer-Näf et al. 2023)

⁴⁰ <https://wohlfuehl-pool.at/toolbox> [Zugriff am 08. 02. 2024]

Auch **außerschulische Unterstützungsangebote** sind wichtig für die Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Im Rahmen der **offenen Jugendarbeit** werden Jugendliche niederschwellig begleitet und gefördert, wovon Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen besonders profitieren. Auch die **kostenlosen psychologischen Beratungsmöglichkeiten** – telefonisch, via E-Mail oder Chat – wie „Rat auf Draht“⁴¹, Telefonseelsorge Österreich⁴² und die interaktive Website feel-ok⁴³ bieten Unterstützung und leisten einen wesentlichen Beitrag zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

4.6 Versorgungspfade

Im Folgenden werden die wesentlichen Eckpfeiler der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen bzw. mit depressiven Störungen im Speziellen zusammengefasst.

Die nachfolgenden Ausführungen orientieren sich an den Beiträgen zur Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen für den Depressionsbericht Österreich (Karwautz, A. in Nowotny et al. 2019) sowie an den wesentlichen Empfehlungen der derzeit bestehenden Leitlinien:

- Leitlinie zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie. S3-Leitlinie (Anm.: Stand 01. 07. 2013, abgelaufen 2018; aktuell in Überarbeitung – geplante Fertigstellung 30. 09. 2024) (DGKJP et al. 2013)
- NICE guideline. Depression in children and young people: identification and management (Luxton/Kyriakopoulos 2019)

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungsbildern erfolgt im Rahmen der fachspezifischen Versorgungsebenen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, es gibt keine eigenen Versorgungsstrukturen für depressive Erkrankungen. Der Zugang zu den bestehenden Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen ist nicht einheitlich, oft mehr oder weniger zufällig und häufig ist nicht klar, was dazu führt,

⁴¹ <https://www.rataufdraht.at/> [Zugriff am 02. 08. 2023]

⁴² <https://www.telefonseelsorge.at/> [Zugriff am 02. 08. 2023]

⁴³ <https://www.feel-ok.at/> [Zugriff am 02. 08. 2023]

dass betroffene Familien und Jugendliche sich schwer tun, frühzeitig passende Unterstützungsangebote zu finden und sich im „Dschungel der Angebote“ zurechtzufinden. Es gibt daher Bestrebungen, die Informationen über bestehende Angebote zu verbessern, aber auch den Zugang zu den passenden Versorgungsangeboten zu erleichtern und niederschwelliger zu gestalten, beispielsweise im Rahmen von klar definierten „Erstanlaufstellen“ (Sagerschnig et al. 2023a) (siehe auch Kapitel 4.6).

Bei der Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind **spezielle Rahmenbedingungen** zu berücksichtigen (Nowotny et al. 2019): Neben diversen rechtlichen Rahmenbedingungen, die in der ärztlichen Tätigkeit mit Minderjährigen zu beachten sind (Kindschaftsrecht, Einsichts- und Urteilsfähigkeit, Fürsorge- und Aufklärungspflicht, Unterbringungsgesetz, Dokumentations- und Schweigepflicht etc.), gelten vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besondere ethische Richtlinien, die zusätzlich berücksichtigt werden müssen. Wesentlich ist dabei die Beachtung von Spannungsfeldern und bestehenden Abhängigkeiten, in welchen sich die Kinder/Jugendlichen befinden. So müssen neben dem Recht auf persönliche Freiheit, individuelle Entfaltung und Unversehrtheit des Kindes auch die Wünsche und Bedürfnisse der Bezugspersonen bezüglich Pflege und Erziehung in den Behandlungsvertrag einfließen. Das Einbeziehen der Eltern sowohl in den diagnostischen als auch in den therapeutischen Prozess ist daher von großer Wichtigkeit.

4.6.1 Clearing und Diagnostik

Fachärztliche Diagnostik und Therapie sollten von Ärztinnen bzw. Ärzten des Sonderfachs „Kinder- und Jugendpsychiatrie (und Psychotherapeutische Medizin)“ geleistet werden, die neben der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung der betroffenen Minderjährigen auch deren Systeme überblicken und das Gesamtmanagement ihrer Betreuung steuern. Die Diagnostik durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Klinische Psychologinnen und Psychologen liefert dabei in der Zusammenschau wertvolle Informationen für die Therapie (Nowotny et al. 2019).

4.6.2 Behandlung

Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen werden von Angehörigen verschiedener Professionen behandelt. Die ersten Anlaufstellen sind oft Berater:innen, (Schul-) Psychologinnen bzw. (Schul-)Psychologen, Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten, Allgemeinmediziner:innen, Schulärztinnen bzw. -ärzte sowie – soweit vorhanden – Kinder- und

Jugendpsychiatrische Ambulatorien und andere multiprofessionelle psychosoziale Einrichtungen.

Die jeweiligen Empfehlungen der Leitlinien orientieren sich an der Einteilung nach Schweregrad in leichte, mittelgradige bis schwere depressive Episoden gemäß MAS ICD-10 sowie an den Interventionsformen (ambulant/teil-/vollstationär). Grundsätzlich sollten psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter **so lange wie möglich ambulant** diagnostiziert und therapiert werden.

Besteht eine **leichte depressive Episode** im Kindes- oder Jugendalter ohne nennenswerte Komorbiditäten, Risikofaktoren oder familiäre Prädisposition, sollten zuerst „aktiv abwartende“ Maßnahmen sowie (ambulante) Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit angeboten werden. Dazu gehören – neben psychologischen und psychotherapeutischen Interventionen, Psychoedukation, Beratung und aktiver Beobachtung des Kindes oder der bzw. des Jugendlichen über etwa zwei Monate – auch die Schulung und Beratung der Eltern/Erziehungsberechtigten bezüglich Entstehung, Symptomatik und Umgang mit der Erkrankung.

Reichen diese Interventionen nicht aus, die Symptomatik zu verbessern, oder kommt es zu einer weiteren Verschlechterung, müssen je nach Ausmaß der akuten Gefährdung und der Beeinträchtigungen zusätzliche Behandlungsschritte gesetzt werden (ggf. teilstationäre oder stationäre Aufnahme). Wesentliche Faktoren, die eine teil- oder vollstationäre Behandlung von Kindern/Jugendlichen im multimodalen Setting nötig machen, sind:

- Suizidalität
- Schwere der Symptomatik bzw. psychotische Symptome
- erheblicher Mangel an Ressourcen oder erhebliche aktuelle abnorme psychosoziale Belastungen gemäß Achse V des MAS
- erhebliche Funktionseinschränkung gemäß Achse VI des MAS, insbesondere bei unzureichender Alltagsbelastbarkeit des gesamten Familiensystems

Psychopharmakotherapie

Bei der Erstvorstellung von Kindern und Jugendlichen sollten anfänglich Medikamente vermieden werden. Wenn die Schwere der Symptome eine medikamentöse Behandlung notwendig macht, sind besondere rechtliche und ethische Richtlinien zu beachten. Nur wenige Psychopharmaka sind in Österreich für Kinder und Jugendliche zugelassen, weshalb häufig

der „Off-Label Use“ von Medikamenten gewählt wird. Dazu wurde von der ÖGKJP (Evaluierungs- und Qualitätssicherungskommission) eine Leitlinie veröffentlicht (ÖGKJP/Vesely 2013).

Für Kinder unter 13 Jahren wird aufgrund mangelnder empirischer Evidenz keine Empfehlung zu einer Pharmakotherapie in den Leitlinien gegeben. Für ältere Kinder und Jugendliche erweist sich eine Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakologie, hier gemäß den Leitlinien vor allem mit Fluoxetin, als Behandlung erster Wahl bei mittelgradigen bis schweren Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Das „Stepped Care Model“ der NICE-Guidelines bietet Orientierung und Überblick über den stufenweisen Aufbau der Behandlung depressiver Störungen bei minderjährigen Patientinnen und Patienten (Luxton/Kyriakopoulos 2019).

Psychotherapeutische und klinisch-psychologische Behandlung

Psychotherapie wird sowohl zur Behandlung als auch zur Prävention von psychischen Erkrankungen eingesetzt. Sie ist wichtig, um innere Vorgänge und innere Konflikte zu erkennen, zu benennen und zu bewältigen. In Österreich gibt es 23 anerkannte Psychotherapiemethoden, die zu vier Gruppen – Psychodynamische Orientierung, Humanistische Orientierung, Systemische Orientierung und Verhaltenstherapeutische Orientierung – zusammengefasst werden (BMSGPK 2020). Zusätzlich gibt es in Österreich die Möglichkeit der klinisch-psychologischen Diagnostik, Beratung und Behandlung⁴⁴. Im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen und/oder klinisch-psychologischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist wichtig, dass das Fachpersonal über eine spezielle Aus- und Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen verfügt. Um auf die spezifischen Anforderungen der psychotherapeutischen Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen einzugehen, wurden vom damaligen BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) die „Richtlinie für die psychotherapeutische Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen“ herausgegeben. Sie regelt die Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich und listet die Kompetenzen auf, über welche die spezialisierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verfügen sollten. Auch für Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen gibt es eine weiterbildende Spezialisierung für Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie.

⁴⁴ https://www.boep.or.at/download/55dc5bc3646135653a000002/Infoblatt_KliPsy_Behandlung_2015_07_15_end.pdf [Zugriff am 07. 02. 2024]

Derzeit sind 1.264 Personen als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beim Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) eingetragen⁴⁵. 80 Prozent von ihnen sind weiblich. Wien hat in Relation zur Einwohnerzahl die meisten PT (Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (2,4 pro 10.000 EW), die Steiermark und Vorarlberg haben die wenigsten (0,9 und 0,8 pro 10.000 EW) (Statistik Austria Bevölkerungsstatistik 2023). Da die Eintragung dieser Weiterbildung nicht verpflichtend ist, kann die Gesamtzahl ihrer Absolventinnen und Absolventen nicht bestimmt werden.

Laut der S3-Leitlinie zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen liegt vor allem für die Kognitiv-behaviorale Therapie (CBT), Systemische Familientherapie (FT) und Psychodynamische Therapie (PDT) gute Evidenz für psychotherapeutische Intervention im Kindes- und Jugendalter vor (DGKJP et al. 2013). Unabhängig davon, welche Therapieform gewählt wird, sollten in der Behandlung einer depressiven Störung von Kindern und Jugendlichen folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Abbau belastender Faktoren
- Aufbau positiver Aktivitäten
- Strukturierung des Alltags
- Fördern und Bewusstmachen vorhandener Ressourcen
- Training sozialer Kompetenzen
- Erlernen von Problemlösungsstrategien
- Modifikation negativer Perzeptions- und Interpretationsmuster
- Steigerung von Selbstsicherheit und Selbstwert

Auch wenn die Kapazitäten für Psychotherapie – insbesondere für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen – in den letzten Jahren sukzessive aufgestockt worden sind, kommt es nach wie vor teilweise zu langen Wartezeiten auf einen kassenfinanzierten Psychotherapieplatz. Einem aktuellen Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich zufolge liegt die durchschnittliche Wartezeit für eine klinisch-psychologische Abklärung oder psychotherapeutische Behandlung bei rund 3,8 Monaten (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2023). Eine Verzögerung der Behandlung kann aber zu einer Verschlechterung der Erkrankung mit ungünstigen Folgen für den Krankheitsverlauf führen.

⁴⁵ <https://www.psychotherapie.at/patientinnen/psychotherapeutinnen-suche> [Zugriff am 07. 02. 2024]

Einkommensschwache Familien können sich derzeit oft keine Psychotherapie leisten. In vielen Fällen fehlt ein kompetentes Clearing, bei dem festgestellt wird, was das Kind braucht (Psychotherapie und/oder eine andere Behandlung). Auch die Alternative einer *klinisch-psychologischen* Beratung und Behandlung wird derzeit nicht als kassenfinanzierte Leistung im niedergelassenen Bereich angeboten.

Als eine Übergangsmaßnahme zur psychosozialen Unterstützung wurde vom BMSGPK das Projekt „Gesund aus der Krise“ ins Leben gerufen⁴⁶. Ziel ist, psychosoziale Versorgung österreichweit niederschwellig und ohne lange Wartezeiten anzubieten. Für durch COVID-19 psychisch belastete Kinder und Jugendliche werden im Rahmen des Projekts je nach individuellem Bedarf sowohl psychologische als auch psychotherapeutische Beratungen und Behandlungen ermöglicht. Zielgruppe sind alle Kinder und Jugendlichen bis 21 Jahre, die – aufgrund von COVID-19 oder aus anderen Gründen – besonders psychisch belastet sind (Gesund aus der Krise 2022). Die Behandlung erfolgt durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen, die das gesamte Bundesgebiet abdecken sollen und möglichst im Verhältnis 50:50 eingesetzt werden (BÖP 2022). Die **Zuweisung** kann durch zuweisende Stellen (hierfür wurde ein österreichweites Netzwerk aufgebaut, u. a. mit Kinderärztinnen und -ärzten, Schulpsychologinnen und -psychologen, Jugendämtern, Jugendeinrichtungen, NGOs, Hotlines) sowie durch Behandler:innen (Psychologin bzw. Psychologe oder Psychotherapeut:in) erfolgen, aber auch Eltern/Erziehungsberechtigte und Jugendliche (ab 14 Jahren) können selbst Kontakt aufnehmen (Gesund aus der Krise 2022). Zudem wird als **Sensibilisierungsmaßnahme** ein Set an Kommunikationsmaßnahmen und Marketingaktivitäten eingesetzt (z. B. die Bereitstellung von Informationsmaterial für Jugendeinrichtungen und Schulpsychologie, Pädagoginnen und Pädagogen sowie sonstige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) und über verschiedene Kommunikationskanäle verbreitet. Auch Sensibilisierungsworkshops für Jugendarbeiter:innen sollen im Laufe des Projekts angeboten werden, um die Awareness für psychische Gesundheit in diesen Einrichtungen zu stärken (BMSGPK 2022b; BÖP 2022). Es gibt eine **Hotline** als **zentrale, bundesweit** zugängliche **Anlaufstelle**, die Information und Beratung mit Kontaktmöglichkeit per Telefon (Helpline), E-Mail und Website bietet und sich an Kinder und Jugendliche, Eltern, Expertinnen und Experten sowie an Einrichtungen im Kin-

⁴⁶ <https://gesundausderkrise.at/> [Zugriff am 29. 11. 2023]

der- und Jugendbereich richtet. Diese Hotline ist von Montag bis Freitag von 8–18 Uhr erreichbar und dient der Weiterverweisung an geeignete Beratungs- und Behandlungsstellen (Gesund aus der Krise 2022).

Folgende Behandlungsarten bzw. Leistungen werden angeboten:

- Einzelberatungen oder -behandlungen zu je 50 Minuten „face to face“ oder telefonisch/online
- Gruppenberatungen oder -behandlungen zu je 120 Minuten mit mindestens drei Kindern/Jugendlichen bei einem bzw. einer Behandler:in bzw. mit sechs Kindern und Jugendlichen bei zwei Behandlerinnen bzw. Behandlern als Richtwert
- Elterngespräche: je nach Diagnose, Alter und Entwicklungsstand und zur Unterstützung bei der Abklärung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit, jedenfalls aber bei unter 14-Jährigen zur Einholung der Behandlungseinwilligung
- gegebenenfalls auch aufsuchende Behandlung möglich

Je nach Bedarf werden bis zu 15 Therapieeinheiten kostenfrei übernommen, wobei im Anlassfall fünf weitere finanziert werden können. Mit der empfohlenen wöchentlichen Frequenz der Therapieeinheiten dauert die Behandlung also rund dreieinhalb bis fünf Monate. In direkter Rücksprache mit dem bzw. der Behandler:in kann gegebenenfalls eine weiterführende Therapie bzw. Beratung vereinbart und übernommen werden (Wimmer-Puchinger et al. 2023).

Weitere Therapieverfahren

Über Psychopharmakotherapie und Psychotherapie hinaus kommen bei entsprechender Indikationsstellung weitere Therapieformen wie Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Psychoedukation, Musik-, Kunst- und Tanztherapie zum Einsatz. Die geeignete Behandlungsmethode wird individuell abgestimmt und richtet sich nach klinischen Faktoren wie Symptomschwere und Erkrankungsverlauf sowie der Präferenz der Patientinnen und Patienten.

Auch die Eltern- und Familienarbeit stellt einen wesentlichen Faktor in der Behandlung von depressiven Kindern oder Jugendlichen dar. Das Etablieren einer tragfähigen, verlässlichen Beziehung zu den nächsten Bezugspersonen sowie die Stärkung der Eltern bezüglich erzieherischer Handlungsfähigkeiten ist eine wichtige Voraussetzung für die psychische Stabilisierung des Kindes.

4.6.3 Versorgungsebenen

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Erkrankungen umfasst ambulante und stationäre Angebote. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass durch ausreichende ambulante Angebote mit genügend Gesprächs- und Betreuungszeit (z. B. im Rahmen von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulatorien oder anderen multiprofessionellen Einrichtungen, durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) viele stationäre Aufenthalte verhindert werden können. Es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“, da die Kinder und Jugendlichen bei ambulanten Angeboten in ihrem gewohnten Lebensumfeld verbleiben können, und die ambulanten Angebote kostengünstiger sind. Es müssen jedoch ausreichende Kapazitäten für eine qualitativ hochwertige kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in jedem Bundesland zur Verfügung stehen, sodass der Versorgungsbedarf gedeckt werden kann. Planungsrichtwerte betreffend ambulante und stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Angebote sowie kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation sind im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt.

Primärversorgung

Die Ebene der Primärversorgung (z. B. Hausärztinnen und Hausärzte, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, PVE für Erwachsene bzw. künftig auch im Rahmen von PVE für Kinder und Jugendliche) wird von vielen Patientinnen und Patienten als erste Anlaufstelle bei psychischen Problemen genützt. Auf dieser Ebene geht es um ein erstes Erkennen einer psychischen Problematik, um bewusste Gesprächsführung und Begleitung bei leichter Symptomatik, idealerweise durch Gesundheitsberufe mit psychotherapeutischer und/oder psychologischer Kompetenz im Team (z. B. Ärztinnen bzw. Ärzte mit PSY-III-Diplom Psychotherapeutische Medizin oder in PVE: Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten, Klinische und/oder Gesundheitspsychologinnen bzw. -psychologen), bzw. um das Weiterleiten an spezialisierte Versorgungsangebote im niedergelassenen, spitalsambulanten oder stationären Bereich. Auch das Case Management oder die Begleitung der Familie kann von der Primärversorgung übernommen werden.

Fachspezifische ambulante Versorgung

Die ambulante fachspezifische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Erkrankungen erfolgt einerseits im Rahmen von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und andererseits im Rahmen von multiprofessionellen Einrichtungen.

Hinsichtlich des Bedarfs an kinder- und jugendpsychiatrischen Kapazitäten bzw. Versorgungsstrukturen sind im ÖSG Bedarfsrichtwerte sowohl für den ambulanten Bereich als auch für den stationären Bereich festgelegt. Die Kenngröße für den ambulanten Bereich bilden sogenannte ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE). Diese umfassen sowohl niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte als auch fachärztliche Versorgungseinheiten in Spitalsambulanzen und in Kassenambulatorien/Vertragsinstituten (BMASGK 2019).

Die Versorgung mit **Vertragsärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie** war in den letzten zehn Jahren von einer großen Dynamik gekennzeichnet. Im Jahr 2011 gab es österreichweit noch keine Vertragsärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, dann begann der Aufbau in Vorarlberg, Tirol und Oberösterreich. Erst ab dem Jahr 2015 kam es zu einer deutlichen Steigerung, sodass mittlerweile (Stand 2022) österreichweit 41 Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem § 2-Kassenvertrag tätig sind. Von den insgesamt 32 Versorgungsregionen in Österreich gab es mit Stand 2022 allerdings immer noch neun Versorgungsregionen ohne Vertragsfachärztinnen bzw. -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. 13 Versorgungsregionen mit nur einer Kassenstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie (eine Versorgungsregion umfasst mehrere Bezirke) (GÖG-Datenbasis 2022, basierend auf den Ärztelisten der ÖÄK/ÖZÄK und Informationen des DVSV zum Vorliegen von Kassenverträgen).

Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste bzw. Ambulatorien sind multiprofessionelle Einrichtungen zur ambulanten sozialtherapeutischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Beratung und Behandlung. Das Behandlungsteam umfasst in der Regel Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinische Psychologinnen und Psychologen sowie Vertreter:innen der Sozialarbeit, Ergotherapie und der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche, die seelische Probleme haben bzw. in psychische Not geraten sind, Verhaltensauffälligkeiten zeigen, Probleme im Kindergarten, in der Schule und im häuslichen Kontext haben, an psychiatrischen Krankheiten leiden und/oder unterschiedliche Gewalterfahrungen gemacht haben. Zu den Zielgruppen gehören außerdem Eltern/Angehörige/Behörden, die eine Beratung wollen oder Informationen und Aufklärung über Krankheiten bzw. alterstypische Entwicklungsphasen benötigen. Die Angebote bestehen in multiprofessioneller Abklärung, fachärztlicher Diagnostik, Beratung und Betreuung, psychologischer Diagnostik und Beratung sowie Krisenintervention. Gemäß den Planungsrichtwerten im ÖSG 2023 soll pro 250.000 Einwohner:innen eine ambulante multiprofessionelle Einrichtung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen bzw. Erkrankungen vorhanden sein (BMSGPK 2023a). Ziel ist, eine multidisziplinäre

näre Versorgung aller psychisch kranken bzw. stark belasteten Kinder und Jugendlichen unabhängig von deren sozialem Status durch ein flächendeckendes, abgestuftes und kostenfreies ambulantes Versorgungsangebot inklusive fachärztlicher Betreuung, getragen von Vertragsinstituten, bereitzustellen (BMASGK 2019).

In der Regel werden in diesen Einrichtungen folgende Leistungen vorgehalten:

- Diagnostik (fachärztlich, psychologisch)
- Therapie (zumindest fachärztliche Therapie, Psychotherapie)
- Beratung
- aktive Familienarbeit
- Krisenmanagement
- Konsiliar-/Liaisonversorgung (CL-Dienst) der Einrichtungen im Sozialbereich bzw. der Kinder- und Jugendhilfe
- Vernetzungstätigkeit

Relevant für die psychosoziale Versorgung sind darüber hinaus **spezielle Kriseneinrichtungen für Kinder und Jugendliche**, die in jedem Bundesland vorhanden sind (z. B. Krisenzentren, Kinderschutzzentren). Sie sind Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche, die sich in unterschiedlichen Not- und Krisensituationen befinden. Die Familien- und/oder Bezugssysteme werden dort immer in die Versorgung der Kinder und Jugendlichen eingebunden. Diese Einrichtungen bieten in der Regel Krisenintervention, Diagnostik, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Kurzzeittherapie, Gruppentherapie und Arbeit mit Eltern bzw. Bezugspersonen an (Grabenhofer-Eggerth et al. 2022).

Stationäre Versorgung

Die Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind zuständig für die stationäre Behandlung akuter psychiatrischer Krisen und schwerer psychiatrischer Erkrankungen. Die kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstrukturen sind insgesamt noch unzureichend ausgebaut bzw. in den neun Bundesländern zahlenmäßig unterschiedlich ausgeprägt.

Gemäß ÖSG 2023 ist für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) für die Anzahl vollstationärer Betten ein Richtwert von 0,05 bis 0,09 Betten pro 1.000 EW als Rahmen festgelegt. Laut Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik 2022 gibt es in Österreich insgesamt 367 vollstati-

onäre KJP-Betten an 13 Standorten. Der Ist-Stand entspricht einer bundesweiten Bettenmessziffer vollstationär (BMZvs) von 0,041 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW und liegt somit noch unterhalb des definierten Bedarfsrichtwertes.

Mental-Health-Rehabilitation

„Mental-Health-Rehabilitation“ ist ein Rehabilitationsindikationsgruppencluster im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation (bestehend aus den Bereichen Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Psychosomatik und kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation). Versorgungsangebot und Planungsrichtwerte 2025 sind sowohl im Rehabilitationsplan 2020, welcher im Auftrag des österreichischen Dachverbands der Sozialversicherungsträger erstellt worden ist, festgelegt als auch im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 sowie in der ÖSG-Verordnung 2020. Derzeit sind für die Mental-Health-Rehabilitation österreichweit 110 stationäre Rehabilitationsbetten an vier Standorten vorhanden (Österreichischer Rehakompass 2023). Damit ist die Planungsvorgabe für den Planungshorizont 2025 bereits erfüllt.

4.6.4 Transition

Depression im Jugendalter ist eine häufige Erkrankung mit extrem variablem Erscheinungsbild und Schweregrad, was sich erschwerend auf die Diagnose bzw. differenzialdiagnostische Einordnung auswirkt. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass eine Depression in dieser Altersgruppe zu selten diagnostiziert und behandelt wird (universimed.com 2018). Dies kann dazu führen, dass wichtige Entwicklungsschritte zum Erwachsenwerden nicht stattfinden.

Der Begriff der Adoleszenz umfasst üblicherweise den Zeitraum zwischen dem 14. und 25. Lebensjahr. Mittlerweile wird in der Literatur eine weitere Entwicklungsphase des verlängerten Erwachsenwerdens beschrieben („emerging adulthood“), die sich bis zum 30. Lebensjahr erstrecken kann. Die bestehenden Versorgungsstrukturen orientieren sich allerdings meistens immer noch an der Altersgrenze von 18 Jahren, mit der die Volljährigkeit erreicht wird. Starre Altersgrenzen in der Zuständigkeit von Versorgungseinrichtungen entsprechen jedoch nicht den Betreuungsbedürfnissen von Heranwachsenden. Daher wurden im ÖSG 2017 bereits die Altersgrenzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Erwachsenenpsychiatrie entsprechend ausgeweitet („Wahlfreiheit“ ab dem 14. bzw. 15. Lebensjahr unter Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Perspektive) (BMASGK 2019).

Voraussetzung ist jeweils, dass in der Einrichtung eine entsprechende Expertise im Adoleszentenbereich vorhanden ist.

Für die betroffenen Jugendlichen besteht dennoch oft eine Versorgungslücke, da weder die Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch jene der Erwachsenenpsychiatrie adäquat sind. Das Thema der Transitionspsychiatrie ist daher in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus gerückt. An der Karl Landsteiner Privatuniversität ist ein Forschungszentrum für Transitionspsychiatrie eingerichtet worden, das einen „Open Innovation in Science“-Ansatz verfolgt und Betroffene als Forschende einbindet.

Das Ziel einer modernen Transitionspsychiatrie ist, eine adäquate und entwicklungsorientierte integrierte Versorgung vom 16. bis zum 30. Lebensjahr zu gewährleisten. Für Patientinnen und Patienten mit Depression und/oder anderen psychischen Erkrankungen im Transitionsalter sind im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren spezifische Angebote entstanden, die die Besonderheiten der Transitionsphase berücksichtigen. Erste **transitionspsychiatrische Angebote** sind auch in Österreich bereits vorhanden. In der Klinik Hietzing besteht eine Jugendpsychiatrische Station (15 Betten plus 5 tagesklinische Behandlungsplätze) für Jugendliche bzw. junge Erwachsene im Alter zwischen 15 und 25 Jahren, derzeit als Pilotprojekt im Rahmen des Psychiatrischen Psychosomatischen Versorgungsplans Wien. In der Klinik Floridsdorf gibt es ebenfalls eine Transitionsstation. Zielgruppe sind Jugendliche mit frühen, schweren bzw. chronischen psychiatrischen Erkrankungen. Ein weiterer Ausbau von transitionspsychiatrischen Angeboten in jedem Bundesland ist wünschenswert.

4.7 Herausforderungen für bzw. Anforderungen an Kindergärten und Schulen

Schulische Faktoren (z. B. länger andauernde Überforderung, Misserfolgserleben, Wahl des falschen Schultyps) können zusammen mit Persönlichkeitsfaktoren (instabiles Selbstwertgefühl) und familiären Aspekten (Konflikte, hohe Ansprüche) zu einer Depression führen. Schulische Überforderung fördert Depression, umgekehrt kann auch die Schule für Schüler:innen mit Depression zu einer extremen Dauerbelastung werden (Kliment 2021). Von den Lehrkräften ist mehr Offenheit und Sensibilität nötig, um die Befindlichkeiten der einzelnen Schüler:innen zu erfassen und darauf eingehen zu können.

Depressive Zustände können sich mannigfaltig äußern:

- Leistungsverhalten (u. a. extreme Leistungsschwankungen, Lernschwierigkeiten, deutlicher Motivationsabfall, Konzentrationsprobleme, Schulversagen bis hin zur Schulverweigerung, gehäufte Abwesenheiten, viele Fehlzeiten)
- emotionaler Bereich (z. B. Hilf- und Hoffnungslosigkeit, andauernde Traurigkeit, geringer Selbstwert, ungünstige Ursachenerklärungen für Misserfolge vs. Erfolge, Aggressionen)
- soziales Umfeld (Rückzug vom Freundeskreis / keine Freundschaften, geringe soziale Kompetenz, Unsicherheit)

Zum Erkennen von psychischen Problemen und für einen adäquaten Umgang damit braucht es Vertrauenspersonen im Schulsetting (z. B. Schülerberatungsteam aus Lehrerinnen und Lehrern, Mentorenteam aus Schülerinnen und Schülern, Schulärztin bzw. -arzt, Schulpsychologie, Klassenvorständin bzw. -vorstand) sowie entsprechende zeitliche Ressourcen.

Pädagoginnen und Pädagogen wünschen sich eine Berücksichtigung psychologischer Themen in der Ausbildung, da sie nicht wissen, auf welche Symptome sie achten müssen, wie sie mit Kindern mit psychischen Erkrankungen umgehen sollen und auf welche Stellen sie verweisen können. Derzeit tauschen sie sich untereinander aus und lernen aus den Erfahrungen anderer. Außerdem wären aus Sicht der Pädagoginnen und Pädagogen bundesländerspezifische Folder für Gesundheitsförderungsprogramme zu ausgewählten Themen hilfreich, die im Rahmen des Unterrichts angeboten werden können. Neben der Ressourcen- und Vernetzungsplattform WohlfühlPOOL (siehe Kapitel 4.5) könnte auch das, im Jahr 2023 vom FGÖ durchgeführte, Mapping von Angeboten in Österreich zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Orientierung dienen (Felder-Puig, Rosemarie; Vana, Irina; Lindner, Brigitte; Schlee, Lisa; Rohrauer-Näf, Gerlinde 2023)⁴⁷.

Eltern bemängeln in den Interviews den **Umgang des Schulsystems** mit psychischen Problemen der Kinder und die mangelnden Ressourcen für Schulpsychologie („man wartet monatelang auf Termine mit der Schulpsychologie“): Abklärung und Diagnostik würden seitens der Schule zu wenig gefördert bzw. durchgeführt, Problemkinder würden als „schlimme Kinder“ wahrgenommen und „links liegen gelassen“, psychische Probleme der Kinder würden nicht erkannt bzw. nicht angesprochen. Aus Sicht der Pädagoginnen und Pädagogen ist es

⁴⁷ <https://wohlfuehl-pool.at/material/angebote-zur-staerkung-der-psychosozialen-gesundheit-von-kindern-jugendlichen-und-jungen> [Zugriff am 06. 03. 2024]

mangels Wissen zu Depression und Handlungsmöglichkeiten oft schwierig, Probleme anzusprechen. Damit sie bei einer Diagnose auf die Bedürfnisse des Kindes adäquat eingehen können, wünschen sich die Pädagoginnen und Pädagogen eine bessere Kommunikation seitens der Erziehungsberechtigten. Schulpsychologinnen und Schulpsychologen beklagen, dass oft zu wenig Zeit bleibt, Beratungsgespräche durchzuführen, und geeignete Räumlichkeiten und Material fehlen, um in einer angenehmen Atmosphäre Gespräche führen und Tests durchführen zu können. Dies wurde im Rahmen einer Veranstaltung zum Thema „Mental Health und Auswirkungen auf die (Lern)Leistungen – Gemeinsame Strategien & intersektorale Vernetzung“ (Teilnehmer:innen waren: Vertreter:innen der Bildungsdirektionen, Schulleitungen und Lehrkräfte, Vertreter:innen schulischer psychosozialer Unterstützungssysteme, Lehrende an Pädagogischen Hochschulen, Expertinnen und Experten der Gesundheitsförderung und Schulentwicklung, Schülervorteiler:innen sowie Elternvertreter:innen) im November 2023 in Wien bestätigt⁴⁸. Auch hier wurden insbesondere die oft mangelhaften Räumlichkeiten kritisiert, in denen Schulpsychologinnen und Schulpsychologen arbeiten müssen (ohne Fenster, im Keller, zum Teil ohne bequeme Stühle, mit schlechter Technik), und es wurde der Wunsch geäußert, dass entsprechende „Wohlfühlräume“ in den Schulen eingerichtet werden. Das Erkennen von Symptomen sowie die Kommunikationswege zwischen Erziehungsberechtigten, Pädagoginnen und Pädagogen sowie Schulpsychologinnen und Schulpsychologen wurden als besonders wichtig erachtet – das Thema sollte daher bereits in der Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen enthalten sein und die Kommunikation in der Schule stärker in den Fokus gerückt werden. Auch ein Nachteilsausgleich für belastete Schüler:innen wurde vorgeschlagen, um diese zu entlasten.

Jugendliche vermissen Aufklärung und Information bezüglich psychischer Erkrankungen und geeigneter Hilfestellungen im Sinne von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz an den Schulen. Auch die Schüler:innen selbst wünschen sich mehr Hilfsangebote an Schulen, insbesondere Sozialarbeiter:innen werden als besonders hilfreich und unterstützend erlebt.

⁴⁸ https://agenda-gesundheitsfoerderung.at/vernetzungstagung_2023 [Zugriff am 02. 02. 2024]

4.8 Hürden, Barrieren und Handlungsempfehlungen für eine optimale Versorgung von Depression

Die nachfolgenden Hürden und Barrieren für eine optimale Versorgung wurden auf Basis von Interviews mit betroffenen Jugendlichen bzw. deren Eltern identifiziert (Sagerschnig et al. 2023a).

Angst vor Stigmatisierung

Auch wenn sich in den letzten Jahren schon viel zum Positiven hin verändert hat, ist das **Stigma psychischer Erkrankungen** noch immer verbreitet, insbesondere im ländlichen Raum. Stigmatisierung ist einer der Hauptgründe, der es Betroffenen erschwert, über psychische Probleme mit jemandem zu sprechen und geeignete Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Eltern machen sich Sorgen, dass ihr Kind als „behindert“ betrachtet wird oder gleich die ganze Familie „abgestempelt“ wird, wenn jemand in der Familie mit psychischen Erkrankungen konfrontiert ist („man ist als Familie gleich abseits, wenn man irgendwie auffällig ist“). Jugendliche berichten, dass sich Freundinnen und Freunde abgewendet hätten, da sie meinten, der Kontakt würde ihnen nicht guttun und sie auch depressiv machen. Nach wie vor müssen Betroffene damit kämpfen, dass Personen in ihrem Umfeld denken, Depression sei „ansteckend“. Viele Jugendliche schämen sich, über ihre Probleme zu sprechen, aus Angst vor Stigmatisierung.

Maßnahmen dazu finden sich in Kapitel 4.9

Schwierigkeiten im Alltag

Gefühle von Einsamkeit und Isolation, mit denen Jugendliche mit einer Depression sowieso konfrontiert sind, haben sich während der COVID-19-Pandemie und mit den damit verbundenen Maßnahmen noch verstärkt. Im schulischen Alltag gibt es kaum Unterstützung, wenn jemand psychische Probleme hat.

Jugendliche mit psychischen Problemen werden allgemein von ihrem Umfeld unterschätzt, man traut ihnen nichts zu, in dem Glauben, sie „zu schützen“. Eltern raten zu Schulabbruch, es wird über sie bestimmt.

Ausbau schulischer Unterstützungsangebote

Im Hinblick auf die psychosoziale Unterstützung von Kindern und Jugendlichen braucht es eine enge Kooperation zwischen Gesundheits- und Bildungsbereich sowie ausreichende schulische Unterstützungsangebote (z. B. Schulpsychologie, Schulsozialarbeit, Beratungslehrer:innen). Die Wartezeiten für einen Termin bei der Schulpsychologin oder dem Schulpsychologen betragen häufig ein halbes Jahr, im Akutfall gibt es keine Hilfestellung. Schulsozialarbeiter:innen werden – sofern es sie gibt – als sehr hilfreich wahrgenommen. Diese sind zwar regelmäßig an der Schule anwesend, aber auch dafür sind zu wenig Ressourcen im Verhältnis zur Nachfrage vorhanden.

Systemprobleme im Gesundheitssystem

Eine häufig genannte Belastung ist die **Organisation der Behandlung allgemein**: Lange Wartezeiten auf Therapien und die Angst, eventuell gar keine kassenfinanzierte Psychotherapie oder stationäre Behandlung in einer spezialisierten Einheit zu bekommen; eine (oft lange) Überbrückungszeit bis zur Behandlung bzw. die Organisation einer weiterführenden ambulanten Behandlung nach einem stationären Aufenthalt. Eltern wünschen sich ambulante und stationäre Behandlungsangebote in der Nähe. Es gibt große regionale Unterschiede bezüglich der Angebotsdichte und der Anzahl der mit der ÖGK verrechneten Leistungen (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2023).

Insbesondere die **Organisation und Finanzierung von Psychotherapie** wurden mehrmals explizit angesprochen: Es ist vor allem in ländlichen Regionen schwierig, einen kassenfinanzierten Platz zu bekommen; es ist schwierig, eine Person zu finden, zu der man Vertrauen findet und mit der man eine gute Gesprächsbasis hat. Wenn man spürt, dass es mit einer Person nicht klappt, traut man sich wegen des knappen Angebots nicht zu wechseln. Es gibt zu wenige Informationen über unterschiedliche Zugänge und Therapieformen von Psychotherapie.

Ausbau des ambulanten und stationären Versorgungsangebots

Kinder und Jugendliche benötigen ein der Altersgruppe entsprechendes Angebot, das in der Behandlung psychiatrische UND pädagogische Aspekte berücksichtigt. Derzeit herrscht ein Mangel an Fachärztinnen und -ärzten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sodass der Ausbau von stationären und ambulanten Angeboten nur schleppend erfolgt. Für eine bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist ein Ausbau stationärer Behandlungsplätze entsprechend den Planungsgrundlagen erforderlich (vgl. ÖSG 2023⁴⁹). Im ambulanten Bereich braucht es in jeder Versorgungsregion Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Kassenvertrag sowie multiprofessionelle Behandlungseinrichtungen mit einem breiten Angebotsspektrum. Zudem sollte die Umsetzung von innovativen Behandlungsangeboten wie home treatment gefördert werden, damit betroffene Kinder und Jugendliche im familiären Umfeld verbleiben können bzw. dieses optimal in die Behandlung einbezogen werden kann.

Mangelndes Wissen und mangelnde Information (mental health literacy)

Häufig wurden die aus Sicht der betroffenen Jugendlichen und Eltern **mangelnde Kommunikation und Information** darüber, in welcher Hinsicht die Kinder auffällig sind, **in Kindergarten und Schule** angesprochen. Familien kennen oft keine adäquaten Stellen, an die sie sich wenden können; sie wissen nicht, ob Therapie etwas kostet, und wenn ja, ob sie sich das leisten können; es fehlen geeignete Ansprechpartner:innen für Eltern, es fehlen „Lotsinnen bzw. Lotsen“ durch das System. Im Kindergarten wird meist nur Ergotherapie empfohlen, die Eltern werden nur informiert, dass das Kind eine Betreuungsperson benötigt (ohne Information über die Hintergründe). Jugendliche vermissen Aufklärung und Information bezüglich psychischer Erkrankungen und geeigneter Hilfestellungen im Sinne von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz („Aufklärung darüber: Was ist normal?“ „Was bedeutet Glücklichein?“). Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche aus schwierigen familiären Verhältnissen, weil für diese selbst zerrüttete Verhältnisse „normal“ sind.

⁴⁹ https://goeg.at/OESG_2023 [Zugriff am 02. 02. 2024]

Verbesserung der Gesundheitskompetenz

Aus Sicht von betroffenen Kindern und Jugendlichen ist wichtig, dass in den Kindergärten und Schulen Gesundheitskompetenz und Wissen über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten vermittelt werden. Die Schule soll zu einem Ort werden, wo psychische Probleme erkannt, ernst genommen und angesprochen werden, damit Hilfsangebote frühzeitig in Anspruch genommen werden können. Bislang blieben psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen häufig unbemerkt und dementsprechend lange unbehandelt. Für eine Verbesserung der Problemerkennung ist es erforderlich, in den Curricula für das Lehrpersonal Inhalte bezüglich Mental Health und Umgang mit Betroffenen zu integrieren oder entsprechende Zusatz- und Weiterbildungen anzubieten. Als Orientierung könnte neben der Ressourcen- und Vernetzungsplattform WohlfühlPOOL (siehe Kapitel 4.5) auch die Übersicht über „Angebote in Österreich zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“, herangezogen werden⁵⁰.

4.9 Maßnahmen zur Entstigmatisierung

Psychische Erkrankungen werden in der Gesellschaft tabuisiert. Aufgrund des fehlenden Wissens werden erste Symptome einer psychischen Erkrankung daher häufig übersehen oder nicht als solche wahrgenommen. Dem Setting Schule kommt eine zentrale Rolle bei der Erreichung und **Sensibilisierung von Kindern und Jugendlichen** zu. Dies beinhaltet die altersgerechte Schulung in für die psychische Gesundheit relevanten Lebenskompetenzen, wie emotionalen und sozialen Kompetenzen, Krisen- und Konfliktbewältigung, das Angebot spezifischer Präventionsprogramme (z. B. Sucht-, Suizid-, Gewaltprävention) sowie die Vermittlung von Wissen zu psychischen Erkrankungen, Hilfsangeboten und Stigma psychischer Erkrankungen. Neben den Zugängen über das schulische Setting und die außerschulische Jugendarbeit sind Kinder und vor allem Jugendliche auch über soziale Medien erreichbar.

⁵⁰ <https://wohlfuehl-pool.at/material/angebote-zur-staerkung-der-psychosozialen-gesundheit-von-kindern-jugendlichen-und-jungen> [Zugriff am 06. 03. 2024]

Soziale Netzwerke sind für junge Menschen eine Möglichkeit zur Kommunikation mit Gleichaltrigen, aber auch eine Plattform für Informationsaustausch (Strizek et al. 2022).

Die **Sensibilisierung des Lehr- und Betreuungspersonals** mittels kontaktbasierter Schulungen⁵¹ zu psychischer Gesundheit, psychischen Erkrankungen, regionalen Hilfsangeboten und Stigmatisierungsprozessen ist zentral für die Gewährleistung einer chancengerechten Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. Im Setting Schule werden psychische Probleme, Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen in Österreich noch zu wenig berücksichtigt. Auch Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen sind von Stigmatisierung und Diskriminierung im Setting Schule betroffen (Strizek et al. 2022).

Eine Reihe von Studien belegt, dass das Stigma psychischer Erkrankungen auch unter Angehörigen der Gesundheitsberufe ein weitverbreitetes Phänomen ist (Henderson et al. 2014; Knaak et al. 2017; Perry et al. 2020; Vistorte et al. 2018). Eine zentrale Maßnahme zur Entstigmatisierung in der Gesundheitsversorgung ist daher die **Sensibilisierung von Gesundheitsberufen** mittels kontaktbasierter Schulungsmaßnahmen. Dabei soll nicht nur ausreichend über psychische Gesundheit, psychische Krisen und Erkrankungen aufgeklärt werden, sondern auch über Stigma psychischer Erkrankungen, die eigene Rolle im Stigma-Prozess und die Folgen. Durch Reflexion der eigenen Vorurteile und Vermittlung von Antistigma-Kompetenz soll die Qualität der Behandlung, Diagnostik und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Gesundheitssystem verbessert werden (Freimüller/Wölwer 2012).

Trotz der hohen Prävalenz und volkswirtschaftlichen Kosten von psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung sind Prävention und Versorgung psychischer Erkrankungen im Vergleich zu somatischen Erkrankungen in nationalen Public-Health-Strategien unterrepräsentiert. Dies betrifft sowohl die Ressourcenausstattung von Versorgungsangeboten als auch die zugemessene Bedeutung in Planungs- und Policy-Dokumenten. Die **Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche** (siehe Kapitel 4.8) sollen entsprechend ausgebaut werden, um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu stärken und Benachteiligungen in der Gesundheitsversorgung abzubauen. Wichtig ist auch, das Thema Stigma in der Behandlung zu berücksichtigen und bei der Bewältigung von Stigma-Erfahrungen und dem Abbau

⁵¹ Das in Bezug auf Abbau von Stigma effektivste Element ist die Einbindung von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung in die Schulungen.

von Selbststigma zu unterstützen bzw. weitere Unterstützungsangebote bereitzustellen (Puhm et al. 2023).

Generell benötigt es einen **breiten Mehrebenenansatz** und die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Stakeholderinnen, Stakeholdern, Entscheidungsträgerinnen und -trägern, um Stigma zu bekämpfen und sowohl strukturelle Benachteiligungen zu beseitigen als auch die kulturellen Einstellungen zu verändern (Thornicroft et al. 2022). Vertreter:innen des Gesundheitssystems können aufgrund ihrer einflussreichen Schlüsselposition durch Bildung von Allianzen verstärkt gegen Stigmatisierung und für chancengerechte Teilhabe auftreten. Dazu gehören Maßnahmen zur Schaffung von inklusiven Bedingungen in allen Lebensbereichen (z. B. Bildung, Arbeit, Gesundheitsversorgung) und Sensibilisierung unterschiedlicher Zielgruppen (z. B. Pädagoginnen und Pädagogen, Schüler:innen, Führungskräfte, politische Entscheidungsträger:innen). Maßnahmen zur Steuerung des öffentlichen Diskurses über psychische Erkrankungen sind einerseits die Reduktion stigmatisierender Sprache, Darstellungen, Beiträge und Botschaften in Medien, Kunst und Kultur sowie andererseits die Vermehrung positiver Darstellungen und Erfahrungsberichte, die Erhöhung der Sichtbarkeit von Personengruppen und deren Anliegen (z. B. „Mad Pride“) und die Förderung von sozialen Inklusionsbewegungen. Dies erfordert eine partizipative Entscheidungsfindung und Gestaltung der Lebenswelten (z. B. durch Gremienbeteiligung, partizipative Forschung und Versorgungsplanung).

5 Empfehlungen

Nachfolgend werden die im Bericht schon ausgeführten Handlungsempfehlungen für Adipositas und Depression nochmal tabellarisch zusammengefasst. Es gibt viele Überschneidungen. Sie wurden im Rahmen des Stakeholder-Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern relevanter Abteilungen des BMSGPK, des DSVS, der ÖGK und der GÖG und mit einer Vertreterin der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit diskutiert und ergänzt. Keinesfalls reichen einzelne Maßnahmen aus, um die Situation zur Prävalenz und Versorgung von Adipositas und Depression bei Kindern und Jugendlichen zu verbessern, sondern es ist ein Bündel an Maßnahmen nötig. Um Entwicklungen in der Versorgung und Gesundheitsförderung voranzutreiben, ist die Vernetzung und das Commitment aller relevanten Stakeholder:innen wichtig. Zudem ist der sozioökonomische Aspekt bei beiden Krankheitsbildern hervorzuheben und deshalb speziell in der Versorgung zu adressieren.

5.1 Strukturelle Rahmenbedingungen, Gesundheitsförderung und Prävention

Tabelle 5: Strukturelle Rahmenbedingungen, Gesundheitsförderung und Prävention

Empfehlung	Adipositas	Depression
Aufklärungsarbeit, Gesundheitsförderungsprogramme und Förderung der Gesundheitskompetenz in Kindergärten und Schulen	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme von Ernährung, Bewegung, Body Positivity bzw. Body Neutrality Acceptance als relevante Lehrinhalte in Schulen 	<ul style="list-style-type: none"> • flächendeckende Aufklärung zu Mental Health in den Schulen und Information über bestehende Unterstützungsangebote und Therapieangebote • flächendeckende Angebote der psychosozialen Gesundheitsförderung und Prävention in Kindergärten und Schulen (Basiskompetenzen, themenspezifische Präventionsmodule, „Tage der psychischen Gesundheit“, Workshops)
	<ul style="list-style-type: none"> • Angebot von Elternprogrammen, Elternschulungen auch schon im elementarpädagogischen Bereich (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2023) • Angebot flächendeckender Gesundheitsförderungsangebote an Kindergärten und Schulen 	

Empfehlung	Adipositas	Depression
Übersicht über Gesundheitsförderungsangebote u. a. für Versorger:innen, Pädagoginnen und Pädagogen	<ul style="list-style-type: none"> Zusammenstellung einer Übersicht regionaler Angebote: Workshops, Vorträge zum Thema⁵² 	
Sensibilisierung der Pädagoginnen und Pädagogen	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme von chronischen Erkrankungen als Teil des Curriculums Sensibilisierung bezüglich Stigma, Reflexion der eigenen Vorurteile und der Rolle im Stigma-Prozess Bereitstellung von entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten für pädagogisches Personal 	
öffentliche Gemeinschaftsverpflegung	<ul style="list-style-type: none"> Gestaltung und gesetzliche Verankerung altersadäquater, gesunder und leistbarer Verpflegung in (öffentlichen) Kindergärten und Schulen auf Basis bereits vorliegender Empfehlungen 	
Lebensmittelwerbung	<ul style="list-style-type: none"> gesetzliche Regulierung von Lebensmittelwerbung für Kinder und Jugendliche, mit einem besonderen Fokus auf digitale Werbung (z. B. Social Media) 	
Ernährungskompetenz von werdenden Familien	<ul style="list-style-type: none"> Förderung der Ernährungskompetenz von werdenden Familien, sowohl für die Zeit der Schwangerschaft als auch für das Kind^{53, 54} 	
Präventionsketten etablieren	<ul style="list-style-type: none"> Bereitstellung von Präventionsketten für das gesamte Kindes- und Jugendalter in Österreich und damit Sicherstellung vertiefender Unterstützung für sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche 	

Quelle: GÖG

⁵² Ad Depression kann hierfür der Überblicksbericht von Felder-Puig, Rosemarie; Vana, Irina; Lindner, Brigitte; Schlee, Lisa; Rohrauer-Näf, Gerlinde (2023) „Angebote zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Österreich“ herangezogen werden.

⁵³ <https://kinderessengesund.at/> [Zugriff am 08. 02. 2024]

⁵⁴ <https://www.richtigessenvonanfangen.at/> [Zugriff am 08. 02. 2024]

5.2 Abbau von Stigma und Diskriminierung auf Public-Health-Ebene

Tabelle 6: Abbau von Stigma und Diskriminierung

Empfehlung	Adipositas	Depression
Public Health Messages	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung über die komplexen Ursachen und deren Zusammenhänge für Übergewicht und Adipositas (statt bewussten Einsatzes von Stigma als Public-Health-Strategie „Fatshaming“) • Fokus auf gesunde Verhaltensweisen (Ernährung, Bewegung, Schlaf) • Fokus auf gesunde Lebenswelten 	<ul style="list-style-type: none"> • Enttabuisierung und Aufklärung über psychische Gesundheit, psychische Krisen und Erkrankungen (multifaktorielle Kontinuum-Modelle von Gesundheit und Krankheit) • Fokus auf gesunde Lebenswelten
	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Gesundheitskompetenz, die gesunde Lebensweisen ermöglicht; an Bestehendes anknüpfen, z. B. das Gesundheitsportal⁵⁵ • Bereitstellung von Informationen und Link auf die Landingpage des elektronischen Eltern-Kind-Passes 	
Reduktion kultureller Stigmatisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung einer wertschätzenden Sprache: „people-first language“ • Medien und Unterhaltung: Reduktion stigmatisierender Beiträge und Darstellungen, Vermehrung positiver oder neutraler Darstellungen und Erfahrungsberichte, Erhöhung der Sichtbarkeit von Personengruppen und deren Anliegen (z. B. „Body Positivity“, „Body Neutrality“, „Mad Pride“) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen zur Reduktion von Stigmatisierung durch Werbung: Lebensmittelindustrie, Diätprodukte, Fitnessbranche etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen zur Reduktion von Stigmatisierung durch Werbung: Pharmaindustrie etc.
Reduktion struktureller Stigmatisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzgebung: Schutz vor Diskriminierung aufgrund des Gewichts und aufgrund von psychischen Krankheiten • Policy: stärkere Platzierung von Adipositas und psychischer Gesundheit in politischen Agenden, Übernahme von gesellschaftspolitischer Verantwortung („obesogenic environments“, MHiAP) • Schaffung inklusiver Bedingungen in allen Lebensbereichen (z. B. Bildung, Arbeitsmarkt, Gesundheitsversorgung, Infrastruktur) • partizipative Entscheidungsfindung und Gestaltung in allen themenbezogenen Belangen (z. B. durch Gremienbeteiligung, partizipative Forschung und Versorgungsplanung) 	
Reduktion direkter Stigmatisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung relevanter Zielgruppen (themenspezifisch und Stigma) <ul style="list-style-type: none"> – Gesundheits- und Sozialberufe – Pädagoginnen und Pädagogen, schulisches Stützsystem, Eltern bzw. Bezugspersonen 	

⁵⁵ <https://www.gesundheit.gv.at/> [Zugriff am 08. 02. 2024]

Empfehlung	Adipositas	Depression
	– Kinder und Jugendliche	
Reduktion Selbststigmatisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung von Unterstützungsangeboten zur Bewältigung von Stigma-Erfahrungen, Abbau von Selbststigma und Förderung von Empowerment • Förderung von Advocacy-Gruppen und sozialen Inklusionsbewegungen 	

Quelle: GÖG

5.3 Abbau von Stigma und Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung

Tabelle 7: Abbau von Stigma und Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung

Empfehlung	Adipositas	Depression
Curricula um Themen zu Stigma ergänzen	<ul style="list-style-type: none"> • Ergänzung von Themen in die Curricula von Ausbildungen von Gesundheitsberufen: <ul style="list-style-type: none"> – Stigma (Adipositas, psychische Erkrankungen) – Reflexion der eigenen Vorurteile und der Rolle im Stigma-Prozess – Folgen von Stigma (Gesundheitsfolgen, schlechtere Gesundheitsversorgung, soziale Exklusion) – Vermittlung von Antistigma-Kompetenz und von nicht stigmatisierender Kommunikation zum Thema Gewicht und Adipositas im Speziellen sowie psychische Erkrankungen 	
Kinderschutzkonzepte	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung von Kinderschutzkonzepten in Kinderschutzeinrichtungen und in der Versorgung sowie Kinderrechte in der Medizin, mithilfe qualitätsgesicherter Fortbildungen, Guidelines, ethischer Richtlinien, Kommunikationstrainings etc. 	
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung einer wertschätzenden Sprache: „people-first language“ und ggfs. Betroffene fragen, welche Begriffe sie bevorzugen • Verbesserung der Kommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Eltern/Jugendlichen 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus auf Verbesserung der Gesundheit 	
Diagnostik und Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Differenzialdiagnostik bei Gesundheitsbeschwerden (häufige stigmabedingte Fehldiagnosen durch „therapeutic inertia“ und „diagnostic overshadowing“) • Thematisierung von Stigma-Erfahrungen und Selbststigma Bereitstellung von Unterstützungsangeboten (z. B. Gruppenangebote) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung einer frühen Diagnose und Abklärung von Ursachen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen (hohe therapeutische Relevanz) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche

Empfehlung	Adipositas	Depression
Architektur in Gesundheitseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> Anpassung der Infrastruktur und Ausstattung für unterschiedliche Körpergrößen 	<ul style="list-style-type: none"> Verbesserung des therapeutischen Klimas durch Architektur (z. B. ausreichende Lichtverhältnisse, wohnliche Gestaltung der Innenräume)

Quelle: GÖG

5.4 Bedarfsgerechter Ausbau der Versorgung

Tabelle 8: Bedarfsgerechter Ausbau der Versorgung

Empfehlung	Adipositas	Depression
Entwicklung von Leitlinien für das medizinische Personal, Entwicklung klarer Versorgungspfade und Verwendung bereits erarbeiteter Grundlagendokumente	<ul style="list-style-type: none"> Orientierung am Grundlagendokument: Nationales Konzept zur Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Cavini et al. 2022) 	<ul style="list-style-type: none"> Orientierung am Grundlagendokument: Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche (Sagerschnig et al. 2023a)
Kostenübernahme von Therapien und Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> Verbindung von Leitlinien mit Informationsmaterialien und einer Übersicht der Angebote im Idealfall Erstellung von Leitlinien für jede Versorgungsebene inkl. Besonderheiten (z. B. PVE) 	<ul style="list-style-type: none"> Ausbau von kassenfinanzierten psychotherapeutischen Angeboten
Rolle der Primärversorgung, insb. PVE stärken und diese weiter ausbauen	<ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme verbunden mit Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. Angebote, die über die Ordinationspauschale hinausgehen) Kostenübernahme von Diätologie und potenziellen Screening-Untersuchungen Kostenübernahme der Pharmakotherapie über den SV-Erstattungskodex ermöglichen 	<ul style="list-style-type: none"> Etablierung niederschwelliger multiprofessioneller Einrichtungen als erste Anlaufstellen für Beratung/Clearing („PSY-PVE“)
	<ul style="list-style-type: none"> ÖSG: Klärung der Aufgaben von Kinder-PVE: Case Management als primäre Aufgabe, aber es bedarf auch der Klärung, inwiefern spezifische Versorgung (auch: Tertiärversorgung) geleistet werden kann 	

Empfehlung	Adipositas	Depression
Informationskontinuität unter den Versorgerinnen und Versorgern	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung der Versorger:innen untereinander • entsprechende Anpassung von ELGA, um Einsicht in die Anamnese sicherzustellen. Sicherstellung von mehr Zeit für Kommunikation in den Praxen mit Patientinnen, Patienten und anderen Versorger:innen, die auch honoriert werden sollte 	
Übersichtlichkeit der Angebote (auch für Betroffene)	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung einer Übersicht über Adipositasambulanzen für Kinder und Jugendliche • Vereinheitlichung der (Gewichtsmanagement-)Programme⁵⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung einer Übersicht z. B. durch Informationsbroschüren, welche Unterstützungsangebote es bei welchen „PSY-Berufen“ bzw. Einrichtungen gibt
niederschwelliger, qualitätsgesicherter und nach Möglichkeit wohnortnaher Zugang zu Hilfsangeboten und unbürokratische Abrechnung	<ul style="list-style-type: none"> • versorgungswirksamer Ausbau von <ul style="list-style-type: none"> – (Kinder-)PVE, die Multidisziplinarität sicherstellen (auch für Nachversorgung relevant) – Adipositasambulanzen für Kinder und Jugendliche in jedem Bundesland mit starker Vernetzung aller relevanten Versorgungsebenen – Einheitlichkeit sicherstellen – Rehabilitationszentren 	<ul style="list-style-type: none"> • versorgungswirksamer Ausbau von <ul style="list-style-type: none"> – niederschwelligen multiprofessionellen Einrichtungen, als erste Anlaufstellen für Beratung/Clearing („PSY-PVE“) – Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulatorien – stationären Behandlungsplätzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ÖGK-Kassenvertrag – kassenfinanzierten psychotherapeutischen Angeboten – innovativen Behandlungsformen, z. B. home treatment
	<ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzungen für die Vermittlung an weiterführende Angebote sind, dass solche Angebote mit ausreichenden Kapazitäten zur Verfügung stehen, die betreffende Ärzteschaft darüber Bescheid weiß sowie hohes Engagement und eine entsprechende Honorierung. • Positionierung niederschwelliger Erstanlaufstellen wie die Hotline 1451 (für Kinder und Jugendliche) als möglicher Wegweiser für die weiteren Versorgungswege und Ausbau der (Mental-Health-)Helplines/Chatangebote 	

⁵⁶ Anm.: Ziel der ÖGK ist, bis 2030 ihre Angebote zu vereinheitlichen (nach S3-Leitlinie), das passiert unter dem Dach „Leichter leben Kids & Teens“. Die Einheitlichkeit der Namen ist noch nicht sicher.

Empfehlung	Adipositas	Depression
	<ul style="list-style-type: none"> „Investitionen in Regionen mit nachteiligerer Ausgangslage in den Bereichen Bildung, Beschäftigung etc.“ (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2023) Implementierung von E-Health-Konzepten etwa für digitale Behandlungswege (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2023) 	
Entwicklung von Konzepten für die Transition	<ul style="list-style-type: none"> möglicherweise Orientierung an der deutschen S3-Leitlinie Transition von jungen Menschen mit Adipositas von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin, die Ende 2024 fertiggestellt wird 	<ul style="list-style-type: none"> Aufbau spez. Transitionsstrukturen in jeder Versorgungsregion in Kooperation von PSY/KJP
	<ul style="list-style-type: none"> Überdenken von Altersgrenzen Erstellung von Transitionskonzepten Festlegung von Ansprechpartner:innen in der Versorgung, die auch nach dem 18. Geburtstag kontaktiert werden können Sensibilisierung von Erwachsenenmedizinerinnen und -medizinern Einbezug von Selbsthilfe/Patientenorganisationen Remuneration von Transitionsleistungen, bzw. diese abrechenbar machen Entwicklung digitaler Unterstützungsleistungen 	
evidenzbasierte, transparente Informationsweitergabe an Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung evidenzbasierter, nicht stigmatisierender Gesundheitsinformationen für die Bevölkerung zielgruppenspezifische Gestaltung von Gesundheitsinformationen Nutzung der Landingpage des elektronischen Eltern-Kind-Passes Bereitstellung von Informationsmaterial für schulärztliche Untersuchung Ausbau von Influencerkampagnen der ÖGK, Gesundheitsedukation, offene Jugendarbeit 	
Einbindung von Communities und Betroffenen	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung spezieller Strategien, um Zielgruppen zu erreichen (z. B. Familien mit Migrationshintergrund, Jugendliche mit extremer Adipositas etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Einbindung von Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung in die Planung der Angebote bzw. Einbindung in die multiprofessionellen Teams
	<ul style="list-style-type: none"> Orientierung an der Plattform Primärversorgung, die bereits Empfehlungen zusammengestellt hat, wie ausgewählte Communities miteinbezogen werden könnten 	
innovative Ansätze	<ul style="list-style-type: none"> Ausbau des Aufgabenbereichs von Community Nurses für Vorsorge bei Kindern und Jugendlichen Social Prescribing als relevanten Link zwischen der Versorgung und Gesundheitsförderung nutzen: insb. in PVE, aber auch in Gruppenpraxen möglich, in Einzelpraxen wären hierfür systematische Konzepte notwendig 	

Quelle: GÖG

5.5 Ausbildung und Sensibilisierung von Gesundheitspersonal

Tabelle 9: Ausbildung und Sensibilisierung von Gesundheitspersonal

Empfehlung	Adipositas	Depression
Curriculum	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme von aktuellem, evidenzbasiertem Wissen zum jeweiligen Thema (u. a. Prävention und Therapie) in die Curricula der Ausbildungen der Gesundheitsberufe 	
Weiterbildungen	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung eines breiten postgraduellen Weiterbildungsangebots, inklusive kompakter Fortbildungen, mit Fortbildungspunkten zu Adipositas Fokus auf Arbeitsmediziner:innen (Relevanz im Lehrlingsbereich) Unterstützung von fachlicher Fortbildung sowie Austausch, z. B. Qualitätszirkel spezielle Verankerung als Pflichtinhalt für Weiterbildungen z. B. für Pädiater:in, Allgemeinmediziner:in, Schulärztin bzw. -arzt, Schulpsychologin bzw. -psychologe, School Nurse 	<ul style="list-style-type: none"> Weiterbildung der Gesundheitsberufe im Hinblick auf psychosoziale Gesundheit und Nutzung bestehender Angebote (z. B. TOPSY Toolbox der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit)
	<ul style="list-style-type: none"> Weiterbildungen könnten auch von der Plattform Primärversorgung angeboten werden. 	
qualitätsgesicherte Informationsmaterialien für die Ordination	<ul style="list-style-type: none"> Erstellung qualitätsgesicherter, leicht zugänglicher, Informationsmaterialien („Gute Gesundheitsinformationen“, Bsp.: EVI-Box) inkl. regionaler Angebote Informationssammlung: Plattform Primärversorgung: Auflistung nach Themen – hier werden auch die Themen Depression und Adipositas aufgenommen, um eine Übersicht über Angebote zu gewährleisten. Berichtsaufarbeitung und Einbezug von Fachgesellschaften in der Dissemination 	
Bewerbung von Angeboten/ Programmen	<ul style="list-style-type: none"> aktive Bewerbung von Angeboten/Programmen (für Adipositas oder Depression) in Ärztezeitschriften und über die Plattform Primärversorgung (z. B. Webinare) 	
Vernetzung als Schritt zur Sensibilisierung	<ul style="list-style-type: none"> Vernetzung der Fachorganisationen (z. B. ÖGAM und ÖDG) 	<ul style="list-style-type: none"> Aufbau von Vernetzungsstrukturen aller Anbieter der psychosozialen Versorgung von KIJU in einer Region
Bewerbung der EACH-Kommunikationstrainings	<ul style="list-style-type: none"> Bewerbung der Kommunikationstrainings für herausfordernde Gesprächssituationen und motivierende Gesprächsführung (ÖPGK) 	

Quelle: GÖG

5.6 Versorgung in Kindergärten und Schulen

Tabelle 10: Versorgung in Kindergärten und Schulen

Empfehlung	Adipositas	Depression
Ausbau von Schulgesundheitsberufen, über Schulärztinnen und -ärzten hinaus	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau von <ul style="list-style-type: none"> – Schulpsychologinnen und -psychologen – Schulsozialarbeit – School Nurses – Beratungslehrer:innen 	
Informationsweitergabe von Schulgesundheitsberufen	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung von verpflichtenden Informationspfaden <ul style="list-style-type: none"> – persönliche Information an Eltern – Kontakt mit dem bzw. der Primärversorger:in 	

Quelle: GÖG

6 Resümee

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist enorm und auch depressive Störungen sind schon in diesem Alter sehr häufig. Die COVID-19-Pandemie scheint insbesondere den Anstieg der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas noch weiter verschärft zu haben. Nicht nur ist die Lebensqualität der sowohl von Übergewicht und Adipositas als auch von depressiven Störungen Betroffenen akut erheblich beeinträchtigt – durch die Krankheit und das der Krankheit anhaftende Stigma –, die betrachteten Erkrankungen sind zudem von zahlreichen Komorbiditäten begleitet und beeinträchtigen die Gesundheit langfristig, wenn nicht das ganze Leben. Dies stellt auch für das Gesundheitswesen eine enorme Belastung dar.

Beide Erkrankungen haben eine starke sozioökonomische Komponente: Ob ein Kind ein erhöhtes Risiko hat, an Adipositas oder einer depressiven Störung zu erkranken, hängt maßgeblich von der sozioökonomischen Situation der Familie ab.

Wichtig ist, in der Gesundheitsförderung auf der Verhältnisebene zu intervenieren und nicht nur eine gesundheitsförderliche Ernährung und ausreichend Bewegung zu empfehlen. Da Kindergarten und Schule einen wichtigen Lebensraum für Kinder und Jugendliche darstellen, spielt der Bildungssektor hierbei eine maßgebliche Rolle.

Gerade in den letzten Jahren setzt die Gesundheitsförderung vermehrt auf Strategien und Programme, die auf der Verhältnisebene ansetzen. Programme wie die Frühen Hilfen haben das Ziel, die Lebensbedingungen in der frühen Kindheit insgesamt zu verbessern und die Belastungen zu reduzieren. Langfristig ist dadurch auch eine verbesserte psychische Gesundheit und ein geringeres Adipositasrisiko zu erwarten. Spezifisch zur Prävention von Übergewicht wurden beispielsweise die Leitlinien Gemeinschaftsverpflegung und Schulbuffet herausgegeben, um das Verpflegungsangebot an Schulen zu verbessern. Die Plattform WohlfühlPOOL sensibilisiert, vernetzt und informiert im Sinne der Förderung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Auch die offene Jugendarbeit ist in der Gesundheitsförderung aktiv. Die Neuausrichtung des Eltern-Kind-Passes, die ab 2026 in Umsetzung gehen soll, wird auch sozialanamnestische Leistungen und entsprechende Beratung enthalten. Auch dadurch ist eine Reduktion von Belastungen zu erwarten, die wiederum das Risiko für die Kinder, später an Adipositas oder einer Depression zu erkranken, senkt.

Eine verstärkte Vernetzung der Sektoren Bildung und Gesundheit spielt etwa im empfohlenen Ausbau der Schulgesundheit (Schulärztinnen und Schulärzte, Schulpsychologinnen und -psychologen, Schulsozialarbeiter:innen, School Nurses) oder für die öffentliche Gemeinschaftsverpflegung eine wesentliche Rolle. Auch Maßnahmen zur Entstigmatisierung setzen in unterschiedlichen Bereichen an: in der Werbung (insb. Social Media), bei Sensibilisierungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche oder auch in der Ausbildung von Lehrkräften und Gesundheitspersonal. Die Weiterentwicklung von Aus- und Fortbildung von Gesundheitsberufen und auch pädagogischen Berufen, sowohl fachlich als auch im Hinblick auf Kommunikationsfähigkeiten, kann zum einen einen wichtigen Beitrag für das Erkennen von Handlungsbedarf leisten, zum anderen der sensiblen, stigmabefreiten Ansprache des Bedarfs der Betroffenen bzw. Angehörigen dienen.

Die im vorliegenden Bericht betrachteten Erkrankungen Adipositas und Depression können miteinander in Wechselwirkung stehen und sind sich in vielerlei Punkten ähnlich.

Im vorliegenden Bericht wird außerdem der große Handlungsbedarf in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas oder depressiven Störungen (bzw. psychischen Störungen im Allgemeinen), für die aktuell keine klaren Behandlungspfade existieren, ersichtlich. Es liegen aber Grundlagendokumente von Fachexpertinnen und Fachexperten vor, die jedoch noch nicht handlungsleitend sind. Neben der Definition eines klaren Behandlungspfads, gekoppelt mit an Qualitätskriterien gebundener Kostenübernahme von Therapien (z. B. Gewichtsmanagementprogramme), sollte ein Ausbau der Angebotslandschaft (z. B. kassenfinanzierte Psychotherapieplätze, Adipositasambulanzen) verfolgt werden – nach regionalen Bedarfen und Besonderheiten und mit Fokus auf einen niederschweligen Zugang. Transition sollte in allen Punkten mitgedacht und verbessert werden.

Chronische Erkrankungen erfordern eine langfristige Begleitung durch eine fallführende Stelle, eine Rolle, die im Idealfall von der Primärversorgung geleistet werden sollte. Einen wesentlichen Beitrag hierfür leisten bereits die multiprofessionellen PVE – insbesondere die Kinder-PVE –, die in Österreich flächendeckend verfügbar sein sollen und sich aktuell im Aufbau befinden. Aber auch innovative Konzepte wie Social Prescribing oder Community Nursing können künftig eine wichtige Rolle spielen.

Neben dem Ausbau der Angebotslandschaft gilt es auch, eine Übersichtlichkeit sowohl für Betroffene als auch für Versorger:innen sicherzustellen, wobei hierfür neben informativen Broschüren auch die Vernetzung von Fachgesellschaften und Versorgerinnen bzw. Versorgern, wie sie etwa bereits auf der Plattform Primärversorgung passiert, förderlich ist.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die durchgeführten Interviews	22
Tabelle 2: Prävalenz bzw. Inzidenz einzelner Krankheiten im Kindes- und Jugendalter pro 100.000 Personen dieser Altersgruppe; Österreich bzw. Deutschland	25
Tabelle 3: Auswahl von (Gewichtsmanagement-)Programmen in den einzelnen Bundesländern (Stand August 2023).....	78
Tabelle 4: Häufige Symptome für kindliche Depression in den unterschiedlichen Entwicklungsstadien.....	99
Tabelle 5: Strukturelle Rahmenbedingungen, Gesundheitsförderung und Prävention	129
Tabelle 6: Abbau von Stigma und Diskriminierung	131
Tabelle 7: Abbau von Stigma und Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung	132
Tabelle 8: Bedarfsgerechter Ausbau der Versorgung	133
Tabelle 9: Ausbildung und Sensibilisierung von Gesundheitspersonal.....	136
Tabelle 10: Versorgung in Kindergärten und Schulen.....	137

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kariesfreie 6-jährige Kinder nach Geschlecht, Österreich 2006, 2011 und 2017.....	27
Abbildung 2: Atopische Erkrankungen bei 0- bis 19-Jährigen nach Geschlecht, Österreich 1990–2019.....	29
Abbildung 3: Epilepsie bei 0- bis 19-Jährigen: Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht, 2002–2022.....	31
Abbildung 4: Inzidenz von Diabetes Typ 1 und Diabetes Typ 2 bei 0- bis 14-Jährigen, Österreich 1989–2021.....	32
Abbildung 5: Krebsneuerkrankungen bei 0- bis 19-Jährigen, Österreich 1983–2020	35
Abbildung 6: Krebsmortalität bei 0- bis 19-Jährigen nach Geschlecht und Fünfjahresperioden in Österreich 2003–2022	36
Abbildung 7: Chronisch entzündliche Darmerkrankungen bei 0- bis 19-Jährigen: stationäre Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Geschlecht, 2005–2022.....	37
Abbildung 8: Suizidversuche oder absichtliche Selbstverletzungen bei 10- bis 19-Jährigen: stationäre Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2015–2022.....	42
Abbildung 9: Essstörungen bei 10- bis 19-Jährigen: stationäre Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2015–2022	45
Abbildung 10: Übergewicht oder Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schülerinnen und Schülern nach Geschlecht, Österreich 2010–2022	52
Abbildung 11: Übergewicht oder Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schülerinnen und Schülern nach Schulstufe, Österreich 2010–2022	53
Abbildung 12: Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen nach familiärem Wohlstand (FAS), Österreich 2022.....	57
Abbildung 13: Depressive Episoden (F32) und Rezidivierende depressive Störung (F33) bei 0- bis 19-Jährigen: stationäre Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten, 2002–2022	102

Literaturverzeichnis

- AbbVie Care (2020): *CED bei Kindern und Jugendlichen – Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) – Morbus Crohn und Colitis ulcerosa verstehen & behandeln*. Hg. v. KG, AbbVie Deutschland GmbH & Co. Wiesbaden.
- adipositas-austria.org (o. J.): Therapieoptionen bei Adipositas. [Online]. Österreichische Adipositas Gesellschaft (ÖAG). <https://www.adipositas-austria.org/therapieoptionen.html> [Zugriff am 27.07.2023].
- adipositas-gesellschaft.de (2023): Adipositas-Medikamente: Antworten auf häufige Fragen. [Online]. <https://adipositas-gesellschaft.de/adipositas-medikamente-fragen-und-antworten/> [Zugriff am 04.08.2023].
- Ahrens, Wolfgang / Branca, Francesco (2021): From data to action: Combatting childhood obesity in Europe and beyond. In: *Obes Rev* 22 Suppl 6/:e13302.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee (2022): 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. In: *Diabetes Care* 45/Suppl 1:17-38.
- Armstrong, Thomas (2015): The Myth of the Normal Brain: Embracing Neurodiversity. In: *AMA Journal of Ethics* 17/4:348-352.
- Ärztzeitung (2019): CED bei Kindern und Jugendlichen: Aggressiverer Verlauf. [Online]. Verlagshaus der Ärzte – Gesellschaft für Medienproduktion und Kommunikationsberatung GmbH. <https://aerztezeitung.at/2019/oaz-artikel/medizin/ced-bei-kindern/> [Zugriff am 06.04.2023].
- Bacchini, Dario / Licenziati, Maria Rosaria / Garrasi, Alessandra / Corciulo, Nicola / Driul, Daniela / Tanas, Rita / Fiumani, Perla Maria / Di Pietro, Elena / Pesce, Sabino / Crinò, Antonino (2015): Bullying and victimization in overweight and obese outpatient children and adolescents: an Italian multicentric study. In: *PLoS One* 10/11:e0142715.
- Bachmann, Christian J. / Gerste, Bettina / Hoffmann, Falk (2016): Diagnoses of autism spectrum disorders in Germany: Time trends in administrative prevalence and diagnostic stability. In: *autism* 22/3:283-290.
- BÄK / KBV / AWMF (2022): *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung*. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.
- Beghini, Marianna / Scherer, Thomas (2021): Angeborene Adipositasformen und Therapien. In: *Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel* 14/3:106-106-115.
- Bell, Lauren N. / Kilkus, Jennifer M. / Booth, John N., 3rd / Bromley, Lindsay E. / Imperial, Jacqueline G. / Penev, Plamen D. (2013): Effects of sleep restriction on the human plasma metabolome. In: *Physiol Behav* 122/:25-31.
- Bilir, Michaela / Frohner, Ursula / Hintermayer, Gabriele / Jodlbauer-Riegler, Elisabeth / Kronberger-Vollnhofer, Martina / Mosar-Mischling, Eva / Sadil, Johanna / Sunzenauer, Annika / van de Rijdt, Marie-Hélène (2019): *Maßnahmen zur Unterstützung von betroffenen Kindern und Jugendlichen mit seltenen und/oder chronischen Erkrankungen sowie deren betreuenden Angehörigen*.

- BMASGK (2015): *Nationaler Aktionsplan für seltene Erkrankungen*. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Wien.
- BMASGK (2018): *Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit (3. Auflage). Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK)*. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Wien.
- BMASGK (2019): *ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 27. September 2019 beschlossenen Anpassungen*. Wien: Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur.
- bmbwf.gv.at (o. J.): *Bewegung und Sport in der Schule. Gesund und Munter*. [Online]. <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/schulpraxis/schwerpunkte/gesund/sport.html> [Zugriff am 24.10.2023].
- BMSGPK (2020): *Patientinnen/Patienten-Information über die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- BMSGPK (2022a): *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- BMSGPK (2022b): *Sonderrichtlinie „Gesund aus der Krise“*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien.
- BMSGPK (2023a): *ÖSG 2023 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 15. Dezember 2023*.
- BMSGPK (2023b): *Suizid und Suizidprävention SUPRA*. [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Suizid-und-Suizidpraevention-SUPRA.html> [Zugriff am 19.05.2023].
- Bodenwinkler, Andrea / Kerschbaum, Johann / Sax, Gabriele (2014): *Länder-Zahnstatuserhebung 2012. Zwölfjährige in Österreich*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Bodenwinkler, Andrea / Sax, Gabriele / Kerschbaum, Hans (2017): *Länder-Zahnstatuserhebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Zahnstatus sechsjähriger Kinder mit und ohne Migrationshintergrund*. Wissenschaftlicher Bericht. Wien: Gesundheit Österreich.
- BÖP (2022): *Umsetzungskonzept „Gesund aus der Krise“*. Berufsverband Österreichischer Psycholog:innen (BÖP). Unveröffentlicht.
- Brettschneider, Anna-Kristin / Ellert, Ute / Schenk, Liane (2015): *Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund*. 3. Symposium „Migration und Prävention“. Wien, 26.02.2015.
- Burkhart, Manuel / Nährlich, Lutz (2021): *Zahlen, Daten & Fakten für Patienten & Angehörige: Daten aus dem Deutschen Mukoviszidose-Register*. Bonn: Mukoviszidose e.V.

- Cavini, Anna Maria / Ehringer-Schetitska, Doris / Furthner, Dieter / Greber-Platzer, Susanne / Kamper, Adrian / Metzger, Roman / Mörwald, Katharina / Scholl-Bürgi, Sabine / Egmond-Fröhlich, André van / Weghuber, Daniel / Widhalm, Kurt / Wojnarowski, Claudia (2022): Nationales Konzept zur Therapie von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde und beteiligter medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften, Fachverbände und weiterer Organisationen*. In: *Pädiatrie & Pädologie* 57/S1:2-2-32.
- Cedernaes, Jonathan / Schönke, Milena / Orzechowski-Westholm, Jakob / Mi, Jia / Chibalin, Alexander / Voisin, Sarah / Osler, Megan / Vogel, Heike / Hörnaeus, Katarina / Dickson, Suzanne L. / Bergström-Lind, Sara / Bergquist, Jonas / Schiötz, Helgi B. / Zierath, Juleen R. / Benedict, Christina (2018): Acute sleep loss results in tissue-specific alterations in genome-wide DNA methylation state and metabolic fuel utilization in humans. In: *Science Advances* 4/:1-14.
- cf-austria.at (o. J.): CF die Krankheit. [Online]. <https://www.cf-austria.at/cf-die-krankheit.html> [Zugriff am 25.02.2023].
- Clair, Matthew / Daniel, Caitlin / Lamont, Michèle (2016): Destigmatization and health: Cultural constructions and the long-term reduction of stigma. In: *Social Science & Medicine* 165/:223-232.
- Cohrdes, Caroline / Gobel, Kristin / Schlack, Robert / Holling, Heike (2019): Essstörungssymptome bei Kindern und Jugendlichen: Häufigkeiten und Risikofaktoren. Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 62/10:1195-1204.
- Czypionka, Thomas / Röhring, Gerald (2022): Obesity and overweight in Austria. Pressekonferenz am 21 Juni 2022: Gründung der Österreichischen Adipositas Allianz. Wien.
- Dale, Rachel / Jesser, Andrea / Pieh, Christoph / O'Rourke, Teresa / Probst, Thomas / Humer, Elke (2022): Mental health burden of high school students, and suggestions for psychosocial support, 1.5 years into the COVID-19 pandemic in Austria. In: *Eur Child Adolesc Psychiatry*:1-10.
- Dallacker, Mattea / Hertwig, Ralph / Mata, Jutta (2018): The frequency of family meals and nutritional health in children: a meta-analysis. In: *Obes Rev* 19/5:638-653.
- Deng, Keyao / Lacey, Rebecca E. (2022): Adverse childhood experiences, child poverty, and adiposity trajectories from childhood to adolescence: evidence from the Millennium Cohort Study. In: *International Journal of Obesity* 46/10:1792-1800.
- Devoe, Daniel J / Han, Angela / Anderson, Alida / Katzman, Debra K. / Patten, Scott B. / Soumbasis, Andrea / Flanagan, Jordyn / Paslakis, Georgios / Vyver, Ellie / Marcoux, Gisele / Dimitropoulos, Gina (2023): The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. In: *Int J Eat Disord* 56/1:5-25.
- DGKJP / BKJPP / BAG / BPtK (2013): *Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3)*. München: GGKJP.
- DGPM (2015): *Übergewicht politisch bekämpfen – körperliche und psychische Folgen eindämmen. Positionspapier*.
- Dragano, Nico / Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: *Gesundheitliche*

- Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 181-194.
- Dür, Wolfgang / Griebler, Robert (2007): *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006.* Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- DVSV (2022): *Sozialversicherungsstrategie Kinder- und Jugendgesundheit (2022 bis 2025).* Wien: DVSV.
- Eichinger, Michael / Andreas, Marike / Hoeppe, Alice / Nisius, Katja / Rink, Katharina (2023): *Kinder- und Jugendgesundheit in der Klimakrise.* In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 171/2:114-114-123.
- Epilepsie Dachverband Österreich (2013): *Epilepsie-Therapie bei Kindern.* [Online]. Epilepsie Dachverband Österreich. <https://www.epilepsie.at/epilepsie-therapie-bei-kindern/#:~:text=In%20%C3%96sterreich%20muss%20man%20davon,verschiedene%20Epilepsie%2DSyndrome%20altersspezifisch%20auf.> [Zugriff am 05.04.2023].
- Feierabend, Sabine / Klingler, Walter (2003): *KIM-Studie 2003 Kinder und Medien, Computer und Internet. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger.* Baden-Baden: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest.
- Feierabend, Sabine / Rathgeb, Thomas / Kheredmand, Hediye / Glöckler, Stephan (2023): *KIM-Studie 2022. Kindheit, Internet, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger.* Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs).
- Felder-Puig, Rosemarie / Teufl, Lukas / Winkler, Roman (2023a): *Gewichtstatus und Körperselbstbild von österreichischen Jugendlichen. HBSC Factsheet 02 aus Erhebung 2021/22.* Wien: BMSGPK.
- Felder-Puig, Rosemarie / Teutsch, Friedrich / Ramelow, Daniela / Maier, Gunter (2019): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018.* Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Felder-Puig, Rosemarie / Teutsch, Friedrich / Winkler, Roman (2023b): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22.* Hg. v. BMSGPK. Wien.
- Felder-Puig, Rosemarie / Teutsch, Friedrich / Winkler, Roman (2023c): *Psychische Gesundheit von österreichischen Jugendlichen. HBSC Factsheet 01 aus Erhebung 2021/22.* Wien: BMSGPK.
- Felder-Puig, Rosemarie / Lindner, Brigitte / Vana, Irina / Schlee, Lisa / Rohrauer-Näf, Gerlinde (2023): *Maßnahmen zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Factsheet.* Wien: Gesundheit Österreich.
- Felder-Puig, Rosemarie; Vana, Irina; Lindner, Brigitte; Schlee, Lisa; Rohrauer-Näf, Gerlinde (2023): *Angebote zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Überblick über die Angebote, die sich direkt an die Zielgruppen wenden.* Wien: Gesundheit Österreich.
- FGÖ (2020): *Österreichische Bewegungsempfehlungen (Wissensband 17).* Wien: Fonds Gesundes Österreich.

- FGÖ (o. J.): „H2NOE“-Wasserschule in der Sekundarstufe. [Online].
<https://fgoe.org/projekt/h2noe-wasserschule-der-sekundarstufe> [Zugriff am 08.02.2024].
- fitsportaustria.at (2016): Kinder gesund bewegen 2.0. [Online].
<https://www.fitsportaustria.at/main.asp?VID=1&kat1=115&kat2=745> [Zugriff am 23.10.2023].
- Freimüller, Lena / Wölwer, Wolfgang (2012): *Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Fuller-Thomson, Esme / Sinclair, Deborah A. / Brennenstuhl, Sarah (2013): Carrying the pain of abuse: gender-specific findings on the relationship between childhood physical abuse and obesity in adulthood. In: *Obes Facts* 6/4:325-336.
- Furthner, Dieter / Weghuber, Daniel / Dalus, Christopher / Lukas, Andreas / Stundner-Ladenhauf, Hannah N. / Mangge, Harald / Pixner, Thomas (2022): Nonalcoholic fatty liver disease in children with obesity: narrative review and research gaps. In: *Hormone Research in Paediatrics* 95/2:167-176.
- Gätjen, Edith (2020): Wie Kinder Essen erleben und erlernen. In: *Ernährung & Medizin* 35/02:81-89.
- Geserick, Mandy / Vogel, Mandy / Gausche, Ruth / Lipek, Tobias / Spielau, Ulrike / Keller, Eberhard / Pfaffle, Roland / Kiess, Wieland / Körner, Antje (2018): Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. In: *N Engl J Med* 379/14:1303-1312.
- Gesund aus der Krise (2022): Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stärken. [Online]. Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen.
<https://gesundausderkrise.at/> [Zugriff am 21.12.2022].
- GKJR / DGKJ (2019): *S2k-Leitlinie „Therapie der Juvenilen Idiopathischen Arthritis“*. Hg. v. AWMF. Aufl. 03/2019. Düsseldorf: Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ).
- Göbel, Kristin / Baumgarten, Franz / Kuntz, Benjamin / Hölling, Heike / Schlack, Robert (2018): ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Journal of Health Monitoring* 3/3:46-53.
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Kern, Daniela / Pichler, Michaela (2022): *Organisation und Finanzierung von Krisenintervention in Österreich*. Gesundheit Österreich, unveröffentlicht.
- Grausgruber, Alfred / Hackl, Elisabeth / Moosbrugger, Robert (2018): *Monitoring Public Stigma Austria 1998 – 2018. Mopustia 18 Teilprojekt 1: Replikation Public Stigma – Repräsentative Umfrage in der Wohnbevölkerung ab 16 Jahren in Österreich*. Linz: Johannes Kepler Universität.
- Greene, Miranda / Prakash, Satya / Arora, Karan (2020): Microbial Medicine: Prebiotic and Probiotic Functional Foods to Target Obesity and Metabolic Syndromes. In: *International Journal of Molecular Sciences* 21/2890:1-28.
- Griebler, Robert / Winkler, Petra / Bengough, Theresa (2016a): *Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Griebler, Robert / Winkler, Petra / Bengough, Theresa (2016b): *Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht: Ergebnisbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

- Groselj, Urh / Wiegman, Albert / Gidding, Samuel S. (2022): Screening in children for familial hypercholesterolaemia: start now. In: *European Heart Journal* 43/34:3209-3212.
- Guthold, Regina / Stevens, Gretchen A / Riley, Leanne M / Bull, Fiona C (2020): Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1· 6 million participants. In: *The Lancet Child & Adolescent Health* 4/1:23-35.
- Haas, Sabine / Antony, Daniela / Antony, Gabriele / Gaiswinkler, Sylvia / Griebler, Robert / Marbler, Carina / Weigl, Marion / Winkler, Petra (2021): *Soziale Faktoren der Pandemie*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Hackl, Monika / Ihle, Petra (2022): *Krebserkrankungen in Österreich*. Statistik Austria. Wien.
- Haidinger, Gerald / Waldhör, Thomas / Vutuc, Gerald (2009): *Zur Häufigkeit und zum Schweregrad von Asthma bronchiale, Heuschnupfen und Neurodermitis bei Schulkindern in Niederösterreich. Schlussbericht der ISAAC-Studie Niederösterreich 2008*. Hg. v. Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung Umwelthygiene. St. Pölten.
- Halford, Jason CG / Bereket, Abdullah / Bin-Abbas, Bassam / Chen, Walter / Fernández-Aranda, Fernando / Garibay Nieto, Nayely / Lopez Siguero, Juan Pedro / Maffei, Claudio / Mooney, Vicki / Osorto, Cynthia Karenina (2022): Misalignment among adolescents living with obesity, caregivers, and healthcare professionals: ACTION Teens global survey study. In: *Pediatric Obesity* 17/11:e12957.
- Haqq, A. M. / Kebbe, M. / Tan, Q. / Manco, M. / Salas, X. R. (2021): Complexity and Stigma of Pediatric Obesity. In: *Child Obes* 17/4:229-240.
- Hartung, Susanne / Rosenbrock, Rolf (2022): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. (BZgA), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.).
- Hatzenbuehler, Mark L. / Phelan, Jo C. / Link, Bruce G. (2013): Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. In: *Am J Public Health* 103/5:813-821.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012): *Psychische Gesundheit. Strategie der Österreichischen Sozialversicherung*. Salzburg.
- Henderson, Claire / Noblett, Jo / Parke, Hannah / Clement, Sarah / Caffrey, Alison / Gale-Grant, Oliver / Schulze, Beate / Druss, Benjamin / Thornicroft, Graham (2014): Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. In: *The Lancet Psychiatry* 1/6:467-482.
- Hickman, Caroline / Marks, Elizabeth / Pihkala, Panu / Clayton, Susan / Lewandowski, R. Eric / Mayall, Elouise E. / Wray, Britt / Mellor, Catriona / van Susteren, Lise (2021): Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. In: *Lancet Planet Health* 5/12:e863-e873.
- Hofer, Johannes / Fellingner, Johannes (2021): Autismus-Spektrum-Störungen: von der Früherfassung zu Intervention und Begleitung. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 170/5:443-443-452.
- Hofmarcher, Maria M. / Wüger, Johannes (2022): *Migration in Österreich: gesundheitliche und ökonomische Aspekte II. Kinder und Jugendliche in Österreich*. Hg. v. Integrationsfonds, Österreichischer. Wien.

- Hohmann, Sarah / Hage, Alexander / Millenet, Sabina / Banaschewski, Tobias (2021): Genetische Grundlagen der ADHS – ein Update. In: *Zeitschrift für Kinder-Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 50/3:203-215.
- Hojni, Markus / Delcour, Jennifer / Strizek, Julian / Uhl, Alfred (2019): *ESPAD Österreich 2019*. Gesundheit Österreich. Wien.
- Holtkamp, Martin / May, Theodor W. (2023): *Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter, S2k-Leitlinie, 2023*. Deutsche Gesellschaft für Neurologie.
- Humer, Elke (2020): Psychotherapie der Adipositas. In: *Grüner Kreis Magazin* 115/:14-15.
- Huter, Sebastian (2020): *Community-Oriented Primary Care in Austria: Status Quo and Prospects for the Future*. Postgraduate Master's Programme in Public Health. Medizinische Universität Graz, Wien.
- IAMEV (2016): *(Be-)Handlungspfad Übergewicht & Adipositas auf Primärversorgungsebene. Endbericht. Version 1.2*. Graz: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Medizinische Universität Graz.
- IHME (2023): Explore results from the 2019 Global Burden of Disease (GBD) study. . [Online]. Institute for Health Metrics and Evaluation [Zugriff am 22.05.2023].
- jungezielgruppen.de (2021): Mehr Fastfood, Rückzug ins Private. [Online]. <https://jungezielgruppen.de/young-fastfood-2021/#:~:text=37%25%20der%2016%2D%20bis%2029%2DJ%C3%A4hrigen%20in%20%20C3%96sterreich%20essen,weil%20man%20nicht%20kochen%20will%22>. [Zugriff am 28.09.2023].
- Kanders, Sofia H / Nilsson, Kent W / Åslund, Cecilia (2021): Body mass index and bullying victimization as antecedents for depressive symptoms in a Swedish youth cohort. In: *Journal of Public Health*:1-12.
- Karwautz, Andreas / de Zwaan, Martina (2014): Essstörungen (ICD-10: F50). In: *Psychiatrie und Psychotherapie compact*. Kasper, Siegfried / Volz, Hans-Peter (Hrsg.), Aufl. 3. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 197-195.
- Kepler Universitätsklinikum (2020): Epilepsiechirurgie im Kindesalter – Lebenslange chronische Erkrankung vermeiden. [Online]. <https://www.kepleruniklinikum.at/kliniken-einrichtungen/kinder-und-jugendheilkunde/aktuelles/epilepsiechirurgie-im-kindesalter-lebenslange-chronische-erkrankung-vermeiden/> [Zugriff am 05.04.2024].
- Keyes, Katherine M. / Maslowsky, Julie / Hamilton, Ava / Schulenberg, John (2015): The Great Sleep Recession: Changes in Sleep Duration Among US Adolescents, 1991–2012. In: *Pediatrics* 135/3:460-468.
- kinderessengesund.at (o. J.): Die Initiative "Kinder essen gesund". [Online]. <https://kinderessengesund.at/initiative> [Zugriff am 31.07.2023].
- Kivimaki, Mika / Strandberg, Timo / Pentti, Jaana / Nyberg, Solja T. / Frank, Philipp / Jokela, Markus / Ervasti, Jenni / Suominen, Sakari B. / Vahtera, Jussi / Sipila, Pyry N. / Lindbohm, Joni V. / Ferrie, Jane E. (2022): Body-mass index and risk of obesity-related complex multimorbidity: an observational multicohort study. In: *Lancet Diabetes Endocrinol* 10/4:253-263.
- klimaaktiv.at (2023): Der Schulweg wird klimaaktiv mobil. [Online]. <https://www.klimaaktiv.at/mobilitaet/mobilitaetsmanagem/bildung/Schulweg.html> [Zugriff am 24.10.2023].
- Kliment, Anna (2021): *Depressionen bei Kindern und Jugendlichen*. Bildungsdirektion Niederösterreich.

- Klimont, Jeanette (2020): *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- Knaak, Stephanie / Mantler, Ed / Szeto, Andrew (2017): *Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions*. Healthcare management forum. 2, SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
- Krauss, Annette (2022): ADHS-Symptome und emotionales Wohlbefinden im Jugendalter und die Rolle ausgewählter Schutzfaktoren. In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*:1-14.
- Kroenke, Kurt / Strine, Tara W. / Spitzer, Robert L. / Williams, Janet B. W. / Berry, Joyce T. / Mokdad, Ali H. (2009): The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. In: *Journal of Affective Disorders* 113/1-3.
- Kromeyer-Hauschild, Katrin / Wabitsch, M. / Kunze, D. / Geller, F. / Geiß, H.C. / Hesse, V. / von Hippel, A. / Jäger, U. / Johnse, D. / Korte, W. / Mener, K. / Müller, G. / Müller, J.M. / Niemann-Pilatus, A. / Remer, T. / Schäfer, F. / Wittchen, H.-U. / Zabransky, S. / Zellner, K. / Ziegler, A. / Hebebrand, J. (2001): Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde*149:807-818.
- Krug, Susanne / Finger, Jonas D / Lange, Cornelia / Richter, Almut / Mensink, Gert (2018): Sport-und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland– Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 2018 3/2.
- Kurth, Bärbel-Maria / Schaffrath Rosario, Angelika (2010): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53/7:643-652.
- Langer, Thorsten / Gebauer, Judith / Schuster, Sonja / Hahn, Birgit / Beck, Jörn Dirk / Calaminus, Gabriele / am Zehnhoff-Dinnesen, Antoinette / Timmermann, Beate (2021): Langzeit - Nachsorge von krebskranken Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Vermeiden, Erkennen und Behandeln von Spätfolgen. In: *AMWF online* 04/2021/:1-30.
- Larque, Elvira / Labayen, Idoia / Flodmark, Carl-Erik / Lissau, Inge / Czernin, Sarah / Moreno, Luis A. / Pietrobelli, Angelo / Widhalm, Kurt (2019): From conception to infancy - early risk factors for childhood obesity. In: *Nat Rev Endocrinol* 15/8:456-478.
- Lee, Ju Suk / Lee, Hae Jeong / Jin, Mi Hyeon (2022): Global relationship between parent and child obesity: a systematic review and meta-analysis. In: *Clinical and Experimental Pediatrics* 65/1:35-11.
- Link, Bruce G. / Phelan, Jo C. (2001): Conceptualizing stigma. In: *Annual review of sociology* 27/1:363-385.
- Lobstein, Tim / Jackson-Leach, Rachel (2016): Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025: Planning for the worst. In: *Pediatr Obes* 11/5:321-325.
- Löffler-Stastka, Henriette / Schuster, Peter (2015): *Psychische Funktionen in Gesundheit und Krankheit: Materialien für das Studium der Humanmedizin. MCW Block 20*. Wien: Facultas.

- Luxton, Rebecca / Kyriakopoulos, Marinos (2019): *Depression in children and young people: identification and management. NICE guideline*. Hg. v. National Institute für Health and Care Excellence (NICE).
- Marbler, Carina / Weigl, Marion / Winkler, Petra / Haas, Sabine (2020): *Wie wirken Frühe Hilfen? Das Frühe Hilfen Wirkmodell*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Maurer, Susanne (2023): Adipositas – Was ist das und wieso ist das eine Krankheit? Fachtagung Übergewicht im Kinder- und Jugendalter. Salzburg, 22. Mai 2023.
- Medizinische Universität Wien (2013): *Kinder mit Cystischer Fibrose und ihre Betreuung – Ein Leitfaden für Eltern*. Wien: MedUni.
- Medizinische Universität Wien (2022a): Kinder mit hohem LDL-Cholesterinspiegel haben 20-fach erhöhtes Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko. <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/news-im-september-2022/kinder-mit-hohem-ldl-cholesterinspiegel-haben-20-fach-erhoehtes-herzinfarkt-und-schlaganfallrisiko/>. [Online] [Zugriff am 02.05.2024].
- Medizinische Universität Wien (2022b): Neugeborenen-Screening: Erweiterung erfolgreich umgesetzt. Untersuchung auf spinale Muskelatrophie (SMA) und angeborene Immundefekte (SCID). [Online]. Medizinische Universität Wien. <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/news-im-juni-2022/neugeborenen-screening-erweiterung-erfolgreich-umgesetzt/> [Zugriff am 25.05.2023].
- Medizinische Universität Wien (o. J.): Neugeborenen-Screening - Erkrankungen. [Online]. <https://kinder-jugendheilkunde.meduniwien.ac.at/ueber-uns/neugeborenen-screening/erkrankungen/> [Zugriff am 29.04.2024].
- Mehler-Wex, Claudia / Kolch, Michael (2008): Depression in children and adolescents. In: *Dtsch Arztebl Int* 105/9:149-155.
- MeindMed.at (2020): Junge Menschen erkranken häufiger an Krebs. [Online]. MeinMed.at. <https://www.meinmed.at/gesundheit/mehr-junge-krebskranke/1374> [Zugriff am 05.04.2023].
- Moor, Irene / Winter, Kristina / Bilz, Ludwig / Bucksch, Jens / Finne, Emily / John, Nancy / Kolip, Petra / Paulsen, Lisa / Ravens-Sieberer, Ulrike / Schlattmann, Marina / Sudeck, Gorden / Brindley, Catherina / Kaman, Anne / Richter, Matthias (2020): Die Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie 2017/18 – Methodik der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie der Weltgesundheitsorganisation. In: *Journal of Health Monitoring* 5/3:108.
- MSD Manual (2021): Adipositas. [Online]. <https://www.msdmanuals.com/de/profi/ern%C3%A4hrungsbedingte-st%C3%B6rungen/adipositas-und-metabolisches-syndrom/adipositas> [Zugriff am 04.05.2023].
- MSD Manual (2022a): Autismus-Spektrum-Störungen. [Online]. <https://www.msdmanuals.com/de/heim/gesundheitsprobleme-von-kindern/lern-und-entwicklungst%C3%B6rungen/autismus-spektrum-st%C3%B6rungen#:~:text=Eine%20unter%20Autismus%2DSpektrum%2DSt%C3%B6rungen,ritualisiertes%20Verhalten%20an%20den%20Tag.> [Zugriff am 02.05.2023].
- MSD Manual (2022b): Juvenile idiopathische Arthritis (JIA). [Online]. <https://www.msdmanuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/juvenile-idiopathische-arthritis/juvenile-idiopathische-arthritis-jia> [Zugriff am 05.04.2023].

- Müller, Timo D. / Blüher, Matthias (2023): Adipositas therapie–werden Pharmakotherapien die Alternative zur metabolischen Chirurgie sein? In: *Die Innere Medizin* 2023/7:629-635.
- Müller, Timo D. / Blüher, Matthias / Tschöp, Matthias H. / DiMarchi, Richard D. (2022): Anti-obesity drug discovery: advances and challenges. In: *Nature Reviews Drug Discovery* 21/3:201-223.
- Nagl, Katrin / Waldhör, Thomas / Hofer, Sabine E. / Blauensteiner, Nicole / Fritsch, Maria / Fröhlich-Reiterer, Elke / Rami-Merhar, Birgit / Habeb, Abdelhadi M. (2023): Ongoing Increase in Incidence of Diabetes in Austrian Children and Adolescents (1989–2021): Results from a Nationwide Registry. In: *Pediatric Diabetes* 2023/:1-1-7.
- NEK (2021): *Empfehlung der Nationalen Ernährungskommission. Österreichisches Nährwertprofil zur Lenkung von Lebensmittelwerbung an Kinder in Audiovisuellen Medien*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Aufl. 2021. Wien.
- Nguengang Wakap, Stéphanie / Lambert, Deborah M. / Olry, Annie / Rodwell, Charlotte / Gueydan, Charlotte / Lanneau, Valérie / Murphy, Daniel / Le Cam, Yann / Rath, Ana (2020): Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: analysis of the Orphanet database. In: *European Journal of Human Genetics* 28/2:165-173.
- Nguyen-Rodriguez, Selena T. / Unger, Jennifer B. / Spruijt-Metz, Donna (2009): Psychological determinants of emotional eating in adolescence. In: *Eating Disorders* 17/3:211-224.
- Nowicki, Philip / Kempainen, John / Maskill, Lisa / Cassidy, Jeffrey (2019): The Role of Obesity in Pediatric Orthopedics. In: *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons Global Research and Reviews* 3/5:e036.
- Nowotny, Monika / Kern, Daniela / Breyer, Elisabeth / Bengough, Theresa / Griebler, Robert (2019): *Depressionsbericht Österreich*. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK). Wien.
- Nowotny, Monika / Marbler, Carina / Winkler, Petra (2018): *Wirkungsmodell Ernährung bei Kindern und Jugendlichen – eine Situationsanalyse*. Hg. v. Gesundheit Österreich. Wien.
- OECD (2019): *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*. OECD Health Policy Studies. Hg. v. Publishing, OECD.Paris.
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2019a): Diabetes bei Kindern: Anforderungen an die Schule. [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/news/aktuelles/aktuell-2019/diabetes-bei-kindern-anforderungen-an-die-schule.html> [Zugriff am 04.04.2023].
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2019b): Neugeborenen screening. [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/geburt/geburtsablauf/neugeborenen-screening.html> [Zugriff am 30.04.2024].
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2021a): ADHS bei Kindern/Jugendlichen: Diagnose & Therapie. [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/adhs/therapie.html> [Zugriff am 19.05.2023].
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2021b): Epilepsie: Was ist das? [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/epilepsie/was-ist-das.html> [Zugriff am 5. April 2023].

- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2022): Essstörung: Was ist das? Welche Formen von Essstörungen gibt es? [Online]. Redaktion Gesundheitsportal. <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/essstoerungen/was-ist-das.html> [Zugriff am 05.04.2023].
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (o. J.): Seltene Erkrankungen. [Online]. <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/seltene-krankheiten.html> [Zugriff am 25.05.2023].
- ÖGKJP, Evaluierungs- und Qualitätssicherungskommission der / Vesely, Christine (2013): Leitlinie zum "Off-Label-Use" von Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. In: *Neuropsychiatrie* 27/1:149-152.
- Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (2023): *Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2023*. Wien: Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit.
- Österreichische Diabetes Gesellschaft (2017): Kein Zuckerschlecken: Kinder mit Diabetes haben es oftmals schwer in Österreichs Schulen und Kindergärten. In der Versorgung unserer jüngsten Diabetiker klaffen rechtliche und gesundheitspolitische Lücken. [Online]. ÖDG - Österreichische Diabetes Gesellschaft. https://www.oedg.at/1709_PR_kein_zuckerschlecken.html#:~:text=Derzeit%20sind%20es%20gesch%C3%A4tzte%201.500,letzten%20knapp%2020%20Jahren%20verdoppelt. [Zugriff am 04.04.2023].
- Österreichische Muskelforschung (o. J.): Allgemein. [Online]. Österreichische Muskelforschung. <https://www.muskelforschung.at/muskelerkrankungen/allgemein/> [Zugriff am 25.05.2023].
- Österreichischer Rehakompass (2023): Rehaeinrichtungen. [Online]. Gesundheit Österreich. <https://rehakompass.goeg.at/#/einrichtung/list> [Zugriff am 29.11.2023].
- Patel, Reena (2012): *The State of Oral Health in Europe*. Hg. v. Platform for Better Oral Health in Europe.
- Patienten-Information.de (2023): Mukoviszidose – Was Eltern darüber wissen sollten. [Online]. Deutsche Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. <https://www.patienten-information.de/kurzinformationen/mukoviszidose> [Zugriff am 25.05.2023].
- Paulus, Givan F. / de Vaan, Loes E.G. / Verdam, Froukje J. / Bouvy, Nicole D. / Ambergen, Ton A.W. / van Heurn, L.W. Ernest (2015): Bariatric surgery in morbidly obese adolescents: a systematic review and meta-analysis. In: *Obesity surgery* 25/:860-878.
- Perry, Amanda / Lawrence, Vanessa / Henderson, Claire (2020): Stigmatisation of those with mental health conditions in the acute general hospital setting. A qualitative framework synthesis. In: *Social Science & Medicine* 255/:112974.
- PHARMIG (2020): Wissenswertes über Seltene Erkrankungen. [Online]. PHARMIG – Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs. <https://www.pharmig.at/themen/seltene-erkrankungen/wissenswertes-ueber-seltene-erkrankungen/> [Zugriff am 04.05.2023].
- Phelan, Jo C. / Lucas, Jeffrey W. / Ridgeway, Cecilia L. / Taylor, Catherine J. (2014): Stigma, status, and population health. In: *Soc Sci Med* 103/:15-23.

- Philipsen, Alexandra / Döpfner, Manfred (2020): ADHS im Übergang in das Erwachsenenalter: Prävalenz, Symptomatik, Risiken und Versorgung. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 63/7:910-915.
- Plener, Paul L. / Klier, Claudia M. / Thun-Hohenstein, Leonhard / Sevecke, Kathrin (2021): Psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich neu aufstellen: Dringender Handlungsbedarf besteht JETZT! In: *Neuropsychiatr* 35/4:213-215.
- Popow, Christian / Ohmann, Susanne (2020): ADHS im Kindes- und Jugendalter. Update 2020. In: *Pädiatrie & Pädologie* 55/S1:1-1-22.
- Pourghasem, Mohsen / Kamali, Nematollah / Farsi, Mehrdad / Soltanpour, Nabiollah (2016): Prevalence of flatfoot among school students and its relationship with BMI. In: *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica* 50/5:554-557.
- Puhl, Rebecca M. (2023): Weight Stigma and Barriers to Effective Obesity Care. In: *Gastroenterol Clin North Am* 52/2:417-428.
- Puhm, Alexandra / Nowotny, Monika / Strizek, Julian (Hg.) (2023): *Empfehlungen zur Reduktion von Selbststigmatisierung im Kontext psychischer Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Qi, Lin / Guo, Yan / Liu, Chao-Qian / Huang, Zhi-Ping / Sheng, Yuan / Zou, Da-Jin (2017): Effects of bariatric surgery on glycemic and lipid metabolism, surgical complication and quality of life in adolescents with obesity: a systematic review and meta-analysis. In: *Surgery for Obesity and Related Diseases* 13/12:2037-2055.
- Rakić, Jelena G. / Hamrik, Zdenek / Dzielska, Anna / Felder Puig, Rosemarie / Oja, Leila / Bakalár, Peter / Nardone, Paola / Ciardullo, Silvia / Abdrakhmanova, Shynar / Adayeva, Assel / Kelly, Colette / Fismen, Anne-Siri / Wilson, Mary / Brown, Judith / Inchley, Joanna / Ng, Kwok (2024): *A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey* Volume 4. Hg. v. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Rami-Merhar, B. / Nagl, K. / Hofer, S. / Fröhlich-Reiterer, E. / Fritsch, M. / Waldhör, T. (2022): Ongoing increase in incidence of diabetes mellitus in Austrian children and adolescents <15 years (1999–2021). In: *Pediatric Diabetes* 23/S31:151.
- Rankin, Jean / Matthews, Lynsay / Copley, Stephen / Han, Ahreum / Sanders, Ross / Wiltshire, Huw D / Baker, Julien S (2016): Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. In: *Adolescent health, medicine and therapeutics*:125-146.
- Reinehr, Thomas (2013): Adipositas. In: *Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung*:657-8.
- Reiss, Franziska / Otto, Christiane / Meyrose, Ann-Katrin / Klasen, Fiona / Ravens-Sieberer, Ulrike (2018): *Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der BELLA Studie*. knw Kindernetzwerk eV Dachverband der Selbsthilfe von Familien mit Kindern und jungen Erwachsenen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Berlin.
- Remschmidt, Helmut / Schmidt, Mart H. / Poustka, Fritz (2009): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 oder WHO*. 5 Aufl., Bern: Verlag Hand Huber.
- Rendi-Wagner, Pamela / Arrouas, Magdalena / Plank, Veronika / Mitglieder der Arbeitsgruppe AD(H)S (2013): *AD(H)S – Aufmerksamkeits-*

- Defizit/Hyperaktivitäts-Störung Bericht*. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- REVAN (o. J.): Über das Programm. [Online].
<https://www.richtigessenvonanfangan.at/eltern/ueber-das-programm> [Zugriff am 28.07.2023].
- Rheumaliga Schweiz (o. J.): Juvenile idiopathische Arthritis (JIA). [Online].
<https://www.rheumaliga.ch/rheuma-von-a-z/juvenile-idiopathische-arthritis> [Zugriff am 05.04.2023].
- RKI (2018): *Journal of Health Monitoring. KIGGS Welle 2 – Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen*. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI). Berlin.
- RKI (2020a): *AdiMon-Themenblatt: Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen (Stand: 9. Dezember 2020)*. www.rki.de/adimon. Robert Koch-Institut (RKI).
- RKI (2020b): *AdiMon-Themenblatt: Schlaf (Stand: 1. Juli 2020)*. www.rki.de/adimon. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI).
- Rohrauer-Näf, Gerlinde / Vana, Irina / Schlee, Lisa / Lindner, Brigitte / Denk-Slavik, Anita (2023): *Fibel zur Förderung der psychosozialen Gesundheit von jungen Menschen*. Gesundheit Österreich, Wien.
- Rojatz, Daniela / Antosik, Jennifer / Ecker, Sandra / Fenz, Lydia / Haas, Sabine (2023): *Social Prescribing Entwurf eines Idealmodells für Österreich*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Roth, Binia / Munsch, Simone / Meyer, Andrea / Winkler Metzke, Christa / Isler, Emanuel / Steinhausen, Hans-Christoph / Schneider, Silvia (2008): Die psychische Befindlichkeit übergewichtiger Kinder. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 36/3:163-176.
- Sagerschnig, Sophie / Grabenhofer-Eggerth, Alexander / Kern, Daniela (2023a): *Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Sagerschnig, Sophie / Pichler, Michaela / Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2023b): *Surveillance psychosoziale Gesundheit: aktuelle Ergebnisse (Stand 30. Juni 2023)*. *Factsheet*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Sagerschnig, Sophie / Pichler, Michaela / Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2023c): *Surveillance psychosoziale Gesundheit: aktuelle Ergebnisse (Stand: 15. Dezember)*. *Factsheet*. In.
- Sagerschnig, Sophie / Pichler, Michaela / Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2023d): *Surveillance Psychosoziale Gesundheit: aktuelle Ergebnisse (Stand 31. März 2023)*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Satke, Birgit / Wurnig, Katharina (2022): *Jahresbericht Rat auf Draht Notruf 2021*. Hg. v. Rat auf Draht.
- Schäfer, Manuela / Wacker, Christina / Stadtmüller, Sven (2020): *Mobbingerfahrungen von Kindern und Jugendlichen im Schulalltag. (FZDW-Kurzberichte, 11)*. Frankfurt am Main: Frankfurt University of Applied Sciences, Forschungszentrum Demografischer Wandel (FZDW). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-70157-4>.
- Schmitz, Roma / Thamm, Michael / Ellert, Ute / Kalcklosch, Margrit / Schlaud, Martin (2014): Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle

- 1). In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 57/7:771-778.
- Schmutterer, Irene / Delcour, Jennifer / Griebler, Robert (2017): *Österreichischer Diabetesbericht 2017*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Seufert, J / Nauck, M / Gallwitz, B / Meier, J / Nauck, M / Petrie, J / Sesti, G / Nauck, M / Lau, J / Bloch, P (2017): Semaglutid–Pharmakodynamische und pharmakokinetische Eigenschaften eines neuen lang wirksamen GLP-1-Rezeptoragonisten. In: *Diabetologie und Stoffwechsel* 12/02:135-140.
- SMA Patientenvertretung Österreich (2023): SMA. [Online].
<https://www.smaoesterreich.at/sma> [Zugriff am 25.04.2023].
- Söldner, C. (2022): *Übergewichtige Kinder in sozialökonomisch schwachen Strukturen: eine Verstärkung der Chancenungleichheit*. In: *Stadtforschung und Statistik, Zeitschrift des Verbandes Deutscher Städtestatistiker*, 35(1),16-20. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoa-78502-1>.
- Spaeth, Andrea M. / Dinges, David F. / Goel, Namni (2013): Effects of Experimental Sleep Restriction on Weight Gain, Caloric Intake, and Meal Timing in Healthy Adults. In: *Sleep* 36/7:981-990.
- Springer Medizin (2018): Morbide Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Bariatrische Chirurgie. [Online].
https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/kinderchirurgie/morbide-adipositas-bei-kindern-und-jugendlichen-bariatrische-chirurgie?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-53390-1_58 [Zugriff am 28.07.2023].
- Springer Medizin (2019): Juvenile idiopathische Arthritis. [Online]. Springer Medizin.
https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/paediatric/juvenile-idiopathische-arthritis?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-54671-6_103 [Zugriff am 05.04.2023].
- Stanulla, Martin / Erdmann, Frederike / Kratz, Christian (2020): Risikofaktoren für Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: *Monatsschrift Kinderheilkunde* 169/1:30-30-38.
- Statistik Austria (2021): Körperliche Aktivität. Mitgliedschaft in Sportvereinen 2017 und 2020 nach Geschlecht und Alter. [Online].
<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsverhalten/koerperliche-aktivitaet> [Zugriff am 14.08.2023].
- Strizek, Julian / Nowotny, Monika / Antony, Katharina (Hg.) (2022): *Empfehlungen zur Reduktion direkter Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Zwischenbericht der Kompetenzgruppe Entstigmatisierung*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Teufel, Lukas / Steinbach, Dirk / Leuprecht, Eva / Felder-Puig, Rosemarie (2023): *Evaluation des Projekts „Die Tägliche Bewegungseinheit“*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Thamm, Roma / Poethko-Müller, Christina / Hüther, Antje / Thamm, Michael (2018): *KiGGS Welle 2 – Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen*. Berlin: RKI.
- Thornicroft, Graham / Sunkel, Charlene / Alikhon Aliev, Akmal / Baker, Sue / Brohan, Elaine / el Chammay, Rabih / Davies, Kelly / Demissie, Mekdes / Duncan, Joshua / Fekadu, Wubalem / Gronholm, Petra C. / Guerrero, Zoe / Gurung, Dristy / Habtamu, Kassahun / Hanlon, Charlotte / Heim, Eva / Henderson, Claire / Hijazi, Zeinab / Hoffman, Claire / Hosny, Nadine / Huang, Fiona-Xiaofei / Kline, Sarah /

- Kohrt, Brandon A. / Lempp, Heidi / Li, Jie / London, Elisha / Ma, Ning / Mak, Winnie W. S. / Makhmud, Akerke / Maulik, Pallab K. / Milenova, Maria / Morales Cano, Guadalupe / Ouali, Uta / Parry, Sarah / Rangaswamy, Thara / Rüscher, Nicolas / Sabri, Taha / Sartorius, Norman / Schulze, Marianne / Stuart, Heather / Taylor Salisbury, Tatiana / Vera San Juan, Norha / Votruba, Nicole / Winkler, Petr (2022): The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. In: *The Lancet*:1-43.
- Tomiyama, A. J. / Carr, D. / Granberg, E. M. / Major, B. / Robinson, E. / Sutin, A. R. / Brewis, A. (2018): How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. In: *BMC Med* 16/1:123.
- universimed.com (2018): Depressionen im Transitionsalter – braucht es neue Versorgungsstrukturen? [Online]. Universimed Cross Media Content GmbH. <https://www.universimed.com/ch/article/psychiatrie/depressionen-im-transitionsalter-braucht-es-neue-versorgungsstrukturen-2128699> [Zugriff am 08.11.2023].
- van Vuuren, Cornelia L. / Wachter, Gusta G. / Veenstra, René / Rijnhart, Judith J. M. / van der Wal, Marcel F. / Chinapaw, Mai J. M. / Busch, Vincent (2019): Associations between overweight and mental health problems among adolescents, and the mediating role of victimization. In: *BMC Public Health* 19/1:612.
- Vavrik, Klaus (2016): Armut und Kindergesundheit. In: *DVSV – Soziale Sicherheit* 2016/2:46-51.
- Vistorte, Angel O Rojas / Ribeiro, Wagner Silva / Jaen, Denisse / Jorge, Miguel R / Evans-Lacko, Sara / Mari, Jair de Jesus (2018): Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: a systematic review. In: *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 53/4:317-338.
- Vogel, Mandy / Geserick, Mandy / Ruth Gausche, Ruth / Beger, Christoph / Poulain, Tanja / Meigen, Christof / Körner, Antje / Keller, Eberhard / Kiess, Wieland / Pfäffle, Roland (2021): Age- and weight group-specific weight gain patterns in children and adolescents during the 15 years before and during the COVID-19 pandemic. In: *International Journal of Obesity* 2022/46:144-152.
- Wagner, Gudrun / Zeiler, Michael / Waldherr, Karin / Philipp, Julia / Truttmann, Stefanie / Dür, Wolfgang / Treasure, Janet L. / Karwautz, Andreas F.K. (2017): Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. In: *European child & adolescent psychiatry* 26/:1483-1499.
- Weghuber, Daniel (2023): Herausforderungen und Möglichkeiten in der Therapie von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Fachtagung Übergewicht im Kinder- und Jugendalter. Salzburg, 22. Mai 2023.
- Weghuber, Daniel / Barrett, Timothy / Barrientos-Pérez, Margarita / Gies, Inge / Hesse, Dan / Jeppesen, Ole K / Kelly, Aaron S / Mastrandrea, Lucy D / Sørrig, Rasmus / Arslanian, Silva (2022): Once-weekly semaglutide in adolescents with obesity. In: *New England Journal of Medicine* 387/24:2245-2257.
- Westbury, S. / Oyebode, O. / van Rens, T. / Barber, T. M. (2023): Obesity Stigma: Causes, Consequences, and Potential Solutions. In: *Curr Obes Rep* 12/1:10-23.
- Whiteford, Harvey A. / Degenhardt, Louisa / Rehm, Jürgen / Baxter, Amanda J. / Ferrari, Alize J. / Erskine, Holly E. / Charlson, Fiona J. / Norman, Rosana E. / Flaxman, Abraham D. / Johns, Nicole / Burstein, Roy / Murray, Christopher JL. / Vos, Theo (2013): Global burden of disease attributable to mental and substance use

- disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. In: *The Lancet* 382/9904:1575-1586.
- WHO (2019): *Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region. An overview and country perspectives*. Hg. v. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- WHO (2022a): *European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Report on the fifth round of data collection, 2018–2020*. Hg. v. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- WHO (2022b): *European Regional Obesity Report 2022*. Hg. v. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Wiegman, Albert / Gidding, Samuel S. / Watts, Gerald F. / Chapman, M. John / Ginsberg, Henry N. / Cuchel, Marina / Ose, Leiv / Averna, Maurizio / Boileau, Catherine / Borén, Jan / Bruckert, Eric / Catapano, Alberico L. / Defesche, Joep C. / Descamps, Olivier S. / Hegele, Robert A. / Hovingh, G. Kees / Humphries, Steve E. / Kovanen, Petri T. / Kuivenhoven, Jan A. / Masana, Luis / Nordestgaard, Børge G. / Pajukanta, Päivi / Parhofer, Klaus G. / Raal, Frederick J. / Ray, Kausik K. / Santos, Raul D. / Stalenhoef, Anton F. / Steinhagen-Thiessen, Elisabeth / Stroes, Erik S. / Taskinen, Marja-Riitta / Tybjaerg-Hansen, Anne / Wiklund, Olov / European Atherosclerosis Society Consensus, Panel (2015): Familial hypercholesterolaemia in children and adolescents: gaining decades of life by optimizing detection and treatment. In: *European Heart Journal* 36/36:2425-2437.
- wien.gv.at (o. J.): „Wassertrinken in Schulen“ – Projektdetails und Unterrichtsmaterialien. [Online]. <https://www.wien.gv.at/wienwasser/bildung/wassertrinken/schulenealtern.html> [Zugriff am 08.02.2024].
- Wimmer-Puchinger, Beate / Patek, Fabienne / Haid, Barbara (2023): *Endbericht "Gesund aus der Krise"*. Wien: Berufsverband Österreichisches Psychologinnen (BÖP), Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP), Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).
- Winzer, Eva / Naderer, Brigitte / Haider, Sandra / Wakolbinger, Maria (2023): *Einblick in das digitale Werbeumfeld von Kindern und Jugendlichen – Darstellungen von Lebensmitteln und Getränken in sozialen Medien und Wirkungsstrategien beliebter Marken und populärer Influencer:innen*. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Wien.
- Wittwer, Jörg (2022): Autismus: Ein Überblick über Lernvoraussetzungen und Fördermaßnahmen. In: *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie* 36/1-2:19-19-36.
- Wötzel, H / Lupp, M / Sikorski, C / Klinitzke, A / Riedel-Heller, SG (2014): Adipositas und Behinderung. In: *Adipositas-Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie* 8/03:147-150.
- Zanadio (2023): Psychische Folgen von Übergewicht. Schamgefühle und Ängste. [Online]. <https://zanadio.de/erkrankungen/psychische-folgen/> [Zugriff am 14.02.2024].
- Zeiler, Michael / Wagner, Gudrun / Philipp, Julia / Nitsch, Martina / Truttmann, Stefanie / Dür, Wolfgang / Karwautz, Andreas / Waldherr, Karin (2018): The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT) Study: design, methodology, description of study population. In: *Neuropsychiatrie* 32/3:121.

Abkürzungen

ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
ACE	adverse childhood experiences
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AGA	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
AGES	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
ASKÖ	Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich
ASS	Autismus-Spektrum-Störung
ASVÖ	Allgemeiner Sportverband Österreich
BELLA	Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Body-Mass-Index
BMK	Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie
BMKÖS	Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport
BMLVS	Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMZvs	Bettenmessziffer vollstationär
CBT	kognitiv-behaviorale Therapie
CED	chronisch entzündliche Darmerkrankungen
CF	zystische Fibrose
COSI	Childhood Obesity Surveillance Initiative
CI	Konfidenzintervall
DAG	Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V.
DALYs	disability-adjusted life years
DFP	Diplom-Fortbildungs-Programm für Ärztinnen und Ärzte
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EACH	International Association for Communication in Healthcare
EDDY	Effect of sports and diet trainings to prevent obesity and secondary diseases and to influence young children's lifestyle
ESPAD	The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
FAS	Family Affluence Scale
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FH	Familiäre Hypercholesterinämie
FT	Familientherapie
GKJR	Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HiAP	Health in All Policies
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
IAMEV	Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
ICD	International Classification of Diseases
i. d. R.	in der Regel
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
IHS	Institut für Höhere Studien
IOTF	International Obesity Task Force
ISAAC	International Study of Asthma and Allergies in Childhood
JIA	juvenile idiopathische Arthritis
KgAS	Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche e.V.
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KIM-Studie	„Kinder, Internet und Medien“-Studie
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters
MHAT	„Mental Health in Austrian Teenagers“-Studie
NCD	Non communicable diseases (dt.: nicht übertragbare Krankheiten)

NEK	Nationale Ernährungskommission
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
ÖDG	Österreichische Diabetes Gesellschaft
OECD	Organisation de coopération et de développement économiques (dt. Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie
ÖPGK	Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖZÄK	Österreichische Zahnärztekammer
Pat.	Patientinnen und Patienten
PDT	Psychodynamische Therapie
PHAC	Public Health Action Cycle
PKA	Phenylketonurie
PPV Wien	Psychiatrischer und Psychosomatischer Versorgungsplan Wien
PT	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
PVE	Primärversorgungseinheit(en)
REVAN	Richtig essen von Anfang an!
RKI	Robert Koch-Institut
RVS	Richtlinien und Vorschriften für das Straßenwesen
SCOFF	Sick, Control, One, Fat, Food
SD	Standardabweichung
SMA	spinale Muskelatrophie
SUPRA	Suizidprävention Austria
SV	Sozialversicherung
WHO	World Health Organization

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**
Stubenring 1, 1010 Wien
+43 1 711 00-0
sozialministerium.at