



volkshilfe.

POLICY PAPER

KINDERGESUNDHEIT SICHERN

GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON KINDERARMUT IN ÖSTERREICH

VORWORT

In Österreich sind **mehr als 300.000 Kinder und Jugendliche armuts- und ausgrenzungsgefährdet: Das ist jedes 5. Kind**. Besonders häufig betroffen sind Kinder und Jugendliche in Haushalten mit mehr als drei Kindern, in Ein-Eltern-Haushalten oder in Haushalten ohne österreichische Staatsbürgerschaft. Ein Leben in Armut schädigt die physische und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Kinder aus armutsgefährdeten Familien leiden häufiger an chronischen Krankheiten. Sie sind häufiger übergewichtig, haben ein erhöhtes Unfallrisiko, leiden auch öfter an psychosomatischen Symptomen. Sie fühlen sich zudem weniger gesund und leistungsfähig, was sie auch in anderen Lebensbereichen, etwa in der Schule, benachteiligt.

Die Corona-Krise bedeutet für alle Kinder und Jugendliche eine enorme Belastung und Einschränkung ihrer sozialen Praxis. Während ihre spezifischen Probleme und Herausforderungen in der ersten Welle der Corona-Krise gar nicht in den Blick genommen wurden - und Kinder und Jugendliche wiederholt als Superspreader bezeichnet wurden - wurden psychosoziale Herausforderungen im Zuge der zweiten Umstellung auf Distance Learning dank wichtiger empirischer Studien medial aufgearbeitet.

So schlugen viele Ärzt*innen Alarm, dass insbesondere die psychische Gesundheit von Kindern massiv unter der Corona-Krise und den Maßnahmen zur ihrer Eindämmung leiden. Doch die Belastungen sind ungleich verteilt. Armutsbetroffene Kinder leiden besonders unter der Umstellung auf Distance Learning. Sie leben häufiger in engen, lauten Wohnungen und sind meist technisch schlecht auf das Distance Learning vorbereitet. Ihnen fehlten zudem bestimmte Angebote der sozialen Arbeit in und außerhalb der Schule. Um langfristige Folgen möglichst gut und umfassend abzufangen, braucht es dringend Maßnahmen, die alle Kinder und Jugendlichen in ihren Bedürfnissen ernst nehmen. In einem der reichsten Länder der Welt müssen wir es uns leisten können, allen Kindern jene medizinische und psychosoziale Versorgung zu bieten, die sie benötigen, um ein gelingendes Leben führen zu können. Maßnahmen der Politik fehlen noch oder kommen nicht in ausreichendem Ausmaß bei den Betroffenen an.

Das Policy Paper „Kindergesundheit sichern“ beginnt mit einer Darstellung des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischem Hintergrund und Gesundheit, um im weiteren Verlauf zentrale Fakten zum Thema Kinderarmut und Gesundheit in Österreich darzustellen. Dem folgt ein ausführliches Kapitel zu den Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der Corona-Krise und 30 Forderungen der Volkshilfe Österreich zur einkommensunabhängigen Sicherung von Kindergesundheit. Abschließend werden zwei Projekte der Volkshilfe vorgestellt und die Quellen ausgewiesen.

Wir alle können dazu beitragen, Kindern in Österreich die besten Chancen auf ein Leben in psychischem und physischem Wohlbefinden zu ermöglichen. Ein wichtiger Schritt auf diesem Weg ist eine eigenständige finanzielle Absicherung aller Kinder über eine Kindergrundsicherung.

Ewald Sacher, Erich Fenninger
Volkshilfe Österreich

INHALT

Vorwort	2
Inhalt	4
Einleitung	6
Kindergesundheit und Kinderarmut in Österreich	10
Die Corona-Krise als Kindergesundheitskrise	20
30 Forderungen der Volkshilfe Österreich	30
Projekte der Volkshilfe Österreich	34
Literatur	38
Impressum	46

EINLEITUNG

„Manchmal hab ich
Bauchschmerzen [...]
immer wenn ich traurig
bin oder halt genervt
dann wenn ich bisschen
böse bin, bekomm ich die
Bauchschmerzen.“

Bub, 12 Jahre
Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

1. EINLEITUNG

Armut beeinflusst das ganze Leben und jeden Lebensbereich. Und damit auch die Gesundheit und das körperliche und psychische Wohlbefinden, wie zahlreiche Studien¹ deutlich machen.

Auswirkungen finden sich sowohl im Bereich der Mortalität wie auch in der Morbidität, also der Art und Häufigkeit von Erkrankungen, wieder. So ist der Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und absoluter Einkommenssituation durch eine Vielzahl an internationalen Studien zweifelsfrei belegt. Das Robert-Koch-Institut, das zahlreiche (Meta)-Studien und Berichte zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit vorgelegt hat, weist etwa auf die **Häufung von Diabetes, depressiver Symptomatik und Adipositas bei armutsbetroffenen Menschen** hin (Lampert et al. 2013). Antje Richter (2005) verweist darauf, dass ein niedriger sozialer Status, egal ob er über Einkommen, Bildungsgrad und/oder berufliche Stellung erfasst wird, negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat.

Dieser Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Situation und Gesundheit betrifft nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder und Jugendliche – wie etwa die deutsche, breit angelegte Studie zur gesundheitlichen Lage von Kindern und KIGGS-Studie nachweist (Thamm et al. 2018). Ein **Aufwachsen in Armut beeinträchtigt den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand maßgeblich**² und kann schon im frühkindlichen Alter zu Benachteiligungen führen. So zeigt etwa eben diese Studie, dass der Anteil von Kindern, die bereits pränatal Nikotin ausgesetzt sind bei Familien mit niedrigem Sozialstatus höher ist als beim Durchschnitt der Bevölkerung (Kuntz et al. 2018, 49), wodurch die Sauerstoffversorgung beeinträchtigt und der fetale Wachstums- und Reifeprozess gehemmt wird. Nach der Geburt zeigen sich unterschiedliche Stillhäufigkeiten und -dauer zwischen Familien mit hohem und niedrigem sozialen Status, wobei etwa die WHO die Bedeutung dieser frühkindlichen Ernährungsform in einer eigenen Resolution hervorhebt und das RKI die Relevanz in der Adipositasprävention hervorhebt (Varnaccia et al. 2018).

Feichtinger (2000) zeigt auf, dass Kleinkinder aus armutsbetroffenen Familien auch früher mehr Kohlenhydrate (Zucker) und gesättigte Fettsäuren bekommen, jedoch geringere Mengen Vitamine, Ballaststoffe und Mineralien (Feichtinger 2000).

Das deutsche Robert-Koch-Institut, das umfangreiche Studien zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und Wohlstand/Armut publiziert hat, hebt einen besonders auffälligen **Zusammenhang zwischen dem Familieneinkommen und Unfällen/Verletzungen, Mund-/Zahngesundheit, psychischem Wohlbefinden sowie im Bereich der Früherkennung/Prävention** hervor. Auch wirkt sich der sozioökonomische Status von Eltern auf die motorische, sprachliche oder die kognitive Entwicklung aus (vgl. u.a. Lampert/Saß/Häfelinger/Ziese 2005, 98). Ein weiterer gut erforschter Zusammenhang ergibt sich im Bereich der Bewegung und der Essgewohnheiten bzw. Essstörungen.

Auch Vorsorgeuntersuchungen werden von Familien mit niedrigem Einkommen seltener in Anspruch genommen und armutsbetroffene Kinder müssen häufiger auch krank am Schulunterricht teilnehmen (Schenk 2015).

Ein geringes soziales und kulturelles Kapital wirkt sich auf die Gesundheit aus, so argumentiert Richter (2005; vgl. auch Richter 2006), weil sozial benachteiligte Personen wenig über Risikoverhalten, Rechte im Gesundheitssystem, Bedarf und Fördermöglichkeiten, die gesundheitliche Regelversorgung und entsprechende Anlaufstellen wissen – auch weil viele dieser Informationen nicht oder nur schwer zugänglich sind.³ Auch österreichische Ärzt*innen weisen auf den Zusammenhang von Armut und Gesundheit in einer Umfrage der Volkshilfe Österreich und der Ärztekammer hin: Knapp die Hälfte der Ärzt*innen nimmt in ihrer beruflichen Praxis wahr, dass Kinder aus armutsgefährdeten Familien häufiger Arztordinationen besuchen als Kinder, die in nicht armutsgefährdeten Familien aufwachsen. Eine deutliche Mehrheit beobachtet auch, dass sich armutsgefährdete Kinder weniger gesund und leistungsfähig fühlen. Sechs von zehn Ärzt*innen beantworten zudem die Frage, ob Kinder aus armutsgefährdeten Familien häufiger an chronischen Krankheiten leiden, eindeutig mit ja (vgl. Volkshilfe Österreich 2019).

Seit 2019 unterstützt die Volkshilfe armutsbetroffene Familien mit gesundheitsbezogenen Ausgaben, die für die Familien große Belastungen darstellen können. Auch wenn die Gesundheitsversorgung in Österreich allen versicherten⁴ Menschen einen guten Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglicht, **lassen sich im Detail Ungleichheiten und unterschiedliche Belastungen analysieren. Etwa, wenn es um kostenpflichtige Behandlungen (z.B. Kosten für div. zahnmedizinische Leistungen) und Behelfe für Kinder geht (Lamei et al. 2015, 41f.), um Selbstbehalte bei Therapiekosten, Sehhelfe oder auch Medikamente, die nicht verschreibungspflichtig sind.** Diese stellen zum Teil massive Herausforderungen für armutsbetroffene Familien dar. Aber nicht nur die Frage der Belastung durch gesundheitsbezogene Kosten sind relevant, wenn es um den Zusammenhang von Gesundheit und Armut bei Kindern und Jugendlichen geht. Die gesundheitlichen Benachteiligungen, die in der Kindheit entstanden sind, prägen das ganze Leben (Habl et al. 2014; Karimi et al. 2019; Kelly-Irving 2019). Dies ist umso relevanter, als dass Kinderarmut selbst in Österreich, einem der reichsten Länder der Welt, leider kein „Randphänomen“, sondern bittere Realität jeden fünften Kindes ist. Die EU-SILC-Erhebung, die regelmäßig europaweite Daten über Armut präsentiert, zeigt für das Jahr 2019, dass in Österreich für 17 Prozent der Gesamtbevölkerung eine Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung besteht. Konkret sind das 1.472.000 Menschen, davon 303.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (Statistik Austria 2020). Seit 2008 war ein leichter Rückgang der Armutszahlen von 1.699.000 (20,6 Prozent) auf 1.472.000 (16,9 Prozent) im Jahr 2019 zu verzeichnen. Angesichts der Rekord-Arbeitslosenzahlen und der prekären Entwicklung des Arbeitsmarktes im Zuge der Corona-Krise ist zu erwarten, dass sich der leichte Rückgang nicht fortsetzen wird. **Denn die Corona-Krise spitzt den Zusammenhang von Armut und Gesundheit noch weiter zu – sie ist eine multiple Krise, die die strukturelle Sorglosigkeit (Aulenbacher et al. 2015; Lichtenberger/Wöhl 2020) unserer Gesellschaft noch stärker zu Tage treten lässt.** Das gilt nicht nur für Erwachsene, sondern in besonderem Maße auch für Kinder und Jugendliche. Armutsbetroffene Kinder und Jugendliche sind besonders auf öffentliche Infrastruktur und Unterstützung angewiesen, weil ihre Eltern mangelnde Ressourcen des Sozialstaates nicht auf eigenen Kosten ausgleichen können.

Im Folgenden werden exemplarisch einige wichtige Fakten zum Themenbereich Kinder- und Jugendarmut dargestellt, ehe wir zentrale Forderungen der Volkshilfe Österreich darstellen und abschließend die Aktivitäten der Volkshilfe zur Unterstützung armutsbetroffener Kinder und Jugendlicher darstellen.

¹ Während die ungleichen Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken für Menschen je nach Einkommens- und Vermögenssituation in Deutschland sehr gut belegt sind, fehlen in Österreich oft Studien mit vergleichbarer Breite oder Qualität.

² Einen umgekehrten Effekt hat der sozioökonomische Status der Eltern auf das Impfverhalten – hier nehmen finanziell bessergestellte Eltern seltener die empfohlenen (Gratis-)Impfungen an als Familien mit niedrigem oder mittlerem Einkommen (Klimont et al. 2016, 178-179). Der Soziologie Johann Bacher zeigt in seiner Forschung, dass zwischen einer finanziell prekären Lage und dem Wohlbefinden nur ein schwacher Zusammenhang besteht und vielmehr die eigene Wahrnehmung der Armut entscheidend sei. (Bacher 1998, 189) Für das Wohlbefinden von Kindern sei beispielsweise eine stabile Eltern-Kind-Beziehung oder die Möglichkeiten im Wohnraum entscheidender. Von höchster Bedeutung sind daher vielmehr die sozialen Beziehungen und Netzwerke (vgl. auch Mansel 2002 und Hurrelmann 1995).

³ Vgl. zu spezifischer rassistischer Diskriminierung im Gesundheitssystem und fehlenden Daten für den deutschsprachigen Raum Poliklinik Veddel (o.J.): Rassismus als Soziale Determinante von Gesundheit; online verfügbar unter: <http://poliklinik1.org/sdg/rassismus>, abgerufen am 5. März. 2021; Für Diskriminierungen auf Grund verschiedener Faktoren vgl. Schönherr et al. 2019

⁴ Einer Studie der Sozialversicherung zufolge gab es zu Jahresende 2015 27.000 Personen in Österreich, die keine Krankenversicherung hatten. Dies betreffe Männer stärker als Frauen, eher Menschen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft und verstärkt Menschen mit niedriger formaler Bildung. Der Studienautor geht zudem davon aus, dass dies insbesondere Menschen mit niedrigem Einkommen betreffe. (Fuchs 2018)

KINDER- GESUNDHEIT UND KINDERARMUT IN ÖSTERREICH

„Ich würd gern schlafen,
aber ich kann da nicht
mehr einschlafen, dann
am nächsten Tag bin ich
kaputt. [...]“

Bub, 12 Jahre
Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung



2. KINDERGESUNDHEIT UND KINDERARMUT IN ÖSTERREICH

2.1 ERNÄHRUNG

Jene Kinder und Jugendliche in Österreich, die in der Wohlstandsverteilung in den unteren 20 Prozent liegen, essen deutlich weniger häufig Gemüse im Vergleich mit den höchsten 20 Prozent (32 zu 45 bei den Mädchen und 25 zu 34 bei den Burschen), wobei Burschen in Österreich allgemein unter dem HBSC-Ländervergleichsdurchschnitt liegen. Auf insg. höherem Niveau geht der Befund beim täglichen Obstkonsum in eine ähnliche Richtung: In Österreich essen Mädchen häufiger Obst als Burschen, der Unterschied zwischen Kindern mit hohem und niedrigem Einkommen beträgt jeweils 9 Prozent (41:50 und 36:45) (HBSC 2020). Während Mädchen unabhängig von ihrem sozioökonomischen Hintergrund etwa zu einem Drittel täglich naschen, ist dies bei wohlhabenden Burschen signifikant weniger der Fall (HBSC 2020). **Die EU-SILC-Sonderauswertung zu Gesundheit in Österreich zeigt, dass sich Eltern zugunsten der Gesundheit ihrer Kinder bei ihrer Ernährung einschränken, wenn es finanzielle Probleme gibt.** Denn auch in Haushalten, für die ein Hauptgericht jeden zweiten Tag nicht leistbar ist, essen 94 Prozent der Kinder dennoch täglich Obst und Gemüse (Lamei/Psihoda/Skina-Tabue 2019).

Wer von prekären Lebenslagen betroffen ist, legt häufiger den Schwerpunkt der Ernährung auf die **Quantität statt auf die qualitative Auswahl** von Lebensmitteln (Laubstein et al. 2016, 46). So ist etwa der Anteil der Kinder, die vor allem Weißbrot essen in armutsbetroffenen Familien höher, während der Konsum von Vollkornbrot mit höherem Einkommen steigt (Walter 2011). In Österreich ist die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die an Schultagen frühstücken insg. niedrig im internationalen Vergleich – und bei Mädchen besonders schlecht, relativ unabhängig vom Einkommen der Eltern. Bei österreichischen Burschen aber verdeutlicht sich die Auswirkung des sozioökonomischen Hintergrunds bei der (Un)Regelmäßigkeit des Frühstücks an Schultagen. Das wirkt sich nachteilig auf den Lernerfolg und auf die Gesundheit von Kindern aus (HBSC 2020, 11). Eine kostenfreie Versorgung aller Kinder und Jugendlichen mit einem gesunden Frühstück und Mittagessen fehlt in Österreich leider.⁵

„Also, es wäre besser, wenn ich weniger essen würde (lacht), aber wenn mehr da wäre, dann würde ich trotzdem besser lieber einteilen, als mehr essen. Weil (...) abnehmen muss ich auch noch immer.“

Mädchen 12 Jahre, Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

Ernährungsangebot und Bewegungsmaß sind zwei wichtige Gründe, warum armutsbetroffene Kinder stärker von Übergewicht und Adipositas betroffen sind: 20 Prozent der Mädchen mit niedrigem Familieneinkommen, aber nur 11 Prozent der Mädchen mit höherem Familieneinkommen sind übergewichtig (HBSC 2020). Bei den Burschen sind es 32 mit niedrigem und 18 Prozent mit hohem Familieneinkommen (Drewnowski/Specter 2004; vgl. auch Friebe 2009). Das Robert-Koch-Institut hebt im Zusammenhang mit der Prävention kindlicher Adipositas unter anderem auch die Bedeutung von Vereinssport hervor, an dem armutsbetroffene Kinder und Jugendliche in stark verringertem Ausmaß partizipieren können (Varnaccia et al. 2018, 10).

„Ich spiel [Anm. Fußball] immer am Spielplatz oder Schule, aber ich würde gerne in einem Verein spielen.“

Bub 11 Jahre, Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

2.2 KÖRPERLICHE AKTIVITÄT UND SPORT

Kinder aus Familien mit niedrigem Haushaltseinkommen treiben weniger Sport beziehungsweise bewegen sich weniger. Mangelnde Bewegung wirkt sich nicht nur auf die Gesundheit und das Wohlbefinden, sondern auch auf den Lernerfolg und die Konzentrationsfähigkeit aus (vgl. Shephard 1997; Kahl 1993). Die HBSC-Auswertung 2018 ergab, dass ungefähr 56 Prozent der Burschen moderat bis intensiv Sport betreiben, mindestens viermal in der Woche, während dies nur auf 33 Prozent der Mädchen zutrifft.

Hier ist der Unterschied beim Familieneinkommen bei Mädchen kaum signifikant. 2020 gaben dies 38 Prozent bzw. 44 Prozent der Mädchen und 55 bzw. 69 Prozent der Burschen an, wobei die höheren Werte hier für Schüler*innen aus wohlhabenden Familien gelten. Mindestens 60 Minuten jeden Tag moderate bis intensive körperliche Betätigung gaben bei den Mädchen 14 bzw. 16 Prozent an – ein Wert der mit 24 bzw. 34 Prozent bei den Burschen, und insbesondere bei wohlhabenden Burschen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren in Österreich deutlich höher ist (HBSC 2020, 27).

Bei Kleinkindern, die insgesamt weniger an Sportangeboten teilnehmen, hängt die Partizipation noch stärker vom sozioökonomischen Hintergrund der Eltern ab.

Eltern-Kind-Zentren, die etwa Eltern-Kind-Turnen für Kleinkinder unter 36 Monaten anbieten werden häufiger von Eltern besucht, die über ein mittleres oder höheres Haushaltseinkommen verfügen. Kostenfreie und niederschwellige Angebote sind regional stark unterschiedlich ausgebaut. Eine Studie der Universität Göttingen zeigt, dass in der Altersgruppe zwischen 6 und 12 Monaten jedes 5. Kind an irgendeiner Form des Bewegungsangebotes teilnimmt (dies könnten z.B. Eltern-Kind-Turnen, Pikler-Spielgruppe, Spielgruppen mit Tanz/Bewegung, etc. sein). Die erwähnte Studie zeigt, dass 50 Prozent der Kinder im Vorschulalter von Müttern mit Hochschulabschluss an Bewegungsangeboten teilnahmen, jedoch nur 21 Prozent der Kinder, deren Mütter über keinen Berufsabschluss verfügen. 56 Prozent der Kinder, die in einem Haushalt mit über 24.000 Euro Jahreseinkommen leben, aber nur 23 Prozent der Kinder, die in einem Haushalt leben, der weniger als 11.658 Euro und 31 Prozent der Kinder, die in einem Haushalt leben, der weniger als 50 Bücher besitzt, aber 58 Prozent der Kinder in deren Haushalt mehr als 500 Bücher vorhanden sind, nehmen bereits im Vorschulalter an Sport- und Bewegungsangeboten teil. So findet aber bei Kindern aus höheren sozialen Schichten bereits früher ein Heranführen an die sportliche Betätigung statt. Dies gilt auch für Kleinkinder: Der Studie zufolge, nahm 1/3 der Kinder im Alter zwischen 24 und 36 Monaten an Sport- bzw. Bewegungsangeboten teil, wobei der Anteil der Mädchen, die an solchen Angeboten teilnimmt höher ist. Bis zum Alter von sechs Jahren sind es laut der Studie dann 60 Prozent (Schmiade/Mutz 2012, 10-11).

Die EU-SILC-Sondererhebung zur Gesundheit in Österreich zeigt, dass sich 9 Prozent der Haushalte keine Sport- und Freizeitgeräte für draußen leisten können (Lamei et al. 2017, 19). **Bei der Gruppe der Mindestsicherungsbeziehenden konnten sich 17 Prozent keine Spiel- und Freizeitgeräte für draußen (also z.B. Fahrräder oder Roller) leisten, ein Drittel aller Haushalte mit BMS-Bezug kann sich Freizeitaktivitäten der Kinder, die mit Kosten verbunden sind, nicht leisten (Heuberger et al. 2018, 851).** Dies entspricht auch den Forschungsergebnissen des laufenden Volkshilfe-Forschungsprojektes, das zeigt, dass armutsbetroffene Kinder eher Sportarten wählen, die ohne großen Kostenaufwand und an öffentlichen (Spiel)Plätzen betrieben werden können. Zudem zeigt sich die besondere Bedeutung schulischer Bewegungsangebote für armutsbetroffene Kinder.

9% der Haushalte können sich keine Sportgeräte für draussen leisten.

2.3 UNFALLGEFAHR UND CHRONISCHE KRANKHEITEN

Wie viele internationale Studien zeigen, haben Kinder aus einkommensarmen Familien eine deutlich erhöhte Unfallwahrscheinlichkeit (Petridou et al. 2005; Christie 1995; Dowsell/Tower 2002; Laflamme et al. 2009), auch die internationale Kinderschutzorganisation UNICEF weist auf den Faktor Armut im Zusammenhang mit tödlichen Unfällen hin (UNICEF 2001). In der HBSC-Befragung 2020 gab die Hälfte aller Schüler*innen an, sich innerhalb eines Jahres mindestens einmal derart verletzt hat, dass sie behandelt werden mussten – eine Zahl, die bei Burschen höher liegt als bei Mädchen und insg. bei älteren Kindern (BMASGK 2019, 20) sinkt. Im HBSC-Datensatz zeigt sich eine starke Signifikanz zwischen den einkommensschwächsten und -stärksten 20 Prozent bei Verletzungen zumindest einmal pro Jahr (HBSC 2020, 11). Im HBSC-Länder-Vergleich haben österreichische Schüler*innen insg. eine höhere Verletzungsgefahr (ebenda). Armutsbetroffene Kinder weisen im weiteren Verlauf auch häufiger Komplikationen auf, ihre Krankheitsdauer ist deutlich länger (HBSC 2020). Jeder siebte letale Unfall bei Kindern unter 14 Jahren passiert in Österreich durch Ertrinken – die zweithäufigste Todesursache in diesem Alter, bei Kindern unter 5 Jahren ist es die häufigste tödliche Unfallursache. Das Forschungszentrum für Kinderunfälle berichtet, dass österreichweit etwa die Hälfte der Kinder nicht schwimmen kann, wobei die Tendenzen steigend sei (Spitzer/Till 2018).

Zahlen für Deutschland zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus seltener schwimmen können als Gleichaltrige mit hohem Sozialstatus. (Kuntz et al. 2016)

In der HBSC-Studie 2018 gibt jedes 5. Schulkind an, eine diagnostizierte chronische Erkrankung oder Behinderung zu haben (BMASGK 2019, 20). Schätzungen zufolge leben in Österreich mehr als 190.000 Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen bzw. mit besonderen gesundheitlichen Bedürfnissen – eine heterogene Gruppe, deren Erkrankungen unterschiedliche Herausforderungen im Alltag bedingen.

Ihre Herausforderungen betreffen aber nicht nur die gesundheitliche Dimension, sondern etwa auch den Lernalltag, z.B. wenn Fehlzeiten entstehen oder die soziale Teilhabe belastet ist, weil Mitschüler*innen sie als Belastung wahrnehmen. (vgl. Damm 2015, 36).

Kinder mit chronischen Erkrankungen haben oft eingeschränkte Teilhabechancen, etwa, wenn es um das soziale Gefüge in der Klassengemeinschaft geht, um die Teilhabe am Unterricht bzw. beim Einstieg in eine Lehre. Auch ist die Teilnahme an Schulveranstaltungen (Sportwochen, Ausflüge etc.) oder das individuelle Ernährungsangebot am Schulbuffet meist mit Hürden für diese Gruppe belastet. Die finanziellen Ressourcen und das soziale Kapital der Eltern spielt hier im Ausgleich eine besonders tragende Rolle.

2.4 MUNDGESUNDHEIT

Dass Mundgesundheit vom sozioökonomischen Hintergrund beeinflusst wird, ist durch zahlreiche Studien belegt (vgl. u.a. Bhandari, B., et al. 2015). Eine Studie im Journal of Dental Research verdeutlicht das Ausmaß dieses Zusammenhangs: Durchschnittlich hatte die Altersgruppe der über 65-Jährigen aus armen Verhältnissen etwa 4,5 Zähne weniger als Menschen mit besserem finanziellem Hintergrund. Bei der jüngsten Altersgruppe mit niedrigem sozioökonomischem Status zeigte sich eine extrem erhöhte Karieswahrscheinlichkeit (Steele et al. 2015).

Dies zeigt sich aber nicht erst im jungen Erwachsenenalter, wie etwa Dala (2012) zeigt. Bereits im Kindergartenalter würden sozioökonomische Ungleichheit und Mundgesundheit korrelieren. Sie verweist auf die Ergebnisse einer Elternbefragung aus dem Jahr 2004, die zeigt, dass nur die Hälfte der finanziell schlechter gestellten Eltern von Kindern, die von Karies betroffenen waren in den ersten beiden Lebensjahren mit dem Zähneputzen beginnen. Die fehlende tägliche Entfernung von Zahnbelag ist als erhöhtes Kariesrisiko für Kinder zu sehen (vgl. Splieth et al. 2004, Declerck et al., 2008; zit. n. Dala 2012).

„Ja, ich muss besser Zähne putzen. Einmal waren wir beim Zahnarzt und der hat einen Zahn rausgeholt.“

Mädchen, 7 Jahre, Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

Auch für die Gruppe der 11- bis 15-Jährigen können ähnliche Befunde aus dem HBSC-Datensatz erhoben werden. Während die befragten Kinder und Jugendlichen verglichen mit jenen anderer Staaten im oberen Drittel bei der Frage nach Zähneputzen mehr als einmal pro Tag liegen, zeigen sich auch hier große soziale Unterschiede. Besonders deutlich sind diese Unterschiede bei Burschen, wo die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem Wohlstand 16 Prozentpunkte weniger Häufigkeit für täglich mehrmaliges Zähneputzen vorweist. Bei den Mädchen liegt der Wert insg. höher, jedoch immer noch um zehn Prozentpunkte differenziert zwischen den beiden Gruppen.

Nur **50%** der armutsbetroffenen Eltern, deren Kinder an Karies leiden, begannen bereits in den ersten zwei Lebensjahren mit dem Zähneputzen.

2.5 LEGASTHENIE UND DYSKALKULIE

Die deutsche RABE-Studie zeigt, dass 13,3 Prozent der Schüler*innen, die an der Studie teilnahmen, eine sog. „Lernstörung“ haben, was die Weltgesundheitsorganisation als jene Situation definiert, in der jemand schlechtere Leistungen als die Norm in mindestens einer der schulischen Grundkompetenzen (Lesen, Schreiben und Rechnen) hat (nach dem Klassifikationssystem ICD-10). Bei sogar 23,3 Prozent der Kinder wurde eine Lernschwäche in einer oder mehrerer der Grundkompetenzen entdeckt (ESF Koordinierung 2017, 23).

„Das ist halt schwierig für mich, weil ich hab Legasthenie. Es ist sehr schwer, das Lesen für mich. Aber ich lerne jetzt besser zu lesen, weil wenn ich Schauspielerin bin, dann muss ich lernen besser zu lesen und daher versuche ich, öfter zu lesen.“

Mädchen, 12 Jahre, Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

Die Zahlen scheinen für Österreich vergleichbar zu sein. Lese-/Rechtschreib-Schwäche und andere Teilleistungsschwächen (etwa ICD-10-F81.0, etc.) haben multikausale Einflussfaktoren – dazu gehören unter anderem schulische, milieunahe, prä- und perinatale Entwicklungsdimensionen. Es kann nicht grundsätzlich von einer erhöhten Prävalenz bei armutsbetroffenen Kindern ausgegangen werden. **Jedoch zeigt die Schulkosten-Studie der Arbeiterkammer, dass sich fast die Hälfte der armutsgefährdeten Haushalte den u.a. Nachhilfeunterricht, Förderkurse und Unterstützung bei Legasthenie für ihre Kinder aus finanziellen Gründen nicht leisten können (Arbeiterkammer Wien/IFES 2014).**

Laut SVG können in Österreich auf Kosten der Krankenversicherung lediglich Ärzt*innen, Logopäd*innen, Ergotherapeut*innen, Psychotherapeut*innen (Krankenbehandlung) und klinische Psycholog*innen (Diagnostik) tätig werden. Spezialisierte und erfahrene Legasthenie- bzw. Dyskalkulietrainer*innen sind nicht im ASVG angeführt und die Kosten dafür können daher nicht übernommen werden (Österreichische Sozialversicherung 2016). Dadurch können nur die Behandlungen der Folge- und Begleitsymptome wie psychische Belastungen durch die Krankenkassen bezahlt werden und die gezielte Therapie wird zur Frage der Leistbarkeit für die Betroffenen. Eine mögliche steuerliche Absetzbarkeit (Kary 2013) der Behandlungskosten entlastet Haushalte mit mittleren und hohen Einkommen dagegen stärker.

Fast **50%** der armutsgefährdeten Haushalte können sich die Legasthenie-Förderkurse nicht leisten.

2.6 GESUNDHEITLICHES WOHLBEFINDEN, SCHMERZEN UND PSYCHOSOMATISCHE BELASTUNGEN

Im Rahmen der HBSC-Studie wurden die Befragten nach ihrem subjektiven Gesundheitsempfinden befragt. Während Mädchen ihren Gesundheitszustand insg. schlechter bewerten als Burschen und der Unterschied zwischen Mädchen aus Familien mit hohem und Familien mit niedrigem Wohlstand nur 5 Prozent beträgt, liegen Burschen insg. höher – und weisen auch einen doppelt so hohen Einfluss der sozioökonomischen Dimension auf. So haben Burschen mit einem höheren sozioökonomischen Status einen 20 Prozentpunkte höheren Wert als Mädchen aus Familien mit niedrigem Wohlstand. Dieselbe Studie zeigt auch, dass Burschen insg. weniger Schlafschwierigkeiten haben als Mädchen, wobei Mädchen mit niedrigem Einkommen deutlich schlechter schlafen als Mädchen aus wohlhabenden Familien (HBSC 2020, 52ff.).

„Ähm (..) ich würd gern schlafen, aber ich kann da nicht mehr einschlafen, dann am nächsten Tag bin ich kaputt. [...]"

Bub, 12 Jahre, Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

2.6.1 SCHMERZEN

Betrachtet man die Kopfschmerzen bei Mädchen und Burschen zwischen 11 und 15 Jahren, so entsteht ein vergleichbares Bild. Mehr Mädchen als Burschen haben jede Woche Kopfschmerzen. Am häufigsten haben Mädchen aus Familien mit niedrigerem Einkommen zu kämpfen (HBSC 2020, 59).

„Ich hab verschiedene Schmerzen [...] So manchmal hab ich Augen-, manchmal hab ich Kopf-, manchmal hab ich Brust-, manchmal hab ich Bauch- und manchmal hab ich Fußschmerzen.“

Mädchen, 12 Jahre, Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

„Am Abend hab ich manchmal, selten Kopfschmerzen, aber das is normal bei mir. Jeder hat irgendwann Kopfschmerzen bei uns. Liegt wohl in der Familie. [...] Also im Monat [...] so im Normalfall drei- bis viermal im Monat [...] dann leg ich mich einfach hin, deck mich zu und dann, wenn ich lieg, dann geh'n die Kopfschmerzen weg normal. Aber nur, dann weiß ich ganz genau, wenn ich wieder aufsteh, hab ich wieder Kopfschmerzen.“

Bub, 12 Jahre, Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

Interviewerin: "Wann hast du zum Beispiel Bauchweh?"

„Ja da lieg ich eigentlich, also wach gerade auf und hab schon Bauchweh irgendwie, ich weiß aber nicht warum.“

Bub, 11 Jahre, Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

Mädchen berichten häufiger von zumindest einmal wöchentlichen Bauchschmerzen als Burschen, wobei hier der ökonomische Hintergrund weniger stark schlagend wird als bei den Kopfschmerzen (HBSC 2020, 61). Bei den Rückenschmerzen, die häufiger als einmal pro Woche auftreten, sind Mädchen und Burschen aus ökonomisch schlechter gestellten Familien häufiger betroffen (HBSC 2020, 63).

Dies bestätigt sich auch in der Prävalenz psychosomatischer Belastungen, die armutsbetroffene Kinder häufiger als Kinder aus wohlhabenden Familien betreffen und hier insbesondere Mädchen (Laubstein et al. 2016, 66). Zu den altersspezifischen psychosomatischen Symptomen zählen laut Laubstein et al. (2016) etwa Einnässen, Bauch- und Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Unkonzentriertheit, Nervosität und depressive Symptomatiken (vgl. auch Richter 2000; Chassé/Zander/Rasch 2003; AWO-ISS-Studien 2006 & 2012). Dies trifft insbesondere zu, wenn Kinder und Jugendliche unter chronischer Armut leiden (Walper 2005).

Eine Studie der Ärztekammer und Volkshilfe aus dem Jahr 2019 (Volkshilfe 2019) zeigte auf, dass armutsbetroffene Kinder häufiger unter psychosomatischen Symptomen, wie verminderter Konzentrationsfähigkeit, erhöhter Müdigkeit, Nervosität, Aggressivität oder depressivem Verhalten leiden.

2.7 PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Anders als viele physiologischen Faktoren sind die Folgen von Kinderarmut auf die psychische Gesundheit relativ gut beforscht (vgl. Laubstein et al. 2016), auch wenn die Datenlage für Kinder und Jugendliche in Deutschland deutlich besser ist als in Österreich.

In der ATHIS Gesundheitsbefragung 2019 gaben 5,7 Prozent der erwachsenen Männer und 9,2 Prozent der erwachsenen Frauen an, innerhalb der letzten zwölf Monate unter Depressionen gelitten zu haben, welche bei 77,9 Prozent der Betroffenen durch eine*n Ärzt*in diagnostiziert wurde (BMSGPK 2020, 29).

Interviewerin: "Hast du viele Sorgen oder eher weniger Sorgen?"

„Äh, eher viele.“

Bub, 16 Jahre, Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

Interviewerin: "Was würdest du brauchen, damit du weniger Sorgen hättest?"

„Dass meine Mutter nicht immer schauen muss wegen dem Geld und der Miete (..)“

Mädchen, 13 Jahre, Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

Insgesamt wiesen 20 Prozent der Mädchen und 27 Prozent der Buben laut Auskunft ihrer Eltern teilweise oder eindeutig Symptome der Unruhe und Überaktivität auf.

Während bei 13 Prozent der Mädchen mit hohem sozialem Status von ihren Eltern über diese Symptome berichtet wurde, waren es bei den Mädchen mit niedrigem Sozialstatus 33 Prozent. Bei den Buben waren laut Aussagen ihrer Eltern 20 Prozent der Buben mit hohem und 34 Prozent der Buben mit niedrigem Sozialstatus teilweise oder eindeutig von Unruhe und Überaktivität betroffen. **Auch bei Kindern in Haushalten mit mittlerem Sozialstatus wurde von ihren Eltern bei Buben häufiger als bei Mädchen über Unruhe und Überaktivität berichtet (Buben: 26 Prozent, Mädchen: 16 Prozent teilweise oder eindeutig zutreffend).**

Burschen haben insg. eine höhere Zufriedenheit mit ihren Lebensumständen: Kommen sie aus Familien mit hohem Familieneinkommen geben sie auf einer Skala von 1-10 ihre Lebensumstände mit 8,4 an, Burschen aus Familien mit niedrigem Haushaltseinkommen geben durchschnittlich 7,7 Punkte an. Diesen Wert geben Mädchen aus Familien mit hohem Haushaltseinkommen an, während Mädchen aus Familien mit niedrigem Einkommen durchschnittlich 7,0 Punkte geben und damit fast 1,5 Punkte unter den Burschen aus ökonomisch bessergestellten Familien liegen.

Interviewerin: "Gabs im letzten Monat einen Moment, in dem es dir schlecht ging?"

„Also ned wirklich jetzt in den Ferien, aber in der Schulzeit, i werd einfach manchmal so in einer Art gemobbt in der Klasse.“

Bub, 12 Jahre, Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

„[...] in der Schule haben sie mich gefragt: Hast du das Geld mit? Und ich hab dann gesagt, ah nein, meine Mama bringt es mir aber noch, weil wir hatten kein Geld zu Hause. Dann haben alle zu lachen angefangen.“

Bub, 12 Jahre, Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

Armutsbetroffene Kinder sind stärker von Mobbing betroffen, wie eine Studie der Bertelsmann Stiftung zeigt: 60 Prozent der Kinder und Jugendlichen erfahren in der Schule Mobbing. Kinder, die materielle Sorgen haben, machen häufiger Gewalterfahrungen und werden (noch) häufiger gemobbt als andere (Laubstein et al. 2016).

60%
der
armutsbetroffenen
Kinder erfahren
Mobbing.

DIE CORONA- KRISE ALS KINDERGESUND- HEITSKRISE



„Meine Tochter hat Angst
vor einem positiven
Corona-Test, aus Sorge,
dass sie dann niemand
mehr mag.“

Mutter eines Volksschulkindes gegenüber der
Volkshilfe Österreich

3. DIE CORONA-KRISE ALS KINDERGESUNDHEITSKRISE

Die Auswirkungen der Corona-Krise auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind vielfältig. In den ersten Monaten der Corona-Krise wurde die Gefahr einer Infektion mit dem Sars-Cov-2-Virus für Kinder und Jugendliche vor allem medial wenig thematisiert, sondern eher ihre (un)mögliche **Rolle als Treiber*innen der Pandemie**. Spätestens mit der Ausbreitung der B.1.1.7.-Variante müssen auch die gesundheitlichen Auswirkungen einer Covid-19-Erkrankung von Kindern thematisiert werden. Denn sie führt bei Kindern und Jugendlichen eher zu einem symptomatischen Verlauf und immer stärker werden auch Spät- und Langzeitfolgen für Kinder, die eine Infektion mit dem Sars-Cov2-Virus erlitten, deutlich (vgl. u.a. Thomson 2021). Zudem häufen sich Berichte über die Krankheit Mis-C, die einige Wochen nach einer CoV-Infektion auftreten kann und Herz, Magen- und Darmsystem sowie die Blutgerinnung angreift (vgl. u.a. Jiang et al. 2020). Wie eine Studie aus Italien zeigt, wurden viele infizierte Kinder mit schweren Verläufen erst zu spät behandelt, weil ihre Eltern sie vor einer Infektion im Krankenhaus schützen wollten (Lazzerini et al. 2020). Doch auch abseits der Gefahr einer Covid-Erkrankung hatte die Corona-Krise zahlreiche Folgen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Lichtenberger/Ranftler 2020). So wurden insbesondere während des ersten Shutdowns im Frühjahr 2020 viele ärztliche Kontroll- und Impftermine ebenso verschoben wie ergo- und physiotherapeutische oder logopädische Betreuungseinheiten. Einige dieser Themen sollen im folgenden exemplarisch dargestellt werden.

„Meine Tochter lacht nicht mehr sehr viel, sie ist nicht mehr so fröhlich wie früher und will ihre Aufgaben nicht mehr machen.“

Mutter einer Volksschülerin gegenüber der Volkshilfe Österreich

Die Krise trifft armutsbetroffene Kinder und Jugendliche besonders stark. Eine Umfrage unter 100 armutsbetroffenen Familien, die von der Volkshilfe Österreich durchgeführt wurde, zeigt, dass **6 von 10 Kindern (61%) laut ihren Eltern einsamer als vor der Corona-Krise sind (Volkshilfe Österreich 2021)**. Mehr als die Hälfte der Mütter und Väter (57%) schätzen ihre Kinder jetzt trauriger ein. Vergleicht man diese Zahlen mit einer aktuellen Studie der Universität Salzburg, wird deutlich, dass armutsbetroffene Kinder härter durch die Corona-Krise getroffen werden: Während in der allgemeinen Befragung der Uni Salzburg 2 von 10 Kindern trauriger und einsamer sind, liegt der Anteil im Segment der Armutsbetroffenen 3 Mal so hoch. Dazu kommen noch jene 20%, die angeben, dass ihre Kinder bereits vor Corona traurig waren und sich das durch die Krise nicht verändert habe. Ein Wert, der die bereits vor Corona schlechte Lage von armutsbetroffenen Kindern illustriert. Doppelt so viele armutsbetroffene Eltern wie noch im vergangenen Sommer bewerteten die Lebensqualität ihrer Kinder nach rund einem Jahr Pandemie mit einem „Nicht Genügend“. Jede*r fünfte Mutter oder Vater (21%) sieht die Lage seiner Kinder derzeit derart desaströs (Volkshilfe Österreich 2021).

Im Folgenden fokussieren wir auf die Bereiche Essgewohnheiten/Gewichtsveränderungen/Esstörungen, psychische Gesundheit/Depressionen, Bewegung/körperliche Fitness, Teilleistungsschwächen sowie Teilhabechancen chronisch kranker Kinder in der Pandemie vor dem Hintergrund empirischer Forschungen. Besonderes Augenmerk legen wir dabei auf die Situation armutsbetroffener Kinder und Jugendlicher.

3.1 ESSGEWOHNHEITEN, GEWICHTSVERÄNDERUNGEN UND ESSSTÖRUNGEN

Zahlreiche Studien belegen heute den Einfluss der Covid-19-Krise auf die Essgewohnheiten, die Gewichtsveränderungen und in weiterer Folge auch auf die Essstörungen von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern. Exemplarisch sei hier auf die Online-Befragung der Medizinischen Fakultät der Ludwig Maximilian Universität München bei vormals stationär betreuten Patient*innen mit Bulimie über 13 Jahren verwiesen. Sie zeigte, dass 49 Prozent der Patient*innen eine Verschlechterung ihrer bulimischen Symptomatik beschreibt, sowie 62 Prozent dieser Gruppe angeben, ihre Lebensqualität habe sich stark reduziert. Einen Anstieg an Binge-eating berichteten 47 Prozent der Befragten und bei 36 Prozent erhöhte sich die Frequenz von selbst-induziertem Erbrechen (Schlegl et al. 2020).

Von diesen Entwicklungen sind auch Kinder und Jugendliche in Österreich stark betroffen. Paul Plener, Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie am AKH Wien warnte im Jänner 2021 davor, **dass immer mehr Kinder und Jugendliche durch die Corona-Krise begonnen hätten, ihr Gewicht zu reduzieren, um durch die verstärkten Belastungen in der Krise nicht an Gewicht zuzunehmen**. Plener begründet den Anstieg an bulimischen Patient*innen unter anderem durch die Schulschließungen, den sozialen Rückzug und den Verlust von positiven Erlebnissen im Alltag (Plener zit. n. ORF.at 2021b). Fernandez-Aranda et al. (2020, 241-242) weisen in diesem Zusammenhang auch auf die Herausforderungen für die Familien hin – auch im Zusammenhang mit der ökonomischen Situation der Familie: „Stay at home‘ and self-isolation strategies were discussed as resulting in increased burdens for carers and changing family dynamics. Balancing the needs of the individuals with an ED [eating disorder, Anm. HL] (for stability) with flexibility to adjust for the needs of the whole family, particularly children, was seen as crucial but challenging. It was evidently difficult to balance multiple care giving needs and work adjustment, whether working from home, sudden lack of employment, or increased workload.“ (Fernandez-Aranda et al. 2020, 241-242).

Lange fehlten für Österreich aussagekräftige Zahlen über die Häufigkeit von Essstörungen im Kindes-, Jugend-, und Erwachsenenalter, durch die MHAT-Studie (Mental Health in Austrian Teenagers) wurde **bei 23 Prozent der Jugendlichen in Österreich zwischen 11 und 18 Jahren Verdachtsfälle für div. Essstörungen ersichtlich, nachgewiesene Essstörungen in weiterführenden Befragungen konnten schließlich bei rund sechs Prozent** der genannten Altersgruppe festgestellt werden (Karwautz 2020, 29-30).

Für Patient*innen, die bereits vor der Corona-Krise an Essstörungen litten, veränderten sich die Therapiebedingungen insbesondere während der ersten Jahreshälfte 2020 ungünstig. Eine Auswertung der ersten zwei Wochen des Lockdowns im Frühjahr 2020 zeigte, dass das Klinikpersonal einer Einrichtung in Großbritannien in diesem Kontext besonders das Fehlen der Face-to-Face-Kontakte betonte, etwa das Fehlen der Gewichtskontrolle (sog. „weigh-ins“), wodurch von den Patient*innen ein höheres „Selbstmanagement“ durch das Fehlen der professionellen Unterstützung erforderlich sei (Fernandez-Aranda et al. 2020, 241).

Während im ersten Lockdown viele Therapie- und Unterstützungsmaßnahmen zur Gänze ausgesetzt wurden, stellten einzelne Initiativen während des zweiten Lockdowns im Herbst auf digitale Angebote um. Dies benachteiligt Kinder, die in Haushalten ohne ausreichende technische Ausstattung leben (Internet, ausreichend Geräte, Datenvolumen, etc.) bzw. jene mit kleinem Wohnraum, wie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin Eva Haffner vom Eltern-Kind-Zentrum ELKI des Universitätsklinikums Bonn berichtet: „Sehr schwierig wird es, wenn die technischen Voraussetzungen nicht gegeben sind oder wenn die Kinder nicht die Möglichkeit haben, sich in einen Raum zurückzuziehen.“ (Haffner zit. Universität Bonn 2021).

Auch im Hinblick auf Übergewicht und unerwünschte Gewichtszunahme zeigt die Corona-Krise ihre Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche. Denn auch wenn sich starkes Übergewicht nicht über Monate, sondern erst über Jahre hinweg manifestiert, warnt Thomas Huber von der Klinik am Corso in Bad Oeynhausen, dessen Einrichtung auf Essstörungen spezialisiert ist, vor den Auswirkungen der Corona-Krise auf die Essgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen. Durch Hamsterkäufe und der Furcht vor Lebensmittelknappheit seien die Vorratsschränke in vielen Familien während des ersten Lockdowns wesentlich stärker mit hochkalorischen Lebensmitteln wie Nudeln, Reis und Fertiggerichten gefüllt gewesen (Hensley 2020).

Für viele Kinder sei das Essen auch zu einer Bewältigungsstrategie geworden, so Huber, um mit der ungewöhnlichen und zum Teil als stark bedrohlich medial transportierten Situation umzugehen (Heise 2020).

Zudem hätten sich aus den Work-Life-Konflikten der Eltern im Homeoffice Essensgewohnheiten verändert, die Bewegungsimpulse reduziert und der Schlaf-Wach-Rhythmus sei gestört worden, was sich nachhaltig auf Essverhalten und Gewicht von Kindern und Jugendlichen ausgewirkt haben könnte, so Susanna Wiegand, Fachärztin für Kinderheilkunde und Leiterin des Bereichs Adipositas der Kinderklinik an der Charité in Berlin.

Dass hierbei auch die sozialen Hintergründe der Familien eine bedeutsame Rolle spielen, betont Berthold Koletzko, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Leiter der Abteilung für Stoffwechsel und Ernährung im Dr. von Haunerschen Kinderspital in München. Eine von ihm mit in Auftrag gegebene Studie zeigt, dass Kinder aus Familien mit hohem Bildungsabschluss der Eltern weniger betroffen sind, wohingegen 23 Prozent der Kinder von Eltern mit Hauptschulabschluss eine Zunahme des Körpergewichts bereits im ersten Lockdown verzeichnete. Diese Kinder hätten bereits vor der Corona-Krise ein höheres Ausgangsgewicht gehabt (Hauner 2020; Ernährungsschau 2020).

Zudem sind **Kinder und Jugendliche mit Adipositas einem höheren Risiko ausgesetzt, einen schweren Covid-Verlauf zu erleiden**. Ein Bericht des Irving Medical Center der Columbia University in New York City etwa zeigte, dass von den 50 auf Grund eines schweren Verlaufs von Covid-19 stationär aufgenommenen Kindern 22 Prozent adipös waren – und zwei Drittel der Kinder, die ein Beatmungsgerät benötigten, waren ebenfalls adipös (Zachariah et al. 2020; vgl. auch BVKJ 2020).

Die Essgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen wurden in Zeiten des Lockdowns auch insofern verändert, als dass insbesondere jene, die auf regelmäßige Mahlzeiten in Schule oder Kindergarten angewiesen sind, diese Angebote nicht mehr in Anspruch nehmen konnten.

3.2 PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND DEPRESSIONEN

Im Jänner 2021 präsentierte das Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Uni-Krems und der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie Studienergebnisse, wonach rund ein Viertel der österreichischen Bevölkerung (26 Prozent) an depressiven Symptomen, 23 Prozent an Angstsymptomen und 18 Prozent an Schlafstörungen leidet. Die Studie, die schon im September 2020 durchgeführt wurde, zeigt eine deutliche (neuerliche) Verschlechterung der psychischen Gesundheit in Österreich. Dabei zeigte sich auch eine starke Korrelation zwischen psychischen Belastungen, Alter, Geschlecht und Einkommen. So gehörten Frauen, Arbeitslose und Geringverdiener*innen (unter 1.000 Euro monatlich) zu den besonders gefährdeten Gruppen. **Hervorstechend sind auch die psychischen Belastungen in der Gruppe der jungen Menschen zwischen 18 und 24 Jahren, die schon in den vergangenen Untersuchungen stets am stärksten belastet waren. Hier kam es zu einem sprunghaften Anstieg von rund 30 Prozent auf 50 Prozent (Dale et al. 2021).** Dies entspricht auch dem internationalen Trend, wonach die Gruppe der 15- bis 25-Jährigen psychisch am stärksten von der Pandemie betroffen sei. So zeigt etwa eine Befragung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, dass sich jüngere Menschen, die vorher ein aktives Sozialleben verfolgten, einsamer fühlten als ältere Menschen in der Corona-Krise (Entringer/ Kröger 2020).

Das österreichische Corona-Panel zeigt, dass die Einsamkeitswahrnehmung mit dem zweiten Lockdown zwar insg. wieder angestiegen ist und sich schon im Dezember 2020 auf dem Niveau von Ende April 2020 befand, aber dass die Unterschiede in den Altersgruppen im weiteren Verlauf der Krise stark zunahm. Starke Einsamkeitsgefühle (d.h. Personen, die sich mehrmals pro Woche oder öfter einsam fühlen) haben Personen unter 21 Jahren dreimal so häufig wie Personen über 30 Jahren (Schiestl 2020).

Dale et al. (2021) zeigen aber, dass nicht nur Einsamkeit, sondern auch Sorgen um die eigene Gesundheit, Zukunftsängste, finanzielle Sorgen und Jobverlust als Auslöser der depressiven Belastungen oder Ängste präsent seien (vgl. auch Nicola et al. 2020).

Auch Kinder und Jugendliche erlebten während der Corona-Krise eine ungeheure psychische Belastung – so die Direktorin der Innsbrucker Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kathrin Sevecke als „emotionalen Ausnahmezustand“ beschrieb (Sevecke zit.n. ORF.at 2021a).

Während diese in der ersten Phase des Lockdowns noch weniger stark zu Tage traten, nahmen während des zweiten und dritten Lockdowns Angststörungen und Depressionen bei Kindern und Jugendlichen immer stärker zu (Pieh et al. 2021). Paul Plener, Leiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie am AKH Wien weist darauf hin, dass die psychischen Krankheitsbilder von Kindern und Jugendlichen, die sich im weiteren Verlauf der Corona-Krise zeigen, schwerer und akuter sind als vor der Pandemie (Plener zit.n. Warscher 2021).

Eine weitere Studie der Donau-Uni-Krems, die über 3.000 Schüler*innen ab 14 Jahren im Februar 2021 befragte, nahm die Auswirkungen der Schulschließungen genauer in den Blick. Sie zeigte, dass etwa **16 Prozent von ihnen entweder täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage suizidale Gedanken habe** (Pieh et al. 2021). 55 Prozent der Befragten berichteten von depressiven Symptomen, 47 Prozent von Symptomen einer Angststörung, 23 Prozent von Schlaflosigkeit und Symptome von Essstörungen zeigten 64 Prozent der Befragten. Während der sozioökonomische Status der Jugendlichen hier nicht erhoben wurde, zeigt eine deutsche, vergleichbare Erhebung, dass Kinder mit niedrigem sozioökonomischen Status wie auch Kindern mit Migrationshintergrund und jene mit limitiertem Wohnraum stärker betroffen sind (Ravens-Sieberer et al. 2021).

Für Volksschulkinder ergab eine Umfrage unter 531 Kindern der Universität Salzburg ein ähnliches Bild zu den Auswirkungen der Pandemie auf die Psyche. 79 Prozent der 531 Befragten gaben an, dass es ihnen im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie schlechter geht, jedes dritte Kind ist öfter wütend oder genervt, jedes fünfte ist öfter traurig oder fühlt sich einsam.

Jedes zweite Kind gibt an, die aktuelle Situation mache ihm Angst und jedes dritte Kind schläft in der Corona-Krise schlechter.

Die Kinder wünschen sich, Sport treiben zu können (1/3), ohne Maske zu sein (1/3) und die Gesichter der Menschen sehen zu können bzw. Freund*innen ohne Einschränkungen treffen zu können (jeweils 1/3) (Salzburg24 2021).

In einer Befragung der Volkshilfe Österreich unter armutsbetroffenen Familien fielen im Nachklang des ersten Lockdowns schon zwei Ergebnisse auf: Rund ein Viertel der Kinder (23 Prozent) waren erleichtert, dass sie nicht in die Schule mussten - dieser Umstand verweist auf die belastende Situation von armutsbetroffenen Kindern und Jugendlichen im Schulsystem, was in der Befragung ebenfalls deutlich wird: **Ein Fünftel (20 Prozent) war fröhlicher, weil für sie schwierige Situationen wie etwa Mobbing endlich weggefallen sind** (Volkshilfe Österreich 2020). Paul Plener verweist auch auf eine teilweise Erleichterung durch das Distance Learning für jene Kinder hin, die schon vor der Corona-Krise unter sozialen Ängstlichkeiten litten. Auch für „autistische Kinder wird der Alltag durch die Isolation in der Wohnung in manchen Fällen eher kontrollierbarer“ (Plener zit n. Warscher 2021), so Plener in einem Interview.

79% der Befragten gaben an, dass es ihnen seit der Pandemie schlechter geht.

3.3 BEWEGUNG UND KÖRPERLICHE FITNESS

In ihrer Studie zur mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Schulschließungen berichteten Pieh et al. (2021) auch von einem Rückgang der körperlichen Aktivitäten gemessen an den bereits genannten HBSC-Daten aus dem Jahr 2018. Einer Studie der UC San Francisco zufolge, die die Daten von Schrittzählern weltweit auswertete, stellte einen weltweiten Rückgang der verfügbaren Schrittdaten innerhalb von 10 Tagen ab dem 11. März um durchschnittlich 5 Prozent weltweit fest, der sich innerhalb der nächsten 30 Tage auf einen Rückgang von 27,3 Prozent steigerte (Tison et al. 2020). Eine deutsche Studie von Schmidt et al. (2020) zeigt, dass sich die physischen Aktivitäten von Kindern und Jugendlichen während des ersten Lockdowns in Deutschland zwar erhöhten (dazu werden auch Gartenarbeit und Hausarbeit gezählt), dies aber stark von den Lebensumständen abhing.

Jene, die sich mehr bewegten lebten vor allem in Einfamilienhäusern und kleinen Gemeinden, während Kinder und Jugendliche, die am wenigsten aktiv waren in mehrstöckigen Häusern in Großstädten gewesen seien.

Dies wird für Österreich besonders relevant, wenn man bedenkt, dass in der Phase des ersten Lockdowns Spielplätze in ganz Österreich und zusätzlich die Bundesgärten in Wien geschlossen wurden. Die Bewegung sei zudem zwar durchschnittlich um 36 Minuten mehr geworden, aber weniger intensiv gewesen, weil etwa Trainings in Sportvereinen oder in der Schule entfielen, weshalb trotz vermehrter Aktivität gesundheitliche Folgen zu erwarten sind. Für den zweiten Lockdown in Deutschland wird, auch auf Grund der Jahreszeiten davon ausgegangen, **dass zehnmal mehr Kinder wie vor der Pandemie und doppelt so viele wie bei der ersten Befragung überhaupt keinen Sport mehr machen würden** (Ravens-Sieberer et al. 2020; Ravens-Sieberer et al. 2021; vgl. auch Lemm 2021). So verwundert es auch nicht, dass eine Umfrage der Universität Salzburg darauf verweist, dass sich ein Drittel der Kinder wünscht, wieder Sport treiben zu können, einem weiteren Drittel fehlt der Sport in der Schule (Salzburg24 2021).

3.4 TEILLEISTUNGSSCHWÄCHEN (LSR-SCHWÄCHEN)

Durch die Fokussierung auf die Kernkompetenzen Lesen, Schreiben, Rechnen bzw. die Haupt-/Schularbeitsfächer (Deutsch, Englisch, Mathematik, usw.) wurden in der Corona-Krise oftmals kreative/musische Gebiete vernachlässigt – das ist für alle Kinder schade, aber insbesondere für Kinder und Jugendliche mit einer Lese-Rechtschreib-Schwäche bedeutete dies, jene Fächer, die eher die Schwächen in den Vordergrund treten lassen zu betonen, während Stärken weniger sichtbar wurden (Reitzenstein 2020).

Eine Mutter eines Kindes mit Dyskalkulie und Legasthenie beschreibt nicht nur Nachteile durch das Homeschooling: „Die Terminfindung für die Therapiestunden war durch das Home-Schooling allerdings leichter geworden. Schulische Arbeitsaufträge konnten nun flexibel über den Tag verteilt und so Online-Therapietermine regelmäßig am Vormittag eingerichtet werden. Für uns als voll berufstätige Eltern war diese Flexibilität nur möglich, weil für uns Arbeit im Home-Office und zu Randzeiten am frühen Morgen, späten Abend oder Wochenende nicht neu war – und vor allem, weil mein Mann und ich uns die Betreuung der Kinder aufgeteilt haben“ (Reitzenstein 2020). Diese Fördermöglichkeit durch die Arbeit im Home-Office steht selbstverständlich nicht allen Arbeitnehmer*innen offen – Fabian Kalleitner und David W. Schiestl zeigen, dass **vor allem Personen mit hohem Haushaltseinkommen und einem höheren Bildungsabschluss im Home-Office arbeiten konnten** (Kalleitner/Schiestl 2020). Eine irische Studie befragte Kinder mit unterschiedlichen Herausforderungen im Bildungssystem, ein*e Befragte*r berichtet zu den Erfahrungen mit Homeschooling:

“I have severe dyslexia and all this online stuff is just going absolutely nowhere for me. I’m confused. I don’t know what I’m reading. I’m not taking any information in whatsoever! I’m really struggling and feel like I’ve missed out a lot.”

(zit. n. Ahead 2020, 27)

Die bereits mehrfach angesprochenen beengten Wohnverhältnisse werden auch hier schlagend, so berichtet ein*e Studienteilnehmer*in:

“Have to use the kitchen, only place with a table to set up, but my family is constantly in and out even when I ask them not to it is really difficult to get any work done. I am scared as I have no place else to do my exams, I don’t feel I will do well with the set up I have but have no other choice.”

(zit. n. Ahead 2020, 24)

Debby Meyer, eine Mutter eines Kindes mit einer LSR-Schwäche fasst die Situation der betroffenen Familien pointiert zusammen:

„It was hard being a dyslexia mom before coronavirus and now it’s even harder“ (Meyer 2020).

3.5 TEILHABE CHRONISCH KRANKER KINDER

Auch ohne eine Pandemie ist die Teilhabe von chronisch kranken Kindern am Unterricht bzw. beim Einstieg in eine Lehre bisher nicht flächendeckend sichergestellt, etwa wenn es um die Teilnahme an Schulveranstaltungen geht (Sportwochen, Ausflüge etc.) oder das individuelle Ernährungsangebot am Schulbuffet (vgl. Damm 2015: 36). **Durch den Shutdown im Frühjahr 2020 wurden Kontrolltermine ebenso verschoben wie ergo- und physiotherapeutische oder logopädische Betreuungseinheiten.** Speziell für Kinder mit chronischen Erkrankungen ergeben sich durch die Corona-Krise negative Effekte in mindestens drei Themenfeldern aufgrund ihrer gesundheitlichen Bedürfnisse: Einmal können sie Teil der Risikogruppen für einen schwereren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung sein, zudem hatte der Lockdown für sie vielfach gesundheitliche Folgen und zu guter Letzt stellen sich durch den spezifischen Umgang mit chronisch kranken Kindern im Zuge der langsamen Schulöffnung extraordinary Herausforderungen. Öffentlich debattiert wurde, ob Personen, die zu Risikogruppen gehören, an den Öffnungen verschiedener gesellschaftlicher Bereiche teilhaben können oder ob sie sich weiterhin selbst isolieren sollten.

“Ja, wegen dem Husten hab ich Stress in der Schule, die Schule regt sich auf, dass ich nicht in die Schule komme, obwohl sie mich eh immer von der Schule heimschicken, wegen dem Husten.”

Bub 12 Jahre, Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

Der Schutz vor dem Sars-Cov-2-Virus wurde zu einer individuellen Aufgabe der*s Betroffenen. Inklusive Maßnahmen hängen hingegen vom Engagement der Eltern, der Lehrer*innen und der Leitungen pädagogischer Einrichtungen im engen finanziellen Korsett neoliberaler Bildungspolitik ab. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin weist außerdem darauf hin, dass ein genereller Ausschluss von Kindern mit Grunderkrankungen nicht empfehlenswert ist – eine individuelle kinderärztliche Entscheidung über das Risiko ist geboten (vgl. DGKJ 2020: 1). Gewarnt wird vor dem Schaden, den ein Schulausschluss aufgrund breit angelegter Sicherheitsbedenken haben kann (vgl. DGKJ 2020: 3).

Insbesondere für Kinder und Jugendliche mit psychischen Behinderungen/Erkrankungen kann eine Veränderung der Tagesstruktur, etwa durch geänderte Betreuungssettings, hohen Stress erzeugen.

Der Ausgleich negativer Effekte durch das Aussetzen von Therapiestunden, bei denen der Behandlungserfolg unter anderem durch die kontinuierliche Betreuung erreicht wird, ist auch eine Frage materieller und zeitlicher Ressourcen bei dem armutsbetroffene Kinder und Jugendliche besonders benachteiligt sind. Im Kontext der fehlenden Corona-Impfungen für Kinder und insbesondere für chronisch kranke Kinder sind hier auch Maßnahmen zur prioritären Impfung ihrer Bezugs- und Betreuungspersonen zu nennen.

30 FORDERUNGEN DER VOLKSHILFE ÖSTERREICH

„Ja, eben so wie
Medikamente, dass
die, egal für was für ein
Kind, die sollten sowieso
für Kinder gratis sein.
Schulmäßig sollten die
Kosten übernommen
werden, wenn Kinder
Schulpflicht haben.“

Armutsbetroffener Vater eines 12-jährigen Bubens
Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

30 FORDERUNGEN DER VOLKSHILFE ÖSTERREICH



GESUNDHEITSWESEN

- 1 Anhebung des BIP-Anteils für Ausgaben des Gesundheitswesens** auf mind. 12 Prozent und Erhöhung der finanziellen Mittel im Bereich Gesundheitsprävention für Kinder und Jugendliche
- 2 Kostenfreie Therapien** für Kinder und Jugendliche bei medizinischer Indikation ohne Wartezeiten
Kostenübernahme von LSR-Therapien, Ergotherapie und Logopädie in vollem Umfang durch die Sozialversicherung über die Sicherstellung ausreichender, bedarfsorientierter Kassenplätze
- 3 Kurzfristig österreichweite Vereinheitlichung der Versorgungslage** bei Psychotherapie und Vereinheitlichung der Leistungen aller Krankenkassenträger in diesem Bereich
- 4 Rascher Ausbau der Krankenkassenplätze für Psychotherapie** und Ende der Kontingentierung bei Psychotherapieplätzen auch für Personen über 18 Jahre und Ausbau von kassenfinanzierten Therapiemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche (konkret fehlen 80.000 kassenfinanzierte Therapieplätze für Kinder und Jugendliche), weiters Ausbau der Psychotherapie-Ausbildungsplätze und Finanzierung durch die öffentliche Hand
- 5 Kostenfreiheit für Maßnahmen zur Mund- und Zahngesundheit** sowohl bei präventiven Maßnahmen wie auch bei Behandlungen Minderjähriger
- 6 Ausbau der stationären Therapie- und Behandlungsplätze** für Kinder und Jugendliche im Bereich Essstörungen und psychische Gesundheit



GESUNDHEIT UND BILDUNG

- 7** Flächendeckender Ausbau der **kostenfreien Kinderbetreuungs-einrichtungen**, insbesondere für Kinder unter 3 Jahren und in ländlichen Regionen – Öffnungszeiten müssen eine Vollzeitbeschäftigung ermöglichen
- 8** Ausbau der **Nachmittagsbetreuung**
- 9** Einführung einer **Ganztages-/ Gesamtschule** für alle 6 bis 14-jährigen, um die strukturelle Diskriminierung von armutsbetroffenen Kindern abzumildern
- 10** Ausbau der **Schulassistenzen** und Schulsozialarbeit in allen Bildungsstufen
- 11** Ausbau der **Gesundheitsbetreuung** im schulischen Bereich durch Ärzt*innen, DGKPs und Schulpsycholog*innen
- 12** Ausbau der niederschweligen Angebote psychotherapeutischer Information und **Beratung in Schulen**
- 13** Ressourcen bereitstellen, um **niederschwellige Informationen für alle Schüler*innen** zum Thema psychische Gesundheit im Unterricht einbringen zu können
- 14** Kostenfreies Angebot für Frühstück und warmes, **gesundheitsförderndes Mittagessen** in Kindergarten und Schule für alle Kinder und Jugendlichen



ZUGANG ZU GESUNDHEITSFÖRDERNDEN MASSNAHMEN

- 15** Verstärktes Angebot **niederschwelliger Kontakte**
Vereinfachter, mehrsprachiger Zugang zum Gesundheitswesen
Spezialisierte Angebote bekannter machen
- 16** **Zugang zum Gesundheitswesen** für alle Menschen, die in Österreich leben durch offensiv angebotene, qualifizierte Dolmetsch-Angebote
- 17** Förderung der **Health Literacy** von Eltern durch kostenfreie, niederschwellige und zielgruppenspezifische Angebote



BEGLEITMASSNAHMEN/ GESUNDHEITSFÖRDERUNG/ PRÄVENTIVE MASSNAHMEN

- 18** **Sport und Bewegung** von Anfang an – österreichweiter Ausbau von frühkindlichen, motopädagogischen Angeboten und deren finanzielle Förderung
Erhalt öffentlicher Infrastruktur wie etwa Schwimmbäder/Fußball- und Spielplätze
- 19** Ausbau der niederschweligen, freiwilligen und kostenfreien Maßnahmen zur **Stärkung der Gesundheitskompetenz** von Eltern mit Kleinkindern
- 20** Langfristige Förderzusagen und Angebote zur **Sensibilisierung** im Hinblick auf gesunde **Ernährung** und Lebensweise wie beispielsweise das Projekt „Gesundheitslots*innen“ der Volkshilfe Wien
- 21** Ausweitung des **Gratis-Impfprogramms** auf alle medizinisch empfohlenen Impfungen (z.B. Meningokokken)



FINANZIELLE ABSICHERUNG

- 22** Einführung einer **Kindergrund-sicherung** um Kinderarmut nachhaltig zu beenden
- 23** **Verlängerung der Familienbeihilfe** bis zum 26. Lebensjahr für junge Erwachsene, die sich in einer Ausbildung befinden
- 24** Finanzielle Absicherung der Eltern über die **Erhöhung des Arbeitslosengeldes**, die Verlängerung des Anspruchs auf Arbeitslosengeld und eine erhöhte Mindestsicherung im Kontext der Corona-Krise und ihrer wirtschaftlichen Nachwirkungen



WEITERE FORDERUNGEN

- 25** Ausbau der **offenen Jugendarbeit** inkl. Indoor-Möglichkeiten als niederschwelliges Angebot für Jugendliche
- 26** Ausbau der **Jugendberatungsstellen** mit ausreichendem Budget
- 27** **Langfristige Zusagen für Projekte** in speziellen Zielgruppen des Public Health (etwa z.B. für das Projekt der Volkshilfe Wien „Migrant*innen für Gesundheit“)
- 28** Rechtsanspruch auf die Möglichkeit der Verlängerung der Angebote der Unterstützung z.B. in der **Grundversorgung oder bei Jugendhilfen** bis zum 21. Lebensjahr
- 29** **Ausbau des Projekts „Frühe Hilfen“** in ganz Österreich, um Familien von Beginn an zu stärken und zu begleiten
- 30** Übernahme der Kosten für telefonische und digitale **Helplines/ Helpforen** für Kinder und Jugendliche, gerade im Hinblick auf die Herausforderungen der Corona-Krise

PROJEKTE DER VOLKSHILFE ÖSTERREICH

„[...] früher war ich schon ein bisschen schüchtern und hab wenig geredet, also ich hab in der Schule nicht sehr viel geredet. Und auf einmal begann ich einfach zu reden, ich weiß nicht, wie es passiert ist, aber ich traute mich, mehr herauszukommen und auch mehr zu sagen [...].“

Mädchen, 11 Jahre
Volkshilfe-Forschungsprojekt Kindergrundsicherung

4. PROJEKTE DER VOLKSHILFE ÖSTERREICH

4.1 KINDER.GESUNDHEIT.SICHERN.

Der Volkshilfe-Fonds „Kinder.Gesundheit.Sichern“ unterstützt finanziell benachteiligte Familien bei Ausgaben für ihre Kinder im Bereich Gesundheit.

Dazu gehören etwa:

- Heilbehelfe
- Orthopädische Behelfe
- Ergo-, Physio-, Logo- und andere spezielle Therapien
- Spezielle Medikamente sowie
- Maßnahmen zur gesunden Ernährung, Erholung und Stärkung der psychischen Gesundheit.

Im Jahr 2020 konnten 215 Familien bzw. 278 Kinder finanziell unterstützt werden.

Die durchschnittliche Auszahlungshöhe lag bei knapp 300 Euro. Bei 134 Anträgen ging es um Behandlungskosten (inkl. Medikamente, Heilbehelfe, etc.), die Mittel von 67 Ansuchen wurden für Präventionsmaßnahmen eingesetzt, der Rest für beide Bereiche. **Alleine im ersten Quartal 2021 konnte ein massiver Anstieg der Ansuchen beobachtet werden.** Gab es im ersten Quartal 2020 60 Anträge, so wurden im ersten Quartal 2021 bereits 156 Anträge gestellt. Das ist beinahe eine Verdreifachung.

Von den im ersten Quartal 2021 bewilligten Anträgen wurden in fast 40 Prozent der Fälle Kosten für Therapien aller Art mitgetragen, dazu gehören Logopädie und Ergotherapie. Jede*r fünfte Ansuchende sucht um Unterstützung für zahn-/kiefermedizinische Leistungen an. 13 Prozent der bewilligten Anträge des ersten Quartals 2021 beziehen sich auf den Bereich Gesundheitsprävention.

In **40%**
der Anträge
wurden
Therapiekosten
mitgetragen.

4.2 FORSCHUNGSPROJEKT “KINDERARMUT ABSCHAFFEN”

4.2.1 ERSTE PIONIERARBEIT

In Anbetracht der Entwicklung der Kinderarmut in Österreich wartet die Volkshilfe nicht auf bessere Zeiten. Wir haben gemeinsam mit externen Expert*innen berechnet, was ein Kind pro Monat braucht, um finanziell abgesichert zu sein. Daraus haben wir das **Modell „Kindergrundsicherung“ entwickelt.**

In einem ersten Schritt finanzieren wir 23 armutsgefährdeten Kindern zwei Jahre lang diese monatliche Unterstützung. Pro Bundesland wird dabei eine ausgewählte Familie von Sozialarbeiter*innen begleitet. Regelmäßige Kontakte zur Familie, das Führen eines Kinderhaushaltsbuches, sowie gemeinsame Reflexionen über die zu Beginn mit den Kindern erarbeiteten Ziele garantieren, dass das Geld ausschließlich der Entwicklung des Kindes zugute kommt.

4.2.2 WISSENSCHAFTLICHE BEGLEITUNG

Um die konkreten Auswirkungen unseres Pilotprojekts auf die Lebenswelt und Gefühlslage der Kinder und ihrer Familien zu untersuchen, werden alle Daten gesammelt und **wissenschaftlich ausgewertet.** Anfang 2019 haben wir das Projekt Kindergrundsicherung gestartet, im Herbst 2021 werden die ersten Ergebnisse hinsichtlich der Veränderung durch die Kindergrundsicherung präsentiert.

4.2.3 POLITISCHE FORDERUNG

Unsere Vision ist, dass **jedes Kind in Österreich unabhängig von der Einkommenssituation seiner Eltern alle Chancen hat.** Durch die positiven Erfahrungen aus dem Modellprojekt wird die politische Forderung nach der Einführung der Kindergrundsicherung gestärkt. Die Erkenntnisse aus dem Forschungsprojekt geben uns Recht.

Die Volkshilfe fordert daher von der Regierung die Einführung einer nach Einkommen gestaffelten, monatlichen Kindergrundsicherung für alle Kinder (bis 18 Jahre) in Österreich.

23
Kinder konnten
zwei Jahre lang
monatlich finanziell
unterstützt werden.

LITERATUR

Ahead (2020): Learning from Home During Covid-19: A Survey of Irish FET and HE Students with Disabilities; AHEAD Educational Press, Dublin; online verfügbar unter: <https://ahead.ie/userfiles/files/shop/free/Learning%20from%20Home%20During%20Covid-19%20-%20A%20Survey%20of%20Irish%20FET%20and%20HE%20Students%20with%20Disabilities.pdf>, abgerufen am 1. März 2021.

Arbeiterkammer/IFES (2014): Nachhilfe in Österreich. Bundesweite Elternbefragung 2014. Studienbericht; online verfügbar unter: https://www.arbeiterkammer.at/infopool/akportal/NH_Oesterreich_2014.pdf, abgerufen am 5. März 2021.

Aulenbacher, Brigitte et al. (2015): Gelebte Sorglosigkeit? Kapitalismus, Sozialstaatlichkeit und soziale Reproduktion am Beispiel des österreichischen „migrant-in-a-family-care“-Modells, in: Kurswechsel (2015), Heft 1, S. 6 -14.

AWO/ISS/ Holz, Gerda/ Richter, Antje/ Wüstendörfer, Werner/ Giering, Dietrich (2006): Zukunftschancen für Kinder!? – Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit. Endbericht der 3. AWO-ISS-Studie im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt e.V. Frankfurt am Main: ISS e.V.

AWO/ISS/ Laubstein, Claudia/Holz, Gerda/ Dittmann, Jörg/ Sthamer, Evelyn (2012): Von alleine wächst sich nichts aus. Lebenslagen von (armen) Kindern und Jugendlichen und gesellschaftliches Handeln bis zum Ende der Sekundarstufe I. Abschlussbericht der 4. Phase der Langzeitstudie im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt. Frankfurt am Main: ISS e.V.

Bacher, Johann (1998): Einkommensarmut von Kindern und subjektives Wohlbefinden. Bestandsaufnahme und weiterführende Analysen. In: Mansel, Jürgen/ Neubauer, Georg (Hrsg.): Armut und soziale Ungleichheit bei Kindern. Opladen: Leske + Budrich, 173-189.

Bacher, Johann (2020): 215.500 Kinder leben in Österreich in beengten Wohnungsverhältnissen. 30. März 2020. <https://awblog.at/215-500-kinder-in-beengten-wohnungsverhaeltnissen/>, abgerufen am 27. Juli 2020.

Berufsverband der Kinder- & Jugendärzte e.V. (2020): Starkes Übergewicht erhöht möglicherweise das Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19; online verfügbar unter: <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/article/starkes-uebergewicht-erhoeht-moeglicherweise-das-risiko-fuer-einen-schweren-verlauf-von-covid-19/>, abgerufen am 5. März 2021.

Bhandari, Bishal/ Newton, Jonathan Timothy/Bernabé, Eduardo (2015): Income Inequality and Use of Dental Services in 66 Countries; in: Journal of Dental Research, 94 (8); S. 1048–1054, DOI: 10.1177/0022034515586960.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMSGK) (2019): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018; Wien; online verfügbar unter: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=692>, abgerufen am 1. März 2021.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation, Wien.

Chassé, Karl August/Zander, Margherita/Rasch, Konstanze (2003): Meine Familie ist arm. Wie Kinder im Grundschulalter Armut erleben und bewältigen; Opladen: Leske + Budrich.

Christie, Nicola (1995): Social, economic and environmental factors in child pedestrian accidents: a research review; Transport Research Laboratory Project Report 116. Crowthorne: TRL 1995.

Dala, Heidi (2012): Zahngesundheit von 3- und 5-jährigen Kindergartenkindern im Ennepe-Ruhr-Kreis unter Berücksichtigung ihrer ethnischen Zugehörigkeit – Ein 5-Jahresvergleich; Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades doctor medicinae dentariae (Dr. med. dent.) an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena online verfügbar unter: https://www.db-thueringen.de/servlets/MCRFileNodeServlet/dbt_derivate_00026876/Diss/Dala.pdf, abgerufen am 5. März 2021.

Dale, Rachel/Budimir, Sanja/Probst, Thomas/Stippl, Peter/Pieh, Christoph (2021): Mental Health during a COVID-19 Lockdown Over the Christmas Period in Austria (January 26, 2021); verfügbar unter: <https://ssrn.com/abstract=3773439> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3773439>, abgerufen am 5. März 2021.

Damm, Lilly (2015): Kinder mit chronischen Erkrankungen in der Schule. Darstellung der Child Public Health Perspektive; in: Fichtenbauer, Peter (Hrsg.): Das chronisch kranke Kind im Schulsystem. <https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/a38dg/Das%20chronisch%20kranke%20Kind%20im%20Schulsystem.pdf>, abgerufen am 27. Juli 2020.

Declerck, Dominique/Leroy, Roos/Martens, Luc/Lesaffre, Emmanuel/Garcia-Zattera, Maria-José/Broucke, Stephan Vanden/Debyser, Martine/Hoppenbrouwers, Karel (2008): Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children; in: *Community dentistry and oral epidemiology*, 36, (2); S.168-178.

DGKJ – Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (2020): Welche Grunderkrankungen legen Einschränkungen in der Teilnahme am Schulunterricht aufgrund der Corona-Pandemie nahe?, https://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/Meldungen_2020/200506_SN_SchulbefreiungRisikogruppen_final_alt.pdf, abgerufen am 27. Juli 2020.

Dowswell, Therese/ Towner, Elizabeth (2002): Social deprivation and the prevention of unintentional injury in child-hood: a systematic review; in: *Health Education Research*, 17; S. 221–237; DOI: 10.1093/her/17.2.221.

Drewnowski, Adam/ Specter, Stephen E. (2004): Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs; in: *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79 (1); S.6-16, <https://doi.org/10.1093/ajcn/79.1.6.2021>.

Entringer, Theresa/Kröger, Hannes (2020): Einsam, aber resilient – Die Menschen haben den Lockdown besser verkraftet als vermutet; DIW aktuell 46; online verfügbar unter: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.791373.de/diw_aktuell_46.pdf, abgerufen am 1. März 2021.

Ernährungsumschau (11.11.2020): Corona-Krise: Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Kindern – neue Kooperation; online verfügbar unter: <https://www.ernaehrungs-umschau.de/news/09-11-2020-ernaehrungs-und-bewegungsverhalten-von-kindern-neue-kooperation/>, abgerufen am 1. März 2021.

Feichtinger, Elfriede (2000): Ernährung in Armut; in: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung Sektion Niedersachsen (Hrsg.): Suppenküchen im Schlaraffenland. Ernährung und Armut von Familien und Kindern in Deutschland. Tagungsreader; Hannover.

Fernández-Aranda, Fernando/Casas, Miquel/Claes, Laurence/Bryan, Danielle Clark/ Favaro, Angela/Granero, Roser/Gudiol, Carlota/Jiménez Murcia, Susana/Karwautz, Andreas/ Le Grange, Daniel/Menchón, Jose M/Tchanturia, Kate/Treasure, Jane (2020): COVID-19 and implications for eating disorders; in: *European eating disorders review*, 28 (3); S. 239-245, <https://doi.org/10.1002/erv.2738>.

Friebe, Richard (2009): Arme Kinder - kranke Kinder. FAZ vom 20. Februar 2005; online verfügbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheitsforschung-arme-kinder-kranke-kinder-1213799.html>, abgerufen am 1. März 2021.

Fuchs, Michael (2018): Nicht-krankenversicherte Personen in Österreich - empirische Erkenntnisse - Kurzfassung; in: *Soziale Sicherheit* September 2018; online verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.845161&portal=svportal>, abgerufen am 8. April 2021

Habl, Claudia et al. (2014): Armut und Gesundheit; in: Dimmel, Nikolaus/Schenk, Martin/Stelzer-Orthofer, Christine (Hrsg.): *Handbuch Armut in Österreich*, Innsbruck/Wien. S. 240-267.

Hauner, Hans (2020): Erweiterung des EKfZ: Zusätzlicher Themenschwerpunkt „Ernährung im Kindesalter“. *Gesund essen – trotz Corona!*; online verfügbar unter: https://www.ekfz.tum.de/fileadmin/PDF/201016_EKFZ_Podiumsdiskussion_Final.pdf, abgerufen am 5. März 2020.

HBSC (2020): Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-Aged-Children (HBSC). Survey in Europe and Canada. *International Report Vol. 2/Key Data*. Hrsg. v. WHO/Inchley, Jo/ Currie, Dorothy/ Budisavljevic, Sanja/ Torsheim, Torbjørn/ Jåstad, Atle/ Cosma, Alina/ Kelly, Colette/ Arnarsson, Ársæll Már/Samdal, Orddrun; Kopenhagen.

Heise, Gudrun (2020): Wie der Lockdown die Lage übergewichtiger Kinder verschlimmert; online verfügbar unter: <https://www.dw.com/de/wie-der-lockdown-die-lage-%C3%BCbergewichtiger-kinder-verschlimmert/a-53131605>, abgerufen am 5. März 2021.

Hensley, Laura (2020): Why the coronavirus pandemic is triggering those with eating disorders; in: *Global News* (28.03.2020); online verfügbar unter: <https://globalnews.ca/news/6735525/eating-disordercoronavirus/>, abgerufen am 25. Mai 2020.

Heuberger, Richard/Lamei, Nadja/Skina-Tabue, Magdalena (2018): Lebensbedingungen von Mindestsicherungsbeziehenden. Analyse von Personen in Haushalten mit BMS-Bezug – EU-SILC 2015-2017; in: *STATISTISCHE NACHRICHTEN* 10/2018; S. 845-851.

Hock, Beate/Holz, Gerda/Wüstendörfer, Werner (2000): Frühe Folgen – langfristige Konsequenzen? – Armut und Benachteiligung im Vorschulalter. Studie im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt; Frankfurt am Main: ISS e.V.

Holz, Gerda/Richter, Antje/Wüstendörfer, Werner/Giering, Dietrich (2006): Zukunftschancen für Kinder!? – Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit. Endbericht der 3. AWO-ISS-Studie im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt e.V.; Frankfurt am Main: ISS e.V.

Hurrelmann, Klaus (1995): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. 4. Auflage. Weinheim, München: Juventa.

Jiang, Li/Tang, Kun/Levin, Mike/Irfan, Omar/Morris, Shaun K./ Wilson, Karen/Klein, Jonathan D./Bhutta, Zulfiqar A. (2020): COVID-19 and multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents; in: *Lancet Infect Dis* 2020(20); S. 276–88; online verfügbar unter: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30651-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30651-4), abgerufen am 1. März 2021

Kahl, Heidrun (1993): Bewegungsförderung im Unterricht. Einfluss auf Konzentration, Verhalten und Beschwerden (Befinden) - Evaluationsergebnisse; in: *Haltung und Bewegung*, 2. S. 36-42.

Kalleitner, Fabian/Schiestl David W. (2020): Einkommenseinbußen in der Frühphase der Corona-Krise. Austrian Corona Panel Project; online verfügbar unter <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog07/>, abgerufen am 11. November 2020.

Karimi, Maryam/ Castagné, Raphaële/ Delpierre, Cyrille/ Albertus, Gaëlle/ Berger, Eloïse/ Vineis, Paolo/ Kumari, Meena/ Kelly-Irving, Michelle/ Chadeau-Hyam, Marc (2019): Early-life inequalities and biological ageing: a multisystem Biological Health Score approach in Understanding Society; in: *Journal of Epidemiol Community Health* 73(8), S. 693-702. DOI: 10.1136/jech-2018-212010, abgerufen am 1. März 2021.

Karwautz, Andreas (2020): State of the Art: Essstörungen; in: *Österreichische Ärztezeitung* 13/14; S. 28-34; https://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2020_Verlinkungen/Esstorerungen.pdf, abgerufen am 5. März 2021.

Karwautz, Andreas (2020): State of the Art: Essstörungen; in: *Österreichische Ärztezeitung* 13/14; S. 28-34; https://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2020_Verlinkungen/Esstorerungen.pdf, abgerufen am 5. März 2021.

Kary, Christine (2013): Absetzmöglichkeiten bringen oft wenig; *DiePresse.com* vom 17. November 2013; online verfügbar unter: <https://www.diepresse.com/1480635/absetzmoglichkeiten-bringen-oft-wenig>, abgerufen am 5. März 2021.

Kelly-Irving, Michelle (2019): Allostatic load: how stress in childhood affects life-course health outcomes; in: *Health Foundation working paper. Future Health Inquiry working paper number 3*; The Health Foundation, <https://www.health.org.uk/publications/allostatic-load>.

Klimont, Jeannette/ Baldaszti, Erika/ Ihle, Petra (2016): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen; Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; Wien.

Koordinierungsstelle des BMBF-Forschungsschwerpunkts Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ESF Koordinierung) (2017): Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. ERGEBNISSE UND NUTZUNGSPOTENTIALE DES FORSCHUNGSSCHWERPUNKTS; online verfügbar unter: <http://www.esf-koordinierung.de/content/1-home/broschure-esf-2017cmyk-download.pdf>, abgerufen am 4. März 2021.

Kuntz B, Frank L, Manz K, Rommel A, Lampert T. Soziale Determinanten der Schwimmfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus KiGGS Welle 1. Dtsch Z Sportmed. 2016; 67: 137-143.

Kuntz, Benjamin/ Zeiher, Johannes/ Starker, Anne/ Prütz, Franziska/ Lampert, Thomas (2018). Rauchen in der Schwangerschaft – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends; in: Journal of Health Monitoring, 3 (1); S.47-54; DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-009.

Laflamme, Lucie/Burrows, Stephanie/Hasselberg, Marie (2009): SOCIOECONOMIC DIFFERENCES IN INJURY RISKS. A REVIEW OF FINDINGS AND A DISCUSSION OF POTENTIAL COUNTERMEASURES; World Health Organization; online verfügbar unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111036/E91823.pdf, abgerufen am 1. März 2021.

Lamei, Nadja/ Glaser, Thomas/Göttlinger, Susanne/Heuberger, Richard/Oismüller, Anneliese/ Riegler, Romana/Greußing, Esther (2015): Lebensbedingungen in Österreich – ein Blick auf Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie (Mehrfach-)Ausgrenzungsgefährdete. Studie der Statistik Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zu Vertrag BMASK-57158/0001-V/B/4/2015; Wien: Statistik Austria.

Lamei, Nadja/ Psihoda, Sophie/ Skina-Tabue, Magdalena (2017): Gesundheit und Einkommen. Analyse von Daten des EU-SILC-Moduls 2017 zu Gesundheit und Kindergesundheit; Wien: Statistik Austria.

Lamei, Nadja/ Psihoda, Sophie/ Skina-Tabue, Magdalena (2019): Gesundheit und Einkommen. Analyse von Daten des EU-SILC-Moduls 2017 zu Gesundheit und Kindergesundheit. Statistische Nachrichten 3/2019. Statistik Austria, Wien.

Lampert Kuntz <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2304/24cdwabib3zcc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric/von der Lippe, Elena/Müters, Stephan/Stolzenberg Heribert (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1); in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56 (5). S. 814-821, DOI: 10.1007/s00103-013-1695-4.

Lampert, Thomas/Saß, Anke-Christine/Häfelinger, Michael/Ziese, Thomas (2005): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung; Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, ISBN 3-89606-164-x.

Laubstein, Claudia/ Holz, Gerda/ Dittmann, Jörg/ Sthamer, Evelyn (2012): Von alleine wächst sich nichts aus. Lebenslagen von (armen) Kindern und Jugendlichen und gesellschaftliches Handeln bis zum Ende der Sekundarstufe I. Abschlussbericht der 4. Phase der Langzeitstudie im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt; Frankfurt am Main: ISS e.V.

Laubstein, Claudia/ Holz, Gerda/ Seddig, Nadine (2016): Armutsfolgen für Kinder und Jugendliche. Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland; Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Lazzerini, Marzia/Barbi, Egidio/Apicella, Andrea/Marchetti, Federico/Cardinale, Fabio/ Trobia, Gianluca (2020): Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19; in: The Lancet Child & Adolescent Health 4(5), S. 10-11. online verfügbar unter: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30108-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30108-5)(angerufen am 5. März 2021)

Lemm, Saskia (2021): Pressemitteilung: Ergebnisse aus zweiter Befragungsrunde. Copsy-Studie: Kinder und Jugendliche leiden psychisch weiterhin stark unter Corona-Pandemie; online verfügbar unter: <https://idw-online.de/de/attachmentdata85769.pdf>, abgerufen am 5. März 2021.

Lichtenberger, Hanna/ Wöhl, Stefanie (2020): Strukturelle Sorglosigkeit: die 24-Stunden-Betreuung in der Covid-19-Krise; in: Femina Politica – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft, 2. S.133-134, <https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v29i2.22>.

Lichtenberger, Hanna/Ranftler, Judith (2020): Von Superspreadern und Kinderarmut. Zu den intersektionalen Auswirkungen der Corona-Krise auf Kinder und den Folgen für die Soziale Arbeit; in: soziales_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit Nr. 24 (2020); online verfügbar unter: <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/699/1250.pdf>, abgerufen am 1. März 2021

Mansel, Jürgen (2002): Lebenssituation und Wohlbefinden von Jugendlichen in Armut. In: Butterwegge, Christoph/ Klundt, Michael (Hrsg.): Kinderarmut und Generationengerechtigkeit. Familien- und Sozialpolitik im demografischen Wandel. Opladen: Leske + Budrich, 115-136

Meyer, Debbie (2020): It Was Hard Being a Dyslexia Mom Before Coronavirus and Now It's Even Harder; in: Education Post. Better conversation, better education (1. April 2020); online verfügbar unter: <https://educationpost.org/it-was-hard-being-a-dyslexia-mom-before-coronavirus-and-now-its-even-harder/>, abgerufen am 1. März 2021.

Nicola, Maria/ Alsafi, Zaid/ Sohrabi, Catrin/ Kerwan, Ahmed/ Al-Jabir, Ahmed/ Iosifidis, Christos/ Agha, Maliha/ Agha, Riaz (2020): The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review; in: International Journal of Surgery, 78; S. 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>.

ORF.at (2021a): „Ausnahmestandard“ bei Kindern und Jugendlichen; online verfügbar unter: <https://science.orf.at/stories/3204367/>, abgerufen am 1. März 2021.

ORF.at (2021b): Immer mehr Kinder leiden unter Lockdowns; online verfügbar unter: <https://wien.orf.at/stories/3087068>, abgerufen am 3. März 2021.

Österreichische Sozialversicherung (2016): Legasthenie / Dyskalkulie; online verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844106&portal=svportal>, abgerufen am 5. März 2021.

Petridou, Eleni/Anastasiou, Anastasia/Katsiardanis, Konstantinos/Dessypris, Nick/Spyridopoulos, Themis/ Trichopoulos, Dimitrios (2005): A prospective population based study of childhood injuries: the Velestino town study; in: European Journal of Public Health, 15 (1), S. 9–14, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki103>.

Pieh, Christoph/ Plener, Paul/ Probst, Thomas/ Dale, Rachel/ Huemer, Elke (2021): Mental health in adolescents during COVID-19-related social distancing and homeschooling; online verfügbar unter: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3795639, abgerufen am 5. März 2021.

Ravens-Sieberer, Ulrike/Kaman, Anne/ Erhart, Michael/Devine, Janine/Schlack, Robert/ Otto, Christiane (2021): Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany; in: European Child and Adolescent Psychiatry, <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>, abgerufen am 5. März 2021.

Ravens-Sieberer, Ulrike/Kaman, Anne/ Otto, Christiane/ Erhart, Michael/ Devine, Janine/ Schlack, Robert (2020): Impact of the COVID-19 Pandemic on Quality of Life and Mental Health in Children and Adolescents; in: European Child & Adolescent Psychiatry, <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>.

Richter, Antje (2000): Armutsausprägungen bei Kindern, Jugendlichen, Frauen und Familien. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Oldenburg, online verfügbar unter <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/bmfsfj.expert.pdf>.

Richter, Antje (2000): Wie erleben und bewältigen Kinder Armut? Eine qualitative Studie über die Belastungen aus Unterversorgungslagen und ihre Bewältigung aus subjektiver Sicht von Grundschulkindern einer ländlichen Region; Aachen: Shaker.

Richter, Antje (2005): Armutsprävention – Ein Auftrag für die Gesundheitsförderung; in: Zander Magherita (Hrsg.): Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis; Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 200-217, https://doi.org/10.1007/978-3-322-92447-6_11.

Richter, Antje (2006): Armutsprävention - ein Auftrag für die Gesundheitsförderung; online verfügbar unter: <https://www.stadtteilarbeit.de/armut-gesundheit/armutspraevention-ein-auftrag-fuer-die-gesundheitsfoerderung>, abgerufen am 1. März 2021.

Salzburg21 (2021): Jedes fünfte Kind öfter traurig oder einsam. Salzburger Studie zeigt Emotionen von Volksschülern; online verfügbar unter: <https://www.salzburg24.at/news/oesterreich/kinder-waehrend-corona-pandemie-oefter-traurig-und-einsam-100979119>, abgerufen am 1. April 2021.

Schenk, Martin (2015): Kindergesundheit und Armut; in: Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (Hrsg.): Bericht zur Lage der Kinder- u. Jugendgesundheit in Österreich 2015; Wien. S. 43-53.

Schiestl, David W. (2020): Die vielen Gesichter der Einsamkeit in der Corona-Krise; <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog98/>, abgerufen am 5. März 2021.

Schlegl, Sandra/Meule, Adrian/Favreu, Matthias/Voderholzer, Ulrich (2020): Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic—Results from an online survey of former inpatients; in: European eating disorders review, 28 (6); S. 847-854, <https://doi.org/10.1002/erv.2773>, abgerufen am 5. März 2021.

Schmiade, Nicole/ Mutz, Michael (2012): Sportliche Eltern, sportliche Kinder – Die Sportbeteiligung von Vorschulkindern im Kontext sozialer Ungleichheit; in: Sportwissenschaft, 42; S. 115-125, online verfügbar unter: [https://www.uni-goettingen.de/de/document/download/44ab70e59dc41df9cc95f035ee84887c.pdf/Sportliche%20Eltern%20sportliche%20Kinder%20\[Authors%20Version\].pdf](https://www.uni-goettingen.de/de/document/download/44ab70e59dc41df9cc95f035ee84887c.pdf/Sportliche%20Eltern%20sportliche%20Kinder%20[Authors%20Version].pdf).

Schmidt, Steffen C.E./ Anedda, Bastian/ Burchartz, Alexander Eichsteller, Ana/Kolb, Simon/ Nigg, Carina/Niessner, Claudia/Oriwol, Doris/Worth, Annette/Woll, Alexander (2020): Physical activity and screen time of children and adolescents before and during the COVID-19 lockdown in Germany: a natural experiment; in: Scientific Reports, 10 (1); S. 21780, <https://doi.org/10.1038/s41598-020-78438-4>.

Schönherr, Daniel/Leibetseder, Bettina/Moser, Winfried/Hofinger, Christoph (2019): Diskriminierungserfahrungen in Österreich. Erleben von Ungleichbehandlung, Benachteiligung und Herabwürdigung in den Bereichen Arbeit, Wohnen, medizinische Dienstleistungen und Ausbildung. Studie durchgeführt im Auftrag der Arbeiterkammer Wien; Wien. Online verfügbar unter: https://www.arbeiterkammer.at/interessenvertretung/arbeitssoziales/gleichbehandlung/Diskriminierungsstudie_2019.pdf, abgerufen am 15. April 2021

Shephard, Roy J. (1997): Curricular physical activity and academic performance; in: Pediatric Exercise Science, 9 (2). S.113-126.

Spitzer, Peter/Holger, Till (2018): Ertrinken von Kindern in Österreich. Fokusreport 2018. hrsg. v. Forschungszentrum für Kinderunfälle, Graz. Online verfübar unter: <https://grosse-schuetzenkleine.at/wp-content/uploads/2018/06/Fokusreport-Ertrinken-2018.pdf?x63033>, abgerufen am 1. April 2021

Splieth, Christian/ Schwahn, Christian/ Hölzel, C./ Nourallah, A./ Pine, C. (2004): Prävention nach Maß? Mundhygienegewohnheiten bei 3- bis 4-jährigen Kindern mit und ohne kariöse Defekte; in: Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde, 26. S. 106–109.

Statistik Austria (2020): Tabellenband EU-SILC 2019 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2017 bis 2019. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, Wien.

Steele, James/ Shen, Jing/ Tsakos, Georgios/ Fuller, Elizabeth/ Morris, Stephen/ Watt, Richard G./ Guarnizo-Herreño, Carol C./ Wildman, John (2015): The Interplay between Socioeconomic Inequalities and Clinical Oral Health; in: Journal of Dental Research, 94 (1); S: 19–26. DOI: 10.1177/0022034514553978.

Thamm, Roma/ Poethko-Müller, Christine/ Hüther, Antje/ Thamm, Michael (2018a): KiGGS Welle 2 – Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen; in: Journal of Health Monitoring 2018 3(3); Robert Koch-Institut, DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-075.

Thomson, Helen (2021): “Children with long covid.” New scientist 249(3323), S. 10-11; online verfügbar unter: [doi:10.1016/S0262-4079\(21\)00303-1](https://doi.org/10.1016/S0262-4079(21)00303-1) (abgerufen am 15. März 2021)

Tison, Geoffrey H./ Avram, Robert/ Kuhar, Peter/ Abreau, Sean/ Marcus, Greg M/Pletcher, Mark J./ Olgin, Jeffrey E. (2020): Worldwide Effect of COVID-19 on Physical Activity: A Descriptive Study; in: Annals of internal medicine, 173 (9); S. 767-770, <https://doi.org/10.7326/M20-2665>, abgerufen am 5. März 2021.

UNICEF (2001): A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card No2, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence; online verfügbar unter: <https://www.unicef-irc.org/publications/289-a-league-table-of-child-deaths-by-injury-in-rich-nations.html>, abgerufen am 1. März 2021.

Universität Bonn (2021): Therapie bei Übergewicht im Corona-Lockdown. Adipositas-Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche per digitalen Live-Unterricht. online verfügbar unter: <https://www.uni-bonn.de/neues/041-2021>, abgerufen am 1. April 2021.

Varnaccia, Gianni/ Zeiher, Johannes/ Lange, Cornelia/ Jordan, Susanne (2018). Kindliche Adipositas: Einflussfaktoren im Blick. Das AdiMon Indikatorensystem; Berlin; Robert Koch-Institut. online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/AdiMon_Infobroschuere.pdf?__blob=publicationFile.

Volkshilfe Österreich (2019): Armut macht krank; online verfügbar unter: <https://www.volkshilfe.at/wer-wir-sind/aktuelles/newsaktuelles/armut-macht-krank/>, abgerufen am 1. März 2021.

Volkshilfe Österreich (2020): Umfrage zu Corona und Kinderarmut; online verfügbar unter <https://www.volkshilfe.at/wer-wir-sind/aktuelles/newsaktuelles/umfrage-zu-corona-und-kinderarmut/>, abgerufen am 5. März 2021.

Walper, Sabine (2005): Tragen Veränderungen in den finanziellen Belastungen von Familien zu Veränderungen in der Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen bei? In: Zeitschrift für Pädagogik 2/2005, S. 170–191; online verfügbar unter: http://www.pedocs.de/volltexte/2011/4747/pdf/ZfPaed_2005_2_Walper_Tragen_Veraenderungen_Belastungen_D_A.pdf.

Walper, Sabine (2005): Tragen Veränderungen in den finanziellen Belastungen von Familien zu Veränderungen in der Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen bei?; in: Zeitschrift für Pädagogik, 51 (2); S. 170–191, urn:nbn:de:0111-opus-47473.

Walter, Carina (2011): Ernährungs- und Gesundheitsverhalten von Nürnberger Grundschulkindern vor dem Hintergrund ihrer sozioökonomischen Situation; Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. oec. troph.) am Fachbereich Agrarwissenschaften, Ökotrophologie und Umweltmanagement d. Instituts für Ernährungswissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen; online verfügbar unter: http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2012/8715/pdf/WalterCarina_2011_05_16.pdf, abgerufen am 15. März 2021.

Warscher, Manuela C. (2021): Interview Paul Plener: Psychisch krank durch Corona; Österreichische Ärztezeitung Nr. 4/2021; online verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2021/oeaez-4-25022021/interview-paul-plener-psychisch-krank-durch-corona.html>, abgerufen am 5. März 2021.

Zachariah, Phillip/ Johnson, Candace L./ Halabi, Katia C. (2020): Epidemiology, Clinical Features, and Disease Severity in Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in a Children’s Hospital in New York City, New York; in: JAMA Pediatrics, 174 (10): e202430; doi:10.1001/jamapediatrics.2020.2430, <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2766920?resultClick=1>, abgerufen am 5. März 2021.

Volkshilfe Östereich (2021): Volkshilfe-Umfrage: Lebensqualität armutbetroffener Kinder seit Sommer drastisch gesunken; online verfügbar unter: <https://www.volkshilfe.at/wer-wir-sind/aktuelles/newsaktuelles/umfrage-zu-kinderarmut-und-corona/>, abgerufen am 15. April 2021

IMPRESSUM

Volkshilfe Österreich

Auerspergstraße 4, 1010 Wien
+43 1 402 62 09
office@volkshilfe.at
www.volkshilfe.at | www.kinderarmut-abschaffen.at

Für den Inhalt verantwortlich

Erich Fenninger, Hanna Lichtenberger, Judith Ranftler

Redaktion

Ruth Schink, Karoline Wohofsky

Layout

Lea Panzenberger

Kontakt für inhaltliche Rückfragen/Feedback

hanna.lichtenberger@volkshilfe.at

Credits

S.1/Cover ©MAK - stock.adobe.com, S.7/ © Siberia - stock.adobe.com, S.11/ © V.R.Murralinath - stock.adobe.com, S.21/ © svetograph- stock.adobe.com, S.31/ © MrP - stock.adobe.com, S.35/ © Ami Parikh 2006-2018- stock.adobe.com, S.48 Back Cover/ © polya_olya - stock.adobe.com

Druckerei

Flyeralarm

Stand

April 2021

A close-up portrait of a young girl with light brown hair, blue eyes, and freckles. She is looking directly at the camera with a neutral expression. The background is dark and out of focus.

volkshilfe.

WWW.KINDERARMUT-ABSCHAFFEN.AT