volkshilfe.

POLICY
PAPER

KINDERGESUNDHEIT SICHERN.

GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON KINDERARMUT IN ÖSTERREICH

“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.”

Armutsbetroffener Bub, 12 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe

IMPRESSUM

Volkshilfe Österreich
Auerspergstraße 4, 1010 Wien

Tel.: +43 (1) 402 62 09 | office@volkshilfe.at

www.volkshilfe.at | www.kinderarmut-abschaffen.at

ZVR 382399593

Für den Inhalt verantwortlich
Erich Fenninger

Autor*innen
Hanna Lichtenberger, David Liebmann

Redaktionelle Unterstützung
Marie Chahrour, Ruth Schink, Sonja Schmeißl, Teresa Tausch

Koordination und inhaltliche Rückfragen/Feedback
Mag.ª Hanna Lichtenberger, MA, hanna.lichtenberger@volkshilfe.at

Layout
Lea Panzenberger

Credits
Cover © wavebreak3_stock.adobe.com/S. 8 © Yevhen_stock.adobecom/S. 12 © Maya Kruchancova/
S. 16 © freepik.com_robbieross/S. 24 © gaysorn_stock.adobe.com/S. 28 © freepik.com_pvproductions/
S. 38 © freepik.com_DenKuvaiev/S 44 © ellisia_stock.adobe.com/S. 46 © khosrork_stock.adobe.com/
S. 47 v.r.n.l. © Rawpixel.com/chokniti/Oksana Kuzmina/Konstantin Yuganov_stock.adobe.com/
S. 48 © puhimec_stock.adobe.com/ S.52 © lordn_stock.adobe.com

Stand
Oktober 2026

VORWORT

Ein Leben in Armut schädigt die physische und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

In Österreich sind mehr als 300.000 Kinder und Jugendliche armuts- oder ausgrenzungsgefährdet. Das ist jedes fünfte 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 und sie leiden häufiger an chronischen Krankheiten. Außerdem sind sie häufiger mehrgewichtig, haben ein erhöhtes Unfallrisiko und leiden öfter an psychosomatischen Symptomen. Grundsätzlich fühlen sie sich zudem weniger wohl, was sie auch in anderen Lebensbereichen, etwa in der Schule, benachteiligt. Und das alles, obwohl die Kinderrechtskonvention in Österreich seit 1992 gilt. Diese soll Staaten dazu verpflichten, Kindern den Zugang zu sozialer Infrastruktur und den Schutz vor Ungleichbehandlung zu garantieren (UNICEF o.J.). Zu den Rechten von Kindern gehört im Artikel 24 auch "das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit, medizinische Behandlung, ausreichende Ernährung [...] Schutz vor den Gefahren der Umweltverschmutzung ... und das Recht zu lernen, wie man gesund lebt." (UNICEF o.J.).

Die Volkshilfe Österreich setzt sich in mehreren Bereichen mit dem Thema Gesundheit auseinander. In verschiedenen Projekten der direkten Hilfe (z.B. Fonds "Kinder.Gesundheit. Sichern."), aber auch in unserer Lobbying Tätigkeit setzen wir uns für gesundheitsbezogene Gerechtigkeit ein. Darüber hinaus sind wir Mitglied in der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, die sich für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen stark macht. In diesem Policy Paper zeigen wir, wie Kinderarmut einer umfassenden Einhaltung dieser Kinderrechte diametral entgegensteht und wie sich das auf Kinder und Jugendliche im Bereich der Gesundheit auswirkt.

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

Volkshilfe Österreich

INHALT

Einleitung **10**
Studien zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit 10
Ungleichheiten im Gesundheitssystem 11

Kinderarmut in Österreich **14**

Kindergesundheit und Kinderarmut in Österreich **18**
Pränatale Gesundheitsbelastungen durch Armut 18
Ernährung 19
Körperliche Aktivität und Sport 21
Unfallgefahr 22
Zahn- und Mundgesundheit 22
Kinder mit chronischen Erkrankungen und besonderen gesundheitlichen Bedürfnissen 23
Legasthenie und Dyskalkulie 25
Gesundheitliches Wohlbefinden und psychosomatische Belastungen 25
Schmerzen 26
Psychische Gesundheit 26

Die Corona-Krise als Kindergesundheitskrise **30**
Essgewohnheiten, Gewichtsveränderungen und Essstörungen im Kontext der Corona-Krise 31
Psychische Gesundheit und Depressionen 33
Bewegung und körperliche Fitness 34
Teilleistungsschwächen 35
Corona-befragung der Volkshilfe 36

Die Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen **40**
55 Forderungen der Volkshilfe zur Verbesserung von Kindergesundheit in Österreich 41

Projekte der Volkshilfe im Bereich Kindergesundheit **46**
Kinder.Gesundheit.Sichern. 46
Mit.Chancen.Wachsen. 47
Breakfast Club 48
Forschungsprojekt zu den Effekten einer Kindergrundsicherung für armutsbetroffene Familien 49
Soziale Arbeit und Beratung 50

Literatur **54**

Ein Aufwachsen in Armut beeinträchtigt den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand schon im frühkindlichen Alter. Das kann zu lebenslangen Folgewirkungen und Herausforderungen führen.

EINLEITUNG

EINLEITUNG

STUDIEN ZUM ZUSAMMENHANG VON ARMUT UND GESUNDHEIT

Armut beeinflusst jeden einzelnen Lebensbereich der Betroffenen. Dazu gehören in der Folge auch die Gesundheit und das körperliche und psychische Wohlbefinden, wie zahlreiche Studien deutlich machen. Viele dieser Studien untersuchen gesundheitliche Ungleichheit für Deutschland, während vergleichbare Daten für Österreich nicht immer verfügbar sind. Auswirkungen eines Lebens in Armut finden sich sowohl im Bereich der Mortalität als auch in der Morbidität wieder, also der Art und und Häufigkeit von Erkrankungen. So ist der Zusammenhang zwischen Sterblichkeit und absoluter Einkommenssituation durch eine Vielzahl internationaler Studien belegt. Auf Unterschiede hinsichtlich der Morbidität weist das Robert-Koch-Institut hin, welches zahlreiche (Meta)-Studien und Berichte zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit vorgelegt hat – etwa zur Häufung von Diabetes, depressiver Symptomatik und Adipositas bei armutsbetroffenen Menschen (Lampert u.a. 2013). Antje Richter (2005) verweist darauf, dass ein niedriger sozialer Status, egal ob er über Einkommen, Bildungsgrad 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 KIGGS-Studie zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen nachweist (Thamm u.a. 2018).

Ein Aufwachsen in Armut beeinträchtigt den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand schon im frühkindlichen Alter. Das kann zu lebenslangen Folgewirkungen und Herausforderungen führen.

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 und dem Bereich der Früherkennung/Prävention hervor. Auch wirkt sich der sozioökonomische Status von Eltern auf die motorische, sprachliche oder die kognitive Entwicklung ihrer Kinder aus (Lampert u.a. 2005, 98).

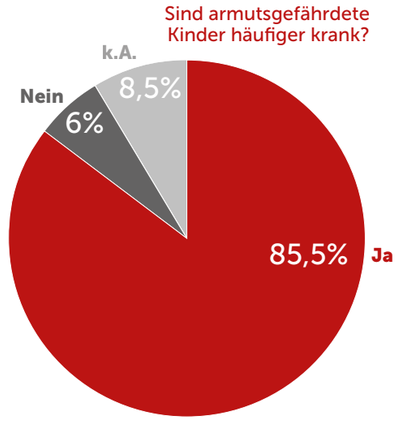
Ein weiterer gut erforschter Zusammenhang ergibt sich im Bereich der Bewegung und der Essgewohnheiten beziehungsweise Essstörungen (Felder Puig u.a. 2023). Auch Vorsorgeuntersuchungen werden von Familien mit niedrigem Einkommen seltener in Anspruch genommen und armutsbetroffene Kinder müssen häufiger krank am Schulunterricht teilnehmen (Schenk 2015). Ein geringes soziales und kulturelles Kapital wirkt sich auf die Gesundheit aus, argumentiert Richter (2005; vgl. auch Richter 2006). Denn sozial benachteiligte Personen wissen wenig über Risikoverhalten, Rechte im Gesundheitssystem, Bedarf und Fördermöglichkeiten, die gesundheitliche Regelversorgung und entsprechende Anlaufstellen. Dies ist auch deshalb der Fall, weil viele dieser Informationen nicht oder nur schwer zugänglich sind[1]. Zahlen aus Österreich finden wir etwa in der HBSC-Studie[2], die Daten über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten österreichischer Schüler*innen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren erhebt. Sie ist ebenfalls eine wichtige Quelle, auf die im folgenden Policy Paper mehrfach eingegangen wird. Leider liegen zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Policy Papers nur wenige einkommensbezogene Daten zur aktuellen Befragungswelle 2021/2022 (Felder-Puig et al. 2023) vor. Verfügbar sind diejenigen für die Befragungswelle 2017/2018 (HBSC 2020).

1 Vgl. zu rassistische Diskriminierung im Gesundheitssystem und fehlenden Daten für den deutschsprachigen Raum Schönherr u.a. 2019 und Poliklinik Veddel (2023): Rassismus als Soziale Determinante von Gesundheit; online verfügbar unter: http://poliklinik1.org/sdg/rassismus, abgerufen am 21.10.2024.

2 HBSC: Health Behaviour in School-aged Children.

Eine Umfrage der Volkshilfe und der Ärztekammer (2021) konzentriert sich ebenfalls auf die Lage in Österreich. Dafür wurden die Einschätzungen von Ärzt*innen zum Zusammenhang von Armut und Kindergesundheit eingeholt. Die Ergebnisse sind deutlich:

8 von 10 Ärzt*innen nehmen in ihrer beruflichen Praxis wahr, dass Kinder aus armutsgefährdeten Familien häufiger krank sind als Kinder, die in nicht armutsgefährdeten Familien aufwachsen.



Quelle: Umfrage der Ärztekammer und der Volkshilfe 09/2021

Laut 82% der befragten Ärzt*innen sind Kinder aufgrund der psychosomatischen Folgen der Armutslage – etwa schlechte Wohnverhältnisse, wie Schimmel oder Kälte, aber auch Mobbing und Stress – häufiger krank. Bei den Kinderärzt*innen nennen sogar 89% diese Ursache. Der permanente existentielle Stress, den armutsbetroffene Kinder und Jugendliche tagtäglich erleben, schädigt nach Einschätzung der Expert*innen massiv die Gesundheit der Kinder.

Die Frage, ob bei Kindern aus armutsgefährdeten Familien vermehrt psychosomatische Belastungen beobachtet werden, bejahen drei Viertel der Befragten. Die Gruppe der Kinderärzt*innen, die an der Umfrage teilnahm, bestätigt dies mit 90% noch einmal deutlich. 6 von 10 Befragten bemerken in ihrer beruflichen Praxis bei Armutsbetroffenen zudem einen schlechteren Gesundheitszustand schon im Säuglings- und Kleinkindalter. Genannt werden unter anderem Entwicklungsverzögerungen im sprachlichen und motorischen Bereich.

UNGLEICHHEITEN IM GESUNDHEITSSYSTEM

Auch wenn die Gesundheitsversorgung in Österreich allen versicherten Menschen[3] 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 diverse zahnmedizinische Leistungen) und Behelfe für Kinder geht (Lamei u.a. 2015, 41f.), um Selbstbehalte bei Therapiekosten, um Sehbehelfe aber auch bei Medikamenten, die nicht verschreibungspflichtig sind. Diese Mehrkosten stellen zum Teil massive Herausforderungen für armutsbetroffene Familien dar. Aber nicht nur die Frage der finanziellen Belastung durch gesundheitsbezogene Kosten ist relevant, wenn es um den Zusammenhang von Gesundheit und Armut bei Kindern und Jugendlichen geht. Auch die Langzeitwirkungen sind es, da gesundheitliche Benachteiligungen, die in der Kindheit entstanden sind, das ganze Leben prägen (Habl u.a. 2014; Karimi u.a. 2019; Kelly-Irving 2019).

Das Recht auf die beste Gesundheitsversorgung wird in Österreich nicht entsprechend umgesetzt. Vielmehr erklingen aus der Kinder- und Jugendmedizin immer wieder Alarmsignale angesichts mangelnder Versorgung. Die Liga für Kinder- und Jugendgesundheit weist unter anderem auf die langen Wartezeiten für Therapieplätze, zum Beispiel im Bereich Psycho- und Ergotherapie hin (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2023). Die Wartezeiten für einen Kassentherapieplatz sind noch länger. Aber auch in der Gynäkologie und bei den Kinder- und Jugendmediziner*innen gibt es einen eklatanten Mangel, wie unter anderem die Untersuchung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (OGKJ 2022) zeigt.

3 Einer Studie der Sozialversicherung zufolge lebten zum Jahresende 2015 27.000 Personen in Österreich, die keine Krankenversicherung hatten. Dies betrifft 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 betrifft (Fuchs 2018).

„Manchmal hab ich Bauchschmerzen [...] immer, wenn ich traurig bin oder wenn ich halt genervt bin. Dann, wenn ich böse bin, bekomm ich die Bauchschmerzen."

KINDERARMUT IN ÖSTERREICH

KINDERARMUT IN ÖSTERREICH

Die Zahlen aus der Europäischen Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) zeigen: Nach wie vor ist mehr als jedes fünfte Kind in Österreich von Armut oder Ausgrenzung betroffen. Laut der Erhebung sind 18,6 % der Gesamtbevölkerung armuts- oder ausgrenzungsgefährdet. Konkret sind das 1.686.000 Menschen, davon 395.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (Statistik Austria 2026). Dies entspricht 24% aller Kinder in Österreich. Somit haben Kinder im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein ungleich höheres Risiko von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen zu sein.

Des Weiteren leben mehr als 122.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in materieller und sozialer Deprivation, also in einem Haushalt, für den wichtige Güter des täglichen Bedarfs nicht leistbar sind (Statistik Austria 2026). Als erheblich materiell und sozial depriviert gilt, wer sich mindestens sieben von 13 Grundbedürfnisse auf Haushalts- beziehungsweise individueller Ebene nicht leisten kann. Unter anderem werden hier folgende Grundbedürfnisse abgefragt:

- 49.000 Kinder und Jugendliche leben in Haushalten, die es sich nicht leisten können, **jeden 2. Tag Fleisch, Fisch oder eine vergleichbare vegetarische Speise** zu essen.
- 73.000 Kinder und Jugendliche wohnen in Haushalten, die ihre **Wohnung nicht angemessen warm halten** können.
- 319.000 leben in einem Haushalt, der es sich nicht leisten kann, zumindest **einmal im Jahr Urlaub** zu machen.
- 190.000 leben in Familien, die mit **Zahlungen im Rückstand** sind.

Auch die Wohnbedingungen führen zu verschiedenen Benachteiligungen von armutsbetroffenen Kindern und Jugendlichen. Denn sie wirken sich beispielsweise auf die Bereiche Gesundheit oder Bildung aus. So haben etwa Kälte oder Nässe in der eigenen Wohnung einen negativen Effekt auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden. Außerdem ist es besonders für Schüler*innen wichtig, zu Hause über einen Ort zu verfügen, an dem in Ruhe gelernt und Hausaufgaben gemacht werden können. Doch das fehlt bei Haushalten mit geringem Einkommen häufig, wie Zahlen der Statistik Austria zeigen (Statistik Austria 2026).

- 2025 lebten 239.000 Kinder und Jugendliche bis 17 Jahren in **überbelegten Wohnverhältnissen**.
- 268.000 Kinder in feuchten, von **Schimmel** betroffenen Wohnungen.
- 303.000 lebten in **lauten** und 138.000 Kinder in **dunklen Wohnverhältnissen**.
- 89.000 waren in ihrer Wohnumgebung **Luft- und Umweltverschmutzung** ausgesetzt.

Sozioökonomische Benachteiligung und Armut im Kindesalter wirken sich auch im Erwachsenenalter noch negativ auf Beschäftigungschancen, das Einkommen und auch auf den Gesundheitszustand aus. Dies führt dazu, dass aufgrund von Kinderarmut dem österreichischen Staat aufgrund von erhöhten Gesundheitskosten und entgangenen Steuereinnahmen jährlich ein volkswirtschaftlicher Schaden von 3,6% des BIPs entsteht, was 2023 17,2 Mrd. Euro entsprach (OECD 2023, 49, 58). Kinderarmut zu bekämpfen und Kindergesundheit zu verbessern und zu fördern ist somit nicht nur aus moralischer, sondern auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive erstrebenswert und sinnvoll.

Im Folgenden werden exemplarisch wichtige Fakten zum Themenbereich Kindergesundheit und Kinderarmut vorgestellt und analysiert. Abschließend stellen wir zentrale Forderungen der Volkshilfe Österreich vor, sowie die Arbeit der Volkshilfe zur Unterstützung armutsbetroffener Kinder und Jugendlicher.

"Ich würd gern schlafen, aber ich kann da nicht mehr einschlafen, dann am nächsten Tag bin ich kaputt."

KINDERGESUNDHEIT UND KINDERARMUT IN ÖSTERREICH

KINDERGESUNDHEIT UND KINDERARMUT IN ÖSTERREICH

In diesem Abschnitt widmen wir uns unterschiedlichen Aspekten von gesundheitlichen Belastungen und Krankheitsrisiken bei armutsbetroffenen Kindern. Dazu fassen wir zentrale Erkenntnisse aus der Forschung zusammen und ergänzen diese durch Zitate betroffener Familien aus Österreich. Alle zitierten Personen stammen aus Familien, die durch unterschiedliche Projekte der Volkshilfe unterstützt wurden.

PRÄNATALE GESUNDHEITSBELASTUNGEN DURCH ARMUT

Eine Schwangerschaft, darauf verweisen Goeckjahn u.a. (2009) gilt für alle Schwangeren als "stressful live event". Wenn zusätzlich noch finanzielle Unsicherheit vorhanden ist, verstärkt sich die Belastung weiter. Armutsbetroffene Schwangere haben im Durchschnitt ein verringertes subjektives Wohlbefinden und ein höheres Risiko für eine stärkere psychische Belastung und Stress in der Schwangerschaft als nicht armutsbetroffene Schwangere. Dieser Stress wird auch als Faktor beschrieben, der zu Frühgeburten und/oder intrauteriner Wachstumsretardierung führen kann (Hedegaard u.a. 1993).

Zum Zusammenhang von Frauenarmut in der Schwangerschaft und den gesundheitlichen Folgen für den Fötus beziehungsweise das Kind schreibt Larson (2007): "The early child health consequences of poverty and pregnancy are multiple, and often set a newborn child on a life-long course of disparities in health outcomes. Included are greatly increased risks for preterm birth, intrauterine growth restriction, and neonatal or infant death". Zu weiteren Belastungsfaktoren gehören auch ein schlechterer Zugang zu beziehungsweise Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung, instabile soziale Beziehungen oder fehlende Unterstützung (Yang u.a. 2017; Gallo u.a. 2009; vgl. auch Six 2019).

Studien weisen darauf hin, dass Stress in der Schwangerschaft zu gesundheitlichen Risiken beim Kind führt.

Lefmann und Combs-Orme erklären etwa, wie der Stress der Mutter und eine dadurch bedingte Wechselwirkung von Gehirn und Nebennierenrinde, sowie die Aktivierung bestimmter Hormone die Entwicklung des Fötus beeinflussen können (Lefmann und Combs-Orme 2014; vgl. auch Aize und Currie 2014). Erhöhte Stressfaktoren in der Schwangerschaft können auch gesundheitsschädliches Verhalten wie etwa Rauchen während der Schwangerschaft begünstigen (Linares Scott u.a. 2009; Yang u.a. 2017). Weck et al. betonen auch einen negativen/schädigenden Effekt bestimmter Umweltfaktoren, von denen schwangere Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger belastet sind. Dazu zählen zum Beispiel Blei, Pestizide, oder krebserregende Substanzen wie PAK oder PCB (Weck u.a. 2008 zit. n. Goeckenjan u.a 2009, 105). Die sogenannte Barker-Hypothese (Griesinger 2014) besagt, dass ein geringes Geburtsgewicht später ein erhöhtes Risiko für Diabetes, Bluthochdruck, kardiovaskuläre Erkrankungen und Adipositas verursacht. Der Einfluss des sozioökonomischen Status der Eltern auf ein geringes Geburtsgewicht (beziehungsweise auf die Schwangerschaftslänge und den Apgar-Score) und dessen negative Auswirkungen für die Kinder im späteren Lebensverlauf wurde in vielen Studien beschrieben (Baker und Stabile 2011; Robertson und O'Brien 2018; Black u.a. 2007; Oreopoulos u.a. 2008; Frimmel und Pruckner 2014). Auch Korrelationen zwischen bestimmten Formen gesundheitsschädigenden Verhaltens, wie Tabakkonsum während der Schwangerschaft, und einem niedrigen sozioökonomischen Status wurden wissenschaftlich belegt (Schneider und Schütz 2008).

Aus finanziellen Gründen haben Schwangere mit geringem Einkommen ein größeres Risiko für Fehl- oder Mangelernährung. Nicht-ausgewogene Ernährung zählt neben Mehrgewicht beziehungsweise Adipositas und mangelnder Bewegung zu den Hauptfaktoren für Schwangerschaftsdiabetes, die auch Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes haben kann (Plagemann u.a. 2010).

Während Studien existieren, die ein geringes Einkommen als Risikofaktor für die Entstehung einer postpartalen Depression (Lorant u.a. 2003) beschreiben, kritisiert eine Meta-Studie das methodische Vorgehen einiger dieser Untersuchungen und kann keine gesicherten Hinweise auf diesen Zusammenhang belegen (Hehlmann, Schwaan, Rubel 2018).

ERNÄHRUNG

"An manchen Tagen kann ich nicht mal Lebensmittel kaufen. Ich muss jede Nacht aufstehen, nachdenken, mir Sorgen darüber machen, wie wir bis zum Monatsende auskommen. Was wird am Ende des Monats sein? [...] Wenn die Kinder den Wunsch äußern, Obst zu essen, habe ich keine Möglichkeit, verschiedenes Obst zu kaufen. Immer nur das in Aktion, Verbilligtes. Einkaufen im Supermarkt kann ich mir nicht leisten. Ich gehe jeden Samstag zum Roten Kreuz."

(armutsbetroffene Mutter, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

Konsumstudien zeigen, dass armutsgefährdete Menschen einen höheren Anteil ihres Einkommens für Nahrung, aber auch für Wohnen und Energie ausgeben müssen, als Menschen mit mittlerem und höherem Einkommen (Statistik Austria 2017). Die Ausgaben für Lebensmittel machen im untersten Dezil der Einkommensverteilung in etwa 16% der Gesamtausgaben aus, während sie im zehnten Dezil nur mehr 9% der Ausgaben darstellen (Humer und Rapp 2018, 37). Deswegen sind sie angesichts der nach wie vor andauernden Teuerung besonders vulnerabel gegenüber den Preisanstiegen in diesen Bereichen, die zu den Treibern der Inflation gehör(t)en. Der Preismonitor der Arbeiterkammer zeigt zudem, dass besonders preisgünstige Lebensmittel starke Preisanstiege verzeichneten. Der durchschnittliche Warenkorbpreis preisgünstiger Artikel, der von der Arbeiterkammer beobachtet wird, stieg von September 2021 bis Dezember 2022 um 41,6% (Arbeiterkammer Wien 2022).

Durch diese Entwicklungen rückte das Thema Ernährung stärker in den Fokus der Öffentlichkeit. Während die Armutsgefährdung über das Haushaltseinkommen definiert wird, dient Ernährung etwa in den EU-SILC-Daten auch als ein Faktor für materielle und soziale Deprivation. Dazu gehört auch die finanzielle Möglichkeit, jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch oder entsprechende vegetarische Speisen zu sich zu nehmen. Konkret sind das 415.000 Menschen im Jahr 2023 (Statistik Austria 2024), für die es aus finanziellen Gründen nicht möglich war, Genanntes zu essen. Eine repräsentative Studie der Gesundheit Österreich GmbH zeigte weiters, dass rund 12% der Bevölkerung (rund 1,1 Millionen Menschen) von mittlerer und/oder schwerer materieller Ernährungsarmut betroffen sind. Das bedeutet, dass diese Menschen aufgrund finanzieller Engpässe nur unzureichende Mengen und Qualitäten an Lebensmitteln kaufen können. Etwas mehr als 4% der österreichischen Bevölkerung (rund 420.000 Personen) sind von schwerer Ernährungsarmut betroffen. Das heißt, dass manche Personen Mahlzeiten ausfallen lassen mussten oder teilweise einen ganzen Tag lang nichts zu essen hatten (Lampl u.a. 2024).

Eine Schwerpunkt-Befragung der Statistik Austria für das vierte Quartal 2023 zeigt: 3% der 18- bis 74-Jährigen gaben zum Jahresende 2023 an, dass sich ihr Haushalt in den vorangegangenen drei Monaten oft oder manchmal nicht genug zu essen leisten konnte.

In 4% der befragten Haushalte war im vierten Quartal 2023 laut eigenen Angaben mindestens eine Person in den letzten drei Monaten hungrig, weil nicht genug Geld für Lebensmittel vorhanden war (Reiter u.a. 2024).

Jene Kinder und Jugendliche in Österreich, die in der Wohlstandsverteilung in den unteren 20% liegen, essen deutlich weniger häufig täglich Gemüse im Vergleich mit den höchsten 20% (32% vs. 45% bei den Mädchen und 25% vs. 34% bei den Burschen), wobei Burschen in Österreich allgemein unter dem HBSC-Ländervergleichsdurchschnitt liegen. Auf insgesamt 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 Prozentpunkte (M 41% vs. 50%; B 36% vs. 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 (ebd.).

In Forschungsprojekten der Volkshilfe zeigte sich, dass sich Eltern in ihrer eigenen Ernährung einschränken, wenn es finanzielle Probleme gibt. Auch die EU-SILC Sonderauswertung zur Gesundheit in Österreich deutet darauf hin. So zeigt sich, dass auch in Haushalten, für die ein Hauptgericht jeden zweiten Tag nicht leistbar ist, 94% der Kinder dennoch täglich Obst und Gemüse essen (Lamei u.a. 2019). Dies legt nahe, dass armutsbetroffene Eltern trotz finanzieller Schwierigkeiten gesunde Snacks für die Kinder so weit wie möglich priorisieren.

Wer von prekären Lebenslagen betroffen ist, legt den Schwerpunkt bei Ernährung häufiger auf die Quantität statt auf die qualitative Auswahl von Lebensmitteln (Laubstein u.a. 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). Auch im Frühstücksverhalten von Kindern zeigen sich Unterschiede in Bezug auf den sozioökonomischen Hintergrund sowie auf das Geschlecht. In Österreich ist die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die an Schultagen frühstücken, insgesamt niedrig im internationalen Vergleich. Mädchen essen besonders selten ein Frühstück, relativ unabhängig vom Einkommen der Eltern. Bei österreichischen Burschen aber verdeutlichen sich die Auswirkungen des sozioökonomischen Hintergrunds bei der Unregelmäßigkeit 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.[4]

"Also, es wäre besser, wenn ich weniger essen würde (lacht). Aber wenn mehr da wäre, dann würde ich es mir trotzdem lieber einteilen, als mehr zu essen. Weil (...) abnehmen muss ich auch noch immer."

(armutsbetroffener Bub, 12 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

Ernährungsangebot und Bewegungsausmaß sind zwei wichtige Gründe, warum armutsbetroffene Kinder häufiger ein höheres Gewicht haben. 20% der Mädchen mit niedrigem Familieneinkommen, aber nur 11% der Mädchen mit höherem Familieneinkommen sind laut HBSC 2020 übergewichtig. Bei den Burschen sind es 32% mit niedrigem und 18% 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 u.a. 2018, 10).

4 Dem versucht die Volkshilfe Kärnten mit dem Projekt "Breakfast Club" entgegenzuwirken. Im Rahmen des Projekts wird ein kostenloses Frühstück an zahlreichen Schulen in ganz Kärnten angeboten. Nähere Infos zum "Breakfast Club": https://www.breakfastclub-kaernten.at/ (zuletzt abgerufen am 21.10.2024).

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT UND SPORT

"Mein Sohn hat ein Jahr Basketball gespielt. Es war ur teuer und dann noch der Sprit - er hat mich verstanden und hat aufgehört."

(armutsbetroffene Mutter, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

Mangelnde Bewegung wirkt sich nicht nur auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aus, sondern auch auf den Lernerfolg und die Konzentrationsfähigkeit. (Shephard 1997; Kahl 1993).

Die HBSC-Auswertung 2018 ergab, dass ungefähr 56% der Burschen mindestens viermal in der Woche moderat bis intensiv Sport betreiben, während es bei den Mädchen nur 33% sind. Besonders bei den Burschen zeigen sich starke Unterschiede zwischen Kindern unterschiedlicher sozialer Herkunft. Während 69% der Burschen aus den obersten 20 Prozent der Wohlstandsverteilung an mindestens vier Tagen in der Woche moderat bis intensiv Sport betrieben, waren es bei den Burschen am anderen Ende der Wohlstandsverteilung 55%.

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

(armutsbetroffener Bub, 11 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

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 sechs und zwölf Monaten jedes fünfte Kind in Deutschland an irgendeiner Form des Bewegungsangebotes teilnimmt. Dies können zum Beispiel Eltern-Kind-Turnen, Pikler-Spielgruppen, Spielgruppen mit Tanz/Bewegung, etc. sein.

Die Studie zeigt auch, dass 50% der Kinder im Vorschulalter von Müttern mit Hochschulabschluss an Bewegungsangeboten teilnehmen, jedoch nur 21% der Kinder, deren Mütter über keinen Berufsabschluss verfügen. Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn Einkommensunterschiede und kulturelles Kapital in den Blick genommen werden. Somit findet bei Kindern aus höheren sozialen Schichten bereits früher ein Heranführen an sportliche Betätigung statt. Dies gilt besonders für Kleinkinder: Der Studie zufolge nehmen ein Drittel der Kinder im Alter zwischen 24 und 36 Monaten an Sport- beziehungsweise Bewegungsangeboten teil, wobei der Anteil der Mädchen, die an solchen Angeboten teilnehmen, höher ist: Bis zum Alter von sechs Jahren sind es laut der Studie 60% (Schmiade und Mutz 2012, 10-11).

Die EU-SILC-Sondererhebung zur Gesundheit in Österreich zeigt, dass sich 9% der Haushalte keine Sport- und Freizeitgeräte für draußen leisten können (Lamei u.a. 2017, 19). Bei der Gruppe der mindestsicherungsbeziehenden Haushalte konnten sich 17% keine Spiel- und Freizeitgeräte für draußen (also zum Beispiel Fahrräder oder Roller) leisten. Ein Drittel dieser Haushalte können Freizeitaktivitäten der Kinder, die mit Kosten verbunden sind, nicht finanzieren (Heuberger u.a. 2018, 851).

Erfahrungen der Sozialen Arbeit der Volkshilfe zeigen, dass armutsbetroffene Kinder eher Sportarten wählen, die ohne großen Kostenaufwand und an öffentlichen (Spiel)Plätzen betrieben werden können. Zudem haben schulische Bewegungsangebote für armutsbetroffene Kinder eine besondere Bedeutung.

UNFALLGEFAHR

"Mein Papa kann auch nicht schwimmen. Ich bin eigentlich die Einzige, die jetzt schwimmen kann. Aber eh nur ein bisschen, wie ein Frosch."

(armutsbetroffenes Mädchen, 9 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

Wie viele internationale Studien zeigen, haben Kinder aus einkommensarmen Familien eine deutlich erhöhte Unfallwahrscheinlichkeit (Petridou u.a. 2005; Christie 1995; Dowswell und Tower 2002; Laflamme u.a. 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 zu haben, dass sie behandelt werden mussten – eine Zahl, die bei Burschen höher liegt als bei Mädchen und insgesamt bei älteren Kindern sinkt (BMASGK 2019, 20). Im HBSC-Ländervergleich haben österreichische Schüler*innen insgesamt eine höhere Verletzungsgefahr (ebenda) als der HBSC-Durchschnitt, der bei 43% lag.

Armutsbetroffene Kinder weisen im weiteren Verlauf auch häufiger Komplikationen auf und ihre Krankheitsdauer ist deutlich länger (HBSC 2020). Jeder siebte todbringende Unfall bei Kindern unter 14 Jahren passiert in Österreich durch Ertrinken – die zweithäufigste Todesursache in diesem Alter. Bei Kindern unter fünf 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 sind (Spitzer und Till 2018). Zahlen für Deutschland zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus seltener schwimmen können als Gleichaltrige mit hohem Sozialstatus (Kuntz u.a. 2016).

ZAHN- UND MUNDGESUNDHEIT

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

(armutsbetroffenes Mädchen, 11 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

Dass Mundgesundheit vom sozioökonomischen Hintergrund beeinflusst wird, ist durch zahlreiche Studien belegt (Bhandari u.a. 2015). Eine Studie im Journal of Dental Research verdeutlicht das Ausmaß dieses Zusammenhangs für Großbritannien: Durchschnittlich hatte die Altersgruppe der über 65-Jährigen aus "armen Verhältnissen" etwa 4,5 Zähne weniger, als Menschen mit besserem finanziellen Hintergrund. Bei der jüngsten Altersgruppe mit niedrigem sozioökonomischem Status zeigte sich eine extrem erhöhte Karieswahrscheinlichkeit (Steele u.a. 2015). Dies äußert sich aber nicht erst im jungen Erwachsenenalter, wie etwa Dala (2012) zeigt.

Bereits im Kindergartenalter korrelieren sozioökonomische Ungleichheit und Mundgesundheit.

Die Studienautorin 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 betroffen waren, in den ersten beiden Lebensjahren mit dem Zähneputzen beginnen. Die fehlende tägliche Entfernung von Zahnbelag ist als erhöhtes Kariesrisiko für Kinder zu sehen (Splieth u.a. 2004, Declerck u.a. 2008; zit. n. Dala 2012).

Auch für die Gruppe der 11- bis 15-Jährigen können ähnliche Befunde aus dem HBSC-Datensatz entnommen werden. Kinder und Jugendliche aus Österreich liegen im Vergleich zu anderen Staaten im oberen Drittel bei der Frage danach, ob sie mehr als einmal pro Tag Zähneputzen. Doch auch hier zeigen sich innerhalb der Gruppe große Unterschiede anhand des Geschlechts und des sozioökonomischen Hintergrunds. Besonders deutlich sind diese Unterschiede bei Burschen, bei denen der Anteil in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem Wohlstand, der täglich mehrmals die Zähne putzt, um 16 Prozentpunkte geringer ausfällt, als in der Gruppe sozioökonomisch besser gestellter Kinder.

Bei den Mädchen liegt der Wert insgesamt höher, jedoch immer noch um zehn Prozentpunkte zwischen der untersten und der obersten Einkommensgruppe.

Erfahrungen der Sozialen Arbeit der Volkshilfe verdeutlichen ebenfalls den Bedarf an Aufklärung und Unterstützungsleistungen, insbesondere im Bereich der Zahngesundheit. Dies zeigt sich anhand wiederholter Fälle von Zahnproblemen bei Kindern, die in Hilfsanfragen und Sozialberatungen zutage treten. Das betont die Dringlichkeit von präventiven Maßnahmen und Aufklärung sowie die volle Übernahme von zahnmedizinischen Kosten durch die Krankenversicherung.

KINDER MIT CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN UND BESONDEREN GESUNDHEITLICHEN BEDÜRFNISSEN

"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."

(armutsbetroffener Bub, 12 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

In der HBSC-Studie 2018 gibt jedes fünfte Schulkind an, eine diagnostizierte chronische Erkrankung oder eine Behinderung zu haben (BMASGK 2019, 20). Schätzungen zufolge leben in Österreich mehr als 190.000 Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen beziehungsweise 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, etwa wenn Fehlzeiten entstehen oder sie Ausschluss durch Peers erfahren (Damm 2015, 36).

Laut der Gesundheitsumfrage Athis (2020) weisen rund 8,5% aller Kinder und Jugendlichen einen speziellen Versorgungsbedarf auf. Dazu gehören verschreibungspflichtige Medikamente, Notwendigkeit psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung, spezieller Therapiebedarf und Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme.

"Mein Sohn ist erst eineinhalb und hat eine hereditäre Netzhautdystrophie diagnostiziert bekommen. Den Besuch einer Sehschule und die Frühförderung kann ich mir wegen meiner finanziellen Notlage aufgrund der Trennung nicht leisten."

(armutsbetroffene Mutter, unterstützt durch den Volkshilfe-Fonds Kinder.Gesundheit.Sichern.)

Die Teilhabe von chronisch kranken Kindern am Unterricht beziehungsweise beim Einstieg in eine Lehre ist bisher nicht flächendeckend sichergestellt, etwa wenn es um die Teilnahme an Schulveranstaltungen (Sportwochen, Ausflüge etc.) oder das individuelle Ernährungsangebot am Schulbuffet geht (Damm 2015, 36).

Im Fonds "Kinder.Gesundheit.Sichern." der Volkshilfe zeigt sich: Wegen der angespannten Versorgungslage von Therapieplätzen ist es für Eltern von Kindern mit Therapiebedarf über Monate oder Jahre nicht möglich eine entsprechende, leistbare Therapie zu organisieren.

In der Wartezeit auf einen leistbaren Therapieplatz verschlimmern oder chronifizieren sich die Symptomatiken oftmals. Familien, die es sich leisten können, weichen auf private Wahlärzt*innen und Wahltherapeut*innen aus, was zu einer massiven Kostenbelastung führt. Gleichzeitig wird die gesundheitliche Ungleichheit so weiter vertieft.

"Ich habe fünf Kinder und zwei davon sind autistisch und brauchen spezielle Tablets für die Sprachentwicklung. Für die beiden autistischen Kinder kaufen wir teure Medikamente und wir fahren im Taxi zur Therapie, weil sie Angst haben, mit den Öffis zu fahren. Wegen der Teuerung ist es schwer, sich diese Dinge zu leisten."

(armutsbetroffene Mutter, unterstützt durch den Volkshilfe-Fonds Kinder.Gesundheit.Sichern.)

Schritte, die auf Ebene der Sozialversicherung und der Bundesländer in den letzten Jahren gesetzt wurden, um das Therapieangebot auszuweiten, zeigen nur langsam und in beschränktem Maße Wirkung.

Eine Befragung der Österreichischen Liga für Kinder- und Jugendgesundheit zeigte, dass die Wartezeiten in der Ergotherapie durchschnittlich sieben Monate betragen, in der Logopädie rund sechs Monate (Kinderliga 2023, 25). Eine besondere Herausforderung für die Gruppe der Kinder mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen ist eine gelingende Transition vom Bereich der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung in den Erwachsenenbereich. Denn das Älterwerden bedeutet auch das Lösen langjähriger Beziehungen mit betreuenden Pädiater*innen, denen die Patient*innen vertrauen. Die Österreichische Kinderliga schreibt dazu: "Typischerweise ist diese Übergangsphase durch Lücken in der Versorgung, Gesundheitsrisiken und sinkende Lebensqualität für junge Menschen gekennzeichnet" (Österreichische Kinderliga o.J.).

Des Weiteren zeigt die Erfahrung mit dem Fonds "Kinder.Gesundheit.Sichern.", dass Familien, insbesondere jene, in denen Kinder mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen leben, zum Teil hohe (Selbst-)Kosten für Heilbehelfe und gesundheitsbezogene Produkte stemmen müssen, wie das folgende Zitat zeigt:

"Mein Sohn ist auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen. Da er nicht selbstständig sitzen kann, benötigt er zu Hause einen speziellen Therapiestuhl mit einem ergonomischen Sattelsitz. [...] Der Therapiestuhl wird dringend benötigt, damit Severin während des Essens sicher und stabil sitzen und am Alltag teilhaben kann."

(armutsbetroffene Mutter, unterstützt durch den Volkshilfe-Fonds Kinder.Gesundheit.Sichern.)

LEGASTHENIE UND DYSKALKULIE

"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."

(armutsbetroffenes Mädchen, 12 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

Die deutsche RABE-Studie zeigt, dass 13,3% der Schüler*innen, die an der Studie teilnahmen, eine sogenannte „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) aufweist (nach dem Klassifikationssystem ICD-10). Bei sogar 23,3% der Kinder wurde eine Lernschwäche in einer oder mehreren der Grundkompetenzen entdeckt (ESF Koordinierung 2017, 23). 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 armutsbetroffener Kinder ausgegangen werden. Jedoch zeigt die Schulkosten-Studie der Arbeiterkammer, dass sich fast die Hälfte der armutsgefährdeten Haushalte Nachhilfeunterricht, Förderkurse und Unterstützung bei Legasthenie für ihre Kinder aus finanziellen Gründen nicht leisten können (Arbeiterkammer Wien und IFES 2014).

Sitzungen mit spezialisierten und erfahrenen Legasthenie- bzw. Dyskalkulietrainer*innen gehören nicht zu den Leistungen der Krankenversicherung, weshalb hierfür keine Kosten übernommen werden (Österreichische Sozialversicherung 2016). Dadurch können nur die Behandlungen der Folge- und Begleitsymptome, wie psychische Belastungen, durch die Krankenkassen behandelt werden und die gezielte Therapie wird zur Frage der Leistbarkeit für die Betroffenen. Eine mögliche steuerliche Absetzbarkeit (Kary 2013) der Behandlungskosten entlasten dagegen vermehrt nur Haushalte mit mittlerem und hohen Einkommen.

GESUNDHEITLICHES WOHLBEFINDEN UND PSYCHOSOMATISCHE BELASTUNGEN

"Ich würd gern schlafen, aber ich kann da nicht mehr einschlafen, dann am nächsten Tag bin ich kaputt."

(armutsbetroffener Bub, 12 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

Im Rahmen der HBSC-Studie wurden die Befragten nach ihrem subjektiven Gesundheitsempfinden befragt. Dabei berichten Mädchen insgesamt deutlich weniger häufig einen hervorragenden Gesundheitszustand als Burschen. Hinsichtlich des sozioökonomischen Familienhintergrunds zeigt sich, dass zwischen Mädchen aus Familien mit hohem und Familien mit niedrigem Wohlstand nur eine geringe, nicht signifikante Differenz besteht, während bei den Burschen jene aus wohlhabenden Familien signifikant häufiger von einem hervorragenden Gesundheitszustand berichten als Burschen aus wenig wohlhabenden Familien. Dieselbe Studie zeigt auch, dass Burschen insgesamt weniger Schlafschwierigkeiten haben als Mädchen, wobei Mädchen mit niedrigem Einkommen deutlich schlechter schlafen als Mädchen aus wohlhabenden Familien (HBSC 2020, 52-53, 70-71).

SCHMERZEN

„Manchmal hab ich Bauchschmerzen [...] immer, wenn ich traurig bin oder wenn ich halt genervt bin. Dann, wenn ich böse bin bekomm ich die Bauchschmerzen."

(armutsbetroffenes Mädchen, 12 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

Mädchen berichten häufiger von zumindest einmal wöchentlichen Bauchschmerzen als Burschen, wobei hier der ökonomische Hintergrund weniger stark ausschlaggebend ist als bei den Kopfschmerzen (HBSC 2020, 61). Auch bei 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 u.a. 2016, 66). Zu den alterspezifischen psychosomatischen Symptomen zählen laut Laubstein u.a. (2016) etwa Einnässen, Bauch- und Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Unkonzentriertheit, Nervosität und depressive Symptomatiken (vgl. auch Richter 2000; Chassé, Zander, Rasch 2003; AWO-ISS-Studien 2006 und 2012). Dies trifft insbesondere zu, wenn Kinder und Jugendliche unter chronischer Armut leiden (Walper 2005).

"Am Abend hab ich manchmal, selten Kopfschmerzen, aber das is normal bei mir. Jeder hat irgendwann Kopfschmerzen bei uns. [...] 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."

(armutsbetroffener Bub, 13 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

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

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

PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Interviewerin: "Hast du viele Sorgen oder eher weniger Sorgen?"
"Äh, eher viele."

(armutsbetroffener Bub, 16 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

Interviewerin: "Was würdest du brauchen, damit du weniger Sorgen hättest?"
"Also, dass meine Mutter nicht immer schauen muss wegen dem Geld und der Miete."

(armutsbetroffenes Mädchen, 13 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

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

Symptome wie Überaktivität und Unruhe treten bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus häufiger auf, wie Studien - zum Beispiel die Österreichische Gesundheitsbefragung - zeigen. Von Überaktivität und Unruhe berichten die Eltern von 13% der Mädchen mit hohem sozialem Status, während dies 33 % der Mädchen mit niedrigem sozialem Status betrifft. Die Eltern von 20% der Burschen mit hohem sozialen Status gaben an, dass ihre Kinder teilweise oder eindeutig von Unruhe und Überaktivität betroffen waren, bei den Buben mit niedrigem sozialen Status waren es mit 34% deutlich mehr (ATHIS 2014). Dies kann sich auch negativ auf die schulischen Erfolge auswirken und zu einer Vertiefung von (Bildungs-)Ungleichheiten führen.

Gefragt nach ihrer Lebenszufriedenheit vergeben österreichische Schüler*innen im Durchschnitt 7,8 Punkte auf einer Skala von 0-10. Eine niedrige Lebenszufriedenheit gaben 2018 (HBSC 2020) ca. 19% der Mädchen und 11% der Buben an. Dabei sinkt die Zufriedenheit mit steigendem Alter. Ein geringer sozioökonomischer Status wirkt sich negativ auf die Lebenszufriedenheit aus.

Hier haben Burschen insgesamt 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. Denselben Wert geben Mädchen aus Familien mit hohem Haushaltseinkommen an, während Mädchen aus Familien mit niedrigem Einkommen durchschnittlich 7,0 Punkte angeben und damit fast 1,5 Punkte unter den Burschen aus ökonomisch bessergestellten Familien liegen (HBSC 2020). 2021/2022 war die Lebenszufriedenheit bei der Gruppe der Lehrlinge am geringsten.

Armutsbetroffene Kinder sind stärker von Mobbing betroffen, wie eine Studie der Bertelsmann Stiftung zeigt: 60% der Kinder und Jugendlichen erfahren in der Schule Mobbing. Auch physische Gewalt erleben sie häufiger (Holz u.a. 2016).

Interviewerin: "Gab`s im letzten Monat mal einen Moment, in dem es dir schlecht ging?"
"Also ned wirklich jetzt in den Ferien, aber in der Schulzeit. Ich werd einfach manchmal so in einer Art gemobbt in der Klasse."

(armutsbetroffener Bub, 12 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

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

(armutsbetroffene Mutter von zwei Kindern, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

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

DIE CORONA-KRISE ALS KINDERGESUNDHEITSKRISE

DIE CORONA-KRISE ALS KINDERGESUNDHEITSKRISE

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

(armutsbetroffene Mutter, unterstützt durch das Volkshilfe-Projekt "Existenzsicherung")

Die Corona-Krise war für alle Kinder und Jugendliche eine enorme Belastung und hatte viele Einschränkungen zur Folge. Ihre Probleme und Herausforderungen in der ersten Welle der Corona-Krise wurden gar nicht in den Blick genommen. Vielmehr wurden Familien in der Kommunikation der Bundesregierung davor gewarnt, dass Kinder und Jugendliche ihre Großeltern durch eine Ansteckung töten könnten (Facebook Account des Bundeskanzleramts, 2020). Dank wichtiger empirischer Studien erhielten psychosoziale Herausforderungen im Zuge der zweiten Umstellung auf Distance Learning deutlich mehr mediale Aufmerksamkeit. So schlugen zahlreiche Ärzt*innen Alarm, dass insbesondere die psychische Gesundheit von Kindern massiv unter der Corona-Krise und den Maßnahmen zu ihrer Eindämmung leiden. Doch die Belastungen waren ungleich verteilt.

Denn die Corona-Krise spitzte den Zusammenhang von Armut und Gesundheit noch weiter zu. Sie war eine multiple Krise, welche die strukturelle Sorglosigkeit unserer Gesellschaft noch stärker zu Tage treten ließ (Lichtenberger und Wöhl 2020; Aulenbacher u.a. 2015).

Im weiteren Verlauf der Pandemie zeigte sich, dass die gesundheitlichen Folgen einer Covid-Erkrankung, wie etwa Long Covid oder das Paediatric Inflammatory Multisystem Syndrome (PIMS) nur wenig mediale und politische Aufmerksamkeit erfahren haben. Konstant war auch der fehlende Blick auf den Schutz von Risikokindern. PIMS beziehungsweise die Krankheit Mis-C, die einige Wochen nach einer CoV-Infektion auftreten kann, greift Herz, Magen- und Darmsystem sowie die Blutgerinnung an (Jiang u.a. 2020). Für den ersten Lockdown wurde für Italien bekannt, dass infizierte Kinder mit schweren Verläufen erst zu spät behandelt wurden, weil ihre Eltern sie vor einer Infektion im Krankenhaus schützen wollten (Lazzerini u.a. 2020).

Doch auch abseits der Gefahr einer Covid-Erkrankung hatte die Corona-Krise zahlreiche Folgen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Lichtenberger und Ranftler 2020). So wurden insbesondere während des ersten Shutdowns im Frühjahr 2020 viele ärztliche Kontroll- und Impftermine verschoben, ebenso wie ergo- und physiotherapeutische oder logopädische Betreuung. Einige dieser Themen sollen im Folgenden exemplarisch dargestellt werden. Speziell für Kinder mit chronischen Erkrankungen ergaben sich durch die Corona-Krise negative Effekte in mindestens drei Themenfeldern aufgrund ihrer gesundheitlichen Bedürfnisse: Zuerst konnten sie Teil der Risikogruppen für einen schwereren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung sein. Dann hatte der Lockdown für sie vielfach gesundheitliche Folgen und zu guter Letzt ergaben sich durch den spezifischen Umgang mit chronisch kranken Kindern im Zuge der langsamen Schulöffnung extraordinäre 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.

Der Schutz vor dem Sars-Cov-2-Virus wurde zu einer individuellen Aufgabe der Betroffenen. Inklusive Maßnahmen hingen 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 (DGKJ 2020, 1).

Gewarnt wird vor dem Schaden, den ein Schulausschluss aufgrund breit angelegter Sicherheitsbedenken verursachen kann (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.

Auch die Umstellung auf Distance Learning oder das Fehlen bestimmter Angebote der sozialen Arbeit in und außerhalb der Schule stellte für armutsbetroffene Kinder eine besondere Belastung dar. Maßnahmen der Politik fehlten oder kamen nicht in ausreichendem Ausmaß bei den Betroffenen an.

Um langfristige Folgen möglichst gut und umfassend abzufangen, braucht es bis heute 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 gelungenes Leben führen zu können.

Im Folgenden wollen wir noch genauer die hier aufgezählten Bereiche im Kontext der Pandemie betrachten: Essgewohnheiten/Gewichtsveränderungen/Essstörungen, psychische Gesundheit/Depressionen, Bewegung/körperliche Fitness, Teilleistungsschwächen, sowie Teilhabechancen chronisch kranker Kinder vor dem Hintergrund empirischer Forschungen.

ESSGEWOHNHEITEN, GEWICHTSVERÄNDERUNGEN UND ESSSTÖRUNGEN IM KONTEXT DER CORONA-KRISE

Zahlreiche Studien belegen heute den Einfluss der Covid-19-Krise auf die Essgewohnheiten, die Gewichtsveränderungen und in weiterer Folge auch auf Essstörungen von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern. Exemplarisch sei hier auf die Online-Befragung der Medizinischen Fakultät der Ludwig Maximilian Universität München an vormals stationär betreuten Patient*innen mit Bulimie über 13 Jahren im ersten Corona-Lockdown verwiesen (Schlegl u.a. 2020). Deren Ergebnisse zeigen, dass 49% der Patient*innen eine Verschlechterung ihrer bulimischen Symptomatik beschrieben, sowie 62% dieser Gruppe angaben, ihre Lebensqualität habe sich stark reduziert. Einen Anstieg an Binge-eating berichteten 47% der Befragten und bei 36% erhöhte sich die Frequenz von selbst-induziertem Erbrechen (ebd.). Auch die bereits erwähnte Studie der WHO zu den Folgen der Covid-19 Pandemie für Jugendliche in 22 europäischen Staaten zeigt, dass 20% von einer negativen Auswirkung der Pandemie auf ihre Ernährungs- und Trinkgewohnheiten berichteten. Jugendliche in sozioökonomisch benachteiligten Familien berichteten zudem tendenziell häufiger von negativen Auswirkungen auf ihre Ernährungsgewohnheiten (Ng u.a. 2023).

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 u.a. (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 burden 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 u.a. 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% der Jugendlichen in Österreich zwischen 11 und 18 Jahren Verdachtsfälle für diverse Essstörungen ersichtlich, nachgewiesene Essstörungen in weiterführenden Befragungen konnten schließlich bei rund 6% 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. Ein Blick auf die ersten zwei Wochen des Lockdowns im Frühjahr 2020 zeigte, dass das Klinikpersonal einer Einrichtung in Großbritannien besonders das Fehlen der Face-to-Face-Kontakte betonte. Zum Beispiel wurde das Ausfallen der persönlichen Gewichtskontrollen (sogenannte „weigh-ins”) genannt, da durch das Fehlen der professionellen Unterstützung von den Patient*innen ein höheres „Selbstmanagement“ gefordert war (Fernández-Aranda u.a. 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 benachteiligte Kinder, die in Haushalten ohne ausreichende technische Ausstattung leben (Internet, ausreichend Geräte, Datenvolumen, etc.) beziehungsweise jene mit kleinem Wohnraum, wie die 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 Mehrgewicht und unerwünschte Gewichtszunahme zeigten sich Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche aufgrund der Corona-Krise. Denn auch wenn sich starkes Mehrgewicht nicht über Monate, sondern erst über Jahre hinweg manifestiere, warnt Thomas Huber von der Klinik am Korso 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 Lebensmitteln mit hohen Kalorien wie Nudeln, Reis und Fertiggerichten gefüllt gewesen (Hensley 2020).

Für viele Kinder wurde das Essen während der Pandemie zu einer Bewältigungsstrategie, um mit der ungewöhnlichen und zum Teil als stark bedrohlich wahrgenommenen Situation umzugehen (Heise 2020). Zudem hätten sich aus den Work-Life-Konflikten der Eltern im Homeoffice Essensgewohnheiten verändert, Bewegungsimpulse seien reduziert und der Schlaf-Wach-Rhythmus 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 Bereich Adipositas der Kinderklinik an der Charité in Berlin (RND 2021).

Eine Studie zeigt, dass Kinder aus Familien mit hohem Bildungsabschluss der Eltern weniger betroffen waren (Koletzko u.a. 2021). Im Durchschnitt waren 9% der Kinder von null bis 14 Jahren von einer Gewichtszunahme während des ersten Lockdown betroffen.

Kinder von Eltern mit niedriger formaler Bildung verzeichneten hingegen zu 23% eine Zunahme des Körpergewichts in dieser Zeit. Diese Kinder hatten bereits vor der Corona-Krise ein höheres Ausgangsgewicht.

“Our data show a disturbing aggravation of socioeconomic disparity, with a 2.5 times higher risk of body weight gain in children from less privileged than from better educated families.“

(Koletzko u.a. 2021)

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 zeigte etwa, dass von den 50 aufgrund eines schweren Verlaufs von Covid-19 stationär aufgenommenen Kindern 22% adipös waren. Zwei Drittel der Kinder, die ein Beatmungsgerät benötigten, waren ebenfalls adipös (Zachariah u.a. 2020; vgl. auch DGKH et al. 2020). Die Essgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen veränderten sich in Zeiten des Lockdowns auch insofern, als dass insbesondere jene, die auf regelmäßige Mahlzeiten in Schule oder Kindergarten angewiesen sind, diese Angebote nicht mehr in Anspruch nehmen konnten.

PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND DEPRESSIONEN

“Psychotherapieplätze sind wahnsinnig schwer zu finden. Viele Therapeuten teilen per Tonband mit, dass sie niemand mehr aufnehmen können. Die Situation ist noch einmal verschärft, weil es so viele Jugendliche gibt, die jetzt Probleme haben.“

(armutsbetroffene Mutter, unterstützt durch den Volkshilfe-Fonds Kinder.Gesundheit.Sichern.)

Im Jänner 2021 präsentierte das Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Uni-Krems und der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie Studienergebnisse, nach denen rund ein Viertel der österreichischen Bevölkerung (26%) an depressiven Symptomen, 23% an Angstsymptomen und 18% 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 Menschen mit geringem Haushaltseinkommen (unter 1000 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% auf 50% (Dale u.a. 2021). Dies entspricht auch dem internationalen Trend, wonach die Gruppe der 15- bis 25-Jährigen psychisch am stärksten von der Pandemie betroffen war. So zeigt etwa eine Befragung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, dass sich jüngere Menschen, die vorher ein aktives Sozialleben verfolgten, in der Corona-Krise einsamer fühlten als ältere Menschen (Entringer und Kröger 2020).

Das österreichische Corona-Panel zeigt, dass die Einsamkeitswahrnehmung mit dem zweiten Lockdown wieder angestiegen ist und sich im weiteren Verlauf des Jahres 2021 noch steigerte. Dabei bestehen Unterschiede in den Altersgruppen, die im weiteren Verlauf der Krise stark zunahmen. Starke Einsamkeitsgefühle (das heißt 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 u.a. (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 gesehen werden können (vgl. auch Nicola u.a. 2020). Auch Kinder und Jugendliche erlebten während der Corona-Krise eine ungeheure psychische Belastung, welche 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 u.a. 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 zeigten, schwerer und akuter waren als die vor der Pandemie (Plener zit.n. Warscher 2021). Eine weitere Studie der Donau-Uni-Krems, die über 3000 Schüler*innen ab 14 Jahren im Februar 2021 befragte, nahm die Auswirkungen der Schulschließungen genauer in den Blick. Sie zeigte, dass etwa 16% von ihnen entweder täglich oder an mehr als der Hälfte der Tage suizidale Gedanken hatten (Pieh u.a. 2021). 55% der Befragten berichteten von depressiven Symptomen, 47% von Symptomen einer Angststörung, 23% von Schlaflosigkeit und Symptome von Essstörungen zeigten 64% 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 Kinder mit Migrationshintergrund und jene mit limitiertem Wohnraum stärker betroffen sind (Ravens-Sieberer u.a. 2021). Für Volksschulkinder ergab eine Umfrage unter 531 Kindern der Universität Salzburg ein ähnliches Bild zu den Auswirkungen der Pandemie auf die Psyche. 79% der 531 Befragten gaben an, dass es ihnen im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie schlechter ging, jedes dritte Kind war öfter wütend oder genervt, jedes fünfte war öfter traurig oder fühlte sich einsam. Jedes zweite Kind gab an, die aktuelle Situation mache ihm Angst und jedes dritte Kind schlief in der Corona-Krise schlechter. Die Kinder wünschten sich Sport treiben zu können (1/3), ohne Maske zu sein (1/3) und die Gesichter der Menschen sehen zu können beziehungsweise Freund*innen ohne Einschränkungen treffen zu können (jeweils 1/3) (Salzburg24 2021).

In einer Befragung der Volkshilfe Österreich armutsbetroffener Familien fielen im Nachklang des ersten Lockdowns schon zwei Ergebnisse auf: Rund ein Viertel der Kinder (23%) war 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%) war fröhlicher, weil für sie schwierige Situationen, wie etwa Mobbing endlich weggefallen waren (Lichtenberger und Ranftler 2023, 55).

Paul Plener verweist auch auf eine teilweise Erleichterung durch das Distance Learning für jene Kinder, 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.

BEWEGUNG UND KÖRPERLICHE FITNESS

In ihrer Studie zur mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Schulschließungen berichten Pieh u.a. (2021) auch von einem Rückgang der körperlichen Aktivitäten gemessen an den bereits genannten HBSC-Daten aus dem Jahr 2018. Auch in einer auf den HBSC-Daten basierenden Studie der WHO zu den Folgen der Covid-19 Pandemie für Jugendliche in 22 europäischen Staaten berichteten 30% der Jugendlichen von negativen Auswirkungen der Pandemie auf ihre körperliche Aktivität. Jugendliche in sozioökonomisch benachteiligten Familien berichteten zudem tendenziell häufiger von negativen Auswirkungen, als solche aus sozioökonomisch besser gestellten Familien. Zudem gaben Mädchen tendenziell häufiger negative Auswirkungen auf ihre körperlichen Aktivitäten an als Burschen (Ng u.a. 2023, 6-7). Einer Studie der UC San Francisco zufolge, welche die Daten von Schrittzählern weltweit auswertete, stellte einen weltweiten Rückgang der verfügbaren Schrittdaten innerhalb von zehn Tagen ab dem elften März um durchschnittlich 5% fest, der sich innerhalb der nächsten 30 Tage auf einen Rückgang von 27,3% steigerte (Tison u.a. 2020).

Eine deutsche Studie von Schmidt u.a. (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 lebten. 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 Training in Sportvereinen oder in der Schule entfielen, weshalb trotz vermehrter Aktivität gesundheitliche Folgen zu erwarten waren. So verwundert es auch nicht, dass eine Umfrage der Universität Salzburg darauf verweist, dass sich ein Drittel der Kinder wünschte, wieder Sport treiben zu können. Einem weiteren Drittel fehlte der Sport in der Schule (Salzburg24 2021).

TEILLEISTUNGSSCHWÄCHEN

Durch die Fokussierung auf die Kernfächer Deutsch, Mathematik und Sachkunde während der Corona-Krise wurden kreative/musische Gebiete vernachlässigt. Dies ist für alle Kinder schade, aber insbesondere für jene mit Lese-Rechtsschreib-Schwäche bedeutete das, dass vor allem ihre Schwächen betont wurden, während ihre Stärken weniger zur Geltung kamen. Gleichzeitig ergaben sich für Kinder mit Dyskalkulie und Legasthenie auch Vorteile durch das Homeschooling. Der Unterricht zuhause erleichterte etwa die Terminfindung für Therapiestunden, da mehr Flexibilität bei der zeitlichen Aufteilung von schulischen Arbeitsaufträgen möglich war. Vor allem für Eltern, die im Homeoffice arbeiten konnten, erleichterte dies die Organisierung von Unterstützungsangeboten für ihre Kinder.

Diese Fördermöglichkeit durch die Arbeit im Homeoffice standen 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 Homeoffice arbeiten konnten (Kalleitner und 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 wurden 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 LRS-Schwäche fasste die Situation der betroffenen Familien pointiert zusammen:

> **"**It was hard being a dyslexia mom before Coronavirus and now it's even harder.**"**
>
> (Meyer 2020)

CORONA-BEFRAGUNG DER VOLKSHILFE

Viele der in der Corona-Krise erstandenen Studien zur Situation von Kindern und Jugendlichen erhoben keine (zugänglichen) Daten über den finanziellen Hintergrund der Familien. Die Volkshilfe begann im Juni 2020 angesichts fehlender Daten damit, armutsbetroffene Familien zu den Folgen der Corona Krise zu befragen, die sie in ihrem Alltag erlebten.

Im Juni 2020 gaben mehr als drei Viertel aller Befragten (79%) an, sich jetzt noch mehr Sorgen um die Zukunft zu machen. Über die Hälfte (55%) sorgten sich auch, dass ihre Kinder in der Schule nicht gut abschließen würden. Auf die Hälfte der befragten Familien (51%) hat sich die Corona-Krise finanziell negativ ausgewirkt. Ein recht hoher Prozentsatz, wenn man bedenkt, dass ihr Einkommensniveau schon vor Corona unter der Armutsgefährdungsschwelle lag. Auf die Frage, ob und wie sich die Emotionalität ihrer Kinder in der Corona-Krise verändert hat, gaben jeweils mehr als die Hälfte der Eltern an, dass ihre Kinder trauriger (74%), einsamer (57%) oder aggressiver (53%) waren als zuvor. Für rund zwei Drittel aller Befragten war es eine ziemlich bis sehr große Belastung, dass ihre Kinder nicht mehr in die Schule oder den Kindergarten gehen konnten. Viele berichteten von finanziellen Problemen wegen der Mehrkosten durch das Homeschooling. Neben den bekannten Herausforderungen, wie fehlenden Laptops oder Internetzugang, sowie Mangel an Lernraum, nannten die meisten, dass ihnen das Wissen (58%) und die Zeit (38%) fehlte, um ihren Kindern bei den Aufgaben helfen zu können (Lichtenberger und Ranftler 2020).

In der zweiten Befragungswelle im Februar 2021 zeigte sich eine eklatante Verschlechterung der Lebensqualität der Kinder: Doppelt so viele Eltern wie in der ersten Befragungswelle vergaben ein „Nicht Genügend". Mehr als die Hälfte (54%) der Befragten beurteilte die Lebensqualität ihrer Kinder mit der Schulnote vier bis fünf. Hinsichtlich der technischen Ausstattung für das Distance Learning gab es folgende Angaben: 42% hatten die Mehrkosten für die Ausstattung für den Fernunterricht selbst getragen, 11% waren technisch immer noch nicht gut versorgt.

Im Hinblick auf die psychische Belastung beobachteten sechs von zehn Familien, dass ihre Kinder einsamer als vor der Corona-Krise waren. 14% der Kinder wurden zum Befragungszeitpunkt von den Eltern als genauso einsam wie vor der Krise beschrieben.

Mehr als die Hälfte der Eltern (57%) schätzten ihre Kinder als trauriger ein, bei 20% waren die Kinder bereits vor Corona traurig gewesen und dies habe sich durch die Krise nicht geändert. 55% gaben an, ihre Kinder seien gestresster und einige Familien berichteten auch von mehr Streit in der Familie. 40% der Eltern berichteten von einem schlechteren Schlaf der Kinder (Volkshilfe 2021).

Die dritte Befragungswelle, die online im Frühsommer 2023 durchgeführt wurde, reagierte auf den von der Regierung ausgerufenen Covid-Aufarbeitungsprozess, der die Kommunikation der Regierung und Polarisierung der Gesellschaft in Fragen der Gesundheitspolitik analysieren sollte. Die sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen der Corona-Krise, insbesondere mit Blick auf Kinder und Jugendliche und Familien mit niedrigem Einkommen, gingen dabei unter.

Mit der letzten Umfrage konnten 143 armutsbetroffene Kinder und Jugendliche zwischen zehn und 19 Jahren erreicht werden, sowie 284 armutsbetroffene Eltern. Ziel war es, zu erfragen, welche Spuren die Corona-Pandemie in ihrem Leben hinterlassen hat. Jeder zweite befragte Elternteil gab an, seit der Pandemie viel häufiger unter Müdigkeit und Erschöpfung, aber auch unter Ängsten und Sorgen zu leiden. 28,6% der Eltern seien häufiger krank, bei 44,7% der Familien habe sich die finanzielle Situation seit der Pandemie deutlich verschlechtert. Bei weiteren 28,5% war es finanziell etwas schlechter geworden.

28,8% der armutsbetroffenen Kinder und Jugendlichen sagten auch drei Jahre nach Beginn der Pandemie, sie fühlten sich immer noch weniger wohl als vor März 2020, fast 30% fühlten sich etwas weniger wohl und nur 6,3% fühlten sich viel wohler als damals.

Beim Schulerfolg wirkte die Pandemie ebenso stark nach. Fast 60% der befragten Schüler*innen aus armutsbetroffenen Familien gaben an, dass ihnen der Unterrichtsstoff aus der Coronazeit beim Lernen fehlte (Volkshilfe Österreich 2023). Auf die Frage, was sich die Kinder und Jugendlichen gewünscht hätten, um besser durch die Corona-Krise zu kommen, sagten 48,6%, dass sie sich weniger Druck auf Schüler*innen wünschten, am zweithäufigsten wurde „mehr finanzielle Unterstützung für meine Familie" als Antwort gewählt. Bei der Frage an die Erwachsenen, wie ihre Kinder besser durch das Distance Learning beziehungsweise die Schule während Corona gekommen wären, gaben 35,6% an, dass sie sich „mehr finanzielle Unterstützung für Familien" gewünscht hätten.

55 Forderungen der Volkshilfe zur Verbesserung von Kindergesundheit in Österreich

DIE VERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

DIE VERSORGUNGSLAGE VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Menschen mit niedrigem Einkommen sind stärker von sozialer Infrastruktur abhängig als Menschen mit hohem Einkommen, da letztere vielfach auf kommodifizierte private Angebote zurückgreifen (können). Die Debatte um die Wahlärzt*innen ist dafür beispielhaft. Denn, dass die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich deutlich mehr Ressourcen braucht, als sie derzeit zur Verfügung hat, ist bekannt. Nicht erst durch die Pandemie sind etwa fehlende Kassenstellen im Bereich der Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Fokus der Debatte gerückt. Aber auch die niedergelassene Kinder- und Jugendheilkunde braucht mehr und multiprofessionelle Ressourcen, längere Öffnungszeiten, bessere Erreichbarkeit und Zeit. Die aktuelle Versorgungslage führt nicht dazu, dass soziale und gesundheitliche Ungleichheiten ausgeglichen werden (vgl. auch Culen 2022). Gleiches gilt auch für diverse andere Therapieangebote – etwa Logopädie oder Ergotherapien. Die Schaffung neuer Kassenplätze alleine wird die Versorgungsprobleme nicht lösen. Gerade im Bereich Gynäkologie und Kinder-/Jugendheilkunde braucht es auch mehr Fachärzt*innen. Mehr sozialmedizinisches Bewusstsein, multiprofessionelle Teams und der Ausbau von Kompetenzen in Bezug auf armutssensible Sprache im Gesundheitsbereich könnten Diskriminierungserfahrungen (Schönherr u.a. 2019), Beschämung und Scham reduzieren. Kostenlose, öffentliche Infrastruktur ermöglicht Kindern aus Haushalten mit niedrigem Einkommen auch ohne große finanzielle Ausgaben Freizeitmöglichkeiten oder eine gute gesundheitliche Versorgung.

Elementarpädagogische Einrichtungen, (ganztägige) Schule und diverse Nachmittagsbetreuungsformen können bei ausreichenden Ressourcen nicht nur im Bereich Bewegung und Sport, sondern auch hinsichtlich einer ausgewogenen Ernährung gesundheitspolitisch relevant sein. Dafür braucht es mehr Plätze und weniger Bildungskosten für die Eltern. Aber auch wenn es um eine bewegungsfördernde öffentliche Infrastruktur, sowohl in den warmen als auch in den kalten Monaten geht, braucht es mit Blick auf ganz Österreich drastische Verbesserungen.

Damit Familien zu Hause gesundheitsfördernde Ernährung zur Verfügung stellen können und keinen Mangel in Bezug auf existenzielle Fragen erleben, braucht es eine finanzielle Absicherung. Dazu gehören armutsfeste Transferleistungen ebenso wie Löhne, von denen Familien leben können. Um Kinder im Speziellen finanziell abzusichern, fordert die Volkshilfe Österreich eine Kindergrundsicherung, die allen Kindern und Jugendlichen ein Aufwachsen ohne Armut garantieren soll.

„Wir ham jetzt keine Toastbrotzeiten mehr [...] scho lange nicht mehr ghabt [...] nur noch blasse Erinnerung jetzt mal."

(armutsbetroffener Bub, 12 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

55 FORDERUNGEN DER VOLKSHILFE ZUR VERBESSERUNG VON KINDERGESUNDHEIT IN ÖSTERREICH

GESUNDHEITSAUSGABEN UND GESUNDHEITSWESEN

1. Anhebung des BIP-Anteils für **Ausgaben des Gesundheitswesens** auf mindestens 12% und Erhöhung der finanziellen Mittel im Bereich Gesundheitsprävention für Kinder und Jugendliche.
2. Umsetzung der **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie** des Sozialministeriums.
3. Entwicklung eines integrierten **Gesamtversorgungs- und Behandlungsplans** unter Einbeziehung des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens (Österreichischer Strukturplan Gesundheit).
4. Ausbau multiprofessioneller **Primärversorgungseinheiten** (PVEs) für Kinder und Jugendliche.
5. **Kostenfreie Therapien** für Kinder und Jugendliche bei medizinischer Indikation ohne Wartezeiten, unabhängig vom Wohnort im Bereich Ergotherapie und Physiotherapie.
6. Kostenübernahme von LRS-Therapien und Logopädie in vollem Umfang durch die Sozialversicherung über die Sicherstellung **ausreichender, bedarfsorientierter Kassenplätze.**
7. Rasche **österreichweite Vereinheitlichung der Versorgungslage** bei Psychotherapie und Vereinheitlichung der Leistungen aller Krankenkassenträger in diesem Bereich.
8. Rascher Ausbau der **Krankenkassenplätze für Psychotherapie,** 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).

   Rascher Ausbau der Psychotherapie-Ausbildungsplätze und Finanzierung durch die öffentliche Hand.
9. Kostenfreiheit für Maßnahmen zur **Mund- und Zahngesundheit** sowohl bei präventiven Maßnahmen, wie auch bei Behandlungen Minderjähriger.
10. Ausbau der **stationären Therapie- und Behandlungsplätze** für Kinder und Jugendliche im Bereich Essstörungen und psychische Gesundheit.
11. **Ergotherapeutische Leistungen** strukturiert im Eltern-Kind-Pass verankern.
12. Einbindung von **Ergotherapeut*innen** in Schulteams bzw. Kindergartenteams.
13. Angebote zu kostenfreien **Sprachentwicklungs-Checks** im Eltern-Kind-Pass.
14. Aufnahme der Leistung "**Klinisch-psychologische Beratung und Behandlung**" in das ASVG.
15. Professionelle Implementierung von ergänzenden **digitalen Behandlungswegen.**

VERBESSERUNG DER DATENQUALITÄT

16. Sammlung besserer **Daten über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen** für eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik (elektronischer Eltern-Kind-Pass bis 18 Jahre, zugängliche Schulgesundheitsdaten, standardisierte Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche, etc.).
17. Erhebung von Informationen über die **sozioökonomischen Hintergründe** der Kinder und damit über das Ausmaß an gesundheitlicher Ungleichheit.
18. Förderung der **Vernetzung** zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich der Kinder- und Jugendmedizin .

GESUNDHEIT UND BILDUNG

19. Flächendeckender Ausbau der kostenfreien **Kinderbetreuungseinrichtungen,** insbesondere für Kinder unter 3 Jahren und in ländlichen Regionen.

Öffnungszeiten müssen eine Vollzeitbeschäftigung ermöglichen.

20. Ausbau der **Nachmittagsbetreuung**.

21. Einführung einer **Ganztages-/ Gesamtschule** für alle 6 bis 14-Jährigen, um die strukturelle Diskriminierung von armutsbetroffenen Kindern abzumildern.

22. Ausbau der **Schulassistenzen** und Schulsozialarbeit in allen Bildungsstufen.

23. Ausbau der **Gesundheitsbetreuung** im schulischen Bereich durch Ärz*innen, DGKPs und Schulpsycholog*innen.

24. Ausbau der niederschwelligen Angebote **psychotherapeutischer Information und Beratung** in Schulen.

25. Ressourcen bereitstellen, um niederschwellige Informationen für alle Schüler*innen zum Thema **psychische Gesundheit im Unterricht** einbringen zu können.

26. Kostenfreies Angebot für **Frühstück** und warmes, gesundheitsfördernde **Mittagessen in Kindergarten und Schule** für alle Kinder und Jugendlichen.

27. Flächendeckende Einführung evidenzbasierter **Präventionsprogramme** im schulischen sowie im außerschulischen Rahmen im Hinblick auf psychische Belastungen.

ZUGANG ZU GESUNDHEITSFÖRDERNDEN MASSNAHMEN

28. Verstärktes Angebot **niederschwelliger Kontakte** durch

vereinfachten, mehrsprachigen Zugang zum Gesundheitswesen.

bessere Verbreitung spezialisierter Angebote.

29. Zugang zum Gesundheitswesen für alle Menschen, die in Österreich leben durch offensiv angebotene, qualifizierte Dolmetsch-Angebote.

30. Förderung der **Health Literacy von Eltern** durch kostenfreie, niederschwellige und zielgruppenspezifische Angebote.Die verbesserte Datenlage muss auch Informationen über die **soziookonomischen Hintergründe** der Kinder und damit über das Ausmaß an gesundheitlicher Ungleichheit geben

BEGLEITMASSNAHMEN / GESUNDHEITSFÖRDERUNG / PRÄVENTIVE MASSNAHMEN

31. **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.

32. Ausbau der niederschwelligen, freiwilligen und kostenfreien Maßnahmen zur **Stärkung der Gesundheitskompetenz** von Eltern mit Kleinkindern.

33. Langfristige Förderzusagen und Angebote zur Sensibilisierung im Hinblick auf **gesunde Ernährung und Lebensweise** wie beispielsweise das Projekt „Gesundheitslots*innen" der Volkshilfe Wien.

34. Ausweitung des **Gratis-Impfprogramms** auf alle medizinisch empfohlenen Impfungen (z.B. Meningokokken).

FINANZIELLE ABSICHERUNG

35. Einführung einer **einkommensabhängigen Kindergrundsicherung,** um Kinderarmut nachhaltig zu beenden.

36. Verlängerung der **Familienbeihilfe bis zum 26. Lebensjahr** für junge Erwachsene, die sich in einer Ausbildung befinden.

37. Finanzielle Absicherung der Eltern über die **Erhöhung des Arbeitslosengeldes,** die Verlängerung des Anspruchs auf Arbeitslosengeld.

38. **Armutsfeste Sozialhilfe/Mindestsicherung** mit Mindestsätzen statt Obergrenzen.

• • • WEITERE FORDERUNGEN

39. Schulungen für Gesundheitsfachkräfte im Bereich armutssensible Sprache und Informationen.

40. Ausbau der **offenen Jugendarbeit** inkl. Indoor-Möglichkeiten als niederschwelliges Angebot für Jugendliche.

41. Ausbau der **Jugendberatungsstellen** mit ausreichendem Budget.

42. Langfristige Zusagen für **Public-Health-Projekte** mit speziellen Zielgruppen (z.B. für das Projekt "Gesundheitslots*innen" der Volkshilfe Wien).

43. Rechtsanspruch auf die Möglichkeit der **Verlängerung der Unterstützungsangebote** z.B. in der Grundversorgung oder der Jugendhilfen bis zum 21. Lebensjahr.

44. Ausbau des Projekts **"Frühe Hilfen"** in ganz Österreich, um Familien von Beginn an zu stärken und zu begleiten, bis zum 6. Geburtstag.

45. Übernahme der Kosten für telefonische und digitale **Helplines/Helpforen für Kinder und Jugendliche,** gerade im Hinblick auf die Herausforderungen und Auswirkungen der Corona-Krise.

46. **Barrierefreie Gebäude,** Kommunikation und Online-Anwendungen im Gesundheitsbereich.

47. Existenzsichernde **Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen** und Lohn statt Taschengeld.

48. **Einbindung von Kindern und Jugendlichen** in gesundheitspolitische Entscheidungen, die sie betreffen, statt Scheinbeteiligung.

49. Verbesserungen bei der **Pflegegeldeinstufung** von Kindern und Jugendlichen.

50. **Familienorientierte Rehabilitation** für alle Indikationsbereiche nach dem Vorbild des Reha-Angebots in der Onkologie.

51. Verbesserungen beim **Transitionsmanagement** beim Übergang in die Erwachsenenversorgung.

52. Zugang zu **Sexualpädagogik** u.a. durch regelmäßige, altersgerechte Sexualpädagogische Angebote an Schulen.

53. Abbau von finanziellen Barrieren im Zugang zu **Verhütungsmitteln** für junge Menschen.

54. Kostenloser Zugang zu **Periodenprodukten** für menstruierende Personen.

55. Ausbau der gesundheitsfördernden Angebote für **trans*-Jugendliche** und Abbau von Hürden bei einem selbstbestimmten Leben für trans*Personen.

„Ich glaube, ich hab mich schon verändert, weil früher habe ich nicht so viel gelacht.“

PROJEKTE DER VOLKSHILFE IM BEREICH KINDERGESUNDHEIT

PROJEKTE DER VOLKSHILFE IM BEREICH KINDERGESUNDHEIT

Im Folgenden geben wir noch einen kurzen Überblick zu unterschiedlichen Unterstützungsangeboten der Volkshilfe, welche die Gesundheit armutsbetroffener Kinder in ganz Österreich stärken - weil Gesundheit kein Luxus sein darf.

KINDER.GESUNDHEIT.SICHERN.

"Wir brauchen Unterstützung, weil meine Tochter Diabetes hat. Sie braucht eine Insulinpumpe, die nur mit einem neuen Handy funktioniert. Deswegen müssen wir unbedingt dieses neue Handy kaufen, weil sie sonst die Pumpe nicht benutzen kann."

(armutsbetroffene Mutter, unterstützt durch den Fonds Kinder.Gesundheit.Sichern.)

Das Volkshilfe-Projekt „Kinder.Gesundheit.Sichern." unterstützt bei Ausgaben im Bereich Gesundheit. Dazu gehören etwa Heilbehelfe, orthopädische Behelfe, Ergo-, Physio-, Logo- und andere Therapien sowie Erholung und Stärkung der psychischen Gesundheit.

40% der Unterstützungen werden für den Bereich Prävention, Sport, Bewegung, aber auch Schulsportwochen und Trainingslager ausgegeben. Rund 20% aller Kinder und Jugendlichen unterstützen wir durch eine Förderung für unterschiedliche Therapieformen.

In vielen Fällen geht es um die Behandlung von ADHS oder Entwicklungsstörungen durch Ergotherapie oder Logopädie. Aber auch unterschiedliche Therapien zur Unterstützung der psychischen Gesundheit, wie Psychotherapie, Reittherapie oder Traueruntersützung spielen in diesem Bereich eine Rolle. Weiters können Therapien zur Förderung von armutsgefährdeten Kindern im Autismus-Spektrum durch den Fonds unterstützt werden.

"Ich bin alleinerziehende Mama eines autistischen Kindes.Ich komme gerade so über die Runden, die Therapie ist leider privat zu zahlen, da ich keinen Kassenplatz bekomme, alle Bemühungen waren vergeblich. Meine Reserven sind durch die hohe Inflation aufgebraucht."

(armutsbetroffene Mutter, unterstützt durch den Fonds Kinder.Gesundheit.Sichern.)

Weitere Informationen zum Projekt „Kinder. Gesundheit.Sichern.": kinderarmut-abschaffen.at

MIT.CHANCEN.WACHSEN.

Das Volkshilfe-Projekt Mit.Chancen.Wachsen unterstützt gezielt Babys und Kleinkinder bis zu sechs Jahren, um negative Entwicklungen durch die Armutslage möglichst früh und damit möglichst nachhaltig vorzubeugen. Wachstum, Sprachentwicklung, Motorik, Spieltrieb, Teilhabe und viele weitere Bereiche können negativ beeinflusst werden. Der neue Förderfonds unterstützt daher armutsbetroffene Familien in ganz Österreich bei Ausgaben für Hygienearti kel wie Windeln, Babynahrung, Kinderkleidung und Schuhe, Ausstattungen wie Gitterbetten, Kinderwagen, Lauf- oder Fahrrädern und gesundheitliche Maßnahmen (wie Impfungen, Salben, Medikamenten etc.), aber auch bei Beiträgen für Kinderbetreuungseinrichtungen.

Weitere Informationen zum Projekt "Mit.Chancen.Wachsen.": kinderarmut-abschaffen.at

Für weitere Informationen zu den Unterstützungsangeboten der Volkshilfe gegen Kinderarmut: kinderarmut-abschaffen.at

BREAKFAST CLUB

Viel zu wenige Schüler*innen essen in Österreich an Schultagen regelmäßig Frühstück (HBSC 2020, 8). Bei Kindern aus Familien mit niedrigem Wohlstand ist die Anzahl derer, die mit einem Frühstück im Magen in die Schule kommen, noch niedriger. Das Projekt Breakfast Club setzt genau hier an. Die Volkshilfe stellt in teilnehmenden Schulen Frühstück für Schüler*innen vor Schulbeginn zur Verfügung. Jedes Kind, unabhängig von der Einkommenssituation der Eltern, kann den Breakfast Club besuchen. Die Eltern melden ihr Kind an und gegen einen Selbstbehalt von 50 Cent pro Kind, der zugunsten jener Kinder verwendet wird, welche sich das Frühstück nicht leisten können, können sie das Frühstück einnehmen. Dadurch soll gewährleistet werden, dass alle Schüler*innen gestärkt in den Tag starten können.

Das Angebot richtet sich vor allem an Schüler*innen, deren Eltern aufgrund unregelmäßiger Arbeitszeiten morgens nicht zuhause sind oder die aufgrund der Teuerung gerade besonders mit den steigenden Lebensmittelpreisen zu kämpfen haben. Es richtet sich auch an Kinder, die ihr Frühstück ansonsten alleine zuhause einnehmen, oder auf ein überteuertes und ungesundes Frühstück zurückgreifen müssten, oder sonst gar nicht frühstücken würden.

Das Projekt wird derzeit in Kärnten durchgeführt und über Spendenmittel der Volkshilfe sowie zum Teil durch Gemeinden, Sachspenden und regionale Partner*innen finanziert.

Nähere Informationen zum Projekt "Breakfast Club": breakfastclub-kaernten.at

FORSCHUNGSPROJEKT ZU DEN EFFEKTEN EINER KINDERGRUNDSICHERUNG FÜR ARMUTSBETROFFENE FAMILIEN

"Wir ham jetzt keine Toastbrotzeiten mehr [...] scho lange nicht mehr ghabt [...] nur noch blasse Erinnerung jetzt mal."

(armutsbetroffener Bub, 12 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

Die Volkshilfe Österreich hat ein Modell zur Abschaffung der Kinderarmut in Österreich entwickelt: die Kindergrundsicherung. Um die Effekte einer Kindergrundsicherung auf Familien zu beobachten, wurde von 2019-2021 ein kleines Forschungsprojekt umgesetzt. 23 Kinder wurden durch Spenden der Volkshilfe finanziell abgesichert und zwei Jahre lang quartalsweise interviewt.

In diesen zwei Jahren zeigten sich zahlreiche gesundheitliche Verbesserungen, die in den Familien in diesen zwei Jahren zu beobachten waren. Zu beachten ist, dass nicht alle Veränderungen auch direkt auf die Kindergrundsicherung zurückzuführen sind. Dennoch konnte eine Vielzahl positiver Veränderungen in den Familien beobachtet werden. Insbesondere einige gewichtige und kindspezifische Merkmale materieller Deprivation, wie etwa bei Kleidung und andere Aspekte absoluter Armut, wie der Mangel an Lebensmitteln, konnten aufgelöst werden. Das zweite Jahr des Feldversuchs fiel mit dem ersten Jahr der Corona-Pandemie zusammen. Deswegen konnte vieles, was im Bereich der Freizeitgestaltung von den Projektfamilien geplant war, nicht umgesetzt werden. Die Kindergrundsicherung machte die Familien aber resilienter gegen die negativen Auswirkungen der Ausgangsbeschränkungen zur Eindämmung der Covid-19-Krise. Vielfach wurde von den Familien betont, dass sich die Kinder durch kleine Veränderungen im Wohnraum wohler fühlen konnten. Die finanzielle Entspannung führte in vielen Familien auch zu einem entspannteren Familienklima beziehungsweise zu einer merkbaren Entlastung von Eltern und Kindern. Einige Familien berichteten von gemeinsamen Ausflügen und Aktivitäten, auch solchen, die mit Kosten verbunden sind. Nicht nur die soziale Teilhabe der Kinder verbesserte sich, sondern auch Eltern konnten langjährige Isolation schrittweise aufbrechen. Zudem berichteten einige Familien davon, dass sich die ruhigere Atmosphäre zuhause positiv auf den Lernerfolg der Kinder auswirkte. Einige Kinder berichteten auch von einer Verbesserung des subjektiven Gesundheitsempfindens beziehungsweise auch dem Rückgang somatisch-chronifizierter Belastungen: Dazu gehören verbesserter Schlaf, verstärkte Bewegung und in einem Fall auch die drastische Symptomreduktion einer asthmatischen Vorerkrankung.

"Ich glaube, ich hab mich schon verändert, weil früher habe ich nicht so viel gelacht."

(armutsbetroffenes Mädchen, 13 Jahre, Forschungsprojekt der Volkshilfe)

SOZIALE ARBEIT UND BERATUNG

KONTAKTE ZU DEN VOLKSHILFE-LANDESORGANISATIONEN

VOLKSHILFE BUNDESVERBAND

Auerspergstraße 4
1010 Wien

+43 1 402 62 09
office@volkshilfe.at
www.volkshilfe.at

VOLKSHILFE NIEDERÖSTERREICH

Grazer Straße 49-51
2700 Wiener Neustadt

+43 262 282 200-0
center@noe-volkshilfe.at
www.noe-volkshilfe.at

VOLKSHILFE WIEN

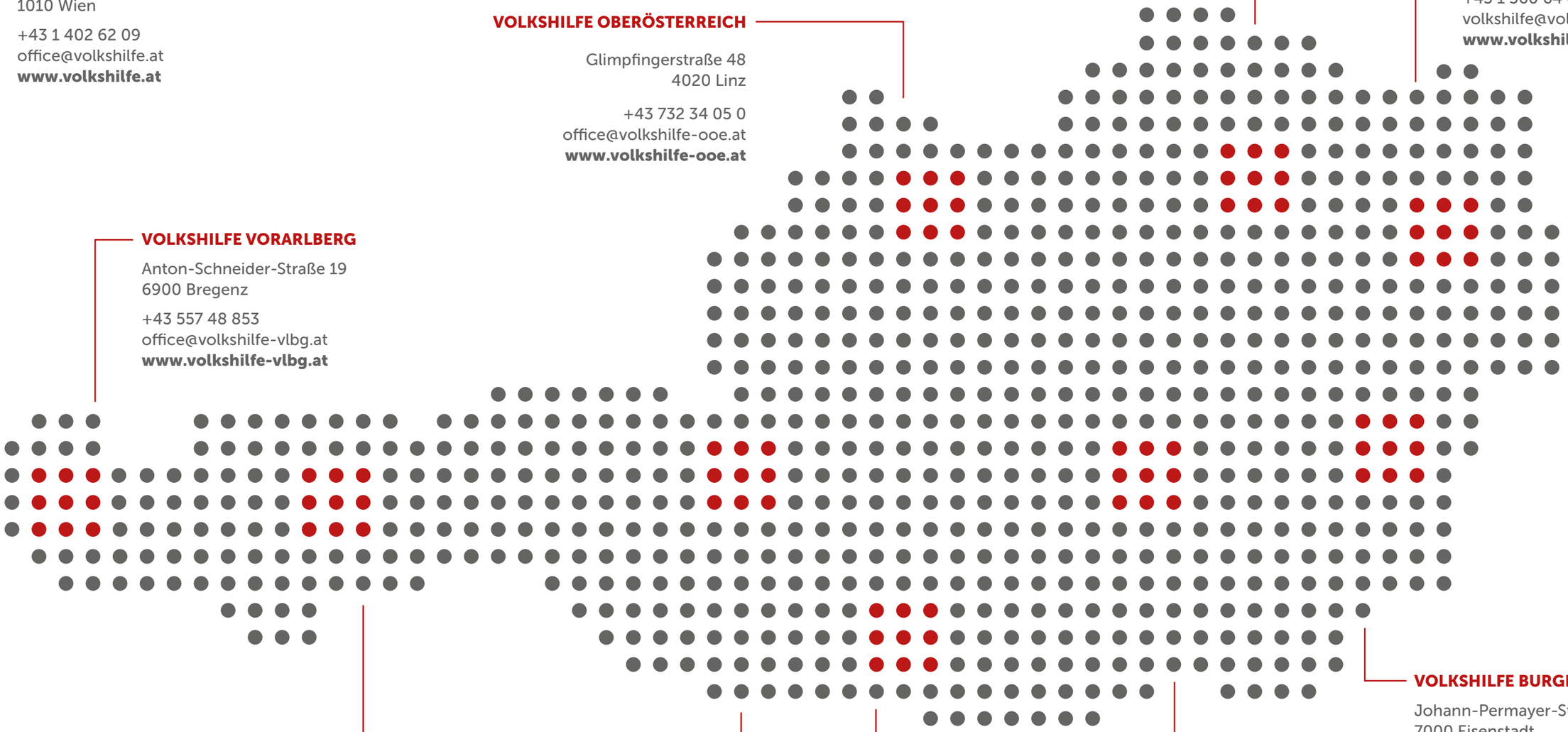
Weinberggasse 77
1190 Wien

+43 1 360 64 0
volkshilfe@volkshilfe-wien.at
www.volkshilfe-wien.at

VOLKSHILFE OBERÖSTERREICH

Glimpfingerstraße 48
4020 Linz

+43 732 34 05 0
office@volkshilfe-ooe.at
www.volkshilfe-ooe.at



VOLKSHILFE VORARLBERG

Anton-Schneider-Straße 19
6900 Bregenz

+43 557 48 853
office@volkshilfe-vlbg.at
www.volkshilfe-vlbg.at

VOLKSHILFE BURGENLAND

Johann-Permayer-Straße 2
7000 Eisenstadt

+43 2682 61569
center@volkshilfe-bgld.at
www.volkshilfe-bgld.at

VOLKSHILFE TIROL

Südtiroler Platz 10-12 6. Stock
6020 Innsbruck

+43 50 890 1000
tiroler@volkshilfe.net
www.volkshilfe.tirol

VOLKSHILFE SALZBURG

Werner-von-Siemens-Platz 1
Eingang Nord
5020 Salzburg

+43 662 42 39 39
office@volkshilfe-salzburg.at
www.volkshilfe-salzburg.at

VOLKSHILFE KÄRNTEN

Platzgasse 18
9020 Klagenfurt am Wörthersee

+43 0 463 32495
office@vhktn.at
www.vhktn.at

VOLKSHILFE STEIERMARK

Sackstrasse 20/I
8010 Graz

+43 316 8960 - 0
office@stmk.volkshilfe.at
www.stmk.volkshilfe.at

LITERATUR

LITERATUR

Ahead. 2020. "Learning from Home During Covid-19". A Survey of Irish FET and HE Students with Disabilities. Dublin: AHEAD Educational Press.

Aizer, Anna, und Janet Currie. 2014. "The intergenerational transmission of inequality: maternal disadvantage and health at birth". Science 344(6186).

Arbeiterkammer und IFES. 2014. „Nachhilfe in Österreich". Bundesweite Elternbefragung 2014. Studienbericht. Wien: Institut für Empirische Sozialforschung.

Arbeiterkammer Wien. 2022. „AK Preismonitoring Wien – Dezember 2022. Warenkorb mit 40 Lebens- und Reinigungsmittel. Preisvergleich der preiswertesten erhältlichen Produkte in Wiener Supermärkten und bei Diskontern". https://wien.arbeiterkammer.at/beratung/konsumentenschutz/einkaufundrecht/Micro_Warenkorb_Wien_Dezember_2022.pdf. (7. Februar 2023).

Aulenbacher, Brigitte, Almut Bachinger und Fabienne Décieux. 2015. „Gelebte Sorglosigkeit? Kapitalismus, Sozialstaatlichkeit und soziale Reproduktion am Beispiel des österreichischen „migrant-in-a-family-care"-Modells". Kurswechsel 1: 6 -14.

Baker, Michael, und Mark Stabile. 2011. "Determinants of Health in Childhood". In The Oxford Handbook of Health Economics. New York: Oxford University Press.

Bhandari, Bishal, Jonathan Timothy Newton, und Eduardo Bernabé. 2015. "Income Inequality and Use of Dental Services in 66 Countries". Journal of Dental Research, 94 (8): 1048–1054.

Black, Sandra E., Paul J. Devereux, und Kjell G. Salvanes. 2007. "From the Cradle to the Labor Market? The Effect of Birth Weight on Adult Outcomes". The Quarterly Journal of Economics 122(1): 409–439.

Bundeskanzleramt Österreich. 2020. „Schicken Sie Ihre Kinder nicht zu den Großeltern". Schicken Sie Ihre Kinder nicht zu den Großeltern. Damit verhindern Sie mögliche Ansteckungen und schützen ältere Personen. #schauaufdich | By Bundeskanzleramt Österreich | Facebook. (13. November 2024).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). 2019. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schüler*innen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Wien: BMASGK.

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

Chassé, Karl August, Margherita Zander, und Konstanze Rasch. 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.

Culen, Caroline. 2022. Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen: Diagnoseverarbeitung und Krankheitsbewältigung. In Schule und chronische Erkrankungen. Grundlagen, Herausforderungen und Teilhabe, hrsg Nicola Sommer und Erwin Ditsios. Leipzig: Verlag Julius Klinkhardt.

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. Medizinische Fakultät der Friedirch-Schiller-Universität Jena.

Damm, Lilly. 2015. „Kinder mit chronischen Erkrankungen in der Schule. Darstellung der Child Public Health Perspektive". In Das chronisch kranke Kind im Schulsystem., hrsg. Peter Fichtenbauer. Schriftenreihe der Volksanwaltschaft (III).

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

Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. 2020. „Welche Grunderkrankungen legen Einschränkungen in der Teilnahme am Schulunterricht aufgrund der Corona-Pandemie nahe?". https://www.kinderaerzte-im-netz.de/media/5eb26839b49d38589a7708bf/source/200504_sn_schulbefreiuungrisikogruppen_final-docx__2_-pdf..pdf. (12.11.2024).

DGKH, bvkj, DGPI, DAKJ. 2020. "Kinder und Jugendliche in der CoVid-19-Pandemie: Schulen und Kitas sollen wieder uneingeschränkt geöffnet werden. Der Schutz von Lehrern, Erziehern, Betreuern und Eltern und die allgemeinen Hygieneregeln stehen dem nicht entgegen. Stellungnahme. 2020-05-18_Covid-19_Kinder_Stellungnahme_DGKH_18_05_2020_final.pdf (25.11.2024).

Dowswell, Therese, und Elizabeth Towner. 2002. "Social deprivation and the prevention of unintentional injury in childhood. A systematic review". Health Education Research 17: 221–237.

Drewnowski, Adam, und Stephen E. Specter. 2004. "Poverty and obesity. The role of energy density and energy costs". The American Journal of Clinical Nutrition 79 (1): 6-16.

Entringer, Theresa, und Hannes Kröger. 2020. „Einsam, aber resilient. Die Menschen haben den Lockdown besser verkraftet als vermutet". DIW aktuell 46.

Felder-Puig, Rosemarie, Friedrich Teutsch und Roman Winkler. 2023. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22. Wien.

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

Friebe, Richard. 2009. „Arme Kinder - kranke Kinder". https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheitsforschung-arme-kinder-kranke-kinder-1213799.html. (1. März 2021).

Frimmel, Wolfgang, und Gerhard J. Pruckner. 2014. "Birth Weight and Family Status Revisited. Evidence from Austrian Register Data". Health Economics 23(4): 426-445. doi:10.1002/hec.2923.

Fuchs, Michael. 2018. „Nicht-krankenversicherte Personen in Österreich. Empirische Erkenntnisse. Kurzfassung". Soziale Sicherheit September.

Gallo, Linda, Karla Espinosa De los Monteros, und Smriti Shivpuri. 2009. "Socioeconomic Status and Health: What is the role of Reserve Capacity?". Current directions in psychological science 18(5): 269–274.

Goeckenjan, Maren, Babett Ramsauer, Martin Hänel, Regine Unkeis und Klaus Vetter. 2009. „Soziales Risiko – geburtshilfliches Risiko?". Der Gynäkologe 42(2): 102–110.

Griesinger, Georg. 2014. „Angeboren – aber nicht vererbt". Gynäkologische Endokrinologie 12(73): 73.

Habl, Claudia, Gudrun Braunegger-Kallinger, Sabine Haas und Joy Ladurner. 2014. „Armut und Gesundheit". In Handbuch Armut in Österreich, hrsg. Nikolaus Dimmel, Martin Schenk, und Christine Stelzer-Orthofer. Innsbruck und Wien: Studien Verlag, 240-267.

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. WHO, Jo Inchley, Dorothy Currie, Sanja Budisavljevic, Torbjørn Torsheim, Atle Jåstad, Alina Cosma, Colette Kelly, Colette, Ársæll Már Arnarsson, Ordrun Samdal. Kopenhagen.

Hedegaard, Morten, Tine B. Henriksen, Svend Sabroe, und Nils J. Secher. 1993. "Psychological distress in pregnancy and preterm delivery". BMJ 307(6898).307: 234–239. doi: 10.1136/bmj.307.6898.234.

Hehlmann, Miriam I., Violetta Schaan, und Julian Rubel. 2018. „Eine meta-analytische Untersuchung des sozioökonomischen Status als Risikofaktor für postpartale Depression". Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie 47(4): 229–240.

Hensley, Laura. 2020. "Why the coronavirus pandemic is triggering those with eating disorders". https://globalnews.ca/news/6735525/eating-disorder-coronavirus/. (13. November 2024).

Heuberger, Richard, Nadja Lamei und Magdalena Skina-Tabue. 2018. „Lebensbedingungen von Mindestsicherungsbeziehenden. Analyse von Personen in Haushalten mit BMS-Bezug – EU-SILC 2015-2017". Statistische Nachrichten 10: 845-851.

Holz, Gerda, Antje Richter, Werner Wüstendörfer und Dietrich Giering. 2006. „Zukunftschancen für Kinder!?" Wirkung von Armut bis zum Ende der Grundschulzeit. Endbericht der 3. AWO-ISS-Studie. Frankfurt am Main: ISS e.V.

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

Humer, Stefan, und Serverin Rapp. 2018. „Entwicklung und Verteilung von Lebenshaltungskosten. Analyse der Konsumerhebungen 1999/00 bis 2014/15". https://www.wu.ac.at/ineq/forschung/projekte/archiv/lebenshaltungskosten. (25. April 2024).

Jiang, Li, Kun Tang, Kun, Mike Levin, Omar Irfan, Shaun K. Morris, Karen Wilson, Jonathan D. Klein, und Zulfigar A. Bhutta. 2020. „COVID-19 and multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents". The Lancet Infectious Diseases (20): 276–88.

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

Kalleitner, Fabian, und David W. Schiestl. 2020. „Einkommenseinbußen in der Frühphase der Corona-Krise". https://viecer.univie.ac.at/en/projects-and-cooperations/austrian-corona-panel-project/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog07/. (13. November 2024).

Karimi, Maryam, Raphaël Castagné, Cyrille Delpierre, Gaëlle Albertus, Eloïse Berger, Paolo Vineis, Meena Kumari, Michelle Kelly-Irving, und Marc Chadeau-Hyam. 2019. "Early-life inequalities and biological aging: a multisystem Biological Health Score approach in Understanding Society". Journal of Epidemiol Community Health 73(8): 693-702. DOI: 10.1136/jech-2018-212010.

Kary, Christine. 2013. „Absetzmöglichkeiten bringen oft wenig". https://www.diepresse.com/1480635/absetzmoglichkeiten- bringen-oft-wenig. (5. März 2021).

Kelly-Irving, Michelle. 2019. "Allostatic load: how stress in childhood affects life-course health outcomes". Health Foundation working paper. Future Health Inquiry working paper number 3.

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

Koletzko, Berthold, Christina Holzapfel, Ulrike Schneider, und Hans Hauner. 2021. „Lifestyle and Body Weight Consequences of the COVID-19 Pandemic in Children: Increasing Disparity". Annals of Nutrition and Metabolism 77(1): 1-3.

Kuntz, Benjamin, Laura Frank, Kristin Manz, Alexander Rommel, und Thomas Lampert. 2016. Soziale Determinanten der Schwimmfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus KiGGS Welle 1. Berlin: Robert Koch Institut: 137-143.

Laflamme, Lucie, Stephanie Burrows, und Marie Hasselberg. 2009. "Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures". https://iris.who.int/handle/10665/350275. (1. März 2021).

Lamei, Nadja, Thomas Glaser, Sudanne Göttlinger, Richard Heuberger, Anneliese Oismüller, Romana Riegler, und Esther Greußing. 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, Sophie Psihoda und Magdalena Skina-Tabue. 2017. Gesundheit und Einkommen. Analyse von Daten des EU-SILC-Moduls 2017 zu Gesundheit und Kindergesundheit. Wien: Statistik Austria.

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

Lampl, Christina, Andrea E. Schmidt, und Ernest Aigner. 2024. Ernährungsarmut in Österreich als Barriere für eine gesunde und klimafreundliche Ernährung: Status quo und Handlungsoptionen. Wien: Gesundheit Österreich.

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

Lampert, Thomas, Anke-Christine Saß, Michael Häfelinger und Thomas Ziese. 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.

Larson, Charles P. 2007. "Poverty during pregnancy: Its effects on child health outcomes". Pädiatrics & Child Health, 12(8): 673-7. DOI: 10.1093/pch/12.8.673.

Laubstein, Claudia, Gerda Holz, Jörg Dittmann, und Evelyn Sthamer. 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, Gerda Holz und Nadine Seddig. 2016. Armutsfolgen für Kinder und Jugendliche. Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Lazzerini, Marzia, Egidio Barbi, Andrea Apicella, Federico Marchetti, Fabio Cardinale, und Gianluca Trobia. 2020. "Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID- 19". The Lancet Child & Adolescent Health 4(5): 10-11.

Lefmann, Tess, und Terri Combs-Orme. 2014. "Prenatal stress, poverty, and child outcomes". Child and Adolescent Social Work 31(6): 577-590.

Lichtenberger, Hanna, und Stefanie Wöhl. 2020. „Strukturelle Sorglosigkeit. Die 24-Stunden-Betreuung in der Covid-19-Krise". Femina Politica. Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft 2: 133-134.

Lichtenberger, Hanna und Judith Ranftler. 2020. „Von Superspreadern und Kinderarmut. Zu den intersektionalen Auswirkungen der Corona-Krise auf Kinder und den Folgen für die Soziale Arbeit". Soziale Arbeit 24.

Lichtenberger, Hanna und Judith Ranftler. 2023. „Meine Tochter lacht nicht mehr sehr viel." Wie armutsbetroffene Kinder und ihre Familien die Vertiefung sozialer Ungleichheiten im Kontext der Covis-19-Pandemie erleben. In Kinder und Jugendliche in pandemischer Gesellschaft., hrsg. Nikolaus Dimmel und Gottfried Schweiger, S. 43-62, Wiesbaden: Springer VS.

Liga für Kinder- und Jugendgesundheit. 2023. „Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2023". https://www.kinderjugendgesundheit.at/site/assets/files/1237/web_jb_liga_2023.pdf. (13. November 2024).

Linares Scott, Theresa. J., Sarah H. Heil, Stephen T. Higgins, Gary J. Badger, und Ira M. Bernstein. 2009. "Depressive symptoms predict smoking status among pregnant women". Addictive behaviors 34(8): 705-708. doi:10.1016/j.addbeh.2009.04.003.

Lorant, Vincent, Denise Deliege, Piere Phillippot, Annie Robert, William W. Eaton und Marc Ansseau. 2003. "Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis". American Journal of Epidemiology 157(2): 98–112.

Meyer, Debbie. 2020. "It Was Hard Being a Dyslexia Mom Before Coronavirus and Now It's Even Harder". https://educationpost.org/it-was-hard-being-a-dyslexia-mom-before-coronavirus-and- now-its-even-harder/. (1. März 2021).

Nicola, Maria, Zaid Alsafi, Catrin Sohrabi, Ahmed Kerwan, Ahmed Al-Jabir, Christos Iosifidis, Maliha Agha und Riaz Agha. 2020. "The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19). A review". International Journal of Surgery 78: 185–193.

OECD. 2023. „Sozioökonomische Benachteiligung in der Kindheit in Österreich. Wesentliche Herausforderungen im aktuellen Überblick". https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:2d47c588-65c8-4379-bfb9-26be5c2d7d0b/BMSGPK_OECD_Studie_Soziooek-Benachteiligung-inKindheit_nov2023_pdfUA.pd. (25. April 2023).

Oreopoulos, Philip, Mark Stabile, Randy Walld und Leslie L. Roos. 2008. "Short-, Medium-, and Long-Term Consequences of Poor Infant Health. An Analysis Using Siblings and Twins". Journal of Human Resources 43(1): 88-138. doi:10.3368/jhr.43.1.88.

ORF.at. 2021a. „'Ausnahmezustand' bei Kindern und Jugendlichen". https://science.orf.at/stories/3204367/. (1. März 2021).

ORF.at. 2021b. „Immer mehr Kinder leiden unter Lockdowns". https://wien.orf.at/stories/3087068

ÖGKJ. 2022. „Zunehmender Kinderärztemangel". Paediatrie & Pädologie 57: 309–310. https://doi.org/10.1007/s00608-022-01039-z.

Österreichische Liga für Kinder und Jugendgesundheit. „Transition". https://www.kinderjugendgesundheit.at/themenschwerpunkte/transition/. (25. April 24).

Österreichische Liga für Kinder und Jugendgesundheit. 2023. Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2023. Wien: Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit.

Österreichische Sozialversicherung. 2016. Legasthenie/ Dyskalkulie. Bericht. Wien: Österreichische Sozialversicherung.

Petridou, Eleni, Anastasia Anastasiou, Konstantinos Katsiardanis, Nick Dessypris, Themos Spyridopoulos und Dimitros Trichopoulos. 2005. "A prospective population based study of childhood injuries. The Velestino town study". European Journal of Public Health 15(1): 9–14.

Pieh, Christoph, Paul Plener, Thomas Probst, Rachel Dale und Elke Huemer. 2021. "Mental Health in Adolescents during COVID-19-Related Social Distancing and Home-Schooling". SSRN Electronic Journal. doi: 10.2139/ssrn.3795639.

Plagemann, Andreas, Thomas Harder und Elke Rodekamp. 2010. „Prävention der kindlichen Adipositas während der Schwangerschaft". Monatsschrift Kinderheilkunde 158(6): 542-552. doi:10.1007/s00112-009-2157-9.

Poliklinik Veddel. O.J. „Rassismus als Soziale Determinante von Gesundheit". http://poliklinik1.org/sdg/rassismus. (21. Oktober 2024).

Ravens-Sieberer, Ulrike, Anne Kaman, Michael Erhart, Janine Devine, Robert Schlack und Christiane Otto. 2021. „Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany". European Child and Adolescent Psychiatry.

Reiter, Claudia, Isabella Juen, Sebastian Brunner, Monika Mühlböck, Lena Wittmann, Janina Enachescu, Nadja Lamei und Franziska Foissner. 2024. So geht's uns heute: die sozialen Krisenfolgen im vierten Quartal 2023 – Schwerpunkt: Ernährungsarmut. Ergebnisse einer Statistik-Austria-Befragung. Wien: BMSGPK.

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 Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis, hrsg. Zander Magherita. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 200-217.

Richter, Antje. 2006. „Armutsprävention. Ein Auftrag für die Gesundheitsförderung". https://www.stadtteilarbeit.de/armut-gesundheit/armutspraevention-ein-auftrag- fuer-die-gesundheitsfoerderung. (1. März 2021).

RND. 2021. "Adipositasexpertin zur Pandemie: „Manche Kinder haben eineinhalb Jahre nur auf der Couch gelegen". Kinder in der Corona-Krise: Adipositasexpertin Susanna Wiegand im Interview (25.11.2024).

Robertson, Cassandra und Rourke O'Brien. 2018. „Health Endowment at Birth and Variation in Intergenerational Economic Mobility: Evidence From U.S. County Birth Cohorts". Demography, 55(1).

Salzburg24. 2021. „Jedes fünfte Kind öfter traurig oder einsam. Salzburger Studie zeigt Emotionen von Volksschüler*innen". https://www.salzburg24.at/news/oesterreich/kinder-waehrend-corona-pandemie-oefter-traurig-und-einsam-100979119 (1. April 2021).

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

Schlegl, Sandra, Adiran Meule, Matthias Favreu und Ulrich Voderholzer. 2020. "Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic. Results from an online survey of former inpatients". European eating disorders review 28(6): 847-854.

Schmiade, Nicole und Michael Mutz. 2012. „Sportliche Eltern, sportliche Kinder. Die Sportbeteiligung von Vorschulkindern im Kontext sozialer Ungleichheit". Sportwissenschaft 42, 115-125.

Schmidt, Steffen C.E., Bastian Anedda, Bastian, Alexander Burchartz, Ana Eichsteller, Simon Kolb, Carina Nigg, Claudia Niessner, Doris Oriwol, Annette Worth und Alexander Woll. 2020. „Physical activity and screen time of children and adolescents before and during the COVID-19 lockdown in Germany. A natural experiment". Scientific Reports 10(1): 217-80.

Schneider, Sven, und Jessica Schütz. 2008. "Who smokes during pregnancy? A systematic literature review of population-based surveys conducted in developed countries between 1997 and 2006". The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 13(2): 138-147. doi:10.1080/13625180802027993.

Schönherr, Daniel, Bettina Leibetseder, Winfried Moser, Christoph Hofinger. 2019. Diskriminierungserfahrungen in Österreich. Erleben von Ungleichbehandlung, Benachteiligung und Herabwürdigung in den Bereichen Arbeit, Wohnen, medizinische Dienstleistungen und Ausbildung. Wien; online verfügbar unter: https://arbeiterkammer.at/service/studien/gleichbehandlung/Diskriminierungserfahrungen_in_Oesterreich.html, abgerufen am: 6.12.2024.

Schulte, Leonie. 2021. „Adipositas zur Pandemie: ‚Manche Kinder haben eineinhalb Jahre nur auf der Couch gelegen'". https://www.rnd.de/gesundheit/kinder-in-der-corona-krise-adipositasexpertin-susanna-wiegand-im-interview-JI4YHZCFVJEENKUSRTGEWFKPL4.html vom 27. Dezember 2021. (13. November 2024).

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

Six, Eva. 2019. „Soziale Mobilität und Gesundheit bei der Geburt". https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.712901&version=1566285112. (25. April 2024).

Spitzer, Peter und Till Holger. 2018. „Ertrinken von Kindern in Österreich. Fokusreport 2018". https://grosse-schuetzen-kleine.at/wp-content/uploads/2018/06/Fokusreport-Ertrinken-2018.pdf. (13. November 2024).

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

Statistik Austria 2017. Verbrauchsausgaben. Sozialstatistische Ergebnisse der Konsumerhebung, 2014/2015. Wien.

Statistik Austria 2026. Tabellenband EU-SILC 2025 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2023 bis 2025. Wien: Statistik Austria. Online verfügbar unter: https://www.statistik.at/fileadmin/shared/QM/Standarddokumentationen/B_1/std_b_eu-silc-2025.pdf, abgerufen am 05.10.2026

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

SVS. 2016. „Legasthenie/Dyskalkulie". https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844106 (13. November 2024).

Thamm, Roma, Christine Poethko-Müller, Antje Hüther und Michael Thamm. 2018. „KiGGS Welle 2. Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen". Journal of Health Monitoring 3(3). DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-075.

Tison, Geoffrey H., Robert Avram, Peter Kuhar, Sean Abreau, Greg M. Marcus, Mark J. Pletcher und Jeffrey E. Olgin. 2020). "Worldwide Effect of COVID-19 on Physical Activity: A Descriptive Study". Annals of internal medicine 173(9): 767-770.

UNICEF. 2001. "A league table of child deaths by injury in rich nations. Innocenti Report Card No2, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence". https://digitallibrary.un.org/record/437374?ln=en&v=pdf (1. März 2021).

Universität Bonn. 2021. „Therapie bei Übergewicht im Corona-Lockdown. Adipositas-Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche per digitalen Live-Unterricht". https://www.uni-bonn.de/neues/041-2021. (1. April 2021).

Varnaccia, Gianni, Johannes Zeiher, Cornelia Lange und Susanne Jordan. 2018. Kindliche Adipositas: Einflussfaktoren im Blick. Das AdiMon Indikatorensystem. Berlin: Robert Koch-Institut.

Volkshilfe Österreich. 2021. Umfrage zu Corona und Kinderarmut. Pressekonferenz 23.3.2021. https://www.kinderarmut-abschaffen.at/fileadmin/user_upload/Media_Library/Bilder/Bilder_nach_Themen/Kinderarmut/2021_Umfrage/PK_Ergebnisse_Umfrage.pdf (25. April 2024).

Volkshilfe Wien. „Gesundheitslots*innen". https://www.volkshilfe-wien.at/angebote-services/asyl-migration-integration/gesundheitslotsinnen/. (6. November 2024).

Walper, Sabine. 2005. „Tragen Veränderungen in den finanziellen Belastungen von Familien zu Veränderungen in der Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen bei?". Zeitschrift für Pädagogik 2: 170–191.

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. http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2012/8715/pdf/Walter- Carina_2011_05_16.pdf. (15. März 2021).

Weck, Rebecca L., Paulose Tessie und Jodi A. Flaws. 2008. "Impact of environmental factors and poverty on pregnancy outcomes". Clin Obstet Gynecol 51(2): 349–359.

WHO European Region. 2023. "Left behind: inequalities in the negative impacts of the COVID-19 pandemic among adolescents in the WHO European Region. Impact of the COVID-19 pandemic on young people's health and well-being from the findings of the HBSC survey round 2021/2022". https://iris.who.int/handle/10665/375106. (13. November 2024).

Yang, Irene, Lynne Hall, Kristin Ashford, Sudeshana Paul, Barbara Polivka und Lee S. Ridner. 2017. "Pathways from Socioeconomic Status to Prenatal Smoking. A Test of the Reserve Capacity Model". Nursing research 66(1). doi:10.1097/NNR.0000000000000191.

Zachariah, Phillip, Candace L. Johnson und Katia C. Halabi. 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". JAMA Pediatrics 174(10): e202430. Doi:10.1001/jama- pediatrics.2020.2430.

„Ich glaube, ich hab
mich schon verändert,
weil früher habe ich
nicht so viel gelacht."

Armutsbetroffenes Mädchen,
13 Jahre, Forschungsprojekt
der Volkshilfe

volkshilfe.

kinderarmut-abschaffen.at