



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

KIN:DER

GESUNDHEITSSTRATEGIE



Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Dr. Veronika Wolschlager MPH (BMG, Projektleitung)
Dr. Birgit Angel MPH (BMG, Ministerbüro)

Druck:

Druckerei des BMF, 1030 Wien

Bestellmöglichkeiten:

Telefon: 0810/818164 (Ortstarif)

E-Mail: broschuerenservice@bmg.gv.at

Internet: <http://www.bmg.gv.at> (Online-Bestellservice)

Alle Rechte vorbehalten, jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig.
Irrtümer, Druck- und Satzfehler vorbehalten.

Wien, September 2011

Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren!

Gesundheit ist keine starre, unveränderliche Größe, über die ein Mensch einfach verfügt. Gesundheit wird zu einem Teil gelernt, und sie kann im Laufe des Lebens verbessert oder verschlechtert werden. Deshalb ist die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen für unsere Gesellschaft von besonders großer Bedeutung. Kinder können am leichtesten gesundes Verhalten lernen, von dem sie gleichzeitig am längsten profitieren. So wie wir mit ihnen umgehen, so lernen sie, mit sich selbst umzugehen. Und wenn wir uns dafür einsetzen, ihre Gesundheit zu verbessern, wird eine gesündere Gesellschaft unser Ergebnis sein.

Gesundheit wird weiters nicht nur in meinem Ressort beeinflusst, sondern sie ist das Ergebnis vieler einzelner Entscheidungen, die in allen Politikbereichen getroffen werden. Es ist daher ein gründliches Umdenken nötig. Es muss sich das Bewusstsein durchsetzen, dass wir alle an unserer Gesundheit beteiligt sind, jeder Einzelne für sich und jeder Bereich der Politik in vielen seiner Entscheidungen. Dieses Umdenken ist Grundlage der vorliegenden Strategie und spiegelt sich darin. Für ihr Zustandekommen haben Expertinnen und Experten aus vielen Bereichen von Praxis, Wissenschaft und Verwaltung mit ihrem Wissen, ihrer Erfahrung und ihrer Zeit beigetragen. Ihnen sei auch an dieser Stelle noch einmal herzlich gedankt. Gemeinsam ist es gelungen, den komplexen Sachverhalt der Kinder- und Jugendgesundheit darzustellen und dort, wo es Verbesserungspotenzial gibt, Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Dennoch kann diese Strategie nur der Anfang sein. In manchen Bereichen müssen erst Wissensgrundlagen geschaffen werden, bevor weitere Beschlüsse zur konkreten Vorgangsweise gefasst werden. In anderen Bereichen ist vor allem Bewusstseinsbildung nötig und ein beharrliches Verfolgen der weit entfernten Ziele.

Lassen Sie uns dabei bleiben und gemeinsam den Weg beschreiten, unsere Gesellschaft kinder- und jugendfreundlicher zu machen.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Alois Stöger'.

Alois Stöger

Bundesminister für Gesundheit

Vorbemerkung	6
Ausgangslage	7
Vorgangsweise	8
Übergeordnete Ziele der Strategie	9
Themenfeld 1: Gesellschaftlicher Rahmen	10
Ziel 1: Bewusstsein für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken	10
Ziel 2: Bewusstsein für die politikfeldübergreifende Verantwortung für Gesundheit („Health in All Policies“) stärken	11
Themenfeld 2: Gesunder Start ins Leben	12
Ziel 3: Bei Schwangerschaft und Geburt die Basis für einen guten Start legen	12
Ziel 4: In der frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen	14
Themenfeld 3: Gesunde Entwicklung	15
Ziel 5: Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen stärken	15
Ziel 6: Bildung als zentralen Einflussfaktor auf Gesundheit positiv nutzen	16
Ziel 7: Bewegung von Kindern und Jugendlichen ermöglichen und fördern	17
Ziel 8: Gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen fördern	19
Themenfeld 4: Gesundheitliche Chancengleichheit	19
Ziel 9: Gesundheitliche Chancengleichheit für sozial Benachteiligte fördern	20
Ziel 10: Chancengleichheit für gesundheitlich benachteiligte Kinder und Jugendliche fördern	21
Ziel 11: Früherkennung und gezielte Förderung bei Kindern und Jugendlichen verbessern	22
Themenfeld 5: Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen	22
Ziel 12: Ambulante Erstversorgung optimieren und zu Tagesrandzeiten und am Wochenende verbessern	23
Ziel 13: Pädiatrische Kompetenz in der Notfallversorgung stärken	24
Ziel 14: Versorgung in Krankenhäusern kinderfreundlicher machen	25
Ziel 15: Versorgung in ausgewählten Bereichen verbessern (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie)	26

Ziel 16: Integrierte Versorgung der „modernen Morbidität“ verbessern	27
Ziel 17: Neonatologische Versorgung an die geänderten demografischen Verhältnisse anpassen	28
Ziel 18: Angebot für Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen verbessern	29
Ziel 19: Pädiatrische Pflege sicherstellen sowie Kinderhospizarbeit und Palliative Care ausbauen	29
Ziel 20: Verfügbarkeit von kindgerechten Arzneimitteln verbessern	30
Umsetzung/Begleitmaßnahmen	32
Koordinationsstelle mit fachlicher Kompetenz	32
Intersektorales Advisory Board	32
Bereitstellung von Daten für eine regelmäßige Bestandsaufnahme	33
Literatur	34
Anhang A: Die Arbeitsgruppen im Kindergesundheitsdialog	40
Anhang B: Überblick über beispielhafte Projekte und Aktivitäten zu spezifischen Maßnahmen	55

Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die in Tabellen angeführten Maßnahmen je nach ihrem Umsetzungsstand mit abgestuften Farben hinterlegt.

Vorbemerkung

Kinder und Jugendliche sind in Österreich die gesündeste Bevölkerungsgruppe. In der Kindheit werden Weichenstellungen bezüglich Lebenslage und Verhalten in späteren Jahren gelegt, die wichtigen Einfluss auf die lebenslange Gesundheit haben, es werden prägenden Lebensgewohnheiten erworben. Deshalb ist Gesundheitsförderung im Kindesalter besonders wirksam und ihr Fehlen wirkt sich signifikant stark aus, umso mehr, wenn Kinder und Jugendliche bereits gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Diese werden zwar mitunter erst im Erwachsenenalter krankheitswirksam, aber es bietet sich die Chance darauf, die lebenslange Gesundheit zu stärken, bevor Krankheiten auftreten. Wenn sie denn erkranken, ist die Versorgung der Kinder und Jugendlichen im Allgemeinen gut, in bestimmten Versorgungsbereichen können jedoch Verbesserungen erreicht werden.

Es gilt daher, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu erhalten und zu stärken und gesundheitliche Ungleichheiten auszugleichen. Deshalb startete Bundesminister Stöger im Frühjahr 2010 den Kindergesundheitsdialog.

Klar war, Gesundheit und Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen sollten verbessert und Kinder und Jugendliche als schützenswerte Mitglieder der Gesellschaft ins Zentrum der Überlegungen gestellt werden. Besonders wichtig war der Fokus auf die **gesundheitliche Chancengleichheit**. Und da in vielen Fällen andere Politikbereiche als das Gesundheitsressort die Gesundheit der Kinder beeinflussen („Health in All Policies“), wurde eine von Wertschätzung und Wohlwollen getragene Einladung zum Dialog ausgesprochen.

Die Prävention von Risikofaktoren für Gesundheit und die Förderung der Entwicklung von Schutzfaktoren sind oftmals die nachhaltigsten und effizientesten Methoden, um mehr Gesundheit zu erreichen. Zu **Prävention und Gesundheitsförderung** sollten strukturelle Empfehlungen entwickelt werden. Im Bereich des **Versorgungssystems** sollten Problemanalysen und Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden bzw. an schon getroffene Vereinbarungen zur Optimierung erinnert werden.

Heute, mehr als ein arbeitsreiches Jahr später, können wir sagen, dass in vielen Bereichen Lösungsvorschläge gemacht werden konnten. Darüber hinaus hat der Prozess des Kindergesundheitsdialogs als solches bereits Wirkung gezeigt in Form von stärkerer Orientierung auf Kinder und Jugendliche in vielen Bereichen. Diese Orientierung hin zu einer kinderfreundlichen Gesellschaft sollte allerdings weitergehen.

Wie weiter unten noch ausführlich beschrieben wird, folgten rund 180 ExpertInnen aus den verschiedensten Bereichen und Berufen der Einladung von Bundesminister Stöger und beteiligten sich in 39 Sitzungen am Prozess. Ihre Analysen und Maßnahmenvorschläge waren Grundlage des vorliegenden Papiers.

Einige grundlegende Erkenntnisse aus dem Prozess

1. Gesundheitsförderung und Prävention müssen ausgebaut und so früh wie möglich bei den werdenden Eltern und den ganz kleinen Kindern beginnen.
2. Die Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen und Sektoren soll weiter gestärkt und verbreitert werden, mit dem Ziel, die Lebensbedingungen der Kinder und Jugendlichen zu verbessern, und damit einen Grundstein für eine gesundheitsfördernde Gesellschaft zu legen.
3. Viele Aktivitäten, die derzeit schon umgesetzt werden, sind nicht allgemein bekannt und sollten schon aus diesem Grund im vorliegenden Papier gesammelt und dokumentiert werden.

Zu manchen Themen gibt es Pilotprojekte, die zur breiteren Umsetzung empfohlen werden können. Diese Auflistung ist allerdings nur beispielhaft und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

4. Ein verantwortungsvoller und wertschätzender Umgang mit uns selbst, miteinander und mit unseren Kindern und Jugendlichen könnte eine Reihe von Problemen verhindern. Es erscheint daher sinnvoll, die Aufnahme einiger Themen, wie: spezielle Bedürfnisse von Kindern, Kinderschutz, Gesundheitsförderung etc. und darüber hinaus das komplexe Gebiet der Selbstreflexion und Werteentwicklung in die Ausbildungscurricula einschlägiger Berufe zu empfehlen.

Ausgangslage

In Österreich leben etwa 1,75 Mio. Kinder und Jugendliche (unter 20-Jährige), das entspricht etwa einem Fünftel der Gesamtbevölkerung. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen liegt in Österreich derzeit etwas unter dem europäischen Durchschnitt. Die Geburtenrate (Lebendgeburten pro 1.000 Einwohner und Jahr) war bis zur Jahrtausendwende deutlich, seither nur mehr leicht rückläufig und halbierte sich seit Mitte der 1960er Jahre von 18,8 auf 9,3 im Jahr 2008. Rund ein Fünftel aller österreichischen Kinder und Jugendlichen lebt in Alleinerzieherhaushalten und rund zehn Prozent in Patchworkfamilien. Um die 15 Prozent aller in Österreich lebenden Kinder weisen einen beidseitigen Migrationshintergrund (beide Elternteile haben eine andere als die österreichische Staatsbürgerschaft) auf.

Der Zusammenhang zwischen **sozioökonomischem Status** (Bildung, Einkommen etc.) und (Kinder-) Gesundheit ist weitreichend belegt. Nahezu alle Gesundheitsindikatoren und Verhaltensweisen sind bei niedrigem Sozialstatus ungünstiger als bei hohem Sozialstatus. Das Bildungsniveau ist in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. Trotzdem lebte im Jahr 2008 ein Viertel der Kinder und Jugendlichen in Österreich in einem Haushalt, in dem die Frau nur Pflichtschulabschluss aufwies. Es sind mehr Kinder armutsgefährdet als Erwachsene. Der Anteil armutsgefährdeter Personen beträgt bei den 0- bis 19-Jährigen 15 Prozent im Vergleich zu 12,4 Prozent bei der Gesamtbevölkerung (EU-SILC 2008). Im europäischen Vergleich ist die Armutsgefährdung in Österreich sehr gering. Von Armutsgefährdung sind insbesondere Kinder in Ein-Eltern-Haushalten und in Haushalten mit drei oder mehr Kindern sowie Kinder mit Migrationshintergrund betroffen.

In den letzten Jahrzehnten veränderten sich die Krankheiten von Kindern weg von akuten hin zu chronischen Erkrankungen. In entwickelten Ländern ist eine Zunahme von – vor allem im Zusammenhang mit Ernährungs- und Bewegungsverhalten stehenden – **Lebensstilerkrankungen** zu beobachten, die bei Kindern vor allem durch Übergewicht und Adipositas einerseits sowie deutliches Untergewicht andererseits sichtbar werden. Die international zu beobachtende, steigende Relevanz der **modernen Morbidität** – neben Lebensstilerkrankungen umfasst dies auch psychosoziale Integrations- und Regulationsstörungen, chronische Erkrankungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen – gilt auch für Österreich.

Einen Eindruck von gesundheitsbezogenem Verhalten und Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Österreich vermitteln einige zentrale Daten:

- Im Jahr 2007 waren 11 Prozent der 6- bis 15-jährigen Schulkinder in Österreich **übergewichtig** und weitere 8 Prozent adipös; das sind um 50 Prozent mehr als in den 1990er Jahren. (Zwiauer et al. 2007)
- Bei 20 Prozent der 11- bis 17-Jährigen finden sich Hinweise auf eine **Essstörung**, Tendenz steigend.
- Im Jahr 2006 wurde rund ein Viertel aller Babys im ersten Lebenshalbjahr voll oder überwiegend **gestillt**. (BMGFJ 2007b)

- Der Anteil derjenigen, die täglich **Obst essen**, ist seit 1990 tendenziell zurückgegangen; im Jahr 2006 betrug dieser Anteil nur mehr 26 bis 42 Prozent. (BMGFJ 2007a)
- 2006 waren lediglich rund ein Drittel der Burschen und knapp ein Viertel der Mädchen laut Selbstangaben zumindest eine Stunde täglich **körperlich aktiv**. Drei bis vier Prozent der 11- bis 15-Jährigen waren körperlich gänzlich inaktiv. (BMGFJ 2007a)
- 2006 gaben rund 20 Prozent der 15-jährigen SchülerInnen an, täglich zu **rauchen**. Ein Anstieg war im letzten Jahrzehnt vor allem bei den Mädchen zu verzeichnen. (BMGFJ 2007a)
- 41 Prozent der 15-jährigen Burschen und ein Drittel der gleichaltrigen Mädchen konsumieren regelmäßig **Alkohol**. Ebenso viele gaben an, zumindest zweimal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein. (BMGFJ 2007a)
- Zwischen 1980 und 2006 waren rund 15 Prozent aller verletzungsbedingten Todesfälle bei 10- bis 14-Jährigen und 21 Prozent bei 15- bis 19-Jährigen auf **Selbstmord** zurückzuführen, wobei die Anzahl der Selbstmorde in diesem Zeitraum stark abnahm (von 110 im Jahr 1980 auf 41 im Jahr 2009)
- Die **Sterblichkeit** bei Kindern und Jugendlichen war in Österreich nicht nur sehr langfristig, sondern auch noch in den letzten 30 Jahren rückläufig. Diese Entwicklung ist primär auf den Rückgang der Säuglingssterblichkeit und Todesfälle in der frühen Kindheit zurückzuführen. Haupttodesursachen für Kinder und Jugendliche sind Unfälle und Krankheiten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sowie Fehlbildungen.

Vorgangsweise

Die vorliegende Kindergesundheitsstrategie basiert auf dem Kindergesundheitsdialog, der von Gesundheitsminister Alois Stöger im April 2010 gestartet wurde. Der Kindergesundheitsdialog hatte das Ziel, gemeinsam mit ExpertInnen aus Wissenschaft, Praxis, Politik und öffentlicher Verwaltung eine Strategie zur **nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen in Österreich** zu entwickeln.

Am 28. April 2010 wurde der Kindergesundheitsdialog mit einer eintägigen Veranstaltung zu Kinder- und Jugendgesundheit unter breiter Beteiligung von Fachleuten und relevanten Institutionen gestartet. In der Folge wurden sechs Arbeitsgruppen (AG) gebildet:

- AG 1 Gesundheitsförderung und strukturelle Prävention
- AG 2 Versorgung
- AG 3 Psychosoziale Gesundheit
- AG 4 Rehabilitation
- AG 5 Risikoschwangerschaft/Risikogeburt und die Folgen
- AG 6 Kinderarzneimittel

In diesen Arbeitsgruppen waren die für das jeweilige Themenfeld zentralen Institutionen und Fachleute vertreten (vgl. Anhang A). Sie waren von Mai 2010 bis März 2011 tätig, identifizierten die zentralen Handlungsfelder, analysierten auf Basis der Ist-Situation Probleme und schlugen Lösungen vor.

Die zentrale Zielsetzung war es dabei, den Fokus auf Gesundheitsförderung und strukturelle Prävention im Sinne einer „Health in All Policies“-Strategie zu legen, dabei aber nicht die „Hausaufgaben“ zu vergessen, im eigenen Einflussbereich die Möglichkeiten zur Verbesserung zu identifizieren und dafür realisierbare Lösungen vorzuschlagen. So sind in Bezug auf die qualitätsgesicherte Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) bereits

struktureller Bedarf und Qualitätskriterien zwischen Bund, allen Ländern und der Sozialversicherung festgelegt und befinden sich in Umsetzung bzw. sollten mit möglichst hoher Priorität zügig umgesetzt werden. Darüber hinausgehende Festlegungen im ÖSG setzen das diesbezügliche Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung voraus.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen – insbesondere die Handlungsempfehlungen – sind Grundlage der vorliegenden Kindergesundheitsstrategie.

Durch die breit ausgesprochene Einladung zum Dialog, die vielen Veranstaltungen und Diskussionen, die intensive Beschäftigung mit dem Thema Kindergesundheit ist es bereits in ersten Ansätzen gelungen, das Bewusstsein der Öffentlichkeit dafür zu steigern, allein aufgrund des Prozesses wurde in manchen Bereichen die eine oder andere Verbesserung in Gang gesetzt.

Die vorliegende Kindergesundheitsstrategie besteht aus insgesamt 20 Zielen, die zu fünf Themenfeldern zusammengefasst sind. Vier Themenfelder stellen Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund: Ausgehend von dem sehr breiten Feld des gesellschaftlichen Rahmens (zwei Ziele), widmet sich ein Themenfeld dem gesunden Start ins Leben (zwei Ziele), in einem weiteren geht es um die gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendlichen (vier Ziele) und schließlich um die gesundheitliche Chancengleichheit (drei Ziele). Im fünften Themenfeld werden Ziele und Maßnahmen für die Optimierung der Versorgung im Gesundheitssystem formuliert (neun Ziele). Für jedes Ziel werden einleitend der Hintergrund für die Formulierung dieses Ziels erläutert und Maßnahmen formuliert, deren Umsetzungsgrad in fünf Stufen (in Umsetzung, teilweise umgesetzt, Pilotprojekte vorhanden, geplant, empfohlen) angegeben wird. Zur besseren Lesbarkeit wurden diese fünf Stufen auch farblich unterschiedlich hinterlegt. In einem eigenen Feld werden – falls vorhanden – Modellprojekte zum Thema benannt, die in Anhang B näher beschrieben sind.

Übergeordnete Ziele der Strategie

Kindern und Jugendlichen geht es in Österreich überwiegend gut. Die meisten von ihnen sind gesund. Im Falle einer Erkrankung werden sie in aller Regel gut versorgt. Dennoch gibt es in manchen Bereichen Verbesserungsbedarf und Möglichkeiten, das Versorgungssystem weiterzuentwickeln.

In Zeiten, in denen immer deutlicher wird, dass finanzielle Ressourcen knapp sind, muss deren Einsatz so nachhaltig und effizient wie möglich erfolgen. **Gesundheitsförderung und Prävention** kommt daher eine besonders wichtige Rolle zu. Die Prävention von Risikofaktoren für Gesundheit und die Förderung der Schutzfaktoren für Gesundheit müssen weiter ausgebaut und vor allem bundesweit **koordiniert** werden und sollten **so früh wie möglich** ansetzen, um ihr volles Potenzial entfalten zu können. Die **gesunde Entwicklung**, damit die Ressourcen von Kindern und ihren Familien so gut wie irgend möglich unterstützt werden, ebenso die **gesundheitliche Chancengleichheit** aller Kinder.

- **Gesundheitliche Chancengleichheit verbessern**
- **Gesundheitliche Ressourcen stärken und erhalten**
- **Gesunde Entwicklung so früh wie möglich fördern**
- **Gesundheitliche Risiken verringern**
- **Sensibilität für Gesundheit in allen Politikbereichen erhöhen**

Themenfeld 1: Gesellschaftlicher Rahmen

Die Gesellschaft stellt den breiten Rahmen dar, in dem Kinder- und Jugendgesundheit eher gefördert und unterstützt oder eher belastet wird. Je mehr die spezifischen Bedürfnisse berücksichtigt und die Rechte von Kindern und Jugendlichen anerkannt sind und umgesetzt werden, desto kinder- und jugendfreundlicher ist eine Gesellschaft und desto eher ermöglicht sie ein gesundes Aufwachsen. Das Verständnis für die Vielfalt der Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit und damit für die intersektorale Verantwortung dafür ist Voraussetzung für eine umfassende „Kinder- und Jugend-Gesundheitspolitik“. Diese nutzt in allen Politikfeldern zukunftsorientiert und nachhaltig den Gestaltungsrahmen im Sinne der Kinder und Jugendlichen – und fördert damit deren langfristige Gesundheit. Soziale Unterstützung gehört zu den wichtigen Schutzfaktoren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Es gilt also, dieses Verständnis weiter zu fördern und in allen Politikbereichen das Bewusstsein für die gemeinsame Verantwortung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen weiter zu stärken.

Ziel 1: Bewusstsein für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken

Kinder und Jugendliche haben spezielle Bedürfnisse, die für ein gesundes Aufwachsen von Bedeutung sind. Auf dem Weg zu eigenständigen Mitgliedern der Gesellschaft muss ihnen die Möglichkeit geboten werden, ihr Potenzial vollständig zu entfalten, zu lernen, mit sich und ihren Mitmenschen gut umzugehen und ihr Leben so verantwortungsvoll und gesund wie möglich zu gestalten. Da sie aber wenige Möglichkeiten haben, ihre Anliegen und Interessen zu formulieren und zu vertreten, ist

Modellprojekte:

- Selbstevaluierungsmodell und Tool zur Evaluierung der **Umsetzung der Kinderrechte** im Krankenhaus
- **Partizipation von Kindern und Jugendlichen** im Rahmen des Kinder-Umwelt-Gesundheit-Aktionsplans Österreich CEHAPE.AT

es wichtig, dass die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit immer wieder dafür eintritt, Kinder und Jugendliche anzuhören, ihre Bedürfnisse sichtbar zu machen und zu berücksichtigen. Kinder und Jugendliche brauchen sichere Freiräume (siehe auch Ziel 5), in denen sie sich nach Herzenslust bewegen können. Und sie brauchen besonderen Schutz vor physischer wie psychischer Gewalt; traumatisierende Erfahrungen im Kindesalter haben oft lebenslange Folgen. Prävention und besondere Aufmerksamkeit sind für wirksamen Kinderschutz Voraussetzung.

Maßnahmen Ziel 1	Status
Thema in relevanten Ausbildungen verstärkt berücksichtigen bzw. explizit machen (Gesundheitsberufe, PsychologInnen, PädagogInnen, andere für Kindergesundheit relevante Berufsfelder), z. B. „Child Advocacy“ (= Rechte, Bedürfnisse der Kinder/Jugendlichen erkennen und dafür eintreten)	empfohlen
Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen als relevante Zielgruppe bei Strategien, Plänen etc. (z. B. Gesundheitsziele, Nationale Aktionspläne, Raumordnungspläne, Siedlungsplanung und Verkehrsplanung), denn die Auseinandersetzung bewirkt eine bessere Berücksichtigung der Bedürfnisse	teilweise umgesetzt

Förderung von Partizipation: Kinder und Jugendliche sollen Gelegenheit haben, an Entscheidungen teilzuhaben und sie mitzugestalten (z. B. in der Verkehrs- und Raumplanung); dazu ist es notwendig, dass man ihnen auch ausreichend Wissen über die Wirkungszusammenhänge vermittelt; siehe dazu auch Ziel 5	Pilotprojekte vorhanden
Eintreten für die vollständige Umsetzung der Kinderrechte in allen Bereichen der Politik, insbesondere auch die Artikel zu „Recht auf Gesundheit“, sowie die Rechte der Kinder im Krankenhaus (siehe auch EACH Charta der European Association of Children in Hospital)	teilweise umgesetzt
Berücksichtigung von Themen des Kinderschutzes in den Ausbildungen aller relevanten Berufsgruppen	teilweise umgesetzt

Ziel 2: Bewusstsein für die politikfeldübergreifende Verantwortung für Gesundheit („Health in All Policies“) stärken

Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen sowie generell der Bevölkerung wird nicht nur durch individuelle, sondern insbesondere durch eine Vielzahl von sozialen, sozioökonomischen und gesellschaftlichen Faktoren („Gesundheitsdeterminanten“) beeinflusst und bestimmt. Eine langfristige Verbesserung bzw. Sicherung der Gesundheit kann daher nur durch gebündelte Anstrengungen in allen Politikfeldern – mit dem Ziel einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik – erreicht werden. Ein dieses Ziel unterstützendes Instrument ist Health Impact Assessment (HIA), ein international etabliertes, standardisiertes Verfahren, das geplante (politische) Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit sowie deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung analysiert und bewertet (<http://hia.goeg.at>).

Modellprojekte:

- **Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan Österreich CEHAPE.AT** - gemeinsam vom Lebensministerium und dem BMG getragen
- **Österreichische Nachhaltigkeitsstrategie ÖSTRAT** als gemeinsamer Orientierungs- und Umsetzungsrahmen für gut abgestimmte, Politikfelder bzw. regionale Kompetenzbereiche übergreifende Maßnahmen; <http://www.nachhaltigkeit.at/>

Maßnahmen Ziel 2	Status
Bewusstseinsbildung für „ Health in All Policies “ bei VertreterInnen aller Politikbereiche vorantreiben	in Umsetzung
Etablierung von Health Impact Assessment als einem konkreten Instrument zur verstärkten Berücksichtigung von Gesundheit in unterschiedlichen Politikfeldern	Pilotprojekte vorhanden
Pilot – Health Impact Assessment in Kooperation von BMG, Hauptverband der Sozialversicherungsträger und dem Land Steiermark zum verpflichtenden Kindergartenjahr, um weiter für das Thema Kindergesundheit zu sensibilisieren und Erfahrungen mit dem Instrument HIA zu sammeln	in Umsetzung
Stärkere Berücksichtigung von Public-Health-Ansätzen (insb. „Health in All Policies“) in relevanten Aus- bzw. Weiterbildungen (Medizin, andere Gesundheitsberufe und gesundheitsrelevante Berufe sowie Aus- und Weiterbildungen in anderen Sektoren, wie z. B. Bildung, Raumplanung, Verkehr und Mobilität, Sport, Klimaschutz und Umwelt)	teilweise umgesetzt

Entwicklung von Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich. Gesundheitsziele integrieren in einem partizipativen Prozess verschiedene Aspekte – von der Gesundheitsförderung bis zu Versorgungsthemen – und beziehen verschiedene Interessengruppen und Politikbereiche mit ein („Health in all policies“), Kinder werden dabei besonders berücksichtigt.	in Umsetzung
Einrichten einer Koordinationsstelle für Kindergesundheit (siehe auch Begleitmaßnahmen)	geplant

Themenfeld 2: Gesunder Start ins Leben

Wichtige Grundlagen für lebenslange Gesundheit werden bereits in frühester Kindheit gelegt. Das Wissen um die große Bedeutung eines gesunden Starts ins Leben hat sich in den letzten Jahren verdichtet. Maßnahmen, die dazu beitragen, dass möglichst viele Kinder möglichst gesund zur Welt kommen und in ihren ersten Lebensjahren optimal begleitet, betreut, unterstützt und gefördert werden, haben daher aus gesundheitspolitischer Sicht einen zentralen Stellenwert. Solche Maßnahmen sind Investitionen in die Zukunft – in die Zukunft jedes einzelnen Kindes, dessen Entwicklungschancen verbessert werden und das damit lebenslang an Gesundheit und Lebensqualität gewinnen kann. Darüber hinaus in die Zukunft der Gesellschaft, die durch eine gesündere Bevölkerung und ein größeres Allgemeinwohl sowie geringere Kosten für Behandlung profitiert.

Ziel 3: Bei Schwangerschaft und Geburt die Basis für einen guten Start legen

Das Ziel einer Schwangerschaft ist es, dass am Geburtstermin eine gesunde Frau auf natürlichem Wege von einem gesunden Kind entbunden wird. Sowohl Kinder, die zu früh geboren werden, als auch durch Kaiserschnitt zur Welt gebrachte Kinder haben potenziell gesundheitliche Nachteile gegenüber jenen Kindern, bei denen optimale Voraussetzungen gegeben sind. Frühgeborene Kinder z. B. zeigen erhöhte Risiken für gesundheitliche Spätfolgen auch über das erste Lebensjahr hinaus, so haben sie etwa ein deutlich erhöhtes Risiko für Entwicklungsstörungen.

Modellprojekte:

- **Familienhebammen der Stadt Wien** zur Verbesserung der psychosozialen Betreuung und Erweiterung der medizinischen Versorgung in der Schwangerschaft und nach der Geburt; niederschwelliger Zugang und kostenlose Betreuung
- Die Universitätskliniken Wien und Graz bieten umfassende und längerfristige **Nachsorgeprogramme für frühgeborene Kinder**

Der Anteil von Frühgeburten (Kinder, die vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden) steigt in Österreich. 1990 betrug der Anteil der Frühgeburten rund 8 Prozent, im Jahr 2011 waren es mehr als 11 Prozent. Österreich liegt mit dieser Quote deutlich über dem europäischen Durchschnitt. Ursachen dafür werden insbesondere in der Zunahme von Mehrlingsgeburten (vor allem im Zusammenhang mit Hormonbehandlung und künstlicher Befruchtung), aber auch u. a. im steigenden Alter der Gebärenden und in Lebensstilfaktoren (z. B. Stress, Rauchen, Alkohol), Wunsch-Kaiserschnitten und unterschiedlichen Falldefinitionen für Frühgeburten in Europa gesehen.

Steigende Raten – zuletzt knapp 30 Prozent – sind bei Kaiserschnitt-Geburten zu beobachten. Die entsprechende WHO-Empfehlung liegt bei max. 15 Prozent. Die zum Teil sehr großen Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern lassen sich nicht nur durch die unterschiedlichen Patientinnenklientels erklären. Ursachen für steigende Kaiserschnitt-Raten werden in geburtshilflichen Parametern (Anstieg der Risikofaktoren), in der Rechtsprechung, in einer Veränderung der Einstellung von geburtshilflichen Teams und Frauen (vermehrtes Sicherheitsdenken, verringerte Schwelle zum Eingriff, bessere Planbarkeit), aber auch in geringeren Erfahrungen von GeburtshelferInnen bei schwierigen Geburtssituationen (z. B. Geburt bei regelwidriger Lage des Kindes – Beckenendlage etc.) gesehen. Die Folgen dieses Anstiegs werden in Summe als sehr problematisch beurteilt, sodass Maßnahmen zur Gegensteuerung angezeigt sind.

Maßnahmen Ziel 3	Status
Rate der Frühgeborenen verringern	
Erarbeitung eines Maßnahmenpakets zur Reduktion der Rate an Frühgeborenen	geplant
Entwicklung einer Empfehlung der Fachgesellschaften zur maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen	in Umsetzung
Forcierung der Single-Embryo-Transfers: gesetzliche Regelung der maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen	empfohlen
Entwicklung von Richtlinien zur Durchführung von hormonellen Stimulationsbehandlungen , da diese verstärkt zu Mehrlingsgeburten führen	geplant
Entwicklung einer österreichweiten interdisziplinären standardisierten Nachsorge von Frühgeborenen	empfohlen
Verpflichtende Meldung aller durchgeführten IVF-Versuche an ein Register	empfohlen
Durchführung einer vertiefenden Studie zum Thema Frühgeburtlichkeit	in Umsetzung
Mitberücksichtigung von Maßnahmen zur Reduktion von Mehrlingsschwangerschaften in den laufenden Verhandlungen zu den IVF-Fonds-Verträgen	in Umsetzung
Kaiserschnitt-Rate verringern	
Verstärktes Einbinden der Hebammen in die Schwangerenbetreuung, da hebammengeleitete Geburten seltener zu einem Kaiserschnitt führen	teilweise umgesetzt
Erarbeitung eines Maßnahmenpakets zur Reduktion von Kaiserschnitten	geplant
Schaffen von Transparenz zur Kaiserschnitt-Rate nach Krankenhäusern: Im Rahmen des Ergebnisqualitätsmessungsprojekts der Bundesgesundheitskommission A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicator) wird die Kaiserschnitttrate als Qualitätsindikator aufgenommen	geplant

Ziel 4: In der frühen Kindheit das Fundament für langfristige Gesundheit legen

Modellprojekte:

- Vorarlberger Netzwerk Familie – inzwischen flächendeckend in Vorarlberg umgesetztes „Frühe Hilfen“-Programm; <http://www.netzwerk-familie.at>
- SAFE® – Trainingsprogramm zur Förderung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind; <http://www.safe-programm.de/>
- Nationales Zentrum „Frühe Hilfen“ (Deutschland) zur Unterstützung der Praxis im Arbeitsfeld Frühe Hilfen; <http://www.fruehehilfen.de/>

Die ersten Lebensjahre sind eine besonders sensible Lebensphase, in der – wie heute bekannt ist – bereits eine wichtige Basis für lebenslange Gesundheit gelegt wird. Lebenskompetenzen, Stressbewältigung und Gesundheitsverhalten, wie z. B. Ernährungsgewohnheiten, werden bereits beim sehr kleinen Kind angelegt. Ziel von Interventionen in der frühen Kindheit ist, Kinder und Eltern so früh wie möglich bei der Aufgabe zu unterstützen, ihre Kinder gut zu versorgen und eine sichere Bindung zu ihnen aufzubauen. „Frühe Hilfen“ zielen nach der Definition des deutschen Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen

„Frühe Hilfen“ insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Eine positive frühe Eltern-Kind-Beziehung ist ein bedeutender Schutzfaktor für Gesundheit. Diese Maßnahmen kommen sozial benachteiligten Familien stärker zugute als anderen Familien und dienen daher auch dem sozialen Ausgleich, der ein wichtiger Faktor für die Gesamtgesundheit einer hoch entwickelten Gesellschaft ist. Große Bedeutung haben auch Impfungen, die einen lebenslangen Schutz vor teilweise schwerwiegenden Erkrankungen bieten.

Maßnahmen Ziel 4	Status
Frühe Hilfen	
Entwicklung von Handlungsperspektiven für „Frühe Hilfen“: Nachhaltige Struktur nach dem Vorbild des Nationalen Zentrums „Frühe Hilfen“ in Deutschland schaffen; weitere Pilotprojekte initiieren; gewonnene Erkenntnisse in Ausbildungscurricula verankern	Pilotprojekte vorhanden
Grundlagenarbeit zu „Frühen Hilfen“: Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit werden mit Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur Grundlagen zu „Frühen Hilfen“ erarbeitet, die der Aufbereitung der internationalen Evidenz und Erfahrungen sowie der Erhebung der Ausgangsbasis in Österreich dienen und die Vernetzung der zentralen Akteurinnen und Akteure vorantreiben soll	in Umsetzung
Impfungen	
Gratis- Impfungen für alle Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr gegen im Kinderimpfkonzept enthaltene Erkrankungen mit volksgesundheitlicher Bedeutung	in Umsetzung
Anpassung und Erweiterung des Kinderimpfkonzepts unter Berücksichtigung der medizinischen Evidenz (z. B. gegen Meningokokken und Pneumokokken)	in Umsetzung
Impfbroschüre als niederschwellige, leicht verständliche Elterninformation zum Thema Impfen. Verbreitung im Rahmen des Mutter-Kind-Passes	in Umsetzung

Themenfeld 3: Gesunde Entwicklung

Kinder und Jugendliche brauchen für eine gesunde Entwicklung Lebenswelten, die ihnen jeweils altersgemäße Rahmenbedingungen zur Verfügung stellen. Sie brauchen Lebensräume – Freiräume und Spielräume ebenso wie gestaltete, strukturierte und institutionalisierte Räume – die ihnen ein gesundes Aufwachsen ermöglichen, indem sie den Kindern und Jugendlichen Entfaltungsmöglichkeiten eröffnen, sie bei ihren Entwicklungsaufgaben und in ihren Autonomiebestrebungen unterstützen und auch gesunde Bewegung und Ernährung ermöglichen bzw. fördern. Besonders relevant sind daher die Familie, die Wohnumgebung und die Settings Kindergarten, Schule und außerschulische Jugendarbeit. Sie sind zentral für die Stärkung von Lebenskompetenzen und bestimmen – insbesondere bei Kindern – auch wesentlich mit, wie gesundheitsförderlich der Lebensstil ist. Neben der gesundheitsförderlichen Ausrichtung der Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen und der Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern können auch flächendeckende koordinierte und vernetzte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen unter Einbeziehung der Eltern und der relevanten Settings einen wichtigen Beitrag zu gesunder Entwicklung von Kindern und Jugendlichen leisten.

Ziel 5: Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen stärken

Lebenskompetenzen (wie Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen, Umgang mit Stress und negativen Emotionen, Kommunikation, Selbstbehauptung oder Standhaftigkeit) sind wichtige Voraussetzungen für die erfolgreiche und gesunde Lebensgestaltung sowie -bewältigung und somit für das persönliche Wohlbefinden. Ziel von Maßnahmen zur Förderung der Lebenskompetenzen ist es, Schutzfaktoren auszubilden, die die Wahrscheinlichkeit verringern, unter bestimmten Risikobedingungen im späteren Leben selbst- oder fremdschädigendes Verhalten zu entwickeln. Lebenskompetenzförderung zielt mit allen Facetten auf eine positive Einstellung zur eigenen Persönlichkeit und

Modellprojekte:

- **Wiener Projekt „einfach – mehrfach“** zur Schaffung von Freiräumen für Kinder und Jugendliche durch Mehrfach- und Zwischennutzung von Flächen;
<http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/projekte/mehrfachnutzung/>
- **Offene Jugendarbeit Dornbirn** bietet ein vielfältiges Angebot zur Unterstützung von Jugendlichen (u. a. Jugendhäuser, Arbeits- und Bildungsprojekte, Skaterplatz, Jugendprojekte zum Klimaschutz, mobile und aufsuchende Jugendarbeit);
<http://ojadweb.ojad.at>

zur Gesundheit und ist damit auch ein wesentlicher Beitrag für die psychische Gesundheit – sowohl allgemein in Hinblick auf psychisches Wohlbefinden als auch spezifisch beispielsweise bezogen auf den Umgang mit psychoaktiven Substanzen bzw. Suchtverhalten. Die elterliche Unterstützung und ein positives Familienklima spielen dabei eine große Rolle und sollten daher besonders gefördert werden.

Kinder und Jugendliche brauchen für ein gesundes Aufwachsen insbesondere auch gesunde Lebensräume, die spielerisches und bewegtes Lernen, Entwicklung von Bewegungskompetenz und Körpergefühl, selbstständiges Erforschen und soziale Kontakte ermöglichen und Entfaltungsmöglichkeiten bieten. Eine wesentliche Rolle spielen sichere Freiräume, in

denen Kinder und Jugendliche Lebenskompetenzen erlernen und mit- und aneinander erproben und ausbauen können. Wichtig ist aber ebenso der gestaltete Rahmen, in dem sich Kinder und Jugendliche frei bewegen können, sowie die bedürfnisgerechte Unterstützung, die ihnen die außerschulische Jugendarbeit mit ihren vielfältigen Angeboten bietet – insbesondere auch für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien und/oder in besonders belasteten Lebenssituationen. Einen

wichtigen Beitrag zur Vermittlung von Lebenskompetenzen liefern auch die Sportvereine, die im Ziel 7 weiter behandelt werden.

Maßnahmen Ziel 5	Status
Sichere Freiräume für Kinder und Jugendliche erhalten bzw. schaffen	
Partizipation von Kindern, Jugendlichen und Eltern bei der Gestaltung ihrer Lebensräume, z. B. in der Verkehrsplanung und in der Stadt- und Gemeindeplanung, stärken (siehe dazu auch Ziel 1)	Pilotprojekte vorhanden
Erweiterung des Angebots an Frei- und Spielräumen durch Mehrfach- bzw. Zwischennutzung von (öffentlichen) Flächen und Öffnung bzw. Umgestaltung von Schul- und Sportplätzen etc. für Kinder und Jugendliche	Pilotprojekte vorhanden
Einrichtung/Förderung von „ FreiraumkoordinatorInnen “ nach dem Vorbild des Wiener Projekts „einfach – mehrfach“ (siehe Modellprojekte) <ul style="list-style-type: none"> • Verantwortlichkeiten in Gemeinden und Regionen festlegen • Das Erfahrungswissen der Projektverantwortlichen für andere nutzbar machen • Schulungen durchführen 	Pilotprojekte vorhanden
Erziehungskompetenzen der Eltern stärken	
Förderung qualitätvoller Elternbildung insbesondere durch <ul style="list-style-type: none"> • die finanzielle Unterstützung gemeinnütziger Einrichtungen, die den vom BMWFJ festgelegten Qualitätskriterien entsprechende Elternbildungsprojekte durchführen, • die Veranstaltung von „Ausbildungslehrgängen für ElternbildnerInnen“ auf Basis des vom BMWFJ entwickelten Curriculums sowie durch • Informationsvermittlung 	in Umsetzung
Gesundheitsförderungsfunktion der außerschulischen Jugendarbeit stärken und unterstützen	
Methodenkoffer zum Thema „Gesundheit“: Unter Mitwirkung der potenziellen NutzerInnen (z. B. boja, verbandliche Jugendarbeit) und in Zusammenarbeit mit dem BMWFJ soll vom BMG die Erstellung eines Methodenkoffers koordiniert werden für Personen, die in der außerschulischen Jugendarbeit tätig sind	geplant
Aus-/Fort-/ Weiterbildung für JugendbetreuerInnen mit Fokus auf Gesundheitsförderung, Bewegung, Stärkung der Lebenskompetenzen, psychische Gesundheit und Gewaltprävention	Pilotprojekte vorhanden

Ziel 6: Bildung als zentralen Einflussfaktor auf Gesundheit positiv nutzen

Bildung hat zentralen Einfluss auf die Gesundheit: Bildung erhöht die Chancen auf höheres Einkommen und bessere Lebensumstände und wirkt sich dadurch positiv auf die Gesundheit aus. Bildung ist aber auch unabhängig davon eine wichtige Ressource für die Gesundheit, weil sie gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensmuster prägt. Kindergärten und Schulen sind die zentralen Vermittler von Bildung und darüber hinaus ein wichtiger Lebensraum für Kinder und Jugendliche. Sie haben somit großen Einfluss auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten und sind daher auch die wichtigsten Settings für Gesundheitsförderung bei Kindern.

Es besteht allerdings auch der umgekehrte Zusammenhang. In Ländern mit hohem Einkommen kann angenommen werden, dass Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen ihren Bildungserfolg positiv oder negativ beeinflussen.

Modellprojekte:

- **B.A.S.E.® – Baby watching im Kindergarten** – Baby-Beobachtung zur Förderung von Empathie und Feinfühligkeit und gegen Angst und Aggression;
<http://www.base-babywatching.de/>
- **Initiative „Gesunde Schule“** zur Gesundheitsförderung an Schulen und damit Schaffung von Bedingungen für gesundes Lehren & Lernen;
<http://www.gesundeschule.at/>
- **Albatros** – eine neue, interaktive Form von Hauptschul-Abschlusskursen, angeboten von der Offenen Jugendarbeit Dornbirn

Kinderkrippe und Kindergarten sind im Sinne der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung prägende Institutionen. Die Betreuung und Bildungsarbeit in Kindergärten trägt zur psychischen, kognitiven und sozialen Entwicklung der Kinder bei und hat positiven Einfluss auf die spätere Bildungslaufbahn der Kinder, insbesondere in sozioökonomisch benachteiligten Gesellschaftsschichten. Die Schule prägt das Gesundheitsverhalten und kann im günstigen Fall familiäre Defizite kompensieren und so zu einem Ausgleich der Lebens- und Gesundheitschancen beitragen. Sie kann aber andererseits auch zu Belastungen und Ängsten führen, die sich auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen negativ auswirken.

Maßnahmen Ziel 6	Status
Gesundheitsfördernde Ausrichtung von Kinderkrippen, Kindergärten basierend auf den Erfahrungen der in Österreich bereits durchgeführten bzw. derzeit laufenden (Pilot-) Projekte zu Gesunden Kindergärten	Pilotprojekte vorhanden
Gesundheitsfördernde Ausrichtung der Schule durch das BMUKK basierend auf den bereits existierenden Maßnahmen im Rahmen der nationalen Initiative Gesunde Schule sowie im Einklang mit den Zielen des BMUKK bezüglich der weiteren Entwicklung der schulischen Gesundheitsförderung insbesondere mit Fokus auf Schulentwicklung im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung	in Umsetzung
Das BMUKK forciert den Ausbau der ganztägigen Schulbetreuung unter Berücksichtigung der Anforderungen in Hinblick auf Gesundheitsförderung	in Umsetzung
Förderung und Vernetzung von Aktivitäten zur Integration von Jugendlichen mit Beeinträchtigungen in den Arbeitsmarkt (ArbeitsassistentInnen und Bildungscoaches)	in Umsetzung

Ziel 7: Bewegung von Kindern und Jugendlichen ermöglichen und fördern

Modellprojekte:

- **„Gesund & Munter in der Volksschule“:** Bewegungstagebuch des BMUKK für LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern
- **„Kinder gesund bewegen“:** Unterstützung für Kindergärten und Volksschulen zur Förderung des Bewegungsverhaltens
- Ein Schwerpunkt des Kinder-Umwelt-Gesundheit-Aktionsplans Österreich: Sicherstellung von ausreichender körperlicher Bewegung von Kindern durch **kinderfreundliche Stadt- und Verkehrsplanung**
- **Masterplan Radfahren klima:aktiv mobil**, Jugendschwerpunkt im klima:aktiv-mobil-Programm „Mobilitätsmanagement für Tourismus, Freizeit und Jugend“

Bewegung und körperliche Aktivität sind sehr wichtige Einflussfaktoren für ein gesundes Aufwachsen. Ausreichende Bewegung ist aber bei vielen Kindern – vor allem mit steigendem Alter – nicht gegeben, da auch bei ihnen ein sitzender Lebensstil bereits weit verbreitet ist. Besonders ungünstig ist das Bewegungsverhalten bei Kindern

und Jugendlichen aus benachteiligten sozialen Schichten. Es ist daher von großer Wichtigkeit, jede Art von Sport und Bewegung zu fördern. Da die Leistungsorientiertheit vieler Sportvereine jedoch nicht alle Kinder anspricht, gilt es insbesondere die Alltagsbewegung, aber auch den nicht leistungsorientierten Sport für ALLE Kinder und Jugendlichen zu fördern. Eine Ausweitung des Angebots im Bereich des nicht leistungsorientierten Sports durch die Sportvereine wäre sehr zu begrüßen, zumal Sportvereine für Kinder und Jugendliche neben der so wichtigen Bewegungsmöglichkeit auch eine nicht zu unterschätzende soziale Funktion erfüllen.

Maßnahmen Ziel 7	Status
Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen im Nationalen Aktionsplan Bewegung NAP.b , der nach einem Ministerratsbeschluss im März 2011 derzeit unter breiter Einbindung der relevanten Institutionen von Sport- und Gesundheitsministerium gemeinsam erarbeitet wird	in Umsetzung
Alltagsbewegung fördern	
Erhöhen der Sicherheit auf Schulwegen , die „in Bewegung“ (zu Fuß, mit dem Fahrrad, Roller etc.) zurückgelegt werden	in Umsetzung
Verbessern der Radinfrastruktur , wie z. B. des Radwegnetzes und der Fahrrad-Abstellmöglichkeiten im Sinne des österreichischen Masterplans Radfahren	in Umsetzung
Forcieren der bewegungsförderlichen Alltagsmobilität von Jugendlichen und Schaffen von jugendgerechten Mobilitätsangeboten in der Freizeit im Rahmen von klima:aktiv mobil	in Umsetzung
Bereitstellen von bewegungsförderlichen Alternativen zum motorisierten Individualverkehr bei Schulwegen, die kürzer als rund zwei Kilometer sind (z. B. Pedi-Bus)	Pilotprojekte vorhanden
Forcierung von Mobilitätsmanagement für Schulen und Kindergärten im Rahmen von klima:aktiv mobil	in Umsetzung
Förderung der Umsetzung des Kinder-Umwelt-Gesundheit-Aktionsplans Österreich (CEHAPE)	in Umsetzung
Bewegungsmöglichkeiten in Kindergarten und Schule fördern	
Bewegungsförderliche Ausrichtung von Kindergärten und Schulen	Pilotprojekte vorhanden
Spezifische Bewegungsangebote in Kindergärten und Schulen	Pilotprojekte vorhanden
Bewegungsmöglichkeiten in der Freizeit fördern	
Erleichterung des Zugangs von Kindern und Jugendlichen zu Sportvereinen, wobei dem Ausbau von nicht leistungsorientierten Angeboten der Vorrang zu geben ist; zu überlegen ist z. B. eine gemeinsame Website der Anbieter nicht leistungsorientierten Sports, auf der mittels einer einfachen Suchmaske das individuell passende Bewegungsangebot gefunden werden kann	empfohlen
Förderung von Kooperationen zwischen Schulen und Sportvereinen	in Umsetzung

Ziel 8: Gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen fördern

Gesunde Ernährung übt einen grundlegenden Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen aus. Bei Kindern und Jugendlichen kommt dazu, dass die Entwicklung zahlreicher Körperfunktionen (z. B. Immunsystem, Knochenaufbau, geistige Leistungsfähigkeit) in der Wachstumsphase eine besonders bedarfsgerechte Zusammenstellung der Mahlzeiten erfordert. Durch gesunde Ernährung – wie ausreichender Verzehr von Obst und Gemüse und kein übermäßiger Konsum von fett-, zucker- und salzreichen Lebensmitteln – kann das Risiko für viele Erkrankungen reduziert werden. Stillen stellt die optimale Ernährung für Neugeborene dar und hat positive Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung und damit positiven Einfluss auf die Gesundheit.

Maßnahmen Ziel 8	Status
Möglichst breite Umsetzung der im NAP.e (Nationaler Aktionsplan Ernährung) für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche empfohlenen Maßnahmen – insbesondere Aktivitäten im Bereich Gemeinschaftsverpflegung bzw. Kantinenangebot (inkl. Getränkeangebot) in Kindergärten und Schulen	in Umsetzung
Möglichst breite Umsetzung der im Maßnahmenpaket Richtig essen von Anfang an (REVAN) empfohlenen Maßnahmen – insbesondere Aktivitäten zur Förderung gesunder Ernährung in der frühen Kindheit (inkl. Stillen)	in Umsetzung
Ausbau der babyfreundlichen Krankenhäuser (Baby-friendly Hospital Initiative)	in Umsetzung
Ernährung bei Kindern als Schwerpunktthema der österreichweiten Vorsorgestrategie: In den Jahren 2011 bis 2013 wird von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur eine Reihe von Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung bei Kindern gesetzt. Schwerpunkte: <ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsberatung in der Schwangerschaft und nach der Geburt • Gemeinschaftsverpflegung in Kindergärten und Schulen • Ausbau der Baby-friendly Hospital Initiative (siehe oben) 	in Umsetzung

Themenfeld 4: Gesundheitliche Chancengleichheit

Nicht alle Kinder und Jugendlichen haben die gleichen gesundheitlichen Chancen. Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien (AlleinerzieherInnen, geringes Bildungsniveau, geringes Einkommen, Migrationshintergrund etc.) haben oft schon im Kindes- und Jugendalter einen schlechteren Gesundheitszustand und häufiger psychische Probleme als ihre Altersgenossen aus einkommensstarken und gebildeten Familien. Soziales Gefälle in Bezug auf Gesundheit zeigt sich nicht nur bei absoluter Armut (im Sinne von materiellem Mangel), sondern auch bei relativer Benachteiligung im Vergleich zum durchschnittlichen Lebensstandard der Gesellschaft, in der man lebt. Soziale Ungleichheit bringt unterschiedliche gesundheitliche Beanspruchung (Bilanz aus gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen), unterschiedliche gesundheitliche Versorgung und unterschiedliche gesundheitsrelevante Lebensstile mit sich, insgesamt wirkt sich dies in gesundheitlicher Ungleichheit aus. Oft schon von Geburt an gesundheitlich benachteiligt sind Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (chronische Krankheiten, Entwicklungsstörungen oder -verzö-

gerungen). Spezifische Förder- und Unterstützungsangebote – insbesondere im Gesundheits- und Sozialbereich, beispielsweise aber auch im Bildungswesen – sowie Maßnahmen der Früherkennung in Kombination mit gezielter Förderung können für beide Gruppen einen wichtigen Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit darstellen.

Ziel 9: Gesundheitliche Chancengleichheit für sozial Benachteiligte fördern

Modellprojekte:

- **„Gesundheit kommt nach Hause“** – ein aufsuchendes und ganzheitliches Programm für sozial benachteiligte Migrantinnen (Mütter und Großmütter) aus dem vorwiegend muslimischen Kulturkreis;
www.gekona.at
- **Stadtteilmütter** (Deutschland) – lokale Projekte zur Ermutigung und Sensibilisierung von Eltern, Förderung der Kommunikation zwischen Kindertagesstätten und Eltern und Schaffung von Zugängen zu Familien mit Migrationshintergrund;
<http://www.stadtteilmuetter.de/>

Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien (AlleinerzieherInnen, geringes Einkommen, niedriges Bildungsniveau etc. der Eltern) haben häufig auch gesundheitliche Nachteile. So schlägt sich beispielsweise Armut bei Kindern oft in einer belasteteren psychischen und körperlichen Gesundheit und verringerten Bildungschancen im Kindesalter sowie in erhöhter Armutsgefährdung und damit schlechterer Gesundheit im Erwachsenenalter nieder. Des Weiteren ist auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (Prävention ebenso wie Versorgung) bei sozial benachteiligten Gruppen erschwert.

Besonders relevant sind die Auswirkungen im psychosomatischen Bereich, da bei sozialer Ungleichheit oft chronischer Stress mit dem Fehlen der essenziellen „Lebensmittel“ Selbstwirksamkeit, tragfähige Beziehungen, Anerkennung und Respekt einhergeht (Schenk 2011). Kinder und Jugendliche aus Ein-Eltern-Familien und aus solchen mit beidseitigem Migrationshintergrund sind von Armut und sozialer Benachteiligung besonders häufig betroffen.

Maßnahmen Ziel 9	Status
Entwicklung von Strategien zur besseren Erreichbarkeit und Unterstützung von sozial benachteiligten Menschen ; insbesondere durch verbesserten Zugang zu den verfügbaren Sozialleistungen und Unterstützungsangeboten (stärkeres Bekanntmachen der Homepage des BMASK und des „Sozialtelefons“), durch niederschwellige Zugänge (z. B. Kindergarten, aufsuchende Angebote, Supermarkt); sowie durch verstärkte Zusammenarbeit und Vernetzung der Akteure (speziell zwischen der Jugendwohlfahrt und den Einrichtungen des Gesundheitswesens)	teilweise umgesetzt
Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit und Unterstützung von MigrantInnen ; z. B. Arbeit mit MigrantInnen, die als Gesundheitsförderungsakteure (MultiplikatorInnen) arbeiten; Bereitstellung von „DolmetscherInnen“ (die Sprache und Kultur verstehen) für Behördenwege, Besuche bei ÄrztInnen etc. im Zusammenhang mit Kindern; Einsatz von muttersprachlich und kulturell integrierten Personen als „Family Coaches“; Ausbau des Angebotes an TherapeutInnen mit Migrationshintergrund	Pilotprojekte vorhanden
Senkung der Zugangsbarrieren zur stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit geringem Einkommen durch die Streichung des „Selbstbehalts“ für Kinder und Jugendliche und durch kostenlosen Aufenthalt für Begleitpersonen (ausgenommen Essen)	empfohlen

Systematische Bereitstellung qualitätsgesicherter und verständlicher Informationen über gesunden Lebensstil sowie zur Vorgehensweise im Problemfall für Eltern aller Bildungsschichten	teilweise umgesetzt
Mutter-Kind-Pass-Begleitbroschüre „Unser Baby kommt“ als niederschwellige Eltern-information rund um Schwangerschaft, Geburt und das erste Lebensjahr	in Umsetzung

Ziel 10: Chancengleichheit für gesundheitlich benachteiligte Kinder und Jugendliche fördern

Modellprojekte:

- **Wiener Frühförderung:** Aufsuchende Unterstützung (gratis) für entwicklungsverzögerte und behinderte Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren; <http://www.wiso.or.at/foebe/mob.php>
- **Ambulatorien des VKKJ** (Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche) bieten vielfältige Angebote zur Diagnose und Therapie von behinderten Kindern; <http://www.vkkj.at/>
- Kompetenzzentren für integrierte Versorgung der WGKK

Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen Nachteilen wie Behinderungen, chronischen Krankheiten, (vorübergehenden) Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen erwächst aus ihrem gesundheitlichen Nachteil oft eine Reihe von zusätzlichen Hürden, die den Lebensalltag und die soziale Integration erschweren. Sie bedürfen sowohl einer besonderen Förderung im Hinblick auf ihre gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen als auch verstärkter Unterstützung bei der sozialen Teilhabe. Und ihre Eltern brauchen bei ihrer besonders schwierigen Aufgabe auch besonders viel kompetente Unterstützung.

Maßnahmen Ziel 10	Status
Bezug der erhöhten Familienbeihilfe (doppelte Kinderbeihilfe) bei erheblicher Behinderung des Kindes bzw. dauerndem Unvermögen eines selbstständigen Erwerbes – (Verfahrensführung BMWFJ). Die Feststellung erfolgt durch ärztliche Begutachtung beim Bundessozialamt. Seit September 2010 Anwendung einer neuen Einschätzungsverordnung entsprechend „state of the art“ in Diagnostik und Therapie	in Umsetzung
Bereitstellen eines Dolmetschers für Gebärdensprache für Amtswegen für Gehörlose	in Umsetzung
Verbesserung des Zugangs zu verfügbaren Sozialleistungen und Unterstützungsangeboten für Familien mit behinderten, gesundheitlich besonders belasteten Kindern über Sozialserviceleistungen (stärkere Bekanntmachung der Homepage des BMASK und des „ Sozialtelefons “)	teilweise umgesetzt
Vermehrtes Angebot für Tagesbetreuungsstrukturen für beeinträchtigte Kinder schaffen: Derzeit gibt es keine ausreichenden Tagesbetreuungsstrukturen für behinderte und chronisch kranke Kinder. Daher soll diese Zielgruppe im Zuge des Ausbaus von Angeboten der Tagesbetreuung (insbesondere Kindergärten und Kindergruppen) besondere Beachtung finden	empfohlen
Weiterer Ausbau von sozialpädiatrischen Zentren für Diagnostik und Förderung von behinderten und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen sowie von Kindern mit Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen	teilweise umgesetzt

Weitere Maßnahmenvorschläge siehe Ziele 15 und 16

Ziel 11: Früherkennung und gezielte Förderung bei Kindern und Jugendlichen verbessern

Früherkennung von (gesundheitlichen) Problemen ermöglicht frühe Unterstützung durch gezielte Förderung und deshalb bessere Präventions- bzw. Behandlungserfolge. Für verschiedene Altersgruppen gibt es

Modellprojekte:

- Schuleingangsuntersuchung in St. Veit an der Glan
- Verschiedene Untersuchungen in Kindergärten in einzelnen Bundesländern

unterschiedliche und nur zum Teil standardisierte flächendeckende Programme zur Früherkennung in Österreich. Da entsprechende Angebote von Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen seltener in Anspruch genommen werden, sind vor allem auch Überlegungen zu deren besserer Erreichbarkeit beziehungsweise einem niederschweligen Zugang anzustellen. Außerdem fehlt eine bundesweit einheitliche Dokumentation und Aufbereitung der Daten zu Inanspruchnahme und epidemiologischen Ergebnissen. Details dazu siehe auch unter Begleitmaßnahmen.

Maßnahmen Ziel 11	Status
Das BMG arbeitet an einem Gesamtkonzept zur Eltern-Kind-Vorsorge neu , erste Grundlagenarbeiten dazu sind bereits beauftragt	in Umsetzung
Standardisierte Untersuchungen zur Früherkennung von spezifischem Förderbedarf bereits im Kindergarten : Diese Untersuchung sollte spätestens mit der Anmeldung für das verpflichtende Kindergartenjahr erfolgen, damit noch Zeit für Hilfestellung vor dem Schuleintritt bleibt	empfohlen
Entwicklung eines Konzepts für Schulgesundheit unter Einbindung der relevanten Berufsgruppen (ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, Lehrpersonen, Eltern, SchülerInnen,...) und unter Berücksichtigung beispielgebender internationaler Erfahrungen.	empfohlen

Themenfeld 5: Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen

Die Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen ist in Österreich sichergestellt. Allerdings gibt es in einigen speziellen Bereichen Optimierungs- und teilweise auch Ausbaubedarf. So sollte Eltern und Angehörigen ausreichend Information zur Verfügung stehen, wohin sie sich bei einer akuten Erkrankung oder bei einem Notfall wenden sollen, damit sie nicht an der falschen Stelle landen und unnötige Zeit verloren geht.

Im Gesundheitssystem selbst geht es vor allem um das Sicherstellen ausreichender pädiatrischer Kompetenz, kindgerechter Arzneimittel und eines kindgerechten Umfelds in allen Settings, in dem Kinder und Jugendliche versorgt und behandelt werden. Auch setzt eine optimale Versorgungskette voraus, dass verschiedene Versorgungseinrichtungen und alle Berufsgruppen interdisziplinär optimal zusammenarbeiten und Prozessabläufe standardisiert und reibungsfrei funktionieren.

In einzelnen Bereichen ist auch noch Ausbaubedarf an der Versorgung für Kinder und Jugendliche festzustellen, wovon Teile bereits im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) vereinbart sind. Davon wiederum befindet sich einiges bereits in Realisierung, anderes muss eine höhere Umsetzungspriorität erhalten.

Eine große Herausforderung in Österreich stellt die integrierte Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitsbilder bzw. die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Bedarf an therapeutischen Interventionen dar, insbesondere im Zusammenhang mit der „modernen Morbidität“. Die vorliegende Strategie zielt zwar darauf ab, derartige Krankheiten möglichst von vorneherein zu

Der **Österreichische Strukturplan Gesundheit** ist die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur entsprechend einer zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarung (BGBl I 2008/105). Er stellt die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene – insbesondere für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) – dar. Der ÖSG wurde erstmals 2006 als Rahmenplan für eine integrierte Gesundheitsversorgungsstruktur vereinbart. Aktuell ist die dritte, erweiterte Version ÖSG 2010 mit Planungshorizont 2020 gültig.

vermeiden, treten sie aber auf, sind die Versorgungsmöglichkeiten in Österreich regional noch sehr unterschiedlich, sowohl hinsichtlich Angeboten als auch hinsichtlich der mit notwendigen Behandlungen verbundenen Kosten für die Eltern. Mit den folgenden Zielen zur Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen ist auch beabsichtigt, negativen Einfluss durch sozialen Status oder gesundheitliche Benachteiligung auf eine optimale Versorgung zu vermeiden.

Ziel 12: Ambulante Erstversorgung optimieren und zu Tagesrandzeiten und am Wochenende verbessern

Grundsätzlich gilt es zwischen der Versorgung im Notfall und dem Behandlungserfordernis bei akuten Erkrankungen, insbesondere am Wochenende und zu Tagesrandzeiten, zu unterscheiden. Die Versorgung mit niedergelassenen Pädiatern ist regional sehr unterschiedlich und deren Öffnungszeiten sind häufig eingeschränkt. Dies entspricht nicht den Bedürfnissen der Familien und führt zu langen Wartezeiten bzw. auch dazu, dass pädiatrische Akut-/Notfallambulanzen über die medizinische Notwendigkeit hinaus aufgesucht werden.

Die Bevölkerung hat das nachvollziehbare Bedürfnis nach einer jederzeit verfügbaren raschen und umfassenden Abklärung, aber keine ausreichende Entscheidungskompetenz, ob und wer im Akutfall kontaktiert werden soll. Eine Erweiterung dieser elterlichen Kompetenz ist eventuell im Rahmen des Mutter-Kind-Passes, aber auch in Form von einfach zugänglicher qualitätsgesicherter Information z. B. auf Internetseiten möglich. Auch die Einrichtung eines Kindernottelefons mit pädiatrischer Kompetenz vergleichbar zum primär auf Erwachsene eingestellten Ärztefunkdienst wäre denkbar.

Maßnahmen Ziel 12	Status
Schaffen von Transparenz über die derzeit verfügbaren Angebote im niedergelassenen Bereich, z. B. im Internet	empfohlen
Bessere Information für Eltern , wohin sie sich wenden können, insbesondere durch das Bereitstellen leicht verständlicher und leicht zugänglicher mehrsprachiger Informationen über Ansprechpartner und Zuständigkeiten sowie z. B. durch die Einrichtung und Kommunikation einer (Kinder-) Notrufnummer	empfohlen

Erarbeitung von regional angepassten Lösungen für eine Versorgung mit (niedergelassenen) KinderärztInnen zu den Tagesrand- und Wochenendzeiten, beispielsweise durch Sicherstellen von längeren bzw. gestaffelten Öffnungszeiten von Facharztordinationen in einer Region oder durch Organisation eines kinderärztlichen Notdienstes, von zentralen pädiatrischen Anlauf-Ordinationen oder verstärkte pädiatrische Kompetenz in so genannte Ärztekundendienst-Ordinationen oder Ausbau der Ressourcen in den pädiatrischen Krankenhausambulanzen	empfohlen
---	-----------

Ziel 13: Pädiatrische Kompetenz in der Notfallversorgung stärken

Notfälle bei Kindern und Jugendlichen stellen durch die Vielfalt der möglichen Erkrankungen und durch die jeweiligen physiologischen und anatomischen Besonderheiten sowie die psychologischen, emotionalen und kommunikativen Eigenheiten der einzelnen Altersstufen für jedes Gesundheitssystem eine besondere Herausforderung dar. Die pädiatrische Notfallversorgung in Österreich funktioniert im Großen und Ganzen gut und effektiv, dennoch gibt es Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Ersteinschätzung von Notfällen sowie gezielter Weiterleitung in spezialisierte Zentren, in denen eine optimale medizinische Versorgung gewährleistet ist. Darüber hinaus ist (im Zusammenhang mit Notfällen) auch die Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen ein zentrales Anliegen.

Maßnahmen Ziel 13	Status
Vertiefte pädiatrische Notfallausbildung bzw. Nachschulung für ÄrztInnen und Pflegepersonen, die in Rettungs-/Notarztsystemen tätig sind und für alle ÄrztInnen, die mit Minderjährigen arbeiten, z. B. im Rahmen von Notarzt-Refresher-Kursen (mindestens alle 4 Jahre) oder Simulationstrainings	empfohlen
Verbessern der raschen und zielgerichteten Weiterleitung der PatientInnen von den Erstanlaufstellen zu den jeweils richtigen Behandlungseinheiten/-einrichtungen auf Basis internationaler Standards und durch fachliche Schulungen	empfohlen
Festlegung von pädiatrischen Notfallzentren mit fester Verankerung pädiatrisch kompetenter ÄrztInnen in diesen Zentren	empfohlen
Definition und überregionale Planung von Kompetenzzentren für die spezialisierte pädiatrische Notfallversorgung im ÖSG z. B. für Kinder mit schweren Brandverletzungen, mit Schädelhirntrauma oder bei Ertrinkungsunfällen	empfohlen
Ausweitung der derzeit im Gesetz verankerten Teilnahme an Kinderschutzgruppen auf alle an der Kinder- und Jugendlichenversorgung beteiligten Personen des ärztlichen und Pflegepersonals durch entsprechende Verpflichtung und/oder durch Anreiz (z. B. über Fortbildungspunkte)	empfohlen
Vernetzung von Informationen über Auffälligkeiten (z. B. häufigere Behandlungen wegen Verletzungen etc., die auf Gewalt oder Vernachlässigung zurückzuführen sein könnten) zwischen den einzelnen Spitälern unter Wahrung des Datenschutzes	geplant
Zur besseren Vernetzung bei Verdacht auf Kindesmissbrauch ist in der 15. Novelle zum Arztesgesetz, die im Frühjahr 2011 in Begutachtung war, die Lockerung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht gegenüber anderen ÄrztInnen und Krankenanstalten vorgesehen	im Umsetzung

Ziel 14: Versorgung in Krankenhäusern kinderfreundlicher machen

Die Versorgung in Krankenhäusern ist nicht immer an die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen angepasst. In Spitälern ohne pädiatrische Abteilungen werden Kinder und Jugendliche immer wieder auch in Erwachsenenstationen betreut, wo die kinderspezifische Betreuung (ärztliches und pflegerisches Personal) und das entsprechende Umfeld fehlen. Auch entsprechend der Charta der European Association for Children in Hospital (EACH-Charta, Art. 6(2); siehe auch Ziel zu Kinderrechten) sollen Kinder nicht in Erwachsenenstationen aufgenommen werden.

Modellprojekte:

Das Selbstevaluierungsmodell und **Tool zur Evaluierung der Umsetzung der Kinderrechte** im Krankenhaus unterstützt auch das kindgerechte Gestalten der stationären Versorgung (siehe dazu auch Ziel 1); www.hphnet.org

Darüber hinaus kann der Selbstbehalt bei Spitalsaufenthalten (Spitalkostenbeitrag) zu hohen finanziellen Belastungen für die Eltern führen, vor allem bei geringem Einkommen bzw. im Fall von Frühgeborenen, Mehrlingsgeburten, chronisch kranken Kindern, Kindern mit Behinderung und Kindern, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus bleiben müssen. Stationäre Behandlungen sind für Kinder generell sehr belastend und sollten deshalb auf das unbedingt Notwendigste

beschränkt werden. Tagesklinische Behandlungen stellen eine kindgerechte Form der stationären Versorgung dar, finden aber aufgrund des Mangels an entsprechenden Strukturen häufig in Stationen für Erwachsene statt. Dadurch werden optimale patientInnenorientierte Prozessabläufe behindert und die Potenziale an tagesklinischer Versorgung nicht ausgeschöpft.

beschränkt werden. Tagesklinische Behandlungen stellen eine kindgerechte Form der stationären Versorgung dar, finden aber aufgrund des Mangels an entsprechenden Strukturen häufig in Stationen für Erwachsene statt. Dadurch werden optimale patientInnenorientierte Prozessabläufe behindert und die Potenziale an tagesklinischer Versorgung nicht ausgeschöpft.

Maßnahmen Ziel 14	Status
Kindgerechtes Gestalten der stationären Versorgung in Spitälern ohne pädiatrische Abteilung durch Einrichten eigener Kinderbereiche; Gewährleisten der Pflege durch diplomiertes Personal mit pädiatrischer Kompetenz, Gewährleisten regelmäßiger pädiatrischer Konsiliarbetreuung sowie ausreichende Kapazitäten für Begleitpersonen	teilweise umgesetzt
Ausbau/Verbesserung der Infrastruktur für Begleitpersonen (z. B. ausreichend kostenlose/kostengünstige Unterbringungsmöglichkeiten im Krankenhaus bzw. in räumlicher Nähe) sowie kein Verrechnen von Kosten für Begleitpersonen (außer Essen)	empfohlen
Streichen des „Selbstbehalts“ für Säuglinge, Kinder und Jugendliche bei einem Spitalsaufenthalt	empfohlen
Umstrukturieren der Bettennutzung durch Forcieren pädiatrischer tagesklinischer Strukturen insbesondere für chronisch Kranke, Planeingriffe und zur geplanten gebündelten diagnostischen Abklärung	empfohlen
Anstreben von Partizipation von Kindern im Krankenhaus; je nach Entwicklungsstand können Kinder in Entscheidungen, die sie betreffen, eingebunden werden	empfohlen

Ziel 15: Versorgung in ausgewählten Bereichen verbessern (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie)

Modellprojekte:

- **Zentrum für seelische Gesundheit** in Eisenstadt: bestehend aus einem multiprofessionellen Team von ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sowie Physio- und ErgotherapeutInnen; ambulant und kostenlos speziell für Kinder und Jugendliche; Das Zentrum beherbergt auch die organisatorische Zentrale des Psychosozialen Dienstes, den Verein pro mente Burgenland, die Suchtkoordination Burgenland und die Fachstelle für Suchtprävention.

In den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) wurden im Jahr 2008 erstmals Bestimmungen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie integriert. Sie sind eine Richtschnur für den Auf- und Ausbau der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie sowohl hinsichtlich verbesserter Versorgung wie auch hinsichtlich verstärkter Ausbildung von FachärztInnen in diesem Bereich. Letzteres ist Voraussetzung für den längerfristig geplanten Ausbau der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung.

Ziel ist das Gewährleisten einer multidisziplinären Versorgung aller psychisch kranken

oder stark belasteten Kinder und Jugendlichen unabhängig von sozialem Status durch ein flächendeckendes, abgestuftes und kostenfreies Versorgungsangebot an fachärztlicher, psychologischer sowie psycho- und funktionell-therapeutischer (Ergo-, Physiotherapie, Logopädie ...) Betreuung mit kinder- und jugendspezifischer Ausbildung und Kompetenz. Des Weiteren ist es erforderlich, die familiäre Situation (Eltern-Kind-Beziehung) mit zu berücksichtigen und gemäß einem systemischen Ansatz die Eltern in die Therapie mit einzubeziehen. Dies gilt besonders für Konstellationen, wo die Eltern bzw. ein Elternteil manifest an einer psychischen Erkrankung leiden/leidet, da hinlänglich bekannt ist, dass Kinder/Jugendliche aus solchen familiären Umständen ein deutlich höheres Risiko tragen, selbst psychisch krank zu werden.

Somatische Störungen mit psychischem Hintergrund sowie eine Reihe von psychischen Krankheitsbildern von Kindern und Jugendlichen bedürfen oft keiner kinder- und jugendpsychiatrischen Intervention, sondern sind in auf Kinder und Jugendliche spezialisierten Versorgungseinheiten der Psychosomatik optimal behandelbar. Daher ist der Auf- und Ausbau der psychosomatischen Versorgung für Kinder und Jugendliche im ÖSG vereinbart. Der Umsetzungsstand ist in Österreich allerdings noch unzureichend und regional unausgewogen.

Maßnahmen Ziel 15	Status
Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung	
Rascher Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Versorgungsstrukturen im Einklang mit den ÖSG-Vorgaben	in Umsetzung
Erlass einer Mangelfachverordnung zur Erhöhung der Ausbildungskapazität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch Bundesminister Stöger mit dem Ziel, die verfügbaren Ausbildungskapazitäten von FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie an allen Standorten zur Gänze auszunützen	in Umsetzung
Ausbau der Kapazitäten zur Grundversorgung durch niedergelassene FachärztInnen und Sicherstellen der multidisziplinären Vollversorgung gemeinsam mit niedergelassenen TherapeutInnen mit kinderspezifischer Ausbildung bzw. in interdisziplinären Ambulatorien	empfohlen

Vernetzung und Kooperation aller beteiligten Angebote und Strukturen wie Gesundheitsförderung, Prävention, Krisenbehandlung, Suchtbehandlung, Rehabilitation, Einrichtungen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Störungsbildern, Einrichtungen der Jugendwohlfahrt	empfohlen
Psychosomatische Versorgung	
Zügiger weiterer, regional gleichmäßiger Auf- und Ausbau des psychosomatischen Versorgungsangebots gemäß ÖSG	in Umsetzung
Neuropädiatrische Versorgung	
Erarbeiten eines Gesamtkonzepts zur neuropädiatrischen Versorgung in Österreich und deren Aufnahme in den ÖSG	empfohlen
Einrichtung von neuropädiatrischen Organisationseinheiten zumindest an den drei öffentlichen Universitätskliniken	empfohlen
Sozialpädiatrische Versorgung	
Flächendeckender Ausbau der entwicklungs- und sozialpädiatrischen Versorgung	empfohlen

Weitere Maßnahmenvorschläge siehe Ziel 16

Ziel 16: Integrierte Versorgung der „modernen Morbidität“ verbessern

Die Risikofaktoren für Gesundheit und Entwicklung sowie die moderne Morbidität von Kindern und Jugendlichen haben sich verändert. International zu beobachten ist eine Zunahme von

Modellprojekte:

- Ambulatorien für Entwicklungsneurologie und Sozialpädiatrie in Wien
- aks Vorarlberg als zentraler Anbieter unterschiedlicher Behandlungen und Therapien für Kinder und Jugendliche

- Lebensstilerkrankungen,
- chronischen Entwicklungsbeeinträchtigungen,
- psychosozialen Integrations- und Regulationsstörungen
- sowie nach wie vor eine Benachteiligung entlegener ländlicher Regionen und bestimmter sozialer Gruppen.

Integrierte Versorgungsangebote stehen in Österreich in regional sehr unterschiedlichem Ausmaß zur Verfügung. Insgesamt besteht vermutlich ein quantitativer Mangel an entsprechenden Angeboten, insbesondere

für therapeutische Behandlungen (ärztlich-psychologisch, funktionell und psychotherapeutisch) von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsproblemen bzw. Interventionsbedarf. Die diesbezüglichen Datengrundlagen sind allerdings mangelhaft, sodass über Versorgungsbedarf und -angebot keine konkreten österreichspezifischen Aussagen getroffen werden können.

Kindergesundheit ist eine Querschnittsmaterie und muss insgesamt stärker priorisiert sowie in allen Ressorts bei politischen Entscheidungen mitgedacht werden (siehe dazu auch Ziel 2: Health in All Policies).

Maßnahmen Ziel 16	Status
Verbesserte Daten- und Informationssammlung zu Therapiebedarf und therapeutischem Angebot insbesondere durch: <ul style="list-style-type: none"> • Prüfen der Durchführbarkeit der Erhebung relevanter Daten im Rahmen eines elektronischen Mutter-Kind-Passes (im Rahmen der Entwicklung des vorgeschlagenen Gesamtkonzepts für Vorsorgemaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen; siehe Ziel 12) • Verpflichtendes Registrieren der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe als Voraussetzung für die Berufsausübung 	geplant
Erhebung von Bedarf und Angebot an ambulanten Therapien (Ergo-, Psycho- und Physiotherapie sowie Logopädie) bei Kindern und Jugendlichen	in Umsetzung
Entwicklung eines integrierten Gesamtversorgungs- und Behandlungsplans unter Einbeziehen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens, differenziert nach Lebensabschnitten mit altersgerechten Settings und Übergängen <ul style="list-style-type: none"> • Genaue Analyse des Ist-Standes • Bedarfsgerechter Ausbau abgestufter Versorgungsangebote 	empfohlen
Gewährleisten einer ausreichenden, qualitätsgesicherten, flächendeckenden ambulanten therapeutischen Versorgung durch ein multiprofessionelles Netzwerk von institutionellen und niedergelassenen TherapeutInnen mit kinderspezifischen Aus- und/oder Weiterbildungen	empfohlen

Weiter Maßnahmenvorschläge siehe Ziel 10

Ziel 17: Neonatologische Versorgung an die geänderten demografischen Verhältnisse anpassen

In Anbetracht der Risikofaktoren für Frühgeborene bekommt Prävention in diesem Bereich oberste Priorität (siehe auch Ziel 3). Die neonatologischen Versorgungskapazitäten wurden in den letzten Jahren ausgeweitet, die Anzahl von Standorten und Betten hat zugenommen.

Allerdings ist im gleichen Zeitraum die Rate an Frühgeborenen verhältnismäßig stärker angestiegen als Versorgungskapazitäten ausgebaut wurden, und die Überlebensrate der extrem kleinen Frühgeborenen ist weiter angestiegen. Dadurch sind die neonatologischen Intensivstationen durchgehend stark ausgelastet und es kommt immer wieder zu Kapazitätsproblemen. In der Literatur ist belegt, dass die Mortalität ansteigt, wenn die quantitative und qualitative Personalausstattung nicht adäquat ist und der Auslastungsgrad der neonatologischen Intensivstationen überdurchschnittlich hoch ist. Qualitätsmerkmale sind eine Auslastung von höchstens 80 Prozent im Durchschnitt und eine ausreichende quantitative und qualitative Personalausstattung.

Maßnahmen Ziel 17	Status
Überprüfen der neonatologischen Versorgungseinheiten auf Basis internationaler evidenzbasierter Standards (hinsichtlich Auslastung und Personalausstattung) und ggf. Anpassungen. Eventuelle Anpassungen sollten in Hinblick auf internationale bevölkerungsbasierte Vergleichszahlen überprüft werden.	empfohlen
Ausbau und Verbesserung der Infrastruktur für Begleitpersonen	empfohlen

Ziel 18: Angebot für Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen verbessern

Der individuelle, gesellschaftliche wie ökonomische Wert der Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen ist unbestritten. Schwere Erkrankungen bzw. Unfälle bei Kindern und Jugendlichen stellen eine extreme Belastung der Betroffenen und ihrer Familien dar. Rehabilitation in ausreichender Qualität

Bei der **familienorientierten Rehabilitation** handelt es sich um eine Rehabilitation des erkrankten Kindes/Jugendlichen gemeinsam mit seinen Eltern und Geschwistern. Die Familie leidet häufig aufgrund der schweren bzw. akut lebensbedrohlichen Erkrankung eines Kindes an psychischen, psychiatrischen und psychosomatischen Störungen. Eine familienorientierte Rehabilitation wirkt familienstabilisierend und ermöglicht es, die betroffenen Kinder in ein Bildungswesen zu integrieren und in weiterer Folge einer Berufsausbildung zuzuführen.

bewirkt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und hat positiven Einfluss auf die Lebensqualität, die Entwicklungsfähigkeit und die Möglichkeiten zu selbstständiger Lebensgestaltung während vieler Lebensjahre. In Österreich besteht aber derzeit noch kein individuell durchsetzbarer Rechtsanspruch auf Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen.

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen hat spezifische Anforderungen, die sie von der Rehabilitation von Erwachse-

nen unterscheiden. Neben einer Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse (Tagesablauf, räumliche Gestaltung, Bildungs- und Freizeitangebot, Begleitung durch eine Nahperson etc.) kommt auch der familienorientierten Rehabilitation – d. h. der begleitenden Behandlung der Angehörigen – große Bedeutung zu. In erster Linie ist ein Ausbau spezifischer, kinder- bzw. jugendgerechter Angebote für ambulante und stationäre Rehabilitation erforderlich, eine gesetzliche Regelung dazu kann ergänzend überlegt werden.

Maßnahmen Ziel 18	Status
Schaffung eines Rechtsanspruchs auf Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	empfohlen
Regelung der Zuständigkeit für das Bearbeiten der Anträge auf Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation; Entgegennahme bei allen Dienststellen der Sozialversicherungen und Weiterleiten an definierte zuständige Stellen	empfohlen
Adaptierung des bestehenden Antragsformulars für Rehabilitation hinsichtlich der Spezifika der familienorientierten Rehabilitation	empfohlen
Einrichtung von Reha-Info-Points als niederschwellige, zentrale Stellen für Information über und Organisation von Reha-Leistungen	empfohlen
Schrittweiser Ausbau des Angebots für Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse und im Einklang mit akkordierten Qualitätsstandards sowie dem quantitativen Bedarf laut der aktuellen Bedarfsschätzung des ÖBIG (Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich, Arbeiten zur Bedarfsabschätzung, Wien 2010)	empfohlen

Ziel 19: Pädiatrische Pflege sicherstellen sowie Kinderhospizarbeit und Palliative Care ausbauen

Modellprojekte:

- Spezialisiertes mobiles Angebot: KinderPalliativNetzwerk GmbH, www.kinderpalliativnetzwerk.at
- Spezialisiertes stationäres Angebot: Kinderhospiz „Sterntalerhof“ in Loipersdorf-Kitzladen/Burgenland, www.sterntalerhof.at

Kindgerechte pflegerische Versorgung erfordert ausreichend viele diplomierte Pflegepersonen mit pädiatrischer Kompetenz. Im stationären Bereich wurde in den letzten Jahren ein diesbezüglicher Mangel spürbar, der sich z. B. daran zeigt, dass offene Stellen vielfach nicht besetzt werden können. Darüber hinaus gibt es nicht in allen Bundesländern mobile Pflegeangebote für Kinder und Jugendliche. Im Speziellen mangelt es auch an mobiler palliativer Versorgung und Hospizarbeit für Kinder und Jugendliche. Neben den quantitativen Erfordernissen besteht

insbesondere auch die Notwendigkeit der Definition von verbindlichen (Struktur-)Qualitätskriterien auf Basis elementarer Versorgungsstandards für Kinderhospizarbeit und pädiatrische Palliative Care.

Die **Familiengesundheitspflege** ist ein Angebot u. a. zur Beratung und Unterstützung rund um Prävention und Gesundheitsförderung, frühzeitiges Erkennen potenzieller und aktueller Gesundheitsprobleme und Beratung und Begleitung im Kontext sozialer Gesundheitsfaktoren sowie als Verbindungsglied, im Sinne von Case Management zum Hausarzt, zu anderen Gesundheits- und Sozialberufen bzw. ggf. als „Lotse“ für angrenzende Bereiche wie z. B. Sozialamt, Arbeitsamt. Vor allem sozial benachteiligten Gruppen soll damit – z. B. durch aufsuchende Arbeit – der Zugang zum Sozial- und Gesundheitswesen erleichtert werden; <http://www.familiengesundheitspflege.de/>

Maßnahmen Ziel 19	Status
Pädiatrische Pflege	
Bedarfserhebung zu pädiatrischen Pflegepersonen mittels Pflegepersonalbedarfsstudie	geplant
Prüfung der Umsetzbarkeit niederschwelliger Unterstützungsangebote für Familien mit (chronisch) kranken Kindern, z. B. durch „ Familiengesundheitspflege “ (Family health nurses)	empfohlen
Evaluierung der Pflegeausbildungen	in Umsetzung
Kinderhospizarbeit und pädiatrische Palliative Care	
Bedarfsstudie zu Palliativpflege und Hospizarbeit für Kinder und Jugendliche für Österreich	empfohlen
Entwicklung von Standards und (Struktur-) Qualitätskriterien für Kinderhospizarbeit und pädiatrische Palliative Care auf Bundesebene und deren Verankerung im ÖSG <ul style="list-style-type: none"> • in Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen bestehender Strukturen und des Regelversorgungssystems • unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten • auf Basis der Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa (IMPaCCT) sowie der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse 	empfohlen
Ausbau der mobilen Kinderhospizarbeit und pädiatrische Palliative Care eventuell im Rahmen von Reformpoolprojekten	empfohlen

Ziel 20: Verfügbarkeit von kindgerechten Arzneimitteln verbessern

Über die Hälfte der in der Kinderheilkunde gängigen Arzneimittel sind nicht ausreichend für Kinder untersucht. Bei der Anwendung von Arzneimitteln, die für Kinder nicht ausdrücklich zugelassen sind, treten Nebenwirkungen doppelt so häufig auf. Klinische Forschung ist unabdingbar und eine Priorität in der EU. Um in Österreich Studien mit pädiatrischen Patientinnen und Patienten rasch und effizient durchführen zu können, ist ein Netzwerk notwendig.

Maßnahmen Ziel 20	Status
Erarbeiten eines Modells für ein Kinderforschungsnetzwerk zwischen BMG und BMWF, ÖKGJ, Industrie, Sozialversicherungsträgern, den jeweiligen Universitäten und den beteiligten Studienzentren. Inhalte dieses Modells: Aufbau und Koordination, Finanzierungsaufteilung, systematische Mitteleinwerbung und Erfolgskontrollen. Sicherstellen einer Basisfinanzierung von ca. 500.000 Euro pro Jahr über fünf Jahre	empfohlen
Das BMG unterstützt fünf Jahre lang den Aufbau eines Netzwerks zur Erforschung von Arzneimitteln für Kinder und Jugendliche (Kinderforschungsnetzwerk).	in Umsetzung

Umsetzung/Begleitmaßnahmen

Eine Strategie ist so gut, wie sie wirksam ist. Viele der Ziele und Maßnahmen können nicht durch einen einzelnen Beschluss umgesetzt werden, sondern ihre Umsetzung erfordert kontinuierliche Begleitung, Betreuung und Evaluierung. Es wird daher eine Stelle eingerichtet, die sowohl Aktivitäten innerhalb des Gesundheitsministeriums wie auch die Zusammenarbeit mit den anderen Ressorts koordiniert.

Koordinationsstelle mit fachlicher Kompetenz

Die neu einzurichtende Koordinationsstelle für Kinder- und Jugendlichengesundheit soll die Umsetzung der Kindergesundheitsstrategie mit fachlicher Kompetenz unterstützen, begleiten und vorantreiben. Sie koordiniert alle diesbezüglichen Aktivitäten innerhalb des Bundesministeriums für Gesundheit und soll mit Institutionen, die für die Umsetzung der Maßnahmen (mit)verantwortlich sind (z. B. Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Länder etc.) zusammenarbeiten. Darüber hinaus vertritt bzw. koordiniert sie die spezifischen Perspektiven der Kinder auch bei anderen relevanten Strategien und Plänen (z. B. Gesundheitsziele, Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan für Österreich [CEHAPE], NAP.e, NAP.b, etc.). Ein intersektorales Advisory Board soll ihr zur Seite gestellt werden.

Konkrete Aufgaben sind u. a.:

- **Koordination der Aktivitäten** zur Kinder- und Jugendlichengesundheit innerhalb des Bundesministeriums für Gesundheit und mit der Gesundheit Österreich GmbH
- **Begleitung, weiteres Vorantreiben und regelmäßige Evaluierung** der Maßnahmen der Kindergesundheitsstrategie
- **Intersektorale Aktivitäten zur Bewusstseinsbildung** zu „Health in All Policies“ wie beispielsweise parlamentarische Enqueten oder „Policy dialogues“ zu intersektoraler Verantwortung für Kindergesundheit
- **Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit** in Belangen der Kinder- und Jugendgesundheit
- **Vertreten der Kinderperspektive** in Prozessen wie NAP.e, NAP.b, Gesundheitsziele, ...

Intersektorales Advisory Board

Ein solches Advisory Board, das intersektorale Fragen der Kindergesundheit behandelt, sollte sich aus VertreterInnen einiger zentraler Entscheidungsträger zusammensetzen und wenn möglich wissenschaftlich begleitet werden.

- BMG
- BMUKK
- BMASK
- BMWFJ
- BMLFUW
- Sportressort im BMLVS
- Länder
- Sozialversicherung
- Bundesjugendvertretung
- Allfällige weitere relevante Stakeholder

Operativ soll mit der Koordinationsstelle zusammengearbeitet werden.

Bereitstellung von Daten für eine regelmäßige Bestandsaufnahme

Für die in Punkt 6.1 formulierte Aufgabe der Koordinationsstelle zur „Begleitung und Evaluierung der Maßnahmen der Kindergesundheitsstrategie“ sind Daten und Informationen erforderlich. Im Rahmen der Strategie wurden an mehreren Stellen Maßnahmen zur Verbesserung der Datensituation vorgeschlagen (insbesondere bei den Zielen 12 und 16), die diese Aufgabe erleichtern werden. Für eine strukturierte Vorgehensweise bei der Dokumentation der Umsetzung ist ein Monitoring-Konzept auszuarbeiten.

Die epidemiologische Situation wird bisher in Österreich primär über die Todesursachenstatistik, die Krebsstatistik und die Diagnosen- und Leistungsdokumentation des stationären Bereichs abgebildet. Informationen über das Gesundheitsverhalten stehen vor allem aus Gesundheitsbefragungen der über 15-jährigen Bevölkerung zur Verfügung. Die wichtigste, österreichweit einheitliche Datenquelle über die Gesundheit von Kindern bzw. Jugendlichen stellen die HBSC-Befragungen dar, die alle vier Jahre bei einer Stichprobe von 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen Gesundheitsdeterminanten und -zustand in Form eines Selbstausfüllfragebogens erheben. Eine österreichweite standardisierte Erhebung und Auswertung der Ergebnisse der routinemäßigen Vorsorgeuntersuchungen (insbesondere Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) sowie von Schul- und Kindergartenuntersuchungen würden eine maßgebliche Verbesserung der Datenbasis darstellen.

Im Rahmen von Arbeiten zur Einrichtung einer – bisher in Österreich generell fehlenden – einheitlichen Dokumentation vom Diagnosen- und Leistungsgeschehen im ambulanten Bereich sollte den (in der Kindergesundheitsstrategie formulierten) Anforderungen bezüglich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen Rechnung getragen werden. Des Weiteren sollte die Dokumentation des Angebots und der Inanspruchnahme von nicht-ärztlicher Versorgung verbessert werden (z. B. in der psychosozialen Versorgung), da dieser Bereich bei Kindern und Jugendlichen eine besonders große Rolle spielt.

Literatur

- Anda**, Robert F.; Whitfield, Charles L.; Felitti, Vincent J.; Chapman, Daniel; Edwards, Valerie J.; Dube, Shanta R.; Williamson, David F. (2002): Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. In: Psychiatr Serv 53/8, 1001-1009
- Bager**, P; Wohlfahrt, J; Westergaard, T (2008): Caesarean delivery and risk of atopy and allergic disease: meta-analyses. In: Clinical and Experimental Allergy 38, 634-642
- BAR-Schriften (2008)**: Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt
- Beaino**, Ghada; Khoshnood, Babak; Kaminski, Monique; Pierrat, Véronique; Marret, Stéphane; Matis, Jacqueline; Ledésert, Bernard; Thiriez, Gérard; Fresson, Jeanne; Rozé, Jean-Christophe; Zupan-Simunek, Véronique; Arnaud, Catherine; Burguet, Antoine; Larroque, Béatrice; Bréart, Gérard; Ancel, Pierre-Yves; for the Epipage Study Group (2010): Predictors of cerebral palsy in very preterm infants: the EPIPAGE prospective population-based cohort study. In: Developmental Medicine & Child Neurology 52/6, e119-e125
- Becker**, Thomas (2007): Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer
- Breslau**, N.; Staruch, KS.; Mortimer, EA Jr. (1982): Psychological distress in mothers of disabled children. American Journal of Diseases of Children. 136: 682-686
- BMGF (2004)**: Österreichischer Gesundheitsplan für Kinder 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
- BMGFJ (2007)**: Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
- BMGFJ (2007)**: Säuglingsernährung Heute 2006 (Kurzfassung). Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
- Bragg**, Fiona; Cromwell, David A; Edozien, Leroy C; Gurol-Urganci, Ipek; Mahmood, Tahir A; Templeton, Allan; van der Meulen, Jan H (2010): Variation in rates of caesarean section among English NHS trusts after accounting for maternal and clinical risk: cross sectional study. In: BMJ 341, c5065
- Brown**, S.; Grimes, D. (1995): A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. In: Nursing Research/44, 332-339
- Chung**, Judith; Phibbs, Ciaran; Boscardin, John; Kominski, Gerald; Ortega, Alexander; Needleman, Jack (2010): The Effect of Neonatal Intensive Care Level and Hospital Volume on Mortality of Very Low Birth Weight Infants. In: Medical Care 48/7, 635-644
- DGGG** Leitlinie Nr. 015/054. Absolute und relative Indikatoren zur Sectio caesarea und zur Frage der so genannten Sectio auf Wunsch. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Dix** David; Klassen Anne; Papsdorf Michael; Klaassen Robert; Pritchard Sheila; Sung Lillian (2009): Factors affecting the delivery of family-centered care in pediatric oncology. In: Pediatric Blood & Cancer. 53, 1079-1085.
- DRV-Schriften Band 8 (1998)**: Rahmenkonzept und indikations-spezifische Konzepte zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung. Frankfurt

- ESHRE Campus Course Report (2001):** Prevention of twin pregnancies after IVF/ICSI by single embryo transfer. In: Human Reproduction 16/4, 790-800
- European Foundation for the Care of Newborn Infants (2009):** EU-Benchmarking Report 2009/2010: Too little, too late? Why Europe should do more for preterm infants. Karlsfeld, Germany
- Fritschi, T; Oesch, T (2008):** Volkswirtschaftlicher Nutzen von frühkindlicher Bildung in Deutschland. Eine ökonomische Bewertung langfristiger Bildungseffekte bei Krippenkindern. Bertelsmann-Stiftung
- Gesundheit Österreich GmbH (2010):** Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010. Wien: Bundesministerium für Gesundheit
- Grünewald, Kurt; Püspök, Rudolf; Gobara, Sonja (2010):** Hohe Kosten bei Kindertherapien: Zwei-Klassen-Medizin von der Wiege an. Wien: Die Grünen und Politische Kindermedizin. Ausgabe vom 28.10.2010, S. 1
- Häberle, H.; Schwarz, R.; Mathes, L. (1997):** Familienorientierte Betreuung bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46, 406-419
- Hallam, A (2008):** The Effectiveness of Interventions to Address Health Inequalities in the Early Years: A Review of Relevant Literature. Edinburgh: Scottish Government
- Hara R; Blum D (2009):** Social well-being and cancer survivorship. Oncology (Williston Park). 23 (2 Suppl Nurse Ed): 40-50.
- Hodnett, ED; Downe, S; Edwards, N; Wash, D (2005):** Home – like versus conventional institutional settings for birth. In: Cochrane Database of Systematic Reviews
- Hodnett, ED; Fredericks, S; Weston, J (2010):** Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. In: Cochrane Database of Systematic Reviews
- Hodnett, ED; Gates, S; Hofmeyer, GJ; Sakala, C (2003):** Continuous support during childbirth. In: Cochrane Database of Systematic Reviews
- Horen, B.; Montastruc, J.L.; Lapeyre-Mestre, M. (2002):** Adverse drug reactions and off-label drug use in paediatric outpatients. In: J Clin Pharmacol /54, 665-670
- International Conference on Primary Health Care (1978):** Declaration of Alma-Ata. Alma-Ata: WHO
- Johanson, R; Newburn, M; Macfarlane, A (2002):** Has the medicalisation of childbirth gone too far? In: British Medical Journal 324/7342, 892-895
- Kemeter, P; Fiegl, J (1999):** Das psychosomatisch orientierte Gespräch im Rahmen der Sterilitätsbehandlung – Eine Quantifizierung der Gesprächsschwerpunkte und der therapeutischen Strategien. In: J Fertil Reprod 9/1, 23-31
- Kern, Reinhard (2010):** IVF Register Jahresbericht 2009. Wien: GÖG/ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
- Khashu, M; Narayanan, M (2009):** Perinatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 36 weeks' gestation: a population-based cohort study. In: Pediatrics 123/1, 109-113
- Kiefer, I.; Rieder, A.; Rathmanner, T.; Meidlinger, B.; Baritsch, C.; Lawrence, K.; Dorner, T.; M., Kunze (2006):** Erster österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene. Wien: Verein Altern mit Zukunft
- King, G.; King, S.; Rosenbaum, P.; Goffin, R.: Family-centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: linking process with outcome. J Pediatr Psychol. 1999; 24: 41-53**

- Kiss, Herbert; Petricevic, Ljubomir; Husslein, Peter (2004):** Prospective randomised controlled trial of an infection screening programme to reduce the rate of preterm delivery. In: *British Medical Journal* 329/7462, 371
- Kiss, Herbert; Petricevic, Ljubomir; Martina, Simhofer; Husslein, Peter (2010):** Reducing the rate of preterm birth through a simple antenatal screen-and-treat programme: a retrospective cohort study. In: *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* 153/1, 38-42
- Klosinski, Gunther (2004):** Begutachtung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Empfehlungen der Kommission „Qualitätssicherung für das Gutachtenwesen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“. Tübingen: Deutscher Ärzteverlag
- Koch, U.; Härter, M.; Jakob, U.; Siegrist, B. (1996):** Parental Reactions to Cancer in their Children. In: Baider, Lea: *Cancer and the Family*. Verlag: John Wiley Chichester, England
- Kolip, P; Lutz, U (2006):** Die GEK-Kaiserschnittstudie. Bremen: Insitut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen
- Koller I. (2011):** Kinder- und Jugendlichenrehabilitation – Österreich als Entwicklungsland. Diplomarbeit, Universität Graz
- Laucht, M ; Esser, G ; M.H, Schmidt (2000):** Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29/4, 246-262
- Leitich, H; Bodner-Adler, B; Brunbauer, M; Kaider, A; Egarter, C; Husslein, P (2003):** Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. In: *American journal of obstetrics and gynecology* 189/1, 139-147
- Leitich, H; Kiss, H (2007):** Asymptomatic bacterial vaginosis and intermediate flora as risk factors for adverse pregnancy outcome. In: *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 21/3, 375-390
- MacDorman, M F; Singh, G K (1998):** Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 52/5, 310-317
- Nemeth, Claudia; Fülöp, Gerhard (2010):** Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Österreich. Arbeiten zur Bedarfsabschätzung. Wien: Gesundheit Österreich GmbH/ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- Ness, KK; Morris EB; Nolan VG; Howell CR; Gilchrist LS; Stovall M; Cox CL; Klosky JL; Gajjar A; Neglia JP:** Physical performance limitations among adult survivors of childhood brain tumors. *Cancer*. 2010. Jun 15; 116(12): 3034-44
- OECD (2009):** Doing Better for Children. Paris: OECD
- OEGRM (2010):** Empfehlung zur maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen. In: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 7/2, 129-130
- Oeffinger KC; Hudson MM; Landier W (2009):** Survivorship: childhood cancer survivors. *Prim Care*. 36: 743-780.
- ÖGGG (2002):** Entbindungsmodus bei Zustand nach Sectio (in Anlehnung an die Empfehlung der AG für maternofetale Medizin der DGGG). Leitlinien. Linz: Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Olds, David L.; Kitzman, Harriet; Cole, Robert; Robinson, JoAnn; Sidora, Kimberly; Luckey, Dennis W.; Henderson, Charles R.; Hanks, Carole; Bondy, Jessica; Holmberg, John (2004):** Effects of Nurse Home-Visit-

ing on Maternal Life Course and Child Development: Age 6 Follow-Up Results of a Randomized Trial. In: Pediatrics 114/6, 1550-1559

Olds, David L.; Kitzman, Harriet; Hanks, Carole; Cole, Robert; Anson, Elizabeth; Sidora-Arcoleo, Kimberly; Lucey, Dennis W.; Henderson, Charles R.; Holmberg, John; Tutt, Robin A.; Stevenson, Amanda J.; Bondy, Jessica (2007): Effects of Nurse Home Visiting on Maternal and Child Functioning: Age 9 Follow-up of a Randomized Trial. In: Pediatrics 120/4, e832-e845

Österreichische Ärztekammer (2009): Thema Mangelfach-Verordnung – Besprechung im BMG am 27.11.2009.

Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (2010): Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2010. Wien

Pammer, Christoph (2010): Early Childhood Interventions – Effiziente Prävention realisieren.

Pao-Feng Tsai, Mary M Jirovec: The relationships between depression and other outcomes of chronic illness caregiving. BMC 2005; 4:3.

Parks R; Rasch EK; Mansky PJ; Oakley F (2009): Differences in activities of daily living performance between long-term pediatric sarcoma survivors and a matched comparison group on standardized testing. *Pediatr Blood Cancer*. 53: 622-8.

Petersen C; Widera T; Kawski S; Kossow K; Glattacker M; Farin E; Follert P; Koch U (2006): Sicherung der Strukturqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. *Rehabilitation* 2006; 45: 1-9

Plattform Politische Kindermedizin (2010): Resolution der Plattform Politische Kindermedizin 2010. Wien: Plattform Politische Kindermedizin

Püspök, R.; Brandstetter, F.; Menz, W. (2010): Physio-, Logo-, Ergo- und Psychotherapie in Österreich – Klassenmedizin von der Wiege an. 48 Jahrestagung der ÖGKJ, Sitzung „Politische Kindermedizin“, Linz

Püspök, R; Brandstetter, F; Menz, W (2011): Beträchtliche therapeutische Unterversorgung in Österreich. In: *Pädiatrie und Pädologie* 46/1, 18-21

Radlberger, P; Zechmeister, I; Mittermayr, T (2009): Kinder- und Jugendpsychiatrie, Teil 2: Gesundheitsökonomische Evaluationen. Systematische Übersichtsarbeit. Wien: Ludwig Boltzmann Institut, Health Technology Assessment

Raina, P.; O'Donnell, M.; Rosenbaum, P.; Brehaut, J.; Walter, SD.; Russel, D.; Swinton, M.; Zhu, B.; Wood, E.: The Health and Well-Being of Caregivers of Children With Cerebral Palsy. *Pediatrics* 2005; 115 : e626-e636

Ravens-Sieberer, U ; Wille, N ; Bettge, S ; Erhart, M (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 5/6. Berlin

Reynolds, Arthur J.; Ou, Suh-Ruu; Topitzes, James W. (2004): Paths of Effects of Early Childhood Intervention on Educational Attainment and Delinquency: A confirmatory Analysis of the Chicago Child-Parent Centers In: *Child Development* 75/5, 1299-1328

Reynolds, Arthur J.; Robertson, Dylan (2003): School-Based Early Intervention and Later Child Maltreatment in the Chicago Longitudinal Study. In: *Child Development*, January/February 2003, 74/1, 3-26

Reynolds, Arthur J.; Temple, Judy A.; Ou, Suh-Ruu; Child Welfare League of, America (2003): School-based early intervention and child well-being in the Chicago Longitudinal Study. In: *Child Welfare* 82/5, 633-656

- RKI (2006):** Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert-Koch-Institut
- RKI (2008):** Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin und Köln: Robert-Koch-Institut
- RKI (2008):** Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Rusli BM; Edimansyah BA; Naing L:** Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: a structural equation modelling approach. BMC Public Health. 2008 Feb.
- Schenk, Martin (2011):** Die soziale Schere verletzt uns alle. Lebens-Mittel gegen Armut. In: Raum – Österreichische Zeitschrift für Raumplanung und Regionalpolitik, 22-25
- Schleicher, Barbara (2010):** Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme. Wien: Gesundheit Österreich GmbH
- Schrappner, Christian (2004):** Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. München: Juventa
- Schwarz, R.; Häberle, H.; Mathes, L. (1996):** Wirksamkeitsstudie zur familienorientierten Nachsorge bei onkologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. DLFH-Jahresbericht 1995-96
- Schwarz, R. (1998):** Wirksamkeitsstudie zur familienorientierten stationären Nachsorge bei onkologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Psychosozialer Langzeitverlauf. (Anschlussstudie der Erhebung 1991)
- Shillitoe, R.; Christie, M.:** Psychological approaches to the management of chronic illness: the example of diabetes mellitus. In: Current Developments in Health Psychology. New York, NY: Harwood Academic Publishers; 1990, 177-208
- Sloper, P.; Turner, S. (1993):** Risk and resistance factors in the adaptation of parents of children with severe physical disability. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry. 34: 167-169
- Sperl W; Nemeth C; Fülöp G; Koller I; Vavrik K; Bernert G; Kerbl R (2011):** Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in Österreich. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde 2011; 7: 618-726
- Statistik Austria (2010):** Demografisches Jahrbuch 2009. Wien: Statistik Austria
- Statistik Austria (2010):** Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009. Wien: Statistik Austria
- Suhrcke, Marc; de Paz Nieves, Carmen (2011):** The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. Kopenhagen: WHO – Regional Office for Europe
- Swadpanich, U.; Lumbiganon, P.; Prasertcharoensook, W.; Laopaiboon, M. (2008):** Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing term delivery. Bd. CD006178. Cochrane Database Systematic Review
- Synnes, Anne R.; Anson, Shelagh; Arkesteijn, Astrid; Butt, Arsalan; Grunau, Ruth E.; Rogers, Marilyn; Whitfield, Michael F. (2010):** School Entry Age Outcomes for Infants with Birth Weight \leq 800 Grams. In: The Journal of pediatrics 157/6, 989-994.e1
- Thavagnanam, S.; Fleming, J.; Bromley, A.; Shields, M. D.; Cardwell, C. R. (2008):** A meta-analysis of the association between Caesarean section and childhood asthma. In: Clinical & Experimental Allergy 38/4, 629-633
- Thun-Hohenstein, L (2007):** Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich vom „Gestern“ zum „Morgen“.

Wien: Krammer

- Turner, S.;** Gill, A.; Nunn, T.; Hewitt, B.; Choonara, I. (1996): Use of „off-label“ and unlicensed drugs in paediatric intensive care unit. In: *The Lancet* 347/9000, 549-550
- Voigt, M.;** Jorch, G.; Briese, V.; Kwoell, G.; Borchardt, U.; Straube, S. (2011): The Combined Effect of Maternal Body Mass Index and Smoking Status on Perinatal Outcomes - An Analysis of the German Perinatal Survey. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 215/01, 23-28
- Walker, Ruth;** Turnbull, Deborah; Wilkinson, Chris (2002): Strategies to Address Global Cesarean Section Rates: A Review of the Evidence. In: *Birth* 29/1, 28-39
- Warmuth, M.;** Mad, P.; Piso, B.; Wild, C. (2011): Eltern-Kind-Vorsorge neu. Teil I : Epidemiologie – Häufigkeiten von Risikofaktoren und Erkrankungen in Schwangerschaft und früher Kindheit. HTA-Projektbericht, Bd. 45a. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment
- West CA;** Besier T; Borth-Bruhns T; Goldbeck L (2009): Effectiveness of a family-oriented rehabilitation program on the quality of life of parents of chronically ill children. In: *Klinische Padiatrie* 221: 241-6.
- WHO (1985):** Appropriate Technology for Birth. In: *The Lancet* 326/8452, 436-437
- WHO (2004):** Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Zweite Ausgabe. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa
- WHO (2005):** Der Europäische Gesundheitsbericht 2005: Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa
- WHO (2008):** Inequalities in young people's health. Health behavior in school-aged children international report from the 2005/2006 survey. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa
- WHO (2010):** The Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. In: *Health Promotion International* 25/2, 258-260
- Wimmer-Puchinger, Beate;** Riecher-Rössler, Anita (2006): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Wien: Springer
- Wisborg, K;** Uldbjerg, N; Henriksen, TB (2007): Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. In: *Acta Obstet Gynecol Scand* 86/4, 389-94
- Zwiauer, Karl;** Burger, Petra; Hammer, Johann; Hauer, Almuth ; Lehner, Andrea ; Lehner, Petra; Mutz, Ingo-mar; Rust, Petra (2007): Österreichweite Feldstudie zur Erhebung der Prävalenz von Übergewicht bei 6- bis 14-jährigen Schülerinnen und Schülern. Wien: Österreichisches Grünes Kreuz

Anhang A

Die Arbeitsgruppen im Kindergesundheitsdialog

Der Kindergesundheitsdialog wurde von Gesundheitsminister Alois Stöger im April 2010 mit dem Ziel gestartet, gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Praxis und Politik bis Sommer 2011 eine Strategie zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen in Österreich zu entwickeln. Von Mai 2010 bis März 2011 wurden in den folgenden sechs Arbeitsgruppen (AG) zentrale Handlungsfelder identifiziert und auf Basis der Ist-Situation Problemanalysen und Lösungsvorschläge erarbeitet:

- AG 1 Gesundheitsförderung und strukturelle Prävention
- AG 2 Versorgung
- AG 3 Psychosoziale Gesundheit
- AG 4 Rehabilitation
- AG 5 Risikoschwangerschaft/Risikogeburt und die Folgen
- AG 6 Kinderarzneimittel

Themen und Schwerpunkte der Arbeitsgruppen

Arbeitsgruppe 1 – Gesundheitsförderung und strukturelle Prävention

Leitung: Dr. Veronika Wolschlagler, Abteilung III/7 (Impfwesen, HIV/AIDS, TBC) im BMG

An den Sitzungen der Arbeitsgruppe nahmen durchschnittlich 40 Personen teil. Die Gruppe war mit Fachleuten aus unterschiedlichen Bereichen besetzt: Neben VertreterInnen mehrerer Ministerien (BMG, BMUKK, BMWFJ, BMASK, Sportressort im BMLVS, BMLFUW), mehrerer Ämter von Landesregierungen, der Sozialversicherung und der Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz waren auch ExpertInnen aus diversen Interessenvertretungen und Vereinen sowie der Gesundheitsförderung, Fachärzteschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, VertreterInnen aus der Wissenschaft sowie der Bundesjugendvertretung und der offenen Jugendarbeit beteiligt (vgl. Liste der TeilnehmerInnen).

Zwischen Juni 2010 und März 2011 fanden insgesamt sechs Arbeitsgruppensitzungen statt (1. Juni 2010, 29. Juni 2010, 13. Oktober 2010, 16. November 2010, 26. Jänner 2011, 16. März 2011). Die erste Sitzung diente der Klärung von Hintergrund und Aufgabe der Arbeitsgruppe, der Vorstellung und der Formulierung der Erwartungen der Arbeitsgruppenmitglieder, der Definition der zentralen Handlungsfelder und der Festlegung der Arbeitsmethode der nächsten Sitzungen. Ab der zweiten Sitzung war der Vormittag Impulsreferaten (von TeilnehmerInnen oder externen ReferentInnen) zum jeweiligen Thema gewidmet, während am Nachmittag in World-Café-Runden diskutiert wurde. Es wurden folgende zentrale Themenfelder, denen in der Folge je eine Arbeitsgruppensitzung gewidmet wurde, definiert:

- Freizeit
- Kindergarten und Schule
- Gesellschaft
- Frühe Hilfen

Arbeitsgruppe 2 – Versorgung

Leitung: Mag. Gerhard Embacher, Bereichsleiter für Gesundheitsstrukturangelegenheiten im BMG

Die Arbeitsgruppe setzte sich aus rund 40 Mitgliedern zusammen, die ein breites Spektrum der Versorgung von Kindern und Jugendlichen im weitesten Sinn abdecken. Ärztliche VertreterInnen aller Versorgungsebenen bzw. der Allgemeinmedizin und mehrerer Sonderfächer, VertreterInnen von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen und aus leistungserbringenden Einrichtungen im intramuralen und extramuralen Bereich waren ebenso vertreten wie die Patientenanwaltschaft, verschiedene Interessengruppen, einige VertreterInnen der Bundesländer und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (vgl. Liste der TeilnehmerInnen).

Im Rahmen der AG 2 fanden im Zeitraum Juni 2010 bis März 2011 fünf Sitzungen (7. Juni 2010, 1. Juli 2010, 12. Dezember 2010, 26. Jänner 2011 und 9. März 2011) statt. Es wurden innerhalb von drei zentralen Handlungsfeldern (Notfall-, Akut- und Regelversorgung, Palliativ- und Hospizversorgung, multidisziplinäre Versorgung der „modernen Morbidität“) insgesamt zwölf Bereiche identifiziert, die einen Verbesserungsbedarf der Strukturen und Prozesse in der Gesundheitsversorgung bzw. die Krankenbehandlung von Kindern und Jugendlichen erforderlich erscheinen lassen. Auf Basis zahlreicher Präsentationen und schriftlicher Beiträge der AG-Mitglieder wurden in intensiven Diskussionen Lösungsvorschläge erarbeitet.

Da der Begriff „Versorgung“ die Gesundheitsversorgung auf allen Ebenen umfasst und sich auf alle Gesundheitsprobleme bezieht, kam es zwangsläufig zu Überschneidungen mit Themen anderer Arbeitsgruppen (insbesondere mit jenen der AG 3 und AG 5). Rehabilitation wurde von der AG 4 abgedeckt und deshalb in der AG 2 nicht behandelt, mit Ausnahme der Akutneurorehabilitation.

Arbeitsgruppe 3 – Psychosoziale Gesundheit

Leitung: Dr. Magdalena Arrouas, Leiterin der Abteilung III/2 für nicht übertragbare Krankheiten, psychische Gesundheit und Altersmedizin im BMG

Die Arbeitsgruppe setzte sich aus rund 25 Mitgliedern verschiedenster themenrelevanter Institutionen zusammen: Bundesministerien (BMG, BMUKK, BMWFJ, BMASK), Ämter von Landesregierungen (Gesundheit, Jugendwohlfahrt), Sozialversicherung, Interessen- bzw. Berufsgruppenvertretungen (u. a. Ärztekammer, Psychotherapie- und Psychologieverbände, Elternvereine), Leistungsanbieter/-erbringer und wissenschaftliche Einrichtungen (vgl. Liste der TeilnehmerInnen).

Die Arbeitsgruppe tagte zwischen Juni 2010 und April 2011 insgesamt sieben Mal (8. Juni 2010, 5. Juli 2010, 20. September 2010, 3. November 2010, 13. Jänner 2011, 7. März 2011, 29. April 2011). Unterstützt wurden die Diskussionen durch Impulsreferate. Arbeitsmaterialien zu den jeweiligen Themen wurden laufend gesammelt.

In einer ersten Phase konzentrierte sich die Tätigkeit der Arbeitsgruppe auf die Ist-Analyse der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und das Aufzeigen der vordringlichsten Handlungsfelder. Dabei wurden rasch zwei Problemfelder deutlich:

- Die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist durch hohe Komplexität geprägt. Eine Vielzahl an Leistungserbringern aus den Bereichen Schule, Gesundheit, Soziales usw. ist an Prävention und Behandlung beteiligt.
- Es besteht ein Mangel an Daten zur genauen Beschreibung der psychosozialen Versorgung.

Deshalb konnte die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen von der Arbeitsgruppe nicht völlig systematisch und erschöpfend abgehandelt werden (sowohl zeitliche Ressourcen in der Arbeitsgruppe als auch Daten fehlen). Die Verbesserungsvorschläge wurden im Konsens auf Basis verfügbarer Daten sowie Expertenwissens erarbeitet. Die Erhebung eigener Daten zur Stützung der Vorschläge hätte den Rahmen der Arbeitsgruppe gesprengt.

In der zweiten Phase konzentrierte sich die Arbeit auf das Ausformulieren konkreter Maßnahmen für eine Verbesserung der Versorgung. Dabei wurden zunächst Vorschläge das gesamte Versorgungssystem betreffend formuliert. Dann wurden Überlegungen zur Verbesserung des stationären und ambulanten Versorgungsangebots angestellt, wobei innerhalb dessen abschließend Maßnahmen für vier Zielgruppen erarbeitet wurden: Säuglinge und Kleinkinder, Kinder im Schulalter, Jugendliche sowie Eltern und Angehörige.

Versorgungsbereiche, die thematisch vorrangig eine andere Arbeitsgruppe des Kindergesundheitsdialogs bearbeitete, wurden zurückgestellt, z. B. Frühe Hilfen.

Arbeitsgruppe 4 – Rehabilitation

Leitung: Hon. Prof. Dr. Robert Schlögl, ehem. Leiter der Sektion III Öffentlicher Gesundheitsdienst und medizinische Angelegenheiten im BMG

Die Arbeitsgruppe umfasste rund 20 Mitglieder, die aus ärztlichen ExpertInnen (ÖGKJ, St. Anna Kinderspital, Preyer'sches Kinderspital, Medizinische Universität Wien, KH Dornbirn, Ambulatorium Sonnenschein), aus VertreterInnen der Sozialversicherung (Hauptverband, AUVA, Pensionsversicherungsanstalt), der Verwaltung, der Politik und der Initiative Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich bestand (vgl. Liste der TeilnehmerInnen).

In sieben Sitzungen von Juni 2010 bis März 2011 (10. Juni 2010, 5. Juli 2010, 28. September 2010, 11. November 2010, 20. Dezember 2010, 24. Februar 2011, 30. März 2011) wurden die aktuellen Hauptprobleme der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche in Österreich analysiert und Lösungsvorschläge zu drei Schwerpunkten erarbeitet:

- Klärung und Erarbeitung von Vorschlägen bezüglich der rechtlichen Situation des Anspruches von Kindern und Jugendlichen auf Rehabilitation nach psychischen und physischen Erkrankungen
- Schaffen eines niederschweligen Zugangs bei der Antragsstellung für eine Rehabilitation für Kinder und Jugendliche
- Beurteilung des erforderlichen quantitativen und qualitativen Ausmaßes von Rehabilitationseinrichtungen und deren sinnvolle geografische Verteilung

Arbeitsgruppe 5 – Risikoschwangerschaft/Risikogeburt und die Folgen

Leitung: Dr. Renate Fally-Kausek, Abteilung III/6, Gesundheitsförderung und Prävention im BMG

Die Arbeitsgruppe setzte sich interdisziplinär aus etwa 25 VertreterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen, Einrichtungen und Bundesländer zusammen, wie Bundesministerien (BMG, BMWFJ, BKA-Frauen), Ämter von Landesregierungen, Sozialversicherung, Interessen- bzw. Berufsgruppenvertretungen (insb. Fachgesellschaften und Berufsverbände), Leistungsanbieter/-erbringer (insb. Universitätskliniken) und wissenschaftliche Einrichtungen (vgl. Liste der TeilnehmerInnen).

Die Arbeitsgruppe tagte zwischen Juni 2010 und März 2011 insgesamt fünf Mal (17. Juni 2010, 21. September 2010, 11. November 2010, 18. Jänner 2011, 10. März 2011) und befasste sich inhaltlich mit den Thematiken Hormontherapie, In-vitro-Fertilisation, Kaiserschnitt, Mehrlingsgeburten sowie Frühgeburten. Es wurden dazu der Ist-Zustand dargestellt, der Soll-Zustand diskutiert sowie konkrete Vorschläge zur Reduzierung der Risikofaktoren sowie zur Verbesserung der Betreuung von Müttern und Kindern erarbeitet. Aus Gründen der Praktikabilität wurden die Themen in drei Gruppen behandelt:

- IVF, Stimulationsbehandlungen und Mehrlinge
- Frühgeburten und Mehrlinge
- Kaiserschnitt

Die Arbeitsgruppenmitglieder hatten in den Sitzungen die Möglichkeit, ihre Expertise zu den einzelnen Themen einzubringen. Die Abbildung der Ist-Situation beruhte auf den Praxiserfahrungen einzelner Arbeitsgruppenmitglieder. Soll-Situation und Empfehlungen spiegeln individuelle – zum Teil kontroversielle – Expertenmeinungen wider, da es nicht Ziel der Arbeitsgruppe war, Lösungen im Konsens herbeizuführen.

Arbeitsgruppe 6 – Kinderarzneimittel

Leitung: Dr. Marcus Müllner, AGES PharmMed

Die Arbeitsgruppe wurde von VertreterInnen der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde ÖGKJ, von klinischen Studienzentren (Wien, Innsbruck, Graz, Salzburg), der pharmazeutischen Industrie (Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs Pharmig und Forum der forschenden pharmazeutischen Industrie FOPI), des BMG und des BMWF, des Hauptverbands der Sozialversicherungen, des Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF) und des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen gebildet. Insgesamt bestand die Arbeitsgruppe aus 20 Personen (vgl. Liste der TeilnehmerInnen).

In neun Sitzungen zwischen Mai 2010 und März 2011 (28. Mai 2010, 23. Juni 2010, 15. Juli 2010, 17. September 2010, 13. Oktober 2010, 8. November 2010, 17. Dezember 2010, 25. Jänner 2011, 15. März 2011) wurde ein Konzept für die Vorgehensweise zur Schaffung, Etablierung und Finanzierung eines Kinderforschungsnetzwerks erarbeitet. Folgende Eckpunkte waren zu berücksichtigen: langfristige Finanzierung, Synergien mit bereits bestehenden Strukturen und Anbindung an das EU-Netzwerk. Als Kernfragen wurden diskutiert:

- Was ist der Nutzen eines österreichischen Kinderforschungsnetzwerks?
- Wie kann es funktionieren?
- Was muss passieren, damit es entsteht?

Die Projektbeteiligten

Im Folgenden sind jene Personen angeführt, die zum Projekt Kindergesundheitsdialog wichtige Beiträge geleistet haben. Es sind neben den ArbeitsgruppenleiterInnen die TeilnehmerInnen. In der Liste angeführt sind alle jene, die zumindest an einer Arbeitsgruppensitzung teilgenommen haben. Sie haben ihre Expertise in Form von mündlichen und schriftlichen Diskussionsbeiträgen zur Verfügung gestellt und den Dialog teilweise mit Referaten unterstützt. Eine eigene Liste nennt jene externen Personen, die zu einem bestimmten Thema ein Referat gehalten haben. Schließlich sind jene MitarbeiterInnen angeführt, die ebenfalls einen wichtigen Beitrag für den Kindergesundheitsdialog geleistet haben: die Assistentinnen, die Kommunikationsberatung, die Redaktion des Strategiepapiers und die Projektleitung. Ihnen allen sei auch an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich gedankt.

ArbeitsgruppenleiterInnen

Name	Institution
Dr. Magdalena ARROUAS	BMG, Leiterin AG 3
Mag. Gerhard EMBACHER	BMG, Leiter der AG 2
Dr. Renate FALLY-KAUSEK	BMG, Leiterin der AG 5
Dr. Marcus MÜLLNER	AGES, Leiter der AG 6
Prof. Dr. Robert SCHLÖGEL	Leiter der AG 4
Dr. Veronika WOLSCHLAGER, MPH	BMG, Leiterin der AG 1

TeilnehmerInnen

Name	Institution	AG
Dr. Thomas AMEGAH, MAS	Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Landessanitätsdirektion (Gesundheitsförderung)	1
Prof. Dr. Klaus ARBEITER	Medizinische Universität Wien Kinderklinik	1
Prim. Dr. Bernd AUSSERER	Krankenhaus der Stadt Dornbirn	4
HR Dr. Gerald BACHINGER	NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft	2
Univ.-Prof. Dr. Dagmar BANCHER-TODESCA	Univ.-Klinik für Frauenheilkunde AKH, Medizinische Universität Wien	5
MR Dr. Dietmar BAUMGARTNER	BFG-Obmann für Kinder- und Jugendheilkunde (ÄK NÖ)	2
DI Alexandra BEDNAR	ÖROK Geschäftsstelle	1

Univ.-Prof. Dr. Angelika BERGER	Univ.-Klinik Kinder- und Jugendheilkunde, AKH/Medizinische Universität Wien tw. vertreten durch Priv.-Doz. Dr. Nadja HAIDEN (AG 5)	5,6
Dr. Ulrike BERGER	Abbott GmbH	6
Doz. Dr. Günther BERNERT	Interne Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, KFJ, SMZ Süd	4
Prim. Univ.-Prof. Dr. Robert BIRNBACHER	LKH Villach, Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde	2
Dr. Gertrude BOGYI	Verein „Die Boje“	3
Martha BÖHM	Präsidentin des Berufsverbands Kinderkrankenpflege Österreich	2,5
Dr. Wolfgang BONITZ	Novartis	6
Mag. Andrea BOXHOFER	Diakonie Linz	1
Dr. Michaela BRAMMER	Amt der Kärntner Landesregierung	1
Dr. med. Mag. Dipl. oec. med. Jürgen BRUNNER	Geschäftsführender OA, Abt. Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Innsbruck	4
Dr. Anna BUCSICS	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger tw. vertreten durch Silke NAEGLEIN	6
Dr. Edith BULANT-WODAK	NÖ Gesundheits- und Sozialfonds	1
Dr. Christoph DACHS	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin	2
Prof. Dr. Karl DANTENDORFER	Medizinische Universität Wien (nominiert vom Hauptverband)	3
Mag. Judith DELLE GRAZIE	BMG Bundesministerium für Gesundheit	1
Mona DÜR, MSc	Verband der ErgotherapeutInnen	1
Dr. Silke EICHNER	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin	2
Mag. Sabine EMBACHER	Clinical Trial Center, Medizinische Universität Innsbruck	6
Univ.-Prof. Dr. Wolfgang EMMINGER	AKH Wien, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde	2

Mag. (FH) Elisabeth FASCHING	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	5
Dr. Rosemarie FELDER-PUIG	Ludwig-Boltzmann-Institut für Health Promotion Research Wien tw. vertreten durch Mag. Lisa GUGGLBERGER	1
Prim. Dr. Georg FREUDE	Österreichische IVF-Gesellschaft	5
Mag. Jutta FROHNER	Österreichische Ärztekammer	2
Mag. Alexandra FUCHS	Gesundes NÖ	1
Ing. Petra GAJAR	Fonds Gesundes Österreich tw. vertreten durch Mag. Gudrun BRAUNEGGER-KALLINGER	1
HR DI Harald GAUGG	Gesundheitsfond Steiermark vertreten durch Mag. Sandra ZETTINIG	2
Mag. Reinfried GÄNGER	Niederösterreichische Landesregierung, Jugendwohlfahrt	3
Monika GEBETSBERGER, DKKS	Oberösterreichische Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit	3
Dr. Harald GEIGER	Nominiert vom Land Vorarlberg	1
Dr. Johanna GEYER	BMG Bundesministerium für Gesundheit	1
Prim. Dr. Sonja GOBARA	Ambulatorium Sonnenschein St. Pölten, Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit	2
Univ.-Prof. Dr. Susanne GREBER-PLATZER	AKH Wien, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde	2
MMag. Christina GREIL-THUM	Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Krankenanstalten	2
Dr. Johannes GREGORITSCH	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	3
Prim. Dr. Peter GRIESHOFER	Reha-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Steiermark	4
Renate GROSSBICHLER-ULRICH	Österr. Hebammengremium (nur Sitzung 1 – 3, es erfolgte eine Umnominierung nach Neubestellung des Hebammengremiums)	5
Konrad GSCHWANDTNER, bakk.BA	Österreichischer Gemeindebund	1
Dr. Sabine HAAS	Gesundheit Österreich GmbH	1

Prof. Dr. Brigitte HACKENBERG	Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien	3
MMag. Joachim HAGLEITNER	Gesundheit Österreich	3
Dr. Brigitte HAIDER	Verband Elternvereine höherer/mittlerer Schulen Wien	3
Mag. Christian HALBWACHS	Sportressort im BMLVS Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport, Fit für Österreich	1
Dr. Beatrix HALLER	BMUKK Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur	1,3
Dr. Charlotte HARTL, MAS	ÖÄK Österreichische Ärztkammer, Bundeskurie Niedergelassene Ärzte, Fachgruppenobfrau Kinder- und Jugendpsychiatrie	2,3
Dr. Magdalena HELMREICH	Sanitätsdirektion Niederösterreich	1
MSc Irmgard HIMMELBAUER	Ergo Austria, Vertretung der MTD-Berufe	2
Mag. Jürgen HORSCHINEGG	BMUKK Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur	1
Prim. Univ.-Doz. Dr. Christian HUEMER	LKH Bregenz	2
Mag. Gabriele JANSKY	BMG Bundesministerium für Gesundheit	3
Dr. Olaf Arne JÜRGENSSEN	Vertreter ÖGKJ, Kinderkommission	5
Bundesrat Josef KALINA		4
Karin KALLNER	SOS-Kinderdorf Wien, Leiterin Gesundheit/ soziale Dienste	3
Prim. Univ.-Prof. Dr. Wilhelm KAULFERSCH	LKH Klagenfurt KABEG	1
Mag. Sabine KAWALIREK	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	4
Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold KERBL	LKH Leoben, Abt. Kinder und Jugendliche	4
Univ.-Prof. Dr. Herbert KISS	Univ.-Klinik für Frauenheilkunde AKH, Medizinische Universität Wien	5
Helga KIRCHENGAST	Institut Kutschera	3
Mag. Bettina KÖLBL-RESLI	BMWF Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung vertreten durch Dr. Gabriela ALTENBERGER	6
Dr. Tilman KÖNIGSWIESER	Unternehmensleitung OÖ GESPAG	2

DDr. Susanna KRAINZ	Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Vorstand/Psychiatriekoordinatorin BL	3
WHR Dr. Claudia KRISCHKA	Amt der Burgenländischen Landesregierung	1
Prim. Dr. Herbert KURZ	Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital Wien tw. vertreten durch OA Dr. Christina PRCHLA	2
Dr. Gundl KUTSCHERA	Institut Kutschera vertreten durch Dipl.-Päd. Petra Imelda BRÜCKNER	5
Dr. Ruth LADENSTEIN	St. Anna Kinderspital	6
Mag. Edwin LADINSER	HPE Österreich, Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter	3
Dr. Florian LAGLER	Clinical Research Center Salzburg GmbH	6
Dr. Margarete LÄSSIG	MA 15, Leiterin Gesundheitsvorsorge Kinder und Jugendliche	1,5
Mag. Andrea LEHNER	GIVE Servicestelle	1
Robert LENDER	BMWFJ Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend	3
Mag. Sabine LIEBENTRITT	bOJA (Bundesweites Netzwerk offene Jugend- arbeit) tw. vertreten durch Michael KOFLER	1
Univ.-Doz. DDr. Barbara MAIER	Universitätsklinik für Frauenheilkunde Salzburg	5
Ingeborg MAIRHOFER	Physio Austria	5
M Dr. Christoph MALE	Univ.-Klinik Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien	6
Mag. Manuela MARSCHNIG	BMWFJ Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend	5
Otmar MITTERMAYR	Kinderrechtsbüro	1
Dr. Eva MÜCKSTEIN	Präsidentin des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie	3
Dr. Christian MÜLLER	Dialog: Integrative Suchtberatung	3
Univ.-Prof. Dr. Wilhelm MÜLLER	Medizinische Universität Graz, Univ.-Klinik für Kinder und Jugendheilkunde In AG 5 (immer) vertreten durch Priv.-Doz. Dr. Heinz ZOTTER	2,5

Mag. Claudia NEMETH	Gesundheit Österreich GmbH	4
Dr. Ilse Elisabeth OBERLEITNER	Amt der Kärntner Landesregierung (LSD)	1
Mag. Petra PARETTA	Gesundheit Österreich GmbH	2
Univ.-Doz. Dr. Christina PETERS	St. Anna Kinderspital	4,6
Dr. Gabriele PFAFFENTHALER	Ethikkommission, Medizinische Universität Graz	6
Dr. Otto PICHLHÖFER	Medizinische Universität Wien PH	1
Dr. Beate PIETSCHNIG	Stillkommission, MA 15	1
Dipl. Päd. Cosima PILZ	UBZ Umwelt-Bildungs-Zentrum Steiermark	1
Christine PINT, MSc	Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Landessanitätsdirektion (Ernährung)	1
Dr. Johannes PLEINER	Academic studies support office, Medizinische Universität Wien	6
Dr. Eva-Maria PÖLLABAUER	Baxter GmbH	6
Mag. Ulrike PRIBIL	Dachverband Hospiz Österreich, Kinderpalliativnetzwerk	2
Gerti PRISTNER	Verband der Ergotherapeuten	5
Prim. Dr. Katharina PURTSCHER	Präsidentin der österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3
Prim. Dr. Johannes PÜSPÖK	Gesundes NÖ und NÖ Gesundheits- und Sozialfonds	1,2
Daniel RAUS	Oberösterreichische Landesregierung, Abteilung Gesundheit	2
Dr. Peter REHAK	Leiter Ethikkommission, Medizinische Universi- tät Graz	6
Mag. Helga REICHMANN-GITSCHTHALER	Amt der Kärntner Landesregierung	1
Dr. Stephanie RESCH	Fonds zur Förderung wissenschaftlicher Forschung	6
Dr. Christine RHOMBERG	Medizinische Universität Wien PH	1
Univ.-Prof. Dr. Alexander ROKITANSKY	Sozialmedizinisches Zentrum Ost-Donauspital Wien tw. vertreten durch Dr. Erich MAIER	2
Dr. Christine RÜHLE	Salzburger Landeskliniken Betriebs GmbH	2

Hon.-Prof. Dr. Bernhard RUPP	Kammer für Arbeiter und Angestellte NÖ	2,4
Mag. Marine SADOYAN-PITSCH	BKA Bundeskanzleramt, Frauenpolitische Grundsatz- und Rechtsangelegenheiten	5
Dr. Ulrike SALOMON	Amt der Oberösterreichischen Landesregierung	1
Manuela SCHALEK	Bundeskoordination KiB-Verein rund ums erkrankte Kind	2,3
Mag. Dr. Ulrike SCHERMANN-RICHTER	BMG Bundesministerium für Gesundheit	2
Dir. Dr. Erich SCHMATZBERGER	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger tw. vertreten durch Mag. Alexander MAKSI-MOVIC	2
Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus SCHMITT	Präsident der österreichischen Gesellschaft Kinder- und Jugendheilkunde, GESPAG Landes-Frauen- und Kinderklinik	1,2
Univ.-Prof. Dr. Peter SCHOBER	ÖGSMP Österreichische Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention, ÖGKJ Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde	1
Dr. Helmut SCHUH	Pharmig – Verband pharmazeutische Industrie Österreich	6
Philip SCHWABL	Keks Österreich – Selbsthilfe- und Patientenorganisation	2
Mag. Dr. Andrea SCHWARZ-HAUSMANN, MBA	Pensionsversicherungsanstalt	4
Dr. Susanne SEIDINGER	Abbott GmbH	6
Univ.-Prof. Dr. Rainer SEIDL	Univ.-Klinik Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien	4
Dr. Gudrun SEIWALD	AUVA Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	4
Prim. Univ.-Prof. Dr. Burkhard SIMMA	LKH Feldkirch	2
Prim. Univ.-Prof. Dr. Wolfgang SPERL	LKH Salzburg, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde	2,4
Univ.-Doz. Dr. Georg SPIEL	Obmann, GF und ärztl. Leiter pro mente	4
Univ.-Doz. Dr. Dietmar SPITZER	Österreichische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin u. Endokrinologie	5
Mag. Stefan SPITZBART	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	1

Dr. Hannes SPREITZER	BMASK Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Abt. V/4	3
Dr. Karl STEINBERGER	PSD Psychosozialer Dienst Wien	3
Univ.-Prof. Dr. Horst STEINER	Univ.-Klinik f. Frauenheilkunde, Paracelsus Privatuniversität Salzburg	5
Prim. Dr. Alfred STISKAL	Österreichische Liga für Kinder- und Jugend-gesundheit	2
Univ.-Prof. Dr. Gernot TEWS	Landesfrauen- und Kinderklinik Linz	5
DI Robert THALER	BMLFUW Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft	1
Brigitte THEIERLING, MSc	Österreichisches Hebammengremium	5
Mag. Helga TIEBEN	Pharmig – Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs	6
Dr. Karin TORDY	AKH-Wien Univ.-Frauenklinik, Berufsverband Österreichische PsychologInnen	5
Martina TRAUNER	Amt der OÖ Landesregierung, Soziales und Gesundheit	4
Katharina TRZESNIEWSKI, BSc	Gesundes Niederösterreich	1
Merete TSCHOKERT	Bundesjugendvertretung	1
Dr. Silvia TÜRK	BMG Bundesministerium für Gesundheit	2
Sophie ULBRICH-FORD	Ergo Austria	3
Univ.-Prof. Dr. Hanno ULMER	Clinical Trial Center, Medizinische Universität Innsbruck	6
Prim Dr. Klaus VAVRIK	Österreichische Liga für Kinder- und Jugendge-sundheit	1, 3, 4
DI Petra VÖLKL	BMLFUW Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft	1
DDr. Stephan WAGNER	Physiotherapeut	4
Henriette WALLISCH	BMWFJ Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend	1
Ingrid WALLNER, MBA	Elternvereine	1
Dr. Marisa WARMUTH, MIPH	Ludwig-Boltzmann-Institut für Health Techno-logy Assessment tw. vertreten durch Dr. Brigitte PISO, MPH	5

Mag. Dr. Katharina WEGAN	Keks Österreich – Selbsthilfe- und Patientenorganisation	2
Dr. Christina WEHRINGER	BMASK Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz	1
Barbara WEISER	Ergo Austria	4
Irene WEIGL-MARTIN	Berufsverband Logopädie	5
Dr. Ernst WENGER	Niedergelassener Pädiater	3
Markus WIESER	Obmann Initiative Kinder- und Jugendrehabilitation in Österreich	4
Dr. Gabriele WIESINGER-EIDENBERGER	Leitung Neonatologie, Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz	5
Dr. Elisabeth WILKENS	BMUKK Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur	1
Univ.-Prof. Dr. Beate WIMMER-PUCHINGER	Frauengesundheitsbeauftragte Wien	5
DI Petra WINKLER	Gesundheit Österreich GmbH	1
Dr. Roman WINKLER	Ludwig-Boltzmann-Institut für Health Technology Assessment	3
Dr. Melanie WOHLGENANNT, MPH	Amt der Tiroler Landesregierung, Landessanitätsdirektion	1
Mag. Hedwig WÖLFL	die möwe – Kinderschutzzentren	3
Mag. Bettina WOSCHITZ	Österreichische Ärztekammer	2
Dr. Ingrid ZECHMEISTER	Ludwig-Boltzmann-Institut für Health Technology Assessment	1

Externe ReferentInnen

Name	Institution	AG
Mag. Roland ARBTER	Bundeskanzleramt	1
Mag. Sophie BÖHM	Wiener Gesundheitsförderung	1
Mag. Gertrud DEUTSCH-STIX	Initiative Psychische Gesundheit und Gesellschaftsentwicklung	3
Prim. Dr. Doris EHRINGER-SCHETITSKA	LKH Wiener Neustadt	2

Dr. Rainer FANKHAUSER	BMUKK Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur	1
Mag. Helmut FORNETRAN	aks Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin Vorarlberg	2
Univ.-Prof Dr. Michael GNANT	Medizinische Universität Wien	6
Maria HAWLE	Klimabündnis Österreich	1
Christine JANSEN	Netzwerk Familie	1
DI Jutta KLEEDORFER	MA 18, Projektkoordinatorin für Mehrfachnutzung	1
DSA Christoph PAMMER, MPH	Selbstständiger Gesundheits- und Sozialwissenschaftler	1
Univ.-Prof. Dr. Barbara PLECKO	Med Uni Graz, Univ.-Klinik für Kinder und Jugendheilkunde	2
Mag. Philipp RADLBERGER	Ludwig-Boltzmann-Institut für Health Technology Assessment	3
Univ.-Prof. Dr. Bernhard RESCH	Med Uni Graz, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde	2
OA Dr. Werner SAUSENG	Med Uni Graz, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde	2
Mag. Martin SCHENK	Armutskonferenz	1
Dr. Barbara SCHLEICHER	Gesundheit Österreich GmbH	1
LStA Dr. Michael STORMANN	BMJ Bundesministerium für Justiz	1
Silvia TURINSKY	Wiener Sozialdienst	1
Univ.-Prof. Dr. Berndt URLESBERGER	LKH Graz, Univ.-Klinik für Kinder und Jugendheilkunde	2

Assistenz

Projektassistenz	
Helga KOLLE	BMG Bundesministerium für Gesundheit
Christina KRAL	BMG Bundesministerium für Gesundheit

Assistenz in den Arbeitsgruppen		
Christina KRAL	BMG Bundesministerium für Gesundheit	1
Ursula PIGISCH	BMG Bundesministerium für Gesundheit	2
Veronika PLANK	BMG Bundesministerium für Gesundheit	3
Helga KOLLE	BMG Bundesministerium für Gesundheit	4
Nadine PEISCHL	BMG Bundesministerium für Gesundheit	5
Elfriede PFAFFINGER	BMG Bundesministerium für Gesundheit	5
Manuela Claire WARSCHER	AGES Agentur für Ernährungssicherheit	6
Stefanie RAUSCHER	AGES Agentur für Ernährungssicherheit	6
Gabriele PAYER	AGES Agentur für Ernährungssicherheit	6

Kommunikationsberatung

Mag. Andrea FRIED	Gesundheit Österreich GmbH
-------------------	----------------------------

Redaktionsteam Kindergesundheitsstrategie

Dr. Veronika WOLSCHLAGER MPH	BMG Bundesministerium für Gesundheit
Dr. Sabine HAAS	Gesundheit Österreich GmbH
DI Petra Winkler	Gesundheit Österreich GmbH

Projektleitung

Dr. Veronika WOLSCHLAGER MPH	BMG Bundesministerium für Gesundheit
------------------------------	--------------------------------------

Anhang B

Überblick über beispielhafte Projekte und Aktivitäten zu spezifischen Maßnahmen

Anhang B bietet einen Überblick über laufende oder konkret geplante Projekte, welche den in der Kindergesundheitsstrategie vorgeschlagenen Maßnahmen zugeordnet sind. Es besteht dabei **kein Anspruch auf Vollständigkeit**. Ziel ist es vielmehr, die Vielfalt an Projekten aufzuzeigen, auf deren Erfahrungen bei der Umsetzung der Strategie aufgebaut werden kann. Die Aufstellung soll außerdem interessierten Personen und Institutionen Ansatzpunkte mit Informations- und Kontaktmöglichkeit bieten. Der Fokus liegt auf Beispielen aus Österreich, vereinzelt wird jedoch auch auf Beispiele aus anderen europäischen Ländern Bezug genommen. Es sind nur jene Maßnahmen angeführt, für die es bereits konkrete Beispiele gibt.

Ziel 1: Bewusstsein für spezielle Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen stärken

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
Thema in relevanten Ausbildungen verstärkt berücksichtigen bzw. explizit machen, z. B. „Child Advocacy“ (= Rechte, Bedürfnisse der Kinder/Jugendlichen erkennen und dafür eintreten)	Die Curricula für die Ausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege basieren auf dem Verständnis, dass die Kinder- und Jugendlichenpflege sowohl auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familie entsprechend dem Entwicklungsstand als auch auf die Pflegeerfordernisse, die sich aus der Krankheit bzw. dem Kranksein ergeben, reagieren muss. Kinderrechte, Kinderschutz und Kindeswohl sind wesentliche Bezugspunkte der Curricula; http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Curricula-fuer-die-Ausbildungen-in-Kinder-und-Jugendlichenpflege-2008.html Das Forum Lebensqualität Österreich und die Österreichische LIGA für Kinder und Jugendgesundheit veranstalteten im Juli 2011 eine Sommertagung zum Thema „Den Jungen Zukunft geben. Wie Jugendliche Gesundheit finden“, die sich u. a. an haupt- und ehrenamtlich Engagierte in Bildung, Sozialarbeit, Gesundheitsförderung, Gesunden Gemeinden und Regionalentwicklung richtete und sich mit der Notwendigkeit eines Wandels in Richtung Klima der Aufmerksamkeit, Kommunikation und Beziehungskultur mit Kindern und Jugendlichen und all denen, die sie begleiten, befasste; http://www.qualitaetleben.at/miteinander/symposion.html
Kinder und Jugendliche als relevante Zielgruppe bei Strategien, Plänen etc. (Gesundheitsziele, Nationale Aktionspläne, Raumordnungspläne etc.) berücksichtigen	„Jugend in der Regionalentwicklung“ – die vom Bundeskanzleramt in Auftrag gegebene Untersuchung befasst sich mit Jugendlichen als Zielgruppe in der Regionalentwicklung; u. a. spezifisch mit dem stärkeren Einbezug sowie der verbesserten Berücksichtigung der Bedürfnisse von Jugendlichen; http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=42107

Förderung von Partizipation: Kinder und Jugendliche sollen Gelegenheit haben, an Entscheidungen teilzunehmen und sie mitzugestalten

Kinder-Umwelt-Gesundheit-Aktionsplan (CEHAPE) mit Schwerpunkt auf Partizipation; Jugendliche waren österreichweit an der Entwicklung und Umsetzung des Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplans für Österreich beteiligt; 40 Jugendliche als CEHAPE-Coaches ausgebildet;
<http://umwelt.lebensministerium.at/article/articleview/80763/1/7220>
 Die ARGE Partizipation – eine Arbeitsgruppe der Jugendreferate der Bundesländer und des BMWFJ unter Einbindung der Bundes-Jugendvertretung – stellt eine Website zum Thema Jugendbeteiligung – www.jugendbeteiligung.cc – bereit, auf der sich u. a. Qualitätskriterien für partizipative Jugendarbeit und Leitfäden zur nachhaltigen Beteiligung junger Menschen finden;
<http://www.jugendbeteiligung.cc/index.php?id=211>
 Die vom Lebensministerium eingerichtete Website www.partizipation.at bietet Basisinformationen zum Thema Partizipation und nachhaltige Entwicklung – u. a. auch zum Schwerpunkt Kinder- und Jugendbeteiligung. Auf der Website finden sich mehr als 80 interessante Praxisbeispiele gelungener Partizipationsprozesse, ein Überblick über unterschiedliche Methoden der Beteiligung, eine Übersicht über Fachliteratur, Veranstaltungen zum Thema und vieles mehr;
http://www.partizipation.at/kinder_und_jugend.html

Eintreten für die vollständige Umsetzung der Kinderrechte, insbesondere auch die Artikel zu „Recht auf Gesundheit“, sowie die Rechte der Kinder im Krankenhaus

Selbstevaluierungsmodell und Tool zur Evaluierung der Umsetzung der Kinderrechte im Krankenhaus – wurde von der HPH (Health promoting Hospitals) Task Force für Kinder und Jugendliche entwickelt und an einigen Kinderstationen international erprobt; das Tool wird derzeit an österreichischen Kinder- und Jugendabteilungen verbreitet und soll innerhalb ca. eines Jahres evaluiert und ausgewertet werden; www.hphnet.org (Rubrik „Members“)

Berücksichtigung von Themen des Kinderschutzes in den Ausbildungen aller relevanten Berufsgruppen

Das Familienressort hat eine Reihe von Initiativen zur Prävention von Gewalt an Kindern und Jugendlichen sowie zum Kinderschutz gesetzt (siehe <http://www.bmwfj.gv.at/Familie/Gewalt/Seiten/default.aspx>). Spezifisch für den Gesundheitsbereich wurde ein Leitfaden für die Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen herausgegeben;
<http://www.bmwfj.gv.at/Familie/Gewalt/Seiten/KinderschutzinGesundheitsberufen.aspx>
 Kinderschutz ist ein wichtiges Thema in den Curricula für die Ausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege;
<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Curricula-fuer-die-Ausbildungen-in-Kinder-und-Jugendlichenpflege-2008.html>

Ziel 2: Bewusstsein für die politikfeldübergreifende Verantwortung für Gesundheit („Health in All Policies“) stärken

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
Bewusstseinsbildung für „Health in All Policies“ bei VertreterInnen aller Politikbereiche vorantreiben	Im Mai 2011 fand die erste Bundesgesundheitskonferenz als Startveranstaltung für einen Prozess zur Entwicklung von Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich statt. Gesundheitsziele integrieren in einem partizipativen Prozess verschiedene Aspekte – von der Gesundheitsförderung bis zu Versorgungsthemen – und beziehen verschiedene Interessengruppen und Politikbereiche mit ein („Health in All Policies“) http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/
Etablierung von Health Impact Assessment als einem konkreten Instrument zur verstärkten Berücksichtigung von Gesundheit in unterschiedlichen Politikfeldern	Die Gesundheit Österreich arbeitet seit 2009 im Auftrag des BMG zunächst an einem Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich und in der Folge an dessen Umsetzung, u. a. mit zahlreichen Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung; http://hia.goeg.at Im Jahr 2011 wird im Auftrag des BMG, des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Landes Steiermark ein Pilot-Health-Impact-Assessment zum Thema „Verpflichtendes Kindergartenjahr“ durchgeführt.
Einrichten einer Koordinationsstelle für Kindergesundheit	Das BMG plant die Einrichtung einer Koordinationsstelle für Kinder- und Jugendlichengesundheit, die das zur Begleitung der Umsetzung der Kindergesundheitsstrategie vorgesehene intersektorale Advisory Board operativ und mit fachlicher Kompetenz unterstützen soll. Außerdem soll diese Koordinationsstelle mit Institutionen, die für die Umsetzung des Kindergesundheitsdialogs und anderer in diesem Zusammenhang relevanter Strategien und Pläne (z. B. Kinder-Umwelt-Gesundheits-Aktionsplan für Österreich, NAP.e, NAP.b, Gesundheitsziele) verantwortlich sind, kooperieren. Im Auftrag der Kärntner Landesregierung entwickelt eine eigens dafür eingerichtete Koordinationsstelle im Zeitraum Mai 2010 bis Oktober 2011 einen Aktionsplan zur Politikfeld-übergreifenden Förderung von Mobilität und Gesundheit. Darauf folgt eine zwei- bis dreijährige Umsetzungsphase des Kärntner Aktionsplans Mobilität und Gesundheit (KAP); http://www.ktn.gv.at/152620_DE-Organisation-Unterabteilung_Sanitaetswesen

Ziel 3: Bei Schwangerschaft und Geburt die Basis für einen guten Start legen

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
Entwicklung einer Empfehlung der Fachgesellschaften zur maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen	Zur Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften und damit einhergehenden Komplikationen bei IVF-Behandlungen wurden bereits bestehende Empfehlungen der reproduktionsmedizinischen Fachgesellschaften „zur maximalen Anzahl zu transferierender Embryonen“ überarbeitet und die Anzahl der empfohlenen zu transferierenden Embryonen in Abhängigkeit vom Alter der zu behandelnden Frau und der jeweiligen Erfolgsprognose nochmals herabgesetzt; http://www.kup.at/kup/pdf/9908.pdf

<p>Forcierung der Single-Embryo-Transfers</p>	<p>In Belgien wurde bereits 2003 durch gesetzliche Regelung der Single-Embryo-Transfer bei der In-vitro-Fertilisation forciert. Die dadurch erreichte hohe Rate von Single-Embryo-Transfers führt bei etwa gleichbleibender Gesamtrate der Schwangerschaften zu einer deutlichen Reduktion von Zwillingsschwangerschaften; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15901449</p>
<p>Entwicklung einer österreichweiten interdisziplinären standardisierten Nachsorge von Frühgeborenen</p>	<p>Die Klinische Abteilung für Neonatologie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde der Medizinischen Universität Graz bietet mit der Neonatologischen Nachsorgeambulanz und der Entwicklungsdiagnostischen Ambulanz ein längerfristiges Nachsorgeprogramm für Frühgeborene; http://www.neonatologie.com/index.php Die Nachsorgeambulanz für Frühgeborene und Risikokinder der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde der Medizinischen Universität Wien bietet eine ganzheitliche Betreuung von frühgeborenen Kindern und ihren Familien durch ein interdisziplinäres, multiprofessionelles Team von der Entlassung bis circa zum sechsten Lebensjahr in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen KinderärztInnen und Facheinrichtungen der Stadt Wien und anderen Rechtsträgern wie Entwicklungsambulatorien, Frühförderung, Kindergärten etc.; https://www.meduniwien.ac.at/kinderklinik/eltern-patientinnen/spezialambulanzen/nachsorgeambulanz-fuer-fruehgeborene-und-risikokinder/</p>
<p>Verpflichtende Meldung aller durchgeführten IVF-Versuche an ein Register</p>	<p>Der IVF-Fonds führt nach den Bestimmungen des IVF-Fonds-Gesetzes (BGBl 1999/180) für Verrechnungszwecke Aufzeichnungen darüber, wieviele IVF-Versuche, für die eine Kostentragung erfolgt, in einzelnen Krankenanstalten mit welchem Erfolg durchgeführt werden. Diese Aufzeichnungen sind auch Grundlage für Qualitätssicherung und -kontrolle.</p>
<p>Durchführung einer vertiefenden Studie zum Thema Frühgeburtlichkeit</p>	<p>Das Ludwig-Boltzmann-Institut für Health Technology Assessment führt im Auftrag des BMG eine vertiefende Studie zum Thema Frühgeburtlichkeit (insb. detaillierte Darstellung der österreichischen Frühgeborenenrate im europäischen Kontext; Übersicht über primär- und sekundärpräventive sowie Screening-Maßnahmen zur Verringerung der Frühgeborenenrate); http://hta.lbg.ac.at/de/projekt_detail.php?iMenuID=13&iProjectID=59</p>
<p>Verstärktes Einbinden der Hebammen in die Schwangerenbetreuung</p>	<p>Familienhebammen – ein Projekt der Gemeinde Wien zur Schwangerenbetreuung und -beratung in vier Stützpunkten, in den Schwangerenambulanzen städtischer Krankenhäuser und in einigen Eltern-Kind-Zentren durch kostenlos zur Verfügung stehende Familienhebammen; www.wien.gv.at/ma1/familienhebammen Das Hebammenzentrum in Wien bietet im Rahmen eines Pilotprojekts kostenlose Hebammenbetreuung in der Schwangerschaft (maximal vier Kontakte mit der Hebamme, davon können zwei Hausbesuche sein, Möglichkeit eines nochmaligen Termins mit der Hebamme nach der Geburt des Kindes); http://www.hebammenzentrum.at/neu/index.php</p>
<p>Erarbeitung eines Maßnahmenpakets zur Reduktion von Kaiserschnitten</p>	<p>Seitens des Wiener Programms für Frauengesundheit wird derzeit eine wienweite Kaiserschnittstudie durchgeführt, die auf die systematische Auswertung möglicher Motivationsbündel zielt, um den Anstieg der Kaiserschnitt-rate besser nachvollziehbar zu machen. Untersucht werden u. a. die Entscheidungskriterien, der Informationsstand von Frauen, die Akzeptanz – bis hin zum subjektiven Befinden im Wochenbett, um die Wirkungszusammenhänge in Bezug auf das Thema Kaiserschnitt besser zu verstehen; http://www.frauengesundheit-wien.at/</p>

Schaffen von Transparenz zur Kaiserschnitt-Rate nach Krankenhäusern im Sinne einer Qualitätssicherung

Über den Spitalskompass wird jährlich die Anzahl von Kaiserschnitten und Geburten pro Krankenhaus publiziert.

<http://www.spitalskompass.at/LeistungenUndDiagnosen/Spitaeler>

Das BMG plant, im Qualitätsindikatorenprojekt die Kaiserschnitt-Rate als Qualitätsindikator für Geburtenabteilungen aufzunehmen.

Ziel 4: In der frühen Kindheit die Grundlage für langfristige Gesundheit legen

Maßnahmen

Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte

Aufbereitung von Grundlagen für „Frühe Hilfen“: Systematische Aufarbeitung, Feldanalyse, Literaturanalyse, Veranstaltungen und Fachtagungen zur Vernetzung sowie Wissens- und Erfahrungsaustausch, Wissenstransfer

Im Zuge der mit Mitteln der Bundesgesundheitsagentur finanzierten Vorsorgestrategie ist seitens des BMG ein Projekt vorgesehen, das Grundlagen für „Frühe Hilfen“ aufbereitet (Feldanalyse, systematische Literaturrecherchen, Gruppendelphi zur Konsensfindung, Verbreitung der gewonnenen Erkenntnisse durch Veranstaltungsreihe sowie Internetplattform);

SAFE® – Trainingsprogramm zur Förderung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind; in Österreich wird SAFE® u. a. in NÖ und OÖ (Eltern-Seminare) und in Wien (SAFE-Mentorentraining) angeboten;

<http://www.geburtsallianz.at/termine/safeelternprogramm/index.html>;

<http://bifef.at/>; http://members.aon.at/hm_kern/ausbildung_safe.htm;

www.safe-programm.de/

Das Angebot der „Mobilen Frühförderung“ in Wien richtet sich an entwicklungsverzögerte, -gefährdete und behinderte Kleinkinder und ihre Familien. Die Tätigkeit ist durch die zwei Schwerpunkte Entwicklungsförderung und Familienbegleitung gekennzeichnet. Wesentliche Wirksamkeitsfaktoren sind ein niederschwelliger und unbürokratischer Zugang für Familien sowie Hausbesuche; www.wienersozialdienste.at

STEEPTM (Steps towards effective and enjoyable parenting) – zielt auf die Vorbereitung hoch belasteter Familien auf das Zusammensein mit ihrem Kind, insbesondere auf die Vermittlung und Festigung einfühlsamen Verhaltens; wird in Österreich u. a. vom Diakoniezentrum Spattstraße in Linz (Pilotprojekt „Mum Talk“) angeboten;

www.spattstrasse.at;

<http://www.fruehehilfen.de/3449.0.html>

ENCARE (European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family) und ist ein europäisches Projekt zugunsten von Kindern, deren Entwicklung durch problembelastete familiäre Verhältnisse gefährdet ist. Österreich ist am internationalen ENCARE-Netzwerk durch das Institut Suchtprävention in Linz und das Anton-Proksch-Institut in Wien beteiligt. Darüber hinaus gibt es in jedem Bundesland ein regionales ENCARE-Netzwerk. Die Vernetzung zwischen Gesundheitseinrichtungen und Jugendwohlfahrt ist ein Fokus der Arbeit von ENCARE;

www.encare.at

Entwicklung von Handlungsperspektiven für „Frühe Hilfen“: nachhaltige Struktur nach dem Vorbild des Nationalen Zentrums „Frühe Hilfen“ in Deutschland schaffen; Pilotprojekte initiieren; gewonnene Erkenntnisse in Ausbildungscurricula verankern

Vorarlberger Netzwerk Familie – inzwischen flächendeckend in Vorarlberg umgesetztes „Frühe Hilfen“-Programm zur Begleitung von Eltern mit Kleinkindern in besonders belasteten Familiensituationen;
<http://www.netzwerk-familie.at>
 Das Nationale Zentrum Frühe Hilfe (Deutschland) unterstützt die Praxis dabei, familiäre Belastungen früher und effektiver zu erkennen und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote bereitzustellen;
<http://www.fruehehilfen.de>

Gratis-Impfungen für alle Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr gegen im Kinderimpfkonzept enthaltene Erkrankungen mit volksgesundheitlicher Bedeutung

Das Impfkonzept des Bundes, der Bundesländer und des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger stellt sicher, dass alle Kinder in den Genuss aller gesundheitspolitisch relevanten Impfungen gelangen, ohne dass den Erziehungsberechtigten dadurch Kosten erwachsen. Das Konzept wird laufend der wissenschaftlichen Entwicklung angepasst und durch neue Impfungen ergänzt.

Ziel 5: Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen stärken

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
Partizipation von Kindern, Jugendlichen und Eltern bei der Gestaltung ihrer Lebensräume stärken	Das „Vorarlberger Spielraumgesetz“ will die Kinderfreundlichkeit in den Gemeinden erhöhen; in jeder Gemeinde sollen Kinder, Jugendliche und Erwachsene gemeinsam ein Spielraumkonzept erarbeiten; http://www.vorarlberg.gv.at/vorarlberg/frauen_familie/familie/kinderindiemitte/weitereinformationen/kindergerechtelebensraeum/kindergerechtelebensraeum.htm ;
Erweiterung des Angebots an Frei- und Spielräumen, u. a. durch Mehrfach- bzw. Zwischennutzung von (öffentlichen) Flächen und Öffnung bzw. Umgestaltung von Schul- und Sportplätzen etc. für Kinder und Jugendliche	Das Wiener Projekt „einfach – mehrfach“ setzt auf die Schaffung von Freiräumen für Kinder und Jugendliche durch Mehrfach- und Zwischennutzung von Flächen (siehe auch unten); http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/projekte/mehrfachnutzung/ „Lasst sie raus!“ ist ein Konzept der Stadt Wolfurt (Vorarlberg), im Zuge dessen u. a. das Umfeld einer Volksschule speziell nach den Bedürfnissen aller Generationen umgestaltet wurde, um den Schulplatz als lebendigen Lebensraum nutzen zu können; http://www.vorarlberg.gv.at/pdf/presentationangelikamoos.pdf Das Land Niederösterreich unterstützt mit der „NÖ Spielplatzförderung“ und dem „Spielplatzbüro“ Gemeinden bei der Gestaltung von naturnahen, spannenden und bedürfnisgerechten Spielplätzen und öffentlich zugänglichen Schulfreiräumen; http://www.familienpass.at/?sub=spielplatz&viewmode „Spielräume schaffen“ ist ein Förderprogramm der Wiener Kinderfreunde zur Schaffung von Spielplätzen und Bewegungsräumen für Kinder in Wien; http://www.kinderfreunde.at/Bundeslaender/Wien/Ueber-uns/Kinderfreunde-Sozial/Spielraeume-schaffen

Einrichtung/Förderung von „FreiraumkoordinatorInnen“

„einfach – mehrfach“ ist ein strategisches Projekt der Stadt Wien, das 1998 als Ergänzung zur großen Linie der Wiener Grünraumpolitik installiert wurde. Es beschäftigt sich im Sinne der „Freiraumkoordination“ mit Vermittlung, Planung und Prozesssteuerung in den Themenbereichen Bewegungs- und Freiraum, Spiel und Sport, Kinder, Jugendliche (junge Erwachsene) und Kultur und setzt auf die Schwerpunkte Mehrfachnutzungen und Zwischennutzungen; <http://www.wien.gv.at/stadtentwicklung/projekte/mehrfachnutzung/>

Förderung qualitätsvoller Elternbildung (finanzielle Unterstützung gemeinnütziger Einrichtungen; Veranstaltung von „Ausbildungslehrgängen für ElternbildnerInnen“; Herausgabe von Info-Materialien)

Elternbildung (Erziehungskompetenz der Eltern stärken) ist ein Programm des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend zur Bereitstellung eines attraktiven Elternbildungsangebots und zur Förderung gemeinnütziger Einrichtungen, die qualitative Elternbildungsprojekte nach den Kriterien der „Richtlinien zur Förderung der Elternbildung“ durchführen; Erziehungskompetenz wird auch durch Infomaterial wie „Elternbriefe“ und interaktive „Tipps für Eltern“ auf CD-Rom sowie durch die eigens eingerichtete Website vermittelt; www.eltern-bildung.at
Die deutsche AOK Gesundheitskasse hat auf Basis einer Studie der Gesellschaft für angewandte Sozialforschung (AOK-Familienstudie 2010) mehrere Broschüren mit Tipps für Eltern für ein gesundes Aufwachsen der Kinder herausgegeben, z. B. „Noch mehr Tipps für einen gesunden Familienalltag“; <http://www.aok.de/bundesweit/familie/so-wachsen-kinder-gesund-auf-146992.php>

Methodenkoffer zum Thema „Gesundheit“ für Personen, die in der außerschulischen Jugendarbeit tätig sind

Unter Mitwirkung der potenziellen NutzerInnen (z. B. bOJA, verbandliche Jugendarbeit) soll vom BMG die Erstellung eines Methodenkoffers zum Thema Gesundheit koordiniert werden für Personen, die in der außerschulischen Jugendarbeit tätig sind.

Die Studie „Präventive Rolle der Offenen Jugendarbeit“ wurde im Auftrag des Jugendressorts von der Gesundheit Österreich durchgeführt und befasste sich mit der fachlich-inhaltlichen Aufbereitung und nachvollziehbaren Darstellung der präventiven Rolle der Offenen Jugendarbeit sowie mit der Erhebung und Analyse der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz zu deren präventiven Wirkung mit Fokus auf die sucht- und gewaltpräventive Wirkung; <http://www.bmwfj.gv.at/Jugend/Praevention/Seiten/Forschung.aspx>

Aus-, Fort-, Weiterbildung für JugendbetreuerInnen mit Fokus auf Gesundheitsförderung, Bewegung, Stärkung der Lebenskompetenzen, psychische Gesundheit und Gewaltprävention

Das bundesweite Netzwerk Offene Jugendarbeit (bOJA) befasst sich auch mit dem Thema Gesundheitsförderung. Im Herbst 2010 wurde im Kooperation mit dem Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (BMWFJ) die bundesweite Fachtagung dem Thema „Wie, wo und weshalb das Thema Gesundheit in der Offenen Jugendarbeit Platz hat?“

(29. – 30. 11. 2010 in Wörgl) gewidmet; <http://www.boja.at>

Das Jugendressort hat ausgehend vom entsprechenden schulischen Leitfaden auf Grundlage von Modellprojekten und ExpertInnen-Interviews einen Leitfaden „Peer-Mediation in der Offenen Jugendarbeit“ entwickelt, der Theorie, Praxisbeispiele und Überlegungen zur Implementierung im eigenen Jugendzentrum beinhaltet;

<http://www.bmwfj.gv.at/Jugend/Praevention/peergroupeducation/Seiten/PeerMediation.aspx>

Die Website „feelok“ richtet sich – neben der Zielgruppe 12- bis 18-Jährige, PädagogInnen und in naher Zukunft auch 8- bis 11-Jährige sowie Eltern – insbesondere an ExpertInnen in der außerschulischen Jugendarbeit und möchte die Gesundheit und das Wohlbefinden Jugendlicher fördern sowie risikoreichem Verhalten und Suchtmittelkonsum vorbeugen; www.feelok.at

Ziel 6: Bildung als zentralen Einflussfaktor auf Gesundheit positiv nutzen

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
Gesundheitsfördernde Ausrichtung von Kinderkrippen, Kindergärten	<p>Das Wiener Modellprojekt „Gesunder Kindergarten“ will vorhandene und zusätzliche Ressourcen und Gesundheitspotenziale erschließen. Es werden daher Maßnahmen entwickelt, die sich an alle Beteiligten richten und das gesamte „Setting Kinderbetreuungseinrichtung“ einbeziehen. Das Pilotprojekt wird in sechs öffentlichen Kindergärten im 10. und 20. Bezirk umgesetzt. Im Einklang mit den Grundsätzen Partizipation und Empowerment (u. a. durch Einsatz von Gesundheitszirkeln) entwickelt sich an jedem Standort ein individuelles Projekt; www.wig.or.at</p> <p>Das Steirische Projekt „Stärken stärken“ bietet Fortbildungstage zum Projektauftritt, ein breit gefächertes Workshopangebot und ein Beratungsangebot für Kindergärten und Volksschulen; www.styriavitalis.at</p> <p>Der „Gesunde Kindergarten Niederösterreich“ will mit themenspezifischen Gesprächen mit PädagogInnen, LeiterInnen und einem themenbezogenen Elternabend Impulse für die Gestaltung des Kindergartenalltags setzen; www.gesundesnoe.at</p> <p>Das im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) durchgeführte Modellprojekt „KiBi der Zukunft – Kinderbildungseinrichtungen als Schnittstelle der Gesundheitsförderung“ zielt auf die Integration des ganzheitlichen gesundheitsfördernden Gedankens in das Setting Kindergarten mit den Schwerpunktthemen Ernährung, Bewegung, psychisch-soziale Gesundheit (Lebenskompetenz) und materielle Umwelt/Sicherheit; http://www.avos.at/aktuell/kibi.htm</p> <p>B.A.S.E.® – Baby-Beobachtung im Kindergarten – ist ein Programm zur Schulung der Empathiefähigkeit, zur Förderung von emotionalen und sozialen Kompetenzen sowie zur Förderung der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit und zur Aggressions- und Angstprävention; in Österreich werden in verschiedenen Regionen sowohl die Ausbildung als auch die Umsetzung des Programms angeboten; http://www.kisz-wolfsberg.at/html/aktuelles_praevention.html; http://bsr.tsn.at/lsr/index.php?menuNo=554&con_id=3118; http://bifef.at/download/BASE_Information.pdf; www.kinderjugendgesundheit.at; www.base-babywatching.de</p>

Gesundheitsfördernde Ausrichtung der Schule

Die Initiative „Gesunde Schule“ zielt auf die Gestaltung der Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt für alle Beteiligten, die Förderung der persönlichen Kompetenzen und Leistungspotenziale der Schülerinnen und Schüler, die Vernetzung von Schule und Umfeld, die Förderung der kommunikativen und kooperativen Kompetenzen und Kommunikationsstrukturen der Schulpartner sowie die Dokumentation und Verbreitung innovativer Projekte und Maßnahmen. Einen wichtigen Schwerpunkt stellen Maßnahmen zur Schulorganisation, zum Schulmanagement und zur Schulqualität dar;

<http://www.gesundeschule.at/>

Die „GIVE Servicestelle für Gesundheitsbildung“ ist eine Initiative des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Österreichischen Jugendrotkreuzes und bietet Information und Beratung von LehrerInnen sowie MitarbeiterInnen von Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen in Fragen der Gesundheitsförderung. Als bundesweite Servicestelle bietet GIVE Auskünfte über „modellhafte“ Projekte sowie aktuelle Initiativen und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung an Schulen;

<http://www.give.or.at>

In vielen Bundesländern bestehen regionale Netzwerke gesundheitsfördernder Schulen, die gesundheitsfördernde Aktivitäten und Projekte an Schulen unterstützen und dazu beitragen, die Schule als gesundheitsfördernde Einrichtung zu entwickeln und zu etablieren;

vgl. <http://www.gesundeschule.at/all/links/>

Die neu gegründete „Plattform Elterngesundheit“ – eine Kooperation der großen Elternverbände Österreichs – hat sich zum Ziel gesetzt, Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche wie auch für die Eltern selbst im Rahmen des Settings Schule zu thematisieren;

<http://www.bundeselternverband.at/>;

www.elternverband.at/

Weiterer Ausbau der ganztägigen Schulbetreuung

Der Leitfaden „Empfehlungen für gelungene schulische Tagesbetreuung“ wird vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur herausgegeben (zuletzt 2009) und berücksichtigt auch Anforderungen im Hinblick auf Gesundheitsförderung;

<http://www.bmukk.gv.at/tagesbetreuung>

Die Aktion „Qualität in der schulischen Tagesbetreuung“ des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur zielt darauf ab, Schulen mit qualitativ hochwertiger Tagesbetreuung ausfindig zu machen und als Kompetenzzentren für diesen schulischen Bereich mit einem Gütesiegel auszuzeichnen. Diese Schulen werden für zwei Jahre zertifiziert, im Herbst 2011 wird die Aktion wiederholt;

<http://www.bmukk.gv.at/tagesbetreuung>

Förderung und Vernetzung von Aktivitäten zur Integration von Jugendlichen mit Beeinträchtigungen in den Arbeitsmarkt

Clearing ist ein österreichweites Beratungs- und Betreuungsangebot des Bundessozialamtes an der Schnittstelle zwischen Schule und Beruf für Jugendliche mit sonderpädagogischem Förderbedarf, Behinderung, sozial-emotionaler Benachteiligung, negativem oder keinem Pflichtschulabschluss sowie KandidatInnen für die Integrative Berufsausbildung;

http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Kinder,_Jugendliche_&Studierende/Clearing/Was_ist_Clearing

Jugend am Werk bietet einerseits für Jugendliche, die keine Lehrstelle am freien Arbeitsmarkt gefunden haben, vielfältige Angebote zur Berufsorientierung sowie zur beruflichen Qualifizierung und andererseits Unterstützung und Begleitung bei der Berufsorientierung, Berufsvorbereitung, Arbeitsplatzsuche sowie direkt am Arbeitsplatz für Menschen mit Behinderungen;

<http://www.jaw.at/>

Die work.box ist ein Berufsintegrationsprojekt von pro mente Jugend in Oberösterreich für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 23 Jahren mit psychosozialen Problemen bzw. psychischen Erkrankungen. Ziel ist die psychische Stabilisierung und berufliche Integration der TeilnehmerInnen. Es gibt vier Standorte in Oberösterreich: Linz, Linz-Urfahr, Wels und Ried;

<http://www.promentejugend.at/berufliche-integration/>

Das Werkstätten- und Kulturhaus WUK bietet eine Vielzahl an Ausbildungs- und Beratungsprojekten für benachteiligte, arbeitslose Jugendliche mit dem Ziel der Integration in den Arbeitsmarkt;

www.wuk.at

Ziel 7: Bewegung von Kindern und Jugendlichen ermöglichen und fördern

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen im Nationalen Aktionsplan Bewegung (NAP.b)	Im März 2011 wurde im Ministerrat die Erarbeitung eines „Nationalen Aktionsplans Bewegung“ beschlossen. Im Auftrag des Sportministers und des Gesundheitsministers wird in Anlehnung an den vom Gesundheitsministerium ausgearbeiteten „NAP Ernährung“ im Jahr 2011 die Ausarbeitung eines „Nationalen Aktionsplans Bewegung“ (NAP Bewegung) erfolgen, der neben der partnerschaftlichen Entwicklung sinnvoller Maßnahmen zur Bewegungsaktivierung der Bevölkerung auch ein Monitoring-System für die Bewegungsaktivitäten der Bevölkerung schaffen soll; http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20110322_OTS0223/darabos-und-stoeger-bringen-nationalen-aktionsplan-bewegung-in-den-ministerrat
Erhöhen der Sicherheit auf Schulwegen, die „in Bewegung“ zurückgelegt werden	Kinder-Umwelt-Gesundheit-Aktionsplan CEHAPE – legt Schwerpunkt auf Maßnahmen zur Unfallverhütung und Sicherstellung von ausreichender körperlicher Bewegung von Kindern durch kinderfreundliche Stadt- und Verkehrsplanung; http://www.klimaaktiv.at/article/articleview/62489/1/13103

Verbessern der Radinfrastruktur im Sinne des österreichischen Masterplans Radfahren

Der Masterplan Radfahren des Lebensministeriums soll bundesweit einen Impuls für die Radverkehrsförderung bewirken und die Maßnahmenumsetzung in Kooperation von Bund, Ländern, Kommunen und anderen wichtigen AkteurInnen fördern;

<http://umwelt.lebensministerium.at/article/articleview/56062/1/7207>

Zahlreiche Maßnahmen zur Förderung des Radfahrens werden im Rahmen des klima:aktiv-Programms gesetzt;

<http://www.klimaaktiv.at/article/archive/11995/>

In der Steiermark wurde mit der „Strategie Radverkehr Steiermark“ ein Programm für den Zeitraum 2008 bis 2012 vorgelegt, das auf Basis der drei Säulen Infrastruktur, Bewusstseinsbildung und organisatorische Rahmenbedingungen den Radverkehr in der Steiermark fördern soll;

<http://www.verkehr.steiermark.at/cms/beitrag/11003480/34570294/>

Forcieren der bewegungsförderlichen Alltagsmobilität von Jugendlichen und Schaffen von jugendgerechten Mobilitätsangeboten in der Freizeit im Rahmen von klima:aktiv mobil

Im Rahmen des klima:aktiv-Programms gibt es eine eigene Programmschiene für Mobilitätsmanagement für Jugend mit vielfältigen Aktivitäten – u. a. begleiten ExpertInnen aus Freizeit und Tourismus, Jugend, Verkehrsplanung sowie Regionalentwicklung interessierte JugendleiterInnen, Jugendinstitutionen oder Jugendgruppen bei der Entwicklung, Planung und Umsetzung von Bewusstseinsbildungs- und Mobilitätsmaßnahmen; es werden Mobilitätsworkshops für JugendleiterInnen angeboten und „Jugendmobilitäts-Coachs“ geschult, und es gibt eine Sonderfinanzierung für Jugendmobilitätsprojekte;

<http://www.klimaaktiv.at/article/archive/29300/>

Bereitstellen von bewegungsförderlichen Alternativen zu Schulbussen bei Schulwegen, die kürzer als rund 2 Kilometer sind

„schoolwalker“ – zwei- bis vierwöchige Interventionen pro Schuljahr mit dem Ziel, die Kinder insbesondere beim Schulweg zu mehr Bewegung zu motivieren;

<http://www.aks.or.at/verlinkung-newsletter/newsletter-4-2008/schoolwalker/?searchterm=schoolwalker>

„Pedibus – Initiative für Volksschulen“ möchte das Angebot an Pedibussen („Schulbussen auf Füßen“) in Tiroler „Gemeinden mobil“ forcieren und damit den Hol- und Bringverkehr zu den Schulen reduzieren. Ein Pedibus ist eine Gruppe von Kindern, die auf einer bestimmten Wegstrecke von einer Aufsichtsperson begleitet gemeinsam zu Fuß zur Schule geht;

<http://www.klimabuendnis.at/start.asp?ID=227238>

Forcierung von Mobilitätsmanagement für Schulen und Kindergärten

Das klima:aktiv-mobil-Aktions- und Beratungsprogramm „Mobilitätsmanagement für Kinder, Eltern und Schulen“ bietet österreichweite Beratung, um eine flächendeckende Implementierung von Mobilitätsmanagementmaßnahmen in Österreichs Schulen und Kindergärten zu forcieren. Seit 2005 wurden 120 Schulen (Stand: Jänner 2010) dabei beraten, Schul-Mobilitätsmanagement-Pläne zu erstellen, um die Verkehrssicherheit vor Schulen zu verbessern, Luftschadstoffe zu reduzieren und die Bedingungen für umweltfreundliche Fortbewegung wie Radfahren und Zuzußgehen zu verbessern;

<http://umwelt.lebensministerium.at/article/articleview/80763/1/7220>

Förderung der Umsetzung des Kinder-Umwelt-Gesundheit-Aktionsplans Österreich (CEHAPE)

Kinder-Umwelt-Gesundheit-Aktionsplan CEHAPE soll eine engere Koordination und Kooperation der Akteure und Initiativen für eine kinderfreundlichere Umwelt ermöglichen, die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen fördern und die Projekte auf Ebene des Bundes, der Länder und Gemeinden, aber auch von Unternehmen, Verbänden und Vereinen vernetzen helfen. Ein zentraler Schwerpunkt der Aktivitäten liegt im Bereich Mobilität; <http://www.klimaaktiv.at/article/articleview/62489/1/13103>

Bewegungsförderliche Ausrichtung von Kindergärten und Schulen

Ziel des Salzburger Programms „Bewegte Schule“ ist es, die Schule dabei zu unterstützen, Bewegung und Gesundheit in deren Umfeld zu integrieren und eigendynamisch weiterzuentwickeln. Die „Bewegte und Gesunde Schule“ orientiert sich dabei an den Prinzipien der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, Betroffene zu Beteiligten zu machen, Lösungen gemeinsam zu erarbeiten und ganzheitlich (körperliche und soziale Gesundheit) sowie nachhaltig zu wirken; <http://www.avos.at/start.htm?unsereangebote/bewschule.htm>

Spezifische Bewegungsangebote in Kindergärten und Schulen

„Gesund & Munter in der Volksschule“ ist eine Bewegungsinitiative des Unterrichtsressorts und umfasst mehrere Bausteine: ein „Bewegungstagebuch“ für die SchülerInnen; ein „LehrerInnen-Handbuch“ mit Hintergrundinformationen; eine DVD mit Beispielen zu den motorischen Grundlagen und zu den Bewegungsstandards; eine Webseite mit der Möglichkeit, alle Materialien einzusehen und auf den PC zu laden; <http://www.gesundundmunter.at/>

„Kinder gesund bewegen“ ist ein Programm von „Fit für Österreich“, das – für die Bedürfnisse der interessierten Einrichtung maßgeschneiderte – Maßnahmen für mehr Bewegung in Kindergärten und Volksschulen bietet; <http://www.kindergesundbewegen.at/main.asp?VID=1&kat1=64&kat2=440&kat3=->

Im Vorarlberger Programm „fit 4 kids“ kräftigen die Kinder mit spielerischen Übungen und viel Spaß ihre Muskulatur und lernen von speziell ausgebildeten TrainerInnen, sich beim langen Sitzen in der Schule richtig zu verhalten; <http://www.aks.or.at/angebote-fuer-kinder/schule/haltungsturnen-1/>

Erleichterung des Zugangs von Kindern und Jugendlichen zu Sportvereinen, wobei dem Ausbau von nicht leistungsorientierten Angeboten besonderes Augenmerk zu schenken ist

„Fit für Österreich“ ist eine Initiative des Sportministeriums, der Österreichischen Bundes-Sportorganisation und der Sport-Dachverbände ASKÖ, ASVÖ und SPORTUNION mit dem Ziel die tausenden Vereine für Sport und Bewegung als vorhandene Strukturen für ein breites Angebot an Bewegungsprogrammen – auch jenseits von leistungsorientierten Zugängen – in ganz Österreich zu nutzen;

www.fitfueroesterreich.at

„Fit für Österreich“ bietet auf der Website eine Suche nach lokalen Bewegungsangeboten im Umkreis der eingegebenen Postleitzahl, wobei nach unterschiedlichen Rubriken und nach Altersklasse spezifiziert werden kann; www.fitfueroesterreich.at

Förderung von Kooperationen zwischen Schulen und Sportvereinen

Im Juli 2009 wurde eine Rahmenvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK), dem Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport (BMLVS) und der Österreichischen Bundes-Sportorganisation (BSO) über die Zusammenarbeit von Schule und Sport bei Angeboten von Bewegung, Spiel und Sport in österreichischen Schulen abgeschlossen. Sie soll als Orientierung und Grundlage für die Zusammenarbeit von Schule und Sportorganisationen dienen und zielt u. a. darauf ab, außerunterrichtliche Angebote zu Bewegung, Spiel und Sport für alle Schülerinnen und Schüler in möglichst hoher Zahl sicherzustellen;
http://www.bewegung.ksn.at/files/Rahmenvereinbarung_BMUKK_Sportministerium_BSO_20090703.pdf

Ziel 8: Gesunde Ernährung von Kinder und Jugendlichen fördern

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
<p>Möglichst breite Umsetzung der im NAP.e (Nationaler Aktionsplan Ernährung) für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche empfohlenen Maßnahmen</p>	<p>Der Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.e) wurde im Auftrag des Gesundheitsministers erstellt und hat zum Ziel, die Grundlagen der Ernährung der österreichischen Bevölkerung zu analysieren und deren Ernährung massiv zu verbessern. Prioritäre Zielgruppen für NAP.e-Maßnahmen sind Kinder, Schwangere, Stillende und sozial Schwache; http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/ Ernährung wurde als Schwerpunktthema der mit Mitteln der Bundesgesundheitsagentur finanzierten Vorsorgestrategie definiert. Im Zuge dessen wird in den Jahren 2011 bis 2013/14 von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern eine Reihe von Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung bei Kindern gesetzt. Der Schwerpunkt liegt dabei u. a. auf Ernährungsberatung in der Schwangerschaft und nach der Geburt und auf Gemeinschaftsverpflegung in Kindergärten und Schulen sowie auf dem Ausbau der Baby-friendly Hospital Initiative (siehe auch unten). Das steirische Projekt „Gemeinsam Essen“ bietet die Unterstützung von Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen, damit das Angebot bedarfsgerechter und gesünder gestaltet wird; es will damit einen Beitrag zu gesunder Gemeinschaftsverpflegung u. a. in Schulen und Kindergärten leisten; http://www.styriavitalis.at/cms/Gesunde_Kueche/Projekt_Gemeinsam_Essen/7,4,0,0.html Ziel des Projekts „Vorarlberger Netzwerk Schulverpflegung“ ist die Optimierung der Schulverpflegung (inkl. Verbesserung des Getränkeangebots) in Vorarlberg unter Berücksichtigung des Nährstoffbedarfs und der Bedürfnisse der Jugendlichen sowie der regionalen Wertschöpfung und Umweltschonung; http://www.aks.or.at/verlinkung-newsletter/newsletter-1-2011/programme-der-aks-gesundheitsvorsorge Das Präventionsprojekt „Intervention zur Steigerung des Konsums von Obst, Gemüse und Milchprodukten von 3- bis 6-jährigen Kindern unter besonderer Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren“ wird vom Department für Ernährungswissenschaften der Universität Wien mit Finanzierung des BMG im Rahmen der Sonderrichtlinie „Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten“ in ausgewählten Wiener Kindergärten mit einem hohen Anteil von sozial benachteiligten Familien durchgeführt und zielt auf die Förderung einer gesunden Ernährung und Vermeidung von Übergewicht.</p>

Möglichst breite Umsetzung der im Maßnahmenpaket „Richtig essen von Anfang an“ (REVAN) empfohlenen Maßnahmen

„Richtig essen von Anfang an“ (REVAN) ist ein Maßnahmenpaket zur Förderung gesunder Ernährung in der frühen Kindheit; es beinhaltet die Aufbereitung der wissenschaftlichen Evidenz und Unterstützung für Transfer in die Praxis zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern und inkludiert eine Reihe von Best-Practice-Ansätzen;

<http://www.richtigessenvonanfangen.at/>

„Ernährungsberatung in der Schwangerschaft“ bietet Workshops für Schwangere mit dem Ziel der Verbesserung der Ernährung während der Schwangerschaft, um schon früh die Basis für eine gesunde Ernährung des Kindes zu legen; das Pilotprojekt wurde von der Steirischen Gebietskrankenkasse durchgeführt und wird nunmehr im Zuge der mit Mitteln der Bundesgesundheitsagentur finanzierten Vorsorgestrategie von den Gebietskrankenkassen österreichweit umgesetzt;

<http://www.richtigessenvonanfangen.at/Projekte-Workshops/Pilotprojekte/STGKK-Ernaehrungsberatung-in-der-Schwangerschaft>

Ausbau der babyfreundlichen Krankenhäuser (Baby-friendly Hospital Initiative)

„Baby-friendly Hospital Initiative“ ist eine von UNICEF und WHO gegründete Initiative zur Förderung des Stillens, der auch in Österreich aktuell zwölf Krankenanstalten (Stillfreundliche Krankenhäuser angehören; im Rahmen der mit Mitteln der Bundesgesundheitsagentur finanzierten Vorsorgestrategie werden auch Maßnahmen zum Ausbau der Baby-friendly Hospital Initiative gesetzt;

http://www.ages.at/uploads/media/Bedarfsanalyse_BFHI_02.pdf

Ziel 9: Gesundheitliche Chancengleichheit für sozial Benachteiligte fördern

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
<p>Entwicklung von Strategien zur besseren Erreichbarkeit und Unterstützung von sozial benachteiligten Menschen, insbesondere durch verbesserten Zugang zu den verfügbaren Sozialleistungen und Unterstützungsangeboten, durch niederschwellige Zugänge sowie durch verstärkte Zusammenarbeit und Vernetzung der Akteure</p>	<p>Das Sozialtelefon (kostenfreie Servicenummer 0800 / 20 16 11) des Sozialministeriums ist Wegweiser im Aufgabenbereich des Sozialministeriums (Arbeitsmarkt, Arbeitsrecht, Arbeitsinspektion, Pensionsversicherung, berufliche Eingliederung von Menschen mit Behinderung, Pflegevorsorge, Männer-, SeniorInnen- und Freiwilligenangelegenheiten sowie KonsumentInnenschutz) und in allgemeinen sozialen Fragen. Es bietet Information und Beratung zu Fragen im Zusammenhang mit einer Behinderung und im Einzelfall auch Information und Beratung für Personen in anderen schwierigen Lebenssituationen;</p> <p>http://www.bmask.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0510</p> <p>„Gesundheit kommt nach Hause“ – ein aufsuchendes und ganzheitliches Programm für sozial benachteiligte Migrantinnen (Mütter und Großmütter) aus dem vorwiegend muslimischen Kulturkreis;</p> <p>www.gekona.at</p> <p>Mütter in Aktion (MIA) ist ein Projekt des Frauengesundheitszentrums in Graz mit dem Ziel, die Gesundheit von schwangeren Frauen und Müttern mit Babys in den Bezirken Leibnitz und Liezen zu fördern. Durch Frauengruppen, Müttercafés, aufsuchende Angebote werden mit einem partizipativen Ansatz Empowerment und Lebensqualität von (werdenden) Müttern gestärkt. Nach einer dreijährigen Laufzeit (2007–2010) steht ein Abschlussbericht zur Verfügung;</p> <p>http://www.fgz.co.at/MIA-Muetter-in-Aktion.644.0.html</p>

Maßnahmen zur besseren Erreichbarkeit und Unterstützung von MigrantInnen, z. B. die Arbeit mit MigrantInnen als GesundheitsförderungsakteurInnen; die Bereitstellung von DolmetscherInnen für Behördenwege, Besuche bei ÄrztInnen etc. im Zusammenhang mit Kindern oder Einsatz von muttersprachlich und kulturell integrierten Personen als „Family Coaches“; Ausbau des Angebots an TherapeutInnen mit Migrationshintergrund

„Gesundheit kommt nach Hause“ (gekona) ist ein sehr niederschwelliges, ganzheitliches Programm zur Stärkung von Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenzen in MigrantInnenfamilien mit aufsuchender Arbeitsweise. GesundheitstutorInnen mit ähnlichem soziokulturellem Hintergrund wie die Zielgruppe informieren die Frauen/Mütter direkt in deren Wohnumfeld über das Programm und betreuen in Folge die TeilnehmerInnen. Das Projekt startete 2010 und wurde für 2011 verlängert; <http://www.gekona.at/> Die Stadtgemeinde Kapfenberg schulte MigrantInnen zu interkulturell ausgebildeten DolmetscherInnen und VermittlerInnen, die nun als kostenlos bereitgestellte DolmetscherInnen bei Beratungsgesprächen, Hilfe in Krisensituationen, Sprechstunden im Bürgerbüro, Arztbesuchen, im Krankenhaus, bei Behördenwegen, in Kindergarten und Schule etc. zum Einsatz kommen; http://www.kapfenberg.gv.at/gemeindeamt/download/221444131_1.pdf

*peppa, eine Freizeit-, Bildungs- und Beratungseinrichtung der Caritas, unterstützt junge Migrantinnen in ihrem Entwicklungsprozess. Mit einem vielfältigen Angebot werden Chancengleichheit und Selbstbestimmung der Mädchen gefördert;

www.peppa.at

Die FamilienpatInnen des NÖ Hilfswerks begleiten Familien im Alltag und unterstützen sie dabei, die großen und kleinen Herausforderungen des Lebens zu meistern – u. a. durch Begleitung bei Behördenwegen, Dolmetsch-Dienste und vieles mehr;

<http://www.gesundundleben.at/archiv/index.php?id=1925>

Stadtteilmütter (Deutschland) – lokale Projekte zur Ermutigung und Sensibilisierung von Eltern, Förderung der Kommunikation zwischen Kindertagesstätten und Eltern und Schaffen von Zugängen zu Familien mit Migrationshintergrund;

<http://www.stadtteilmuetter.de/>

Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen im Allgemeinen

In der Steiermark und später auch in Salzburg wurde zur Erhöhung der Inanspruchnahme des Mutter-Kind-Passes ein Recall-System eingeführt. Jedem Kind wird vor dem vorgeschlagenen Untersuchungszeitraum mit einem Brief zum Geburtstag gratuliert, und gleichzeitig werden die Eltern eingeladen, einen Termin zur MKP-Untersuchung zu vereinbaren. In Oberösterreich gibt es einen finanziellen Anreiz für Familien, die alle vorgesehenen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und alle empfohlenen Impfungen durchführen lassen; http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-3DCFCFC3-91294CD5/ooe/hs.xml/36151_DEU_HTML.htm

<http://www.zweiundmehr.steiermark.at/cms/ziel/50511485/DE/>

„Jugend trifft Gesundheit“ ist ein Projekt des Jugendinformationszentrums Vorarlberg und von Aha – Tipps & Infos für junge Leute, das vom BMG im Rahmen der Sonderrichtlinie „Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten“ finanziell unterstützt wurde. Das Projekt will einen Einblick in die Gesundheitsbedürfnisse von Jugendlichen bekommen und die Treffsicherheit von Gesundheitsangeboten für Jugendliche in Vorarlberg erhöhen. Es wird in Kooperation mit allen relevanten Institutionen der offenen Jugendarbeit Vorarlbergs durchgeführt;

<http://www.rundumgesund.org/foerderkriterien/projekte/projektpool/jugend-trifft-gesundheit>

Systematische Bereitstellung qualitätsgesicherter und verständlicher Informationen über gesunden Lebensstil sowie zur Vorgehensweise im Problemfall für Eltern aller Bildungsschichten

Im BMG wurde 2011 eine zweisprachige Broschüre „Gesund bleiben und mit Krankheiten umgehen“ veröffentlicht (es geht darin z. B. um gesunde Ernährung, Bewegung, seelische Gesundheit). Die Broschüre ist zweisprachig verfasst, jeweils in Deutsch mit Türkisch, Serbokroatisch, Russisch und Englisch; <http://www.bmg.gv.at>

Das Wiener Programm für Frauengesundheit bereitet derzeit eine Broschüre „Schwangerschaft & Geburt“ für sozial benachteiligte werdende Eltern in deutscher und türkischer Sprache vor. Die Broschüre soll in leicht verständlicher Sprache die wichtigsten medizinischen, rechtlichen und psychosozialen Informationen rund um Schwangerschaft und Geburt in Wien vermitteln. Im Sinne der leichten Lesbarkeit wird sie Informationen auch über Bildmaterial transportieren; <http://www.frauengesundheit-wien.at/>

Ziel 10: Gesundheitliche Chancengleichheit für gesundheitlich benachteiligte Kinder und Jugendliche fördern

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
<p>Bezug der erhöhten Familienbeihilfe (doppelte Kinderbeihilfe) bei erheblicher Behinderung des Kindes bzw. dauerndem Unvermögen eines selbstständigen Erwerbes</p>	<p>Ein Erhöhungszuschlag zur allgemeinen Familienbeihilfe wird gewährt, wenn ein Kind erheblich behindert ist, d. h. wenn das Kind an einer nicht nur vorübergehenden (= vor-aussichtlich mehr als drei Jahre dauernden) gesundheitlichen Beeinträchtigung leidet und der Grad der Behinderung mindestens 50 Prozent beträgt oder das Kind voraussichtlich dauernd außerstande ist, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen; seit September 2010 wird zur Beurteilung des Grads der Behinderung eine neue, dem „state of the art“ in Diagnostik und Therapie entsprechende Einschätzungsverordnung herangezogen; http://www.bmwfj.gv.at/Familie/FinanzielleUnterstuetzungen/familienbeihilfe/Seiten/Anpruchsvoraussetzungen.aspx; http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=11379</p>
<p>Bereitstellen eines/ einer Dolmetschers/ Dolmetscherin für Gebärdensprache für Amtswege für Gehörlose</p>	<p>Der Fonds Soziales Wien fördert für gehörlose Menschen die Dienste eines Gebärdensprach-Dolmetschers bzw. -Dolmetscherin, wenn sie zur Teilhabe am sozialen Leben (Amtswege, Rechtsberatung, Arztbesuche, Wohnungsbeschichtigungen) oder für Bildungszwecke benötigt werden; http://behinderung.fsw.at/unterstuetzung_im_alltag/gebaerdendolmetsch/</p>

Verbesserung des Zugangs zu verfügbaren Sozialleistungen und Unterstützungsangeboten für Familien mit behinderten, gesundheitlich besonders belasteten Kindern

Das Sozialtelefon (kostenfreie Servicenummer 0800 / 20 16 11) des Sozialministeriums ist Wegweiser im Aufgabenbereich des Sozialministeriums (Arbeitsmarkt, Arbeitsrecht, Arbeitsinspektion, Pensionsversicherung, berufliche Eingliederung von Menschen mit Behinderung, Pflegevorsorge, Männer-, SeniorInnen- und Freiwilligenangelegenheiten sowie KonsumentInnenschutz) und in allgemeinen sozialen Fragen. Es bietet Information und Beratung zu Fragen im Zusammenhang mit einer Behinderung und im Einzelfall auch Information und Beratung für Personen in anderen schwierigen Lebenssituationen;

<http://www.bmask.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0510>

Der Verein „Lobby4kids“ fördert und unterstützt Netzwerke für Eltern, ÄrztInnen, Pflegepersonal und Betroffene. Mit finanzieller Unterstützung des BMG im Rahmen der Sonderrichtlinie „Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten“ wurde das Projekt „Erstellung einer Datenbank zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von chronisch kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen und deren Betreuungspersonen“ durchgeführt, das alle bisher gesammelten Daten von hunderten Einzelfällen professionell in dieser Datenbank verarbeitet sowie laufend aktualisiert und evaluiert. Zusätzlich sollen die Daten auch allen Betroffenen und Rat suchenden leicht und uneingeschränkt über Internet zur Verfügung stehen, um die Selbsthilfe zu fördern;

<http://www.lobby4kids.at/>

Vermehrtes Angebot für Tagesbetreuungsstrukturen für beeinträchtigte Kinder (insbesondere Kindergarten und Kindergruppen) schaffen

In den Kinderkrippen, Kindergärten und Kinderhorten der Stadt Wien werden rund 4.600 Kinder mit erhöhtem Förderbedarf von Spezialistinnen und Spezialisten betreut. Die Stadt Wien betreibt 276 Integrationsgruppen (146 Kindergartengruppen und 130 Hortgruppen) an 141 Standorten. Die Anzahl der Kinder in Integrationsgruppen ist auf maximal 20 beschränkt. Davon sind drei bis sechs Kinder mit Behinderung bzw. erhöhtem Förderbedarf untergebracht;

<http://www.wien.gv.at/bildung/kindergarten/abteilung/integration.html>

In Niederösterreich wird die Betreuungssituation im Kindergarten für Kinder, die spezielle Unterstützung und Angebote brauchen, individuell abgestimmt. Die Vorbereitung und Umsetzung integrativer Maßnahmen (Einzelintegration, Heilpädagogisch-Integrative Gruppe) geschieht in Zusammenarbeit von Eltern, dem Kindergarten, der Gemeinde und dem Land Niederösterreich. Ein konkretes Beispiel ist die Heilpädagogische Integrative Gruppe (HPI-Gruppe) in Krems, in der altersgemäß entwickelte Kinder wie auch behinderte Kinder (Kinder mit besonderen Bedürfnissen) individuell gefördert und auf ihren späteren Bildungsweg vorbereitet werden;

<http://sozialratgeber.krems.at/cms/website.php?id=/behinderung/integrationimkindergarten.php>

<p>Weiterer Ausbau von sozialpädiatrischen Zentren für Diagnostik und Förderung von behinderten und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen sowie von Kindern mit Entwicklungsstörungen oder -verzögerungen</p>	<p>Das Bundessozialamt bietet Beratungsdienste für Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen in Wien, Burgenland und der Steiermark. Die Einrichtungen bieten Diagnostik und Therapie für entwicklungsverzögerte Kinder und Jugendliche und zielen auf eine professionelle Unterstützung der Familien, um die bestmögliche Förderung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 19. Lebensjahr sicherzustellen; http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Kinder,Jugendliche_&Studierende/Beratung_&Diagnostik</p> <p>Die Mobile Frühförderung bietet Entwicklungsförderung und aufsuchende Familienbegleitung zu Hause für entwicklungsverzögerte und behinderte Kinder sowie Kinder mit einem Entwicklungsrisiko im Alter von 0 bis 6 Jahren; http://www.wienersozialdienste.at/foebe/mob.php</p> <p>Die Ambulatorien des VKKJ (Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche) bieten vielfältige Angebote zur Diagnose und Therapie von behinderten Kindern und Jugendlichen, u. a. neuropädiatrische Entwicklungsdiagnostik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychologische Tests und Beratung, Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, heilpädagogische Beratung, Frühförderung, Frühbetreuung und vieles mehr; ein Beispiel dafür stellt das Ambulatorium in der Fernkorngasse dar; http://www.vkkj.at/</p> <p>Im sozialpädiatrischen Ambulatorium Sonnenschein in St. Pölten werden unter einem Dach Diagnose, Beratung und Behandlung für Kinder mit Entwicklungsproblemen angeboten. Das Therapieangebot umfasst Musiktherapie, Logopädie, mobile Frühförderung, Ergo- und Physiotherapie, Psychologie bis Sonder- und Heilpädagogik; http://www.ambulatorium-sonnenschein.at/index.php</p>
--	---

Ziel 11: Früherkennung und gezielte Förderung bei Kindern und Jugendlichen verbessern

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
<p>Gesamtkonzept zur Eltern-Kind-Vorsorge neu</p>	<p>Im Rahmen einer systematischen Evaluierung des Mutter-Kind-Pass-Untersuchungsprogramms (Mutter-Kind-Pass neu), durchgeführt vom LBI HTA, wurde für 0- bis 6-Jährige als zusammenführendes Ergebnis des ersten Projektjahres (2010/2011) der generelle Bedarf an Vorsorgeleistungen bzw. Screeningmaßnahmen abgeleitet; http://hta.lbg.ac.at/de/index.php</p> <p>Das BMG arbeitet an einem Gesamtkonzept zur Eltern-Kind-Vorsorge neu; erste Grundlagenarbeiten dazu sind bereits beauftragt.</p>
<p>Standardisierte Untersuchungen zur Früherkennung von spezifischem Förderbedarf bereits im Kindergarten</p>	<p>Verschiedene Screening-Untersuchungen in Kindergärten in einzelnen Bundesländern, z. B. in Tirol, Vorarlberg und Wien; www.aks.or.at/angebote-fuer-kinder/kindergarten/kindergarten-vorsorge-neu/; www.tirol.gv.at/themen/gesundheit/lds-sanitaetsdirektion/kindergarten-vorsorgeprogramm/</p> <p>Schuleingangsuntersuchung in St. Veit an der Glan: Detaillierte medizinisch-gesundheitliche Untersuchung in einem Kindergarten in St. Veit an der Glan ein Jahr vor Schuleintritt, die über die in Kärnten übliche ärztliche Reihenuntersuchung hinausgeht. Ziel ist die Erfassung von kindlichen Entwicklungsstörungen und -beeinträchtigungen zur frühzeitigen therapeutischen Unterstützung; www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/media/Bericht_KliK_komplett_01.pdf</p>

Ziel 12: Ambulante Erstversorgung optimieren und zu Tagesrandzeiten und am Wochenende verbessern

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
<p>Schaffen von Transparenz über die derzeit verfügbaren Angebote im niedergelassenen Bereich, z. B. im Internet</p>	<p>Das öffentliche Gesundheitsportal Österreichs – www.gesundheit.gv.at – bietet unabhängige, qualitätsgesicherte und serviceorientierte Informationen rund um die Themen Gesundheit und Krankheit und u. a. auch einen zentralen Zugang zu webbasierten Informationen über niedergelassene ÄrztInnen; https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/services-suche.html</p>
<p>Bessere Information für Eltern, wohin sie sich wenden können, insbesondere durch Bereitstellen leicht verständlicher und leicht zugänglicher, mehrsprachiger Informationen über Ansprechpartner und Zuständigkeiten sowie z. B. durch die Einrichtung und Kommunikation einer (Kinder-) Notrufnummer</p>	<p>Unter der Notrufnummer 141 ist der Ärztefunkdienst in den Nachtstunden von 19.00 bis 7.00 Uhr, an Wochenenden von Freitag 19.00 bis Montag 7.00 Uhr sowie an Feiertagen ganztägig erreichbar. Nach der Tonbandinformation meldet sich ein/e Arzt/ÄrztIn, der/die telefonisch berät oder, wenn nötig, eine Kollegin an die angegebene Adresse schickt. Der Ärztefunkdienst steht nicht für erkrankte Kinder unter einem Jahr zur Verfügung; http://www.aekwien.at/index.php/hotlines-a-patienteninfo/aerztefunkdienst-141</p>
<p>Erarbeiten von regional angepassten Lösungen für eine Versorgung mit (niedergelassenen) KinderärztInnen zu den Tagesrand- und Wochenendzeiten (z. B. längere bzw. gestaffelte Öffnungszeiten von Facharztordinationen, Organisation eines kinderärztlichen Notdienstes, zentrale pädiatrischen Anlauf-Ordinationen, verstärkte pädiatrische Kompetenz in so genannten Ärztefunkdienst-Ordinationen, Ausbau der Ressourcen in den pädiatrischen Krankenausambulanzen)</p>	<p>Anfang 2012 soll eine kinderärztliche Praxisgemeinschaft am LKH Bludenz in Betrieb gehen. Das Pilotmodell einer pädiatrischen Gemeinschaftspraxis wurde in Verhandlungen der Partner Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft, Vorarlberger Gebietskrankenkasse und Ärztekammer Vorarlberg entwickelt und sieht das Zusammenführen kinderärztlicher Kompetenz in Form einer Praxisgemeinschaft zweier Kinderärzte in enger Anbindung an das LKH Bludenz vor; http://www.lkhz.at/bludenz/portal/index.php?type=show&id=MP2011-02-11-490600&v_id=e4e97202de226e82d4c49427a7c010ca&printV=1 In der Stadt Graz ist ein kinderärztlicher mobiler Notdienst (KiMoNo) etabliert, der unter der Rufnummer 0316 691 512 erreichbar ist; http://www.info-graz.at/cms/1/7262/</p>

Ziel 13: Pädiatrische Kompetenz in der Notfallversorgung stärken

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
Vertiefte pädiatrische Notfall-ausbildung bzw. Nachschulung für ÄrztInnen und Pflegepersonen, die in Rettungs-/Notarztsystemen tätig sind, und für alle ÄrztInnen, die mit Minderjährigen arbeiten, z. B. im Rahmen von Notarzt-Refresher-Kursen	Das Donauspital, Abteilung für Kinder- und Jugendchirurgie, bietet im Rahmen eines Kongresses zu Akutmedizin im Kindesalter einen zweitägigen Notarzt-Refresher-Workshop (anrechenbar nach § 40 Abs 3 ÄG Fortbildung für Notärzte) an; http://www.kidsdoc.at/verbrennung2011.html
Ausweitung der derzeit im Gesetz verankerten Teilnahme an Kinderschutzgruppen auf alle an der Kinder- und Jugendlichenversorgung beteiligten Personen des ärztlichen und Pflegepersonals durch entsprechende Verpflichtung und/oder durch Anreiz (z. B. über Fortbildungspunkte)	Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) sieht eine Verpflichtung zur Einrichtung einer Kinderschutzgruppe für alle nach ihrem Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Krankenanstalten vor. Der Kinderschutzgruppe haben jedenfalls als Vertreter des ärztlichen Dienstes ein/e Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendheilkunde oder ein/e Facharzt/-ärztin für Kinderchirurgie, eine VertreterIn des Pflegedienstes und Personen, die zur psychologischen Betreuung oder psychotherapeutischen Versorgung in der Krankenanstalt tätig sind, anzugehören; http://www.jusline.at/8e._Kinderschutzgruppen_KAKuG.html
Vernetzung von Informationen zwischen den Spitälern über Auffälligkeiten (z. B. häufigere Behandlungen wegen Verletzungen etc., die auf Gewalt oder Vernachlässigung zurückzuführen sein könnten)	In der 15. Novelle zum Ärztegesetz, die im Frühjahr 2011 in Begutachtung war, ist die Lockerung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht gegenüber anderen ÄrztInnen und Krankenanstalten zur besseren Vernetzung bei Verdacht des Kindesmissbrauchs vorgesehen; http://www.help.gv.at/Content.Node/171/Seite.1710286.html

Ziel 14: Versorgung in Krankenhäusern kinderfreundlicher machen

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
Kindgerechtes Gestalten der stationären Versorgung in Spitälern ohne pädiatrische Abteilung	Die Patientencharta, die im Rahmen einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern nach Art. 15a B-VG grundlegende Patientenrechte festlegt, beinhaltet auch Sonderbestimmungen für Kinder; https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/patientenrechte_patientencharta.html

Ziel 15: Versorgung in ausgewählten Bereichen verbessern (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie)

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
Verstärkte Ausbildung von FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Um die Ausbildung von FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu forcieren, wurde vom BMG eine Mangelfachverordnung herausgegeben. Zum Zweck der längerfristigen Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung kann demnach im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie vom Erfordernis der Beschäftigung eines/r weiteren Facharztes/-ärztin bei der Anerkennung von Ausbildungsstellen bis 2016 abgesehen werden.
Ausbau der Kapazitäten zur Grundversorgung durch niedergelassene FachärztInnen und Sicherstellung der multidisziplinären Vollversorgung gemeinsam mit niedergelassenen TherapeutInnen mit kinderspezifischer Ausbildung bzw. in interdisziplinären Ambulatorien	Das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Eisenstadt ist ein ambulantes Betreuungsangebot des Psychosozialen Dienstes Burgenland für das Nordburgenland. Behandlung und Betreuung leistet ein multiprofessionelles Team kostenlos; http://www.psd-bgld.at/einrichtungen/kjpp/index.html
Vernetzung und Kooperation aller beteiligten Angebote und Strukturen wie Gesundheitsförderung, Prävention, Krisenbehandlung, Suchtbehandlung, Rehabilitation, Einrichtungen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Störungsbildern, Einrichtungen der Jugendwohlfahrt	Das Zentrum für seelische Gesundheit des Psychosozialen Dienstes in Eisenstadt besteht aus einem multiprofessionellen Team von ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sowie Physio- und ErgotherapeutInnen. Neben dem Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (siehe oben) beherbergt es u. a. auch die organisatorische Zentrale des Psychosozialen Dienstes, den Verein pro mente Burgenland, die Suchtkoordination Burgenland und die Fachstelle für Suchtprävention; http://www.psd-bgld.at/ueberuns/geschichte/index.html
Erarbeiten eines Gesamtkonzepts zur neuropädiatrischen Versorgung in Österreich und deren Aufnahme in den ÖSG	Das Kompetenzzentrum für Neuropädiatrie und Psychosomatik am Landeskrankenhaus Thermenregion in Mödling stellt sich die Aufgabe, durch eine qualitativ hochwertige Behandlung der PatientInnen in Mödling und durch eine enge Kooperation mit allen Kinderabteilungen in Niederösterreich in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen mittelfristig die Versorgung dieser Patientengruppe in ganz Niederösterreich zu verbessern; http://www.moedling.lknoe.at/abteilungen/kinder-und-jugendabteilung.html

Ziel 16: Integrierte Versorgung der „modernen Morbidität“ verbessern

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
<p>Verbesserte Daten- und Informationssammlung zu Therapiebedarf und therapeutischem Angebot</p>	<p>Eine Registrierung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe existiert in Österreich bisher für PsychotherapeutInnen, klinische PsychologInnen, GesundheitspsychologInnen und MusiktherapeutInnen.</p>
<p>Gewährleistung einer flächendeckenden ausreichenden, qualitätsgesicherten, ambulanten therapeutischen Versorgung durch ein multiprofessionelles Netzwerk von institutionellen und niedergelassenen TherapeutInnen mit kinderspezifischen Aus- und/oder Weiterbildungen</p>	<p>Die Kinderdienste von aks Vorarlberg bieten zahlreiche Therapie- und Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche. Ziel ist die bestmögliche Unterstützung und Förderung, weshalb in interdisziplinären Teams, in denen Fachbereiche fließend ineinander übergehen, gearbeitet wird. Im Mittelpunkt stehen die individuellen Bedürfnisse jedes einzelnen Kindes; http://www.aks.or.at/angebote-fuer-kinder Kinderspezifische Aus- und Weiterbildungen bestehen bereits in den Bereichen Psychotherapie, klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie und Musiktherapie mit qualitätsgesicherten Weiterbildungscurricula; vgl. z. B. http://www.psychotherapie.at/sites/default/files/files/ki-plus-jugend/Leitlinie_KiJuPth_060320.pdf; Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) fungiert als Nahtstelle zwischen Versicherten, Vertragspartnern wie etwa ÄrztInnen oder ApothekerInnen, Sozialversicherungsträgern und Gebietskörperschaften. Das CCIV ist international vernetzt mit Vertretern aus Wissenschaft und Fachwelt und arbeitet eng mit Forschungsinstitutionen zusammen. Die Wiener Gebietskrankenkasse hat das CCIV 2006 im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger ins Leben gerufen, seit Anfang 2008 läuft es im Regelbetrieb.</p>

Ziel 18: Angebot für Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen verbessern

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
<p>Schrittweiser Ausbau des Angebots für Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung der regionalen Erfordernisse und im Einklang mit akkordierten Qualitätsstandards sowie dem quantitativen Bedarf laut der aktuellen Bedarfsschätzung des ÖBIG (Rehabilitation von Kinder und Jugendlichen in Österreich, Arbeiten zur Bedarfsabschätzung, Wien 2010)</p>	<p>Einen ersten Schritt in Richtung kindgerechter Rehabilitation stellt die Entwicklung eines diesbezüglichen Konzepts im Krankenhaus Oberndorf dar.</p>

Ziel 19: Pädiatrische Pflege sicherstellen sowie Kinderhospizarbeit und Palliative Care ausbauen

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
Bedarfserhebung an pädiatrischen Pflegepersonen mittels Pflegebedarfsstudie	Das BMG plant, eine Studie zur Erfassung des Bedarfs an Pflegekräften in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu beauftragen
Prüfung der Umsetzbarkeit niederschwelliger Unterstützungssysteme für Familien mit (chronisch) kranken Kindern, z.B. durch „Familiengesundheitspflege“ (Family health nurses)	Die Familiengesundheitspflege ist ein niederschwelliges Angebot u. a. zur Beratung und Unterstützung rund um Prävention und Gesundheitsförderung, frühzeitiges Erkennen potenzieller und aktueller Gesundheitsprobleme, Beratung und Begleitung im Kontext sozialer Gesundheitsfaktoren sowie als Verbindungsglied im Sinne von Case Management zum Hausarzt, anderen Gesundheits- und Sozialberufen bzw. ggf. als „Lotsen“ für angrenzende Bereiche wie z. B. Sozialamt, Arbeitsamt. Vor allem sozial benachteiligten Gruppen soll damit – z. B. durch aufsuchende Arbeit – der Zugang zum Sozial- und Gesundheitswesen erleichtert werden. In Deutschland existiert das Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege des DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.), das sich für die Etablierung der Familiengesundheitspflege im deutschen Gesundheitswesen einsetzt; http://www.familiengesundheitspflege.de/
Bedarfsstudie für Palliativpflege und Hospizarbeit für Kinder und Jugendliche für Österreich	Der Sterntalerhof in Loipersdorf-Kitzladen/Burgenland ist ein Kinderhospiz für Familien mit schwer- bzw. sterbenskranken Kindern. Im Rahmen der ganzheitlichen Lebensbegleitung umfasst die Betreuung die Bereiche Therapeutisches Reiten, Seelsorge, Klinische und Gesundheitspsychologie, Sonder- und Heilpädagogik, Musik- und Kunsttherapie, Kochpädagogik, darüber hinaus Sensorische Integration, Behinderten- und Montessori-Pädagogik, erforderlichenfalls im Rahmen palliativmedizinischer Betreuung; www.sterntalerhof.at
Ausbau der mobilen palliativen Versorgung und Kinderhospizarbeit eventuell im Rahmen von Reformpoolprojekten	Das KinderPalliativNetzwerk (KiPaNe) in Linz bietet eine umfassende, individuell abgestimmte mobile Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit lebensbedrohlichen oder lebensverkürzenden Erkrankungen. Die Unterstützungsleistungen wenden sich an die gesamte Familie, insbesondere die Geschwister, ebenso an die Bezugssysteme der Kinder, wie zum Beispiel Kindergarten, Schule, Behinderteneinrichtungen etc.; www.kinderpalliativnetzwerk.at Der Verein Kinderhospiz Netz unterstützt Familien, in denen ein Kind mit schwerer Erkrankung und begrenzter Lebenszeit lebt. Mit finanzieller Unterstützung des BMG im Rahmen der Sonderrichtlinie „Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten“ wurde das Projekt „Ausbildung und Koordination von Ehrenamtlichen für das Mobile Kinderhospiz Verein Netz“ durchgeführt, dessen nächstes Ziel es war, 10 – 15 weitere ehrenamtliche Betreuungspersonen für die Unterstützung von Familien mit sterbenden Kindern zu schulen; http://www.kinderhospiz.at/

Ziel 20: Verfügbarkeit von kindergerechten Arzneimitteln verbessern

Maßnahmen	Beispielhafte existierende bzw. konkret geplante Maßnahmen und Projekte
<p>Erarbeitung eines Modells für ein Kinderforschungsnetzwerk zwischen BMG und BMWF, ÖKGJ, Industrie, Sozialversicherungsträgern, den jeweiligen Universitäten und den beteiligten Studienzentren</p>	<p>Ein österreichisches Studiennetzwerk für Arzneimittel und Therapien für Kinder und Jugendliche soll durch die Bündelung der Kompetenzen und Ressourcen die Basis schaffen, um die notwendige klinische Forschung für Arzneimittelsicherheit zu verstärken. Ein Modell zu Aufbau und Koordination des Netzwerks, das insbesondere die Steuerung (wirtschaftlich, Pflichten und Rechte), die Mittelauf- und Zuteilung, ein Mehrjahresbudget, die systematische Mitteleinwerbung, die Wirkungsmessung (siehe unten) und eine allfällige Anbindung an EU-Netzwerke berücksichtigt, soll gemeinsam mit allen Partnern einer Public Private Partnership erarbeitet werden.</p>
<p>Sicherstellen einer Basisfinanzierung für das Netzwerk zur Erforschung von Kinderarzneimitteln (Kinderforschungsnetzwerk) von ca. 500.000,- Euro pro Jahr über fünf Jahre</p>	<p>Das BMG plant, sich über fünf Jahre an der Basisfinanzierung des Netzwerkes zur Erforschung von Kinderarzneimitteln (Kinderforschungsnetzwerk) zu beteiligen</p>

Auf dem Weg zu einer gesünderen Gesellschaft spielt Kinder- und Jugendgesundheit eine zentrale Rolle. Denn Kinder können nicht nur am leichtesten gesundes Verhalten lernen – sie profitieren auch am längsten davon. Mit der vorliegenden Kindergesundheitsstrategie wird das Bewusstsein geschärft, dass nicht nur das Gesundheitsressort, sondern viele Bereiche der Politik zur Gesundheit der Kinder beitragen.

www.bmg.gv.at