

Gesundheitsbericht Kinder und Jugendliche

Adipositas - Depression

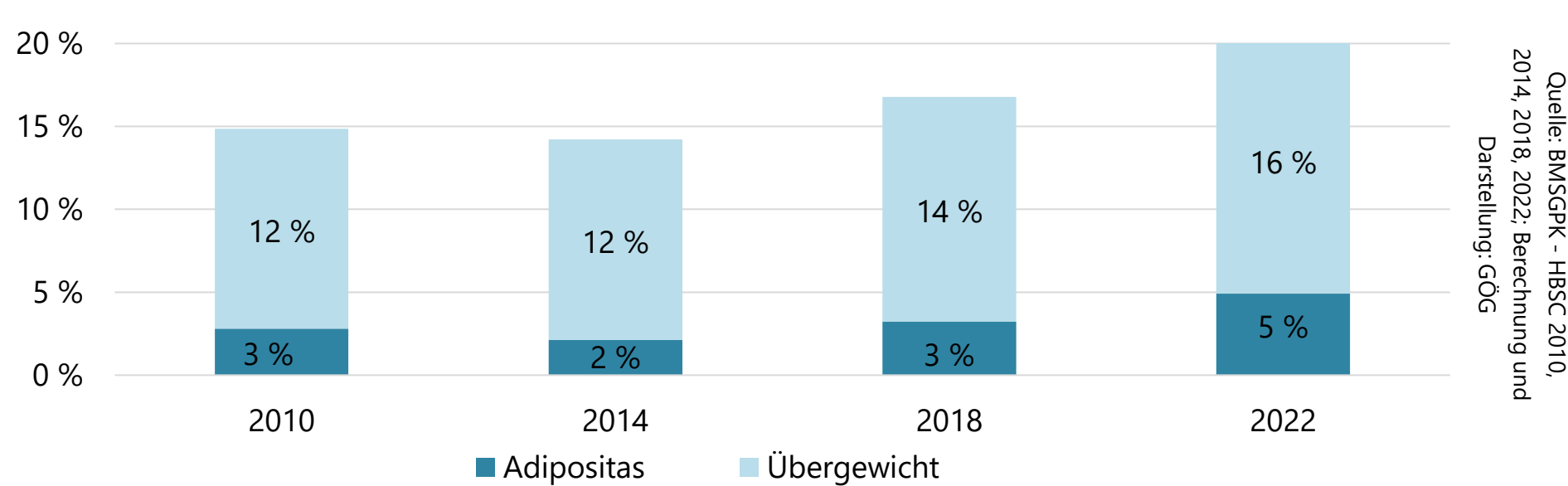
Projektteam: Petra Winkler, Sandra Ecker, Jennifer Delcour

Hintergrund und Methodik

- Insbesondere nach COVID-19 deuten Studien und Zahlen aus Krankenanstalten neben körperlichen Folgen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen - wie **Gewichtszunahme** - auch auf psychische Probleme wie **Depressionen** hin.
- Dem Gesundheitsbericht liegt ein **Mixed-Methods-Ansatz** zugrunde:
 - Scoping Review
 - Sekundärdatenanalyse
 - qualitative leitfadengestützte Interviews u. a. mit jungen Betroffenen, Fachexpertinnen und -experten
 - Workshops mit Stakeholderinnen und Stakeholdern (u. a. BMSGPK, ÖGK) zur Diskussion von Maßnahmenempfehlungen
 - Einladung von Stakeholdern zu einem finalen Review des Berichts

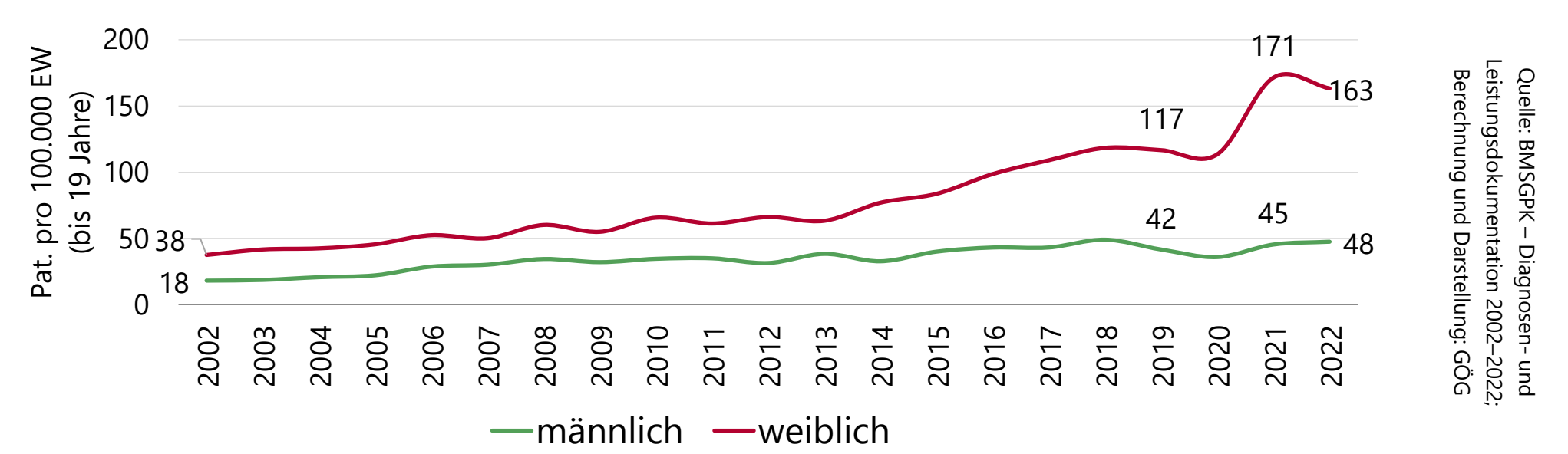
(vermutete) Prävalenz und soziodemographische Komponenten

Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler:innen; Österreich 2010–2022



- **Burschen sind häufiger von Adipositas betroffen als Mädchen** (14 vs. 8 %) (COSI 2020)
- **Armut** und ein **geringer Bildungsstand** der Eltern sind **Risikofaktoren** (niedriger Wohlstand: 22 % Übergewicht und 9 % Adipositas; hoher Wohlstand: 15 % Übergewicht und 4 % Adipositas) (HBSC 2022)

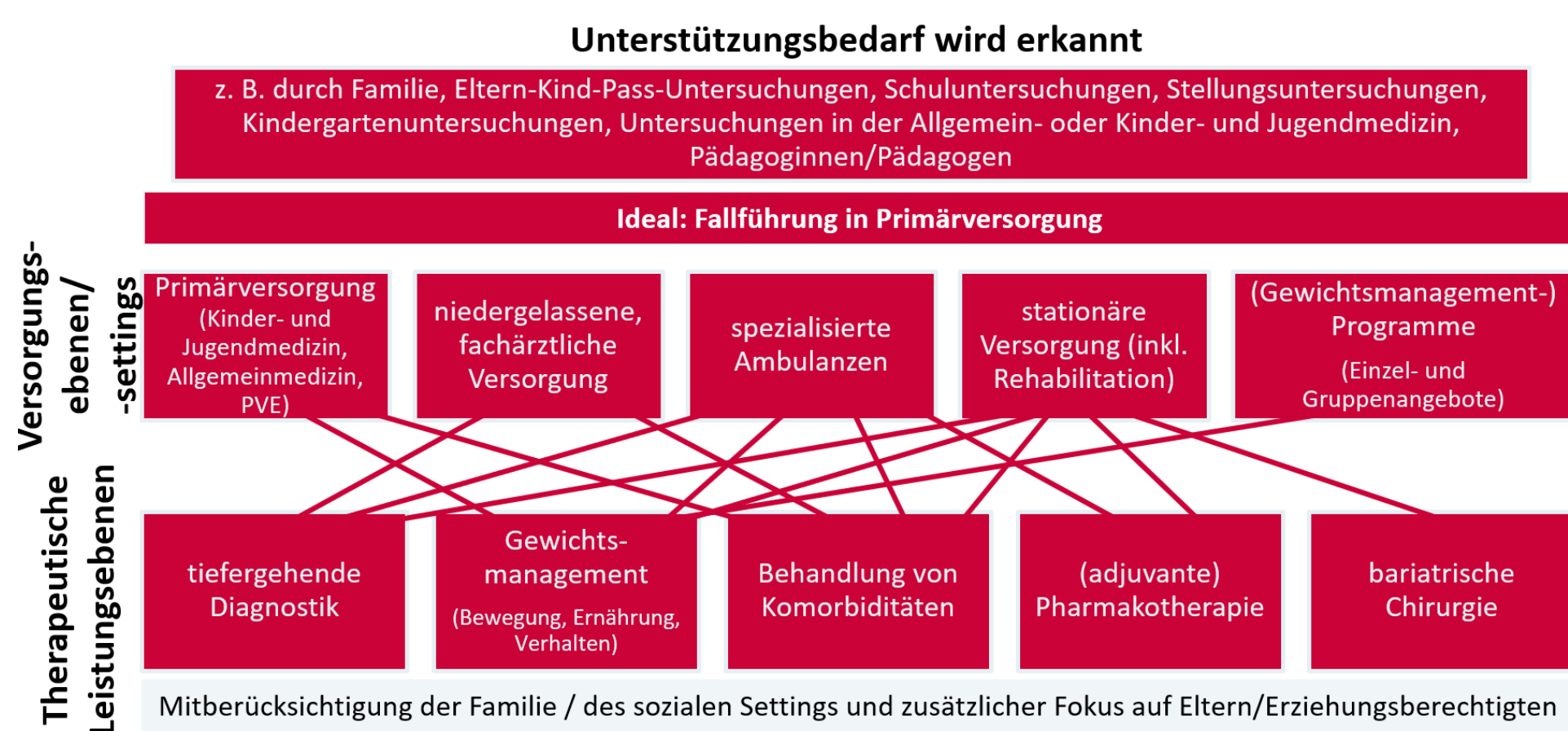
Depressive Episoden (F32) und Rezidivierende depressive Störung (F33) bei 0- bis 19-Jährigen: stationäre Pat. in österr. Akutkrankenanstalten, 2002–2022



- **Mädchen sind tendenziell häufiger von depressiven Verstimmungen betroffen als Burschen** (22 vs. 10 %) (HBSC 2022)
- Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit **niedrigem sozioökonomischen Status** gaben häufiger eine **niedrigere Lebenszufriedenheit** an als Gleichaltrige mit höherem sozioökonomischen Status (rund 40 % vs. 18 %) (HBSC 2022)

Versorgungssituation

Adipositas



Depressionen, psychische Erkrankungen



Hürden und Barrieren und Empfehlungen (Auswahl)

- uneinheitliche **Therapieprozesse**
- unübersichtliche **Angebotslandschaft**
- unzureichendes **Versorgungsangebot** und Systemprobleme (Angebotsdichte, lange Wartezeiten, Finanzierung)
- fehlende Ressourcen in der **Primärversorgung** (PV) für die Übernahme der langfristigen Fallführung
- Stigma** und teilweise fehlendes Problembewusstsein
- mangelhafte bis fehlende **Nachbetreuung** und **Transitionsstrukturen**
- anschließende Versorgungsschritte nach **routinemäßigen Screenings** (z. B. schulärztliche Untersuchung)

- Angebotsübersicht** bereitstellen; Versorger:innen **vernetzen**; klare **Zuweisungsstrategien** entwickeln; **Informationsfluss** unter Versorger:innen sicherstellen
- Angebotslandschaft** versorgungswirksam ausbauen (z. B. Adipositasambulanzen, (Kinder-)PVE, stationäre Behandlungsplätze in der KJP, fachärztliches Angebot für KJP mit ÖGK-Kassenvertrag, kassenfinanzierte psychotherapeutische Angebote)
- Ausbau (Kinder-)PVE; allen Einrichtungsformen der PV Zugang zu **Gesundheits- und Sozialberufen** ermöglichen
- Sensibilisierung** (z. B. Gesundheitsberufe, Pädagoginnen/Pädagogen); Unterstützungsangebote zur **Bewältigung von Stigmaerfahrungen** und Abbau von Selbststigma ausbauen; **Fortbildungsangebote** zu Adipositas und psych. Gesundheit für Gesundheitspersonal ausbauen; **Kommunikationskompetenzen** fördern
- Nachbetreuung** gewährleisten, **Transition** sicherstellen (Entwicklung von Konzepten), spez. Transitionsstrukturen in jeder Versorgungsregion in Kooperation von PSY/KJP ausbauen
- Routineuntersuchungen** in Bildungseinrichtungen nutzen; **integrierte Versorgung** fördern