

Kinder- und Jugend- Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark



**gesundheit
steiermark**



**Das Land
Steiermark**



Mein politisches und persönliches Anliegen ist es, dass Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten erreichbar sein muss. Besonders wichtig ist für mich in diesem Zusammenhang die Gesundheit unserer steirischen Kinder und Jugendlichen.

Die Basis für eine zielgerichtete und bedarfsorientierte gesundheitspolitische Arbeit liegt in der systematischen Erhebung, Zusammenführung und Auswertung von Daten und Fakten.

Das Land Steiermark, das sich zur regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung verpflichtet hat, erstellt seit Jahren allgemeine und auch themenspezifische Gesundheitsberichte - wie nun den „Kinder- und Jugendgesundheitsbericht“ - die wesentliche Faktoren für die gesundheitliche Situation der Menschen in der Steiermark beleuchten und eine fundierte Beobachtung der Entwicklungen überhaupt erst ermöglichen.

In diesem Jahr steht uns mit dem Spezialbericht „Kinder und Jugendgesundheit“, der sich an den Gesundheitszielen Steiermark orientiert, erstmals eine komprimierte Zusammenschau der wesentlichen Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in unserem Land zur Verfügung.

Unser aller Ziel muss es sein, unseren Kindern und Jugendlichen die Chance zu ermöglichen, gesund aufwachsen zu dürfen. Wir setzen uns dafür ein, dass Gesundheitsförderung und Prävention noch stärker in den Blickpunkt aller dafür bedeutsamen politischen Bereiche gerückt werden.

Es geht um eine zukunftsorientierte steirische Gesundheitspolitik, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Das ist unser Auftrag für die Zukunft – die unserer Kinder!

Dr.ⁱⁿ Bettina Vollath
Landesrätin für Gesundheit und Kultur

Inhaltsverzeichnis

EXEKUTIVE SUMMARY	1
I Zusammengefasste Ergebnisse.....	1
I.I Gesundes Leben mitgestalten	1
I.II Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen	1
I.III Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen	2
I.IV Gesunde Lebensverhältnisse schaffen.....	3
I.V Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schaffen	4
I.VI Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten	4
II Empfehlungen	7
II.I Gesundes Leben mitgestalten	7
II.II Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen	9
II.III Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen	10
II.IV Gesunde Lebensverhältnisse schaffen.....	11
II.V Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schaffen	13
II.VI Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten	14
Literatur	15
III EINLEITUNG.....	17
Literatur	17
IV Methodik	19
Literatur	22
1 Frühzeitige SchulabbrecherInnen	24
1.1 Bedeutung des Indikators „Frühzeitige SchulabbrecherInnen“.....	24
1.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Frühzeitige SchulabbrecherInnen“	24
1.3 „Häuslicher Unterricht im Vorschulalter“ nach Geschlecht und Trend.....	25
1.4 Zusammenfassung.....	26
Literatur	26
2 Anteil der Kinder im Kindergarten	27
2.1 Bedeutung des Indikators „Anteil der Kinder im Kindergarten“.....	27
2.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Anteil der Kinder im Kindergarten“	27
2.3 „Anteil der Kinder im Kindergarten“ im Bundesländervergleich	28
2.4 „Anteil der Kinder im Kindergarten“ im Trend	28
2.5 Zusammenfassung.....	29
Literatur	29
3 Bevölkerungsstruktur	30
3.1 Bedeutung des Indikators „Bevölkerungsstruktur“	30
3.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Bevölkerungsstruktur“.....	30
3.3 „Bevölkerungsstruktur“ nach Geschlecht, breiten Altersgruppen und im Bundesländervergleich.....	31
3.4 „Bevölkerungsstruktur“ nach Geschlecht, breiten Altersgruppen und im Bezirksvergleich ...	32
3.5 „Bevölkerungsstruktur“ nach Bezirken, Geschlecht und höchster abgeschlossener Bildung	33
3.6 „Bevölkerungsstruktur“ im Trend.....	34
3.7 Zusammenfassung.....	35
Literatur	35
4 Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten.....	36
4.1 Bedeutung des Indikators „Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten“	36
4.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten“	36
4.3 „Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten“ nach Geschlecht im Bundesländervergleich	37
4.4 „Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten“ nach Geschlecht und Trend	37
4.5 Zusammenfassung.....	38
Literatur	39
5 Bildungsstatus der Eltern	40
5.1 Bedeutung des Indikators „Bildungsstatus der Eltern“.....	40
5.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Bildungsstatus der Eltern“	40
5.3 „Bildungsstatus der Eltern“ nach Geschlecht im Bundesländervergleich im Jahr 2008	42
5.4 „Bildungsstatus der Eltern“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2001 ..	44
5.5 „Bildungsstatus der Eltern“ nach Geschlecht und Trend	46
5.6 Zusammenfassung.....	47

Literatur	47
6 Sozioökonomische Lebensumstände der Kinder	48
6.1 Bedeutung des Indikators „Sozioökonomische Lebensumstände der Kinder“	48
6.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Sozioökonomische Lebensumstände der Kinder“	48
6.3 „Sozioökonomische Lebensumstände der Kinder“ im Bundesländervergleich	49
6.4 Zusammenfassung	50
Literatur	50
7 Armutsgefährdung	51
7.1 Bedeutung des Indikators „Armutsgefährdung“	51
7.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Armutsgefährdung“	51
7.3 „Armutsgefährdung“ im Bundesländervergleich	52
7.4 Zusammenfassung	52
Literatur	53
8 Migration	54
8.1 Bedeutung des Indikators „Migration“	54
8.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Migration“	54
8.3 „Migration“ nach Alter und Geschlecht	55
8.4 Zusammenfassung	56
Literatur	56
9 Gesundheit in alle Politikbereiche bringen	57
9.1 Bedeutung von „Gesundheit in alle Politikbereiche bringen“	57
9.2 Vorgangsweise	57
9.3 Ansätze zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit in verschiedenen Politikbereichen	58
9.3.1 Finanzsektor	58
9.3.2 Bildungssektor	58
9.3.3 Medien	60
9.3.4 Sozialssektor	60
9.3.5 Umwelt	62
9.3.6 Gesetzgebung und Justiz	62
9.3.7 Landwirtschaft und Lebensmittelsektor	64
9.3.8 Tourismus	65
9.3.9 Verkehr	65
9.4 Zusammenfassung	67
Literatur	67
10 Jugendarbeitslosigkeit	72
10.1 Bedeutung des Indikators „Jugendarbeitslosigkeit“	72
10.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Jugendarbeitslosigkeit“	72
10.3 „Jugendarbeitslosigkeit“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich	73
10.4 „Jugendarbeitslosigkeit“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status	74
10.5 „Jugendarbeitslosigkeit“ nach Geschlecht und Trend	75
10.6 Zusammenfassung	75
Literatur	76
11 Gesprächsklima mit Eltern	77
11.1 Bedeutung des Indikators „Gesprächsklima mit den Eltern“	77
11.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Gesprächsklima mit den Eltern“	77
11.3 „Gesprächsklima mit der Mutter“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich	78
11.4 „Gesprächsklima mit der Mutter“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status	79
11.5 „Gesprächsklima mit der Mutter“ nach Geschlecht und Trend	80
11.6 „Gesprächsklima mit dem Vater“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich	81
11.7 „Gesprächsklima mit dem Vater“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status	82
11.8 „Gesprächsklima mit dem Vater“ nach Geschlecht und Trend	83
11.9 Zusammenfassung	83
Literatur	84
12 Unterstützung durch LehrerInnen	85
12.1 Bedeutung des Indikators „Unterstützung durch LehrerInnen“	85
12.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Unterstützung durch LehrerInnen“	85
12.3 „Unterstützung durch LehrerInnen“ nach Geschlecht und im Bundesländer- und Österreichvergleich	86
12.4 „Unterstützung durch LehrerInnen“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status	87
12.5 „Unterstützung durch LehrerInnen“ nach Geschlecht und Trend	88

12.6	Zusammenfassung.....	88
	Literatur	89
13	Klassenklima	90
13.1	Bedeutung des Indikators „Klassenklima“	90
13.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Klassenklima“	90
13.3	„Klassenklima“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich	91
13.4	„Klassenklima“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status	92
13.5	„Klassenklima“ nach Geschlecht und Trend	93
13.6	Zusammenfassung.....	93
	Literatur	93
14	Bewegung.....	96
14.1	Bedeutung des Indikators „Bewegung“	96
14.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Bewegung“	96
14.3	„Bewegung“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich	97
14.4	„Bewegung“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status.....	98
14.5	„Bewegung“ nach Geschlecht und Trend	98
14.6	Zusammenfassung.....	99
	Literatur	99
15	Übergewicht und Adipositas	100
15.1	Bedeutung des Indikators „Übergewicht und Adipositas“	100
15.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Übergewicht und Adipositas“	100
15.3	„Übergewicht und Adipositas“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich	102
15.4	„Übergewicht und Adipositas“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status	103
15.5	„Übergewicht und Adipositas“ nach Geschlecht und Trend.....	104
15.6	Zusammenfassung.....	104
	Literatur	105
16	Rauchverhalten	106
16.1	Bedeutung des Indikators „Rauchverhalten“	106
16.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Rauchverhalten“	106
16.3	„Rauchverhalten“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich.....	107
16.4	„Rauchverhalten“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status	108
16.5	„Rauchverhalten“ nach Geschlecht und Trend	109
16.6	Zusammenfassung.....	109
	Literatur	110
17	Problematischer Alkoholkonsum	111
17.1	Bedeutung des Indikators „Problematischer Alkoholkonsum“	111
17.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Problematischer Alkoholkonsum“	111
17.3	„Problematischer Alkoholkonsum“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich	112
17.4	„Problematischer Alkoholkonsum“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status	112
17.5	„Problematischer Alkoholkonsum“ nach Geschlecht und Trend.....	113
17.6	Zusammenfassung.....	114
	Literatur	114
18	Lebenszufriedenheit	115
18.1	Bedeutung des Indikators „Lebenszufriedenheit“	115
18.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Lebenszufriedenheit“	115
18.3	„Lebenszufriedenheit“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich.....	116
18.4	„Lebenszufriedenheit“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status	116
18.5	„Lebenszufriedenheit“ nach Geschlecht und Trend.....	117
18.6	Zusammenfassung.....	117
	Literatur	118
19	Cannabiskonsum.....	119
19.1	Bedeutung des Indikators „Cannabiskonsum“	119
19.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Cannabiskonsum“	119
19.3	„Cannabiskonsum“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich	120
19.4	„Cannabiskonsum“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status.....	121
19.5	„Cannabiskonsum“ nach Geschlecht und Trend	122
19.6	Zusammenfassung.....	122
	Literatur	123
20	Immunisierungsrate	124
20.1	Bedeutung des Indikators „Immunisierungsrate“	124
20.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Immunisierungsrate“	125

20.3	„Immunisierungsrate“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich	126
20.4	„Immunisierungsrate“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status	127
20.5	„Immunisierungsrate“ nach Geschlecht und Trend.....	128
20.6	Zusammenfassung.....	128
	Literatur	129
21	Teenagerschwangerschaften	130
21.1	Bedeutung des Indikators „Teenagerschwangerschaften“	130
21.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Teenagerschwangerschaften“	130
21.3	„Teenagerschwangerschaften“ im Bundesländervergleich.....	131
21.4	„Teenagerschwangerschaften“ nach sozioökonomischem Status und Trend.....	132
21.5	Zusammenfassung.....	133
	Literatur	133
22	Unfälle	134
22.1	Bedeutung des Indikators „Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“	134
22.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“.....	134
22.3	Straßenverkehrsunfälle sowie Unfälle in Sport und Freizeit.....	135
22.4	„Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“ – Vergiftungen nach Geschlecht und im Bundesländervergleich.....	136
22.5	„Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“ – Vergiftungen nach Geschlecht und Trend.....	136
22.6	„Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“ – ausgewählte Knochenbrüche nach Geschlecht und im Bundesländervergleich	137
22.7	„Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“ – ausgewählte Knochenbrüche nach Geschlecht und Trend	138
22.8	„Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“ – Verbrennungen und Verätzungen nach Geschlecht und im Bundesländervergleich	138
22.9	„Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“ – Verbrennungen und Verätzungen nach Geschlecht und Trend	139
22.10	Zusammenfassung.....	139
	Literatur	140
23	Zahngesundheit.....	141
23.1	Bedeutung des Indikators „Zahngesundheit“	141
23.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Zahngesundheit“.....	141
23.3	„Zahngesundheit“ bei 6-Jährigen nach Geschlecht, Region und im Vergleich zu Gesamtösterreich.....	143
23.4	„Zahngesundheit“ bei 12-Jährigen nach Geschlecht, Region und im Vergleich zu Gesamtösterreich.....	144
23.5	„Zahngesundheit“ nach sozioökonomischem Status	144
23.6	„Zahngesundheit“ und Trend	145
23.7	Zusammenfassung.....	146
	Literatur	146
24	Altersspezifische Gesamtmortalität	148
24.1	Bedeutung des Indikators „Altersspezifische Gesamtmortalität“	148
24.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „altersspezifische Gesamtmortalität“	148
24.3	„Altersspezifische Gesamtmortalität“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich	149
24.4	„Altersspezifische Gesamtmortalität“ nach Geschlecht und Trend.....	149
24.5	„Säuglingssterblichkeit“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich	150
24.6	Zusammenfassung.....	151
	Literatur	151
25	Ursachenspezifische Mortalität.....	153
25.1	Bedeutung des Indikators „Ursachenspezifische Mortalität“	153
25.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Ursachenspezifische Mortalität“	153
25.3	„Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich.....	154
25.4	„Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten“ nach Geschlecht und Trend	155
25.5	„Todesfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich.....	156
25.6	„Todesfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen“ nach Geschlecht und Trend	157

25.7	„Todesfälle aufgrund von angeborenen Missbildungen“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich.....	158
25.8	„Todesfälle aufgrund von angeborenen Missbildungen“ nach Geschlecht und Trend.....	159
25.9	„Todesfälle aufgrund von unbeabsichtigten Verletzungen (Unfällen)“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich.....	160
25.10	„Todesfälle aufgrund von unbeabsichtigten Verletzungen (Unfällen)“ nach Geschlecht und Trend.....	161
25.11	„Todesfälle aufgrund von Selbstmord und Selbstbeschädigung“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich.....	162
25.12	„Todesfälle aufgrund von Selbstmord und Selbstbeschädigung“ nach Geschlecht und Trend.....	163
25.13	„Todesfälle aufgrund von Körperverletzung, Totschlag und Mord“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich.....	164
25.14	„Todesfälle aufgrund von Körperverletzung, Totschlag und Mord“ nach Geschlecht und Trend.....	165
25.15	„Perinatale Sterblichkeit“ im Bundesländervergleich und Trend.....	165
25.16	Zusammenfassung.....	166
	Literatur.....	166
26	Subjektiver Gesundheitszustand.....	167
26.1	Bedeutung des Indikators „Subjektiver Gesundheitszustand“.....	167
26.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Subjektiver Gesundheitszustand“.....	167
26.3	„Subjektiver Gesundheitszustand“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich.....	168
26.4	„Subjektiver Gesundheitszustand“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status.....	169
26.5	„Subjektiver Gesundheitszustand“ nach Geschlecht und Trend.....	170
26.6	Zusammenfassung.....	170
	Literatur.....	171
27	Berichtete Beschwerden.....	172
27.1	Bedeutung des Indikators „Berichtete Beschwerden“.....	172
27.2	Berechnung/Darstellung des Indikators „Berichtete Beschwerden“.....	172
27.3	„Berichtete Beschwerden“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich.....	173
27.4	„Berichtete Beschwerden“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status.....	174
27.5	„Berichtete Beschwerden“ nach Geschlecht und Trend.....	175
27.6	Zusammenfassung.....	175
	Literatur.....	176
28	Kinderbegleitung im Krankenhaus.....	177
28.1	Bedeutung des Indikators „Kinderbegleitung im Krankenhaus“.....	177
28.2	Darstellung des Indikators „Kinderbegleitung im Krankenhaus“.....	178
28.3	Kinderbegleitung im Krankenhaus in der Steiermark.....	178
28.4	Zusammenfassung.....	185
	Literatur.....	186
	ANHANG.....	188
	IMPRESSUM.....	189

EXEKUTIVE SUMMARY

I Zusammengefasste Ergebnisse

I.I Gesundes Leben mitgestalten

Die Beteiligung und die Möglichkeit, das Leben selbst mitzugestalten, sind wesentliche Faktoren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Land Steiermark, 2007, S. 7). Durch den Besuch von Kindergärten und Schulen können Fähigkeiten wie Kommunikation, Selbstbehauptung, Problemlösefähigkeit, Verantwortungsübernahme, Umgang mit Stress, Teamfähigkeit etc. als auch für die Gesundheit wichtige Lebenskompetenzen erlernt werden.

Indikator Anteil der ...	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Buben	mit steigendem Alter	mit sinkendem SÖS	im zeitlichen Verlauf
Kinder im häuslichen Unterricht	n.e.	↓	n.v.	n.v.	↔
Kinder, die nicht im Kindergarten sind	↑	n.v.	n.v.	n.v.	↓

n.e.: nicht erhoben, n.v.: nicht verfügbar, ↓: niedriger, ↔: gleich (Differenzen ab einem Prozent angezeigt)

SÖS = Sozioökonomischer Status

Tabelle I: Gesundes Leben mitgestalten¹

In der Steiermark gehen mehr Kinder als im österreichischen Schnitt nicht in den Kindergarten. Während jedoch die Anzahl der Kindergartenkinder in den letzten Jahren gestiegen ist, hat sich jene der Kinder im häuslichen Unterricht nicht geändert.

I.II Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen

Gesundheit wird maßgeblich von den Chancen und Ressourcen bestimmt, die Menschen befähigen, ihr Gesundheitspotential auszuschöpfen. Die Gesundheit und die Chancen für Gesundheit sind ungleich verteilt, sozial benachteiligte Gruppen haben eine schlechtere Gesundheit als andere Personen (Land Steiermark, 2007, S. 7).

Indikator Anteil der ...	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Buben	mit steigendem Alter	mit sinkendem SÖS	im zeitlichen Verlauf
jugendlichen Bevölkerung	↓	↓	n.z.	n.v.	↓
Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten	↑	n.v.	n.v.	n.v.	↑
Kinder von Müttern mit Bildung unter Matura als höchste abgeschlossene Bildung	↑	n.v.	n.v.	n.z.	↓
Kinder von Vätern mit Bildung unter Matura als höchste abgeschlossene Bildung	↑	n.v.	n.v.	n.z.	↓
Kinder in unteren 3 SÖS-Klassen ¹⁾	↑	n.v.	n.v.	n.z.	n.e.
Kinder in armutsgefährdeten Haushalten	↓	n.v.	n.v.	n.z.	n.e.
AsylbewerberInnen unter 20 Jahren	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

Tabelle II: Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen

In der Steiermark leben mehr Kinder in einem Lebensumfeld, das einen niedrigeren sozialen Status aufweist als bei anderen österreichischen Kindern. Im Vergleich zu anderen Bundesländern gibt es einen größeren und steigenden Anteil an AlleinerzieherInnen und zugleich einen größeren Anteil an

¹ Pfeile nach oben oder unten wurden ab einem Prozent Unterschied gesetzt.

Kindern, die in Familien leben, in denen die Erziehungsberechtigten einen niedrigeren Bildungs- und Beschäftigungsstatus aufweisen. Dieser Anteil ist in der Steiermark jedoch in den letzten Jahren gesunken. Parallel steigt der Anteil der älteren Bevölkerung in der Steiermark, besonders jener der weiblichen.

I.III Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen

Gesundheit wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst (z.B. Arbeit, Bildung, Umwelt etc.), die durch Entscheidungen von Sektoren außerhalb des Gesundheitswesens bestimmt werden. Um gesunde Lebensbedingungen zu schaffen, muss also Gesundheit in allen Politikbereichen verankert werden (Land Steiermark, 2007, S. 8).

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass in der Steiermark, neben dem Gesundheitssektor, besonders in den Sektoren Bildung, Soziales, Verkehr sowie im Bereich Justiz und Gesetzgebung, der auch die Regelung von demokratischen Beteiligungsmöglichkeiten sowie die Umsetzung von Kinderrechten beinhaltet, bereits gute Voraussetzungen vorhanden sind und wichtige Beiträge zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen geleistet werden. Eher projekt- und angebotsorientierte Aktivitäten hinsichtlich der Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit setzen auch die Sektoren Landwirtschaft, Verkehr und Tourismus, hier wären mehr systemische Veränderungen zu erarbeiten. Potenzial zur weiteren Berücksichtigung von Kinder- und Jugendgesundheitsaspekten gibt es auch in den Sektoren Finanzen, Medien und Umwelt. Ein Mittel zur Bewusstseinsbildung und zur Mitgestaltung von gesundheitsrelevanten Entscheidungen in anderen Politikbereichen ist die Prüfung von Projekten und Politiken anderer Sektoren bzgl. deren Auswirkung auf die Gesundheit der steirischen Kinder und Jugendlichen sowie der darauf basierenden Entwicklung von Vorschlägen zur Stärkung der positiven und zur Reduzierung der negativen Gesundheitskonsequenzen (Health Impact Assessment).

I.IV Gesunde Lebensverhältnisse schaffen

Gesundheit entsteht dort, wo Menschen leben, lieben, arbeiten und lernen (WHO, 1986). Daher sind die soziale Umgebung, die Unterstützung sowie die Rahmenbedingungen in den verschiedenen Lebenswelten von großer Bedeutung für den Gesundheitszustand (Land Steiermark, 2007, S. 5).

Indikator Anteil der ...	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Buben	mit steigendem Alter	mit sinkendem SÖS	im zeitlichen Verlauf
arbeitslosen Jugendlichen (Quote)	↔	↑	n.v.	n.v.	↑ ³⁾
Kinder mit schlechter Unterstützung der Mutter ¹⁾	↑	↑	↑	↑	□
Kinder mit schlechter Unterstützung des Vaters ¹⁾	↓	↑	↑	↑	□
Kinder mit wenig Unterstützung durch LehrerInnen ²⁾	□	↓	↑	↑	□
Kinder mit Angabe eines schlechten Klassenklimas ²⁾	↑	↔	□	↔	□

n.v.: nicht verfügbar, ↑: höher, ↓: niedriger, ↔: gleich, □: kein einheitlicher Trend

1) Prozentsatz jener, die „sehr schwer und schwer“ auf die Frage „Wie leicht oder schwer fällt es dir, mit den folgenden Personen über Dinge zu sprechen, die dir wirklich nahe gehen und dir wichtig sind?“ antworteten.

2) Anteil jener, die wenig und sehr wenig Unterstützung durch LehrerInnen angaben, sowie jener, die ein (sehr) schlechtes Klassenklima angaben.

3) Bezieht sich auf die Gesamtstatusquote, welche alle Jugendlichen beinhaltet, die als arbeitslos gemeldet sind, sich in Schulungen befinden bzw. auf Lehrstellensuche sind.

Tabelle III: Gesunde Lebensverhältnisse schaffen²

Insgesamt geben rund 92 % der steirischen Kinder eine gute Unterstützung durch die Mütter und 85 % geben eine gute Unterstützung durch die Väter an. Wenngleich steirische Kinder bei der HBSC-Befragung (Health Behaviour of School-Aged Children) eine schlechtere Unterstützung seitens der Mütter angeben als andere österreichische Kinder und Jugendliche, auch das Klassenklima wird als schlechter beschrieben. Ein größerer Anteil an Mädchen gibt eine schlechte und niedrige Unterstützung seitens der Eltern an, während Buben eine schlechtere Unterstützung seitens der LehrerInnen angeben. Mädchen hingegen schätzen das Klassenklima als besser ein als Buben. Mit steigendem Alter und sinkendem sozioökonomischen Status (SÖS) sinkt die Unterstützung der Kinder und Jugendlichen in den Familien und in der Schule.

Die Lebensumstände jener Jugendlichen, die nicht mehr in die Schule gehen, dürften sich aufgrund einer steigenden Jugendarbeitslosigkeitsquote verschlechtern.

² Ein Pfeil „höher“ ↑ oder „niedriger“ ↓ wurde bei den HBSC-Daten beim Vergleich zu Österreich dann vergeben, wenn mindestens vier der sechs Gruppen (11-jährige Mädchen, 11-jährige Buben, 13-jährige Mädchen, 13-jährige Buben, 15-jährige Mädchen und 15-jährige Buben) im Vergleich Steiermark – Österreich die gleiche Tendenz zeigten. Ein gleicher Trend „↔“ wurde bei einem gesamten max. Unterschied von einem Prozent zwischen den analysierten Gruppen angezeigt. Bei allen anderen Vergleichen wurde bei einem Prozentunterschied ein Richtungspfeil gesetzt.

I.V Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schaffen

Zu den Determinanten für die Gesundheit zählen auch die Lebensweisen und Lebensstile, die Kinder und Jugendliche haben. Ernährung, Bewegung, Umgang mit Alkohol, Tabakkonsum, aber auch mentale Gesundheit, Schutz vor Infektionen, Unfallreduktion, Zahngesundheit sowie ein gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität sind Themenbereiche, die im Rahmen Gesundheitsziele Steiermark unter diesem Aspekt angesprochen werden (Land Steiermark, 2007, S. 6).

Indikator Anteil der ...	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Buben	mit steigendem Alter	mit sinkendem SÖS	im zeitlichen Verlauf
Kinder, die mindestens zweimal betrunken waren	↑	↓	n.e.	↑	□
Kinder mit ungenügender Bewegung	□	↑	↑	↓	□
Kinder mit Übergewicht und Adipositas	↓	↓	□	↑	□
Kinder mit unzureichendem Impfschutz	n.v.	↔	n.e.	n.v.	↓
Kinder mit niedriger Lebenszufriedenheit	↔	↑	n.e.	↑	↑
Kinder mit Drogenkonsum ¹⁾	↑	↑	n.e.	↑	n.e.
Teenagerschwangerschaften	↓	n.z.	n.e.	↑	↓
Kinder, die wöchentlich rauchen	↔	↑	↑	↑	□

n.e.: nicht erhoben, n.v.: nicht verfügbar, n.z.: nicht zutreffend, ↑: höher, ↓: niedriger, ↔: gleich, □: kein einheitlicher Trend
1) mehr als zweimal Konsum von Cannabis im letzten Monat

Tabelle IV: Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schaffen

Im Vergleich zum österreichischen Schnitt war ein größerer Anteil an steirischen Kindern nach eigenen Angaben bereits mindestens zweimal betrunken (Steiermark: 42 %, Österreich: 34 %) betrunken und hat öfter als zweimal im Monat vor der HBSC-Befragung Cannabis konsumiert (Steiermark: Mädchen 2 %, Buben 4 %, Österreich: Mädchen 1 %, Buben 2 %). Demgegenüber gibt es weniger übergewichtige Kinder und Jugendliche und weniger Teenagerschwangerschaften in der Steiermark als im österreichischen Schnitt. Weiters geben 84 % der steirischen Kinder im Alter von 15 Jahren eine hohe Lebenszufriedenheit an. Mädchen und Buben weisen unterschiedliche Verhaltensweisen auf, mit steigendem Alter und sinkendem SÖS nimmt das Risikoverhalten in der Regel zu.

I.VI Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten

Die Umorientierung des steirischen Gesundheitswesens in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention wird als wichtige Voraussetzung für die Schaffung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen angesehen (Land Steiermark, 2007, S. 28).

Indikator Anteil der ...	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Buben	mit steigendem Alter	mit sinkendem SÖS	im zeitlichen Verlauf
Vergiftungen	↑	↓	□	n.v.	↔
ausgewählten Knochenbrüche	↔	↓	↑	n.v.	↓
Verbrennungen und Verätzungen	↔	↓	□	n.v.	□
6-Jährigen mit Karies im Gebiss	↓	↔	n.z.	n.v.	n.v.
12-Jährigen mit einem d ₃ mft-Index > 1,5	↔	↔	n.z.	↑	n.v.
Gesamtmortalität der unter 20-Jährigen	↓	↓	n.z.	n.v.	↔
Säuglingssterblichkeit	↔	↓	n.z.	n.v.	↓
Mortalität: Infektionskrankheiten	↔	↔	□	n.v.	□
Mortalität: bösartige Neubildungen	↓	↔	□	n.v.	□
Mortalität: angeborene Missbildungen	↔	↔	↓	n.v.	□
Mortalität: unbeabsichtigte Verletzungen	↔	↓	↑	n.v.	↓
Mortalität: Selbstmord, Selbstbeschädigung	↔	↓	↑	n.v.	□
Mortalität: Körperverletzung, Totschlag und Mord	↔	↔	□	n.v.	□
Perinatalsterblichkeit	↔	n.v.	n.z.	n.v.	↔
Kinder mit schlechter Gesundheit	↑	↑	↑	↑	↑
Kopfschmerzen	□	↑	↑	↑	□
Magen-/Bauchschmerzen	↑	↑	□	↑	□
Rücken-/Kreuzschmerzen	↓	↔	↑	↑	□
Fühle mich allgemein schlecht	□	↑	□	↑	□
Bin gereizt oder schlecht gelaunt	□	↑	↑	↑	□
Fühle mich nervös	□	↓	↑	↑	□
Kann schlecht einschlafen	□	↑	□	↑	□
Fühle mich benommen, schwindlig	↓	↑	□	↑	□

n.v.: nicht verfügbar, n.z.: nicht zutreffend, ↑: höher, ↓: niedriger, ↔: gleich, □: kein einheitlicher Trend

Tabelle V: Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten

Die Sterblichkeit von Säuglingen (inkl. Perinatalsterblichkeit) liegt in der Steiermark im österreichischen Durchschnitt, während der Anteil der Kinder, die im Rahmen der HBSC-Studie einen schlechten Gesundheitszustand angeben, vor allem bei den Mädchen im Schnitt etwas höher ist. Insgesamt geben steirische Kinder und Jugendliche gleich häufig oder weniger Beschwerden an, außer bei Magen- und Bauchschmerzen, die öfter angegeben wurden. Mädchen geben im Vergleich zu Buben einen subjektiv schlechteren Gesundheitszustand an (schlechtere Gesundheit, Beschwerden), weisen jedoch eine geringere Mortalität auf und eine geringere Morbidität, gemessen an der Krankenhausentlassungsstatistik. Soweit eindeutige Aussagen möglich sind, nimmt mit steigendem Alter und sinkendem SÖS die Anzahl der Kinder zu, die angeben, an verschiedenen Beschwerden zu leiden.

Als Teil eines gesundheitsfördernden Gesundheitssystems für Kinder und Jugendliche wird die kindergerechte Betreuung in der Krankenversorgung verstanden. Aufgrund eines Landtagsbeschlusses von 2003 (Landtagsbeschluss Nr. 921, 2003) wurde die Situation der Kinderbegleitung in steirischen Krankenhäusern dargestellt. Jedes Kind, das auf die Mitbetreuung durch eine Bezugsperson angewiesen ist, hat lt. Gesetz das Recht auf die Mitaufnahme einer Begleitperson. Die entstehenden Gebühren für die Kinderbegleitung sind von der Begleitperson zu tragen, allerdings sind diese nach dem ASVG-Richtsatz (Richtsatz nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz) bemessen und somit sozial gestaffelt. Etwas mehr als die Hälfte aller aufgenommenen Kinder unter 15 Jahren werden in der Steiermark von einer Begleitperson begleitet.

Vor allem in den Schwerpunktkrankenhäusern für Kinder und Jugendliche ist der Anteil der begleiteten Kinder in diesem Bereich anzusetzen. Die Auswirkung der Kinderbegleitung auf das seelische, soziale und körperliche Wohlbefinden des Kindes ist abhängig von persönlichen und äußeren Umständen (Merkmale des Kindes, der Begleitperson, des Krankenhauses und familiäre Umstände), allerdings weisen die wissenschaftliche Literatur sowie auch steirische Experten und Expertinnen und Eltern größtenteils auf positive Auswirkungen hin.

II Empfehlungen

Die Ergebnisse des Berichts zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Gruppen unter weniger gesunden Lebensbedingungen aufwachsen, einen schlechteren Gesundheitszustand und vermehrt ein riskantes Gesundheitsverhalten aufweisen. Des Weiteren zeigt sich, dass mit steigendem Alter sich der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten sowie auch die Lebensumstände der Kinder und Jugendlichen verschlechtern, dies allerdings bei Mädchen und Buben in einem unterschiedlichen Ausmaß und in unterschiedlicher Ausprägung.

Aufgrund der zuvor genannten Ergebnisse sind Maßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit altersgerecht, genderspezifisch und unter besonderer Rücksichtnahme auf sozial benachteiligte Gruppen zu setzen.

II.1 Gesundes Leben mitgestalten

Einer der Grundsätze der Gesundheitsziele Steiermark, „Gesundes Leben mitgestalten“, stellt den Zusammenhang zwischen Beteiligungsmöglichkeiten in der Gesellschaft und Gesundheit in den Mittelpunkt. Die Beteiligung der Bevölkerung an gesellschaftlichen Prozessen kann durch demokratie-, arbeits-, medien- und bildungspolitische Maßnahmen gestärkt werden, von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Stärkung von benachteiligten Gruppen zur Selbsthilfe (Land Steiermark, 2007, S. 7).

Der Besuch einer Schule oder eines Kindergartens kann dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche bereits sehr früh soziale Fähigkeiten und grundlegende gesundheitliche Verhaltensweisen erlernen (WHO, 1999, S. 31 und 35). Auch können Kinder und Jugendliche in Kindergärten und Schulen frühzeitig Fähigkeiten zur Beteiligung beigebracht werden, so dies das Umfeld fördert. Darüber hinaus können mit dem Besuch einer vorschulischen oder schulischen Einrichtung allen Kindern, unabhängig von ihrem sozialen Status und Familienumfeld, gleiche Chancen ermöglicht werden. Durch aktives Bestreben kann es bereits in Kindertagesstätten und Schulen unter Miteinbeziehung von anderen Akteurinnen und Akteuren gelingen, sozial benachteiligte Kinder zu unterstützen (WHO, 1999, S. 31). Die WHO fordert daher, dass alle Einrichtungen systematisch durch entsprechende Maßnahmen dazu beitragen, dass Kinder in einem Umfeld aufwachsen, das zu gesunder Lebensbewältigung befähigt. Dazu sind vor allem auch entsprechend ausgebildete Personen notwendig (WHO, 1999, S. 31).

Empfohlene Maßnahme: Empfohlen wird, es zu ermöglichen, dass alle Kinder geeignete und gesundheitsfördernde Kinderbetreuungseinrichtungen besuchen. Um dies zu erreichen, sind in erster Linie Rahmenbedingungen zu schaffen, die das Erlernen und Erleben sozialer Lebenskompetenzen sowie von Selbstwertschätzung und Selbstvertrauen ermöglichen, wobei speziell auf benachteiligte Gruppen und auf eine geschlechtssensible Zugangsweise zu achten ist. Auch Weiterqualifizierung von Personal soll hierbei als Unterstützung der Umsetzung ein Thema sein. Dies kann beispielsweise in Form eines Modellprojektes bzw. durch den Transfer bestehender Projekte implementiert werden. Diese Implementierung soll eine umfassende Evaluation beinhalten, die einerseits die Verbesserung

der Effektivität der Maßnahmen nachweisen kann und andererseits die Argumentation zur Durchsetzung von gesundheitlichen Anliegen im Bereich Kindergarten und Schule unterstützen soll. Darüber hinaus kann eine systematische, datengestützte und nachvollziehbare Evaluation auf Basis sozialwissenschaftlicher Methodik über die gesundheitlichen Auswirkungen der Einführung des geplanten kostenlosen Kindergartenjahres zur Argumentation für Gesundheit im Bildungsbereich beitragen.

Der Abschluss einer Schulbildung gilt als wichtige Voraussetzung für Kinder und Jugendliche, um am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und das eigene Leben gestalten zu können. Wie in der österreichischen Drop-out-Strategie dargestellt, gibt es fünf Hauptelemente, die zu einer Verringerung des frühzeitigen Schulabbruchs führen können (Steiner & Wagner, 2007, S. 105): Reform des Erstausbildungssystems bei Pädagoginnen und Pädagogen, Berufsorientierung für SchülerInnen, Installation eines Drop-out-Meldesystems mit anschließendem Case-Management, niederschwellige Reintegrationsmaßnahmen und eine strategiebegleitende Koordination und Kooperation der Akteurinnen und Akteure.

Empfohlene Maßnahme: *Um den Erwerb von Qualifikationen vor allem auch für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Gruppen zu ermöglichen, bieten sich neben den oben genannten Strukturmaßnahmen auch der Ausbau und die Weiterführung von niederschweligen Reintegrationsmaßnahmen, wie zum Beispiel die Integration eines Beschäftigungsprojekts in ein Jugendzentrum, wo Jugendlichen die Möglichkeit geboten wird, Qualifizierungen nachzuholen, an (Steiner & Wagner, 2007, S. 105).*

Jedoch bietet nicht nur der Bildungssektor Möglichkeiten für Kinder und Jugendliche, sich zu beteiligen, auch in der Lebenswelt Gemeinde ist es möglich, diese Zielgruppe in Entscheidungsprozesse zu integrieren, wie es bereits durch das Kinderparlament in Graz und durch Jugendgemeinderäte in verschiedenen steirischen Gemeinden ermöglicht wird.

Empfohlene Maßnahme: *Die bereits vorhandenen Beteiligungsmöglichkeiten sind zu evaluieren und entsprechend den Evaluationsergebnissen auszubauen und zu verbessern. Weiters kann Jugendlichen auch die Möglichkeit zur Beteiligung durch Gesundheitsförderungsprojekte gegeben werden, wie dies zum Beispiel im Projekt „Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande“ geschehen ist.*

Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande

Dieses von Styria vitalis und der ARGE Jugend gegen Gewalt und Rassismus durchgeführte Projekt hatte zum Ziel, die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Jugendlichen auf Gemeindeebene zu erhöhen, die positive Identifikation mit der Heimatgemeinde zu stärken, die Jugendlichen zu befähigen, aktiv an der Gestaltung ihrer Heimatgemeinde mitzuwirken, und den Dialog zwischen den Generationen zu stärken. Interventionen, die zur Erreichung der Projektziele durchgeführt wurden, waren neben Round-Table-Gesprächen mit Akteurinnen und Akteuren in der Jugendarbeit auch Qualifizierungsangebote für Jugendliche, Eltern und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie die Finanzierung von Subprojekten.

Die Evaluationsergebnisse zeigten, dass im Projektzeitraum eine Steigerung der Lebensqualität und des Selbstvertrauens bei den Jugendlichen feststellbar war. Eine bessere Integration und vermehrte Partizipation waren weitere Ergebnisse.

Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande, o.D.; Styria vitalis, 2006, S. 38-40

II.II Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen

Gesundheit ist in der Bevölkerung ungleich verteilt. Die Ermöglichung gleicher Chancen ist ein Aufgabengebiet, welches neben dem Gesundheitssektor unter anderem auch die Sektoren Arbeit, Bildung, Soziales, Wirtschaft und Umwelt herausfordert (Land Steiermark, 2007, S. 7-8). Um gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern, ist der gleiche Zugang zu Sozialleistungen, bezahlbaren Wohnmöglichkeiten, zur Gesundheitsversorgung, zum Arbeitsmarkt und zu Bildung von besonderer Wichtigkeit (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 13-29).

Besonderes Augenmerk ist auf die Förderung von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen zu legen. Bei jeder politischen Entscheidung und Maßnahmenumsetzung ist auf die Förderung der Gesundheit dieser Zielgruppe zu achten (WHO, 2005b, S. 4). Als besonders wichtig wird die Thematisierung von mentaler Gesundheit und Bewegung angesehen, da eine fehlende körperliche und mentale Entwicklung zu weniger sozialen Kontakten und damit zu einem sozialen Ausschluss führen kann. Bewegung fördert weiters die Entwicklung von Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein und stärkt das Konfliktlösungspotenzial (EuroHealthNet, 2004, S. 19).

Empfohlene Maßnahme: Entwicklung einer multi- und intersektoralen Strategie zur Förderung von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen und gemeinsam mit anderen Akteurinnen und Akteure Umsetzung der Strategie anhand eines Modellprojektes zum Thema Bewegung, wie es zum Beispiel das Projekt „Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten“ darstellt.

Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten

Gemeinsam mit den BewohnerInnen einer Obdachlosensiedlung in Deutschland wurden Module u.a. zu den Themen Ernährung, Bewegung, Impfstatus, Gesundheitsinformation und Gesundheitserziehung erarbeitet. Gefördert wurden die Kommunikation und die Wertschätzung zwischen den BewohnerInnen der Siedlung, wobei vor allem ein besonderes Augenmerk auf Kinder und deren Bedürfnisse gelegt wurde. Zur Umsetzung der Aktivitäten wurden Akteurinnen und Akteure wie Kindertagesstätten, Horte, Kinderärztinnen und Kinderärzte und Vereine als PartnerInnen gewonnen.

Zu Beginn des Projekts wurden alle Familien einzeln aufgesucht, um das Projekt vorzustellen und deren Wünsche und Anliegen anzuhören. Danach wurde ein Entspannungsraum eingerichtet, der gerade Kindern die Möglichkeit bot, sich zurückzuziehen. Parallel wurde ein Gesundheitshaus errichtet, in dem verschiedene Aktivitäten stattfinden. Das Projekt zeichnet sich vor allem durch das Empowerment und die Partizipation der Zielgruppe aus.

BZgA, o.D.b

II.III Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen

Zur nachhaltigen und effektiven Gesundheitsentwicklung muss Gesundheit in allen Politikbereichen mitberücksichtigt werden. Um dies zu erreichen, können verschiedene Strategien angewandt werden, wie zum Beispiel die Kooperation mit bestimmten Sektoren für bestimmte gesundheitliche Themen (WHO, 1999, S. 188-191), die Stärkung der Rechenschaftspflicht durch die verpflichtende Überprüfung von politischen Maßnahmen bzgl. der Auswirkung auf die Gesundheit der Menschen (Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen bzw. Health Impact Assessments) (WHO, 1999, S. 126-128) oder aber auch die Arbeit in Settings (WHO, 1999, S. 117-121). Daher ist die multisektorale Zusammenarbeit als weiterer Grundsatz der Gesundheitsziele Steiermark in allen Maßnahmen und Interventionen mitzubedenken (Land Steiermark, 2007, S. 8).

Empfohlene Maßnahmen: Aufgrund der Ergebnisse des vorliegenden Berichts wird empfohlen, unter Federführung des Gesundheitsressorts mit den Sektoren Bildung, Soziales, Justiz und Gesetzgebung (ein Bereich, der auch die Regelung von demokratischen Beteiligungsmöglichkeiten sowie die Umsetzung von Kinderrechten beinhaltet), Landwirtschaft, Verkehr und Tourismus Kooperationen aufzubauen, da in diesen Sektoren bereits an der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gearbeitet wird bzw. Bewusstsein hierfür vorhanden ist. Auf die Arbeit in Settings wird im nächsten Absatz eingegangen, diese ist naturgemäß für die Verankerung von Gesundheit in anderen Politikbereichen zielführend. Darüber hinaus soll im Allgemeinen – und im Speziellen für die Sektoren Finanzen, Medien und Umwelt – die Einführung bzw. vorerst die modellhafte Durchführung von Health Impact Assessments (HIA) angedacht werden. Internationale Beispiele zeigen, dass diese Methode auch in Bezug auf Kinder- und Jugendgesundheit zu Erfolgen führen kann. Ein britisches Beispiel zeigt, dass anhand einer relativ ressourcenschonenden Vorgangsweise positive und negative

Auswirkungen dreier Projekte auf die Gesundheit von u.a. Kindern und Jugendlichen identifiziert werden und Empfehlungen zur Verhinderung der negativen Auswirkungen gegeben werden konnten (Barnes, 2003).

Rapid Health Impact Assessment (HIA)

Im Rahmen eines eintägigen Workshops wurden drei Programme evaluiert sowie Methoden zur Evaluation und zum Monitoring von Projekten erarbeitet. Um bei allen Beteiligten ein gemeinsames Basiswissen sicherzustellen, wurde in einem ersten Schritt die Methodik des HIAs erklärt, danach wurden einerseits die wichtigsten Gesundheitsthemen der betroffenen Regionen sowie andererseits die verschiedenen Bevölkerungsgruppen identifiziert. In einem weiteren Schritt wurden die zum Zeitpunkt des Workshops stattfindenden sowie weitere geplante Aktivitäten vorgestellt, die im nächsten Teil des Workshops auf ihre positiven und negativen Auswirkungen auf die zuvor identifizierten Gesundheitsthemen und Bevölkerungsgruppen hin analysiert wurden. Im Zuge einer Diskussion wurden schließlich Empfehlungen zur Verbesserung der Programme erarbeitet. Ein weiterer Programmpunkt war unter anderem eine Reflexionsrunde der WorkshopteilnehmerInnen über die weitere Verwendung von Health Impact Assessments.

Barnes, 2003, S. 5-8.

II.IV Gesunde Lebensverhältnisse schaffen

Im Rahmen der Gesundheitsziele Steiermark werden vier Lebenswelten explizit angesprochen, in denen durch das Land Steiermark beziehungsweise durch den Bund die Rahmenbedingungen geändert werden können: Arbeit, Bildung sowie das Leben zu Hause und in der Gemeinde (Land Steiermark, 2007, S. 9-10).

Arbeitsplatz, Familie und Schulen bieten ein geeignetes Umfeld für Interventionen auf Verhältnis- und Verhaltensebene, um gesunde Lebensverhältnisse zu schaffen. In diesen Settings können Kinder die Kompetenzen zur Lösung von Problemen und zur Bewältigung des Lebens erlernen. Wichtig ist, dass die Kinder und Jugendlichen das Gefühl haben, dass sie über die entsprechenden (geistigen, körperlichen, seelischen, sozialen und materiellen) Ressourcen verfügen (WHO, 1999, S. 34).

Im Folgenden wird auf die Settings Familie und Schule eingegangen. Die Settings Schule, Arbeit und Gemeinde wurden bereits weiter oben beim Grundsatz „Gesundes Leben mitgestalten“ erläutert.

Im Setting Familie sind etwa soziale Leistungen an Familien, die beispielsweise die schwerwiegendsten Folgen von Armut lindern, als Maßnahme empfehlenswert, da diese direkt den Kindern zugutekommen (WHO, 2005a, S. 80). Die WHO empfiehlt daher die Einführung von Familiengesundheitsschwestern, die durch aufsuchende Hilfe bei Eltern von Neugeborenen in der Schaffung eines gesunden und psychosozial aktiven Umfeldes unterstützend wirken kann. In Fällen

von schwierigen Familiensituationen können Familien- und Eheberatungszentren Eltern und Erziehungsberechtigten sowie Kindern unterstützend zur Seite stehen.

Empfohlene Maßnahme: Die Einführung von Familiengesundheitsschwestern oder Hausbesuchen kann, wie oben erläutert, helfen, Krisensituationen zu bewältigen, bevor sich Probleme verfestigen wie dies zum Beispiel im Projekt Adebar gezeigt wurde.

Adebar – Beratung und Begleitung für Familien

Mit dem Ziel, die gesundheitliche und soziale Situation von Familien in Hamburg zu stärken, wurde eine vierteilige Angebotsstruktur geschaffen. Dazu zählen Stadtteilentwicklung, ein Familienhebammenangebot, welches Frauen in der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr der Kinder betreut, ein Familiencafé, welches durch einen niederschweligen Zugang versucht, nachbarschaftliche Beziehungen zwischen Familien zu fördern sowie ein ergänzendes Angebot zur Krisenhilfe für Familien, Väter und Mütter mit Kindern im Alter zwischen 0 und 10 Jahren. In diesem Projekt stehen Empowerment und der niederschwellige Zugang zum Angebot im Vordergrund.

BZgA, o.D.a

Aber auch Schulen stellen eine Lebenswelt dar, in der Gesundheit gefördert und aufrechterhalten werden kann. Neben der Einführung von Lehrplänen, die Gesundheitsförderung beinhalten, gibt es viele Möglichkeiten, Maßnahmen auf Verhaltens- und Verhältnisebene umzusetzen. Dabei kann bereits durch das Mitgestaltungsrecht der SchülerInnen deren Selbstvertrauen und Selbstwertschätzung und damit die mentale Gesundheit gestärkt werden (WHO, 1999, S. 35). Die Partizipation von Kindern und Jugendlichen in Planungs- und Entscheidungsprozessen gilt als ein Grundprinzip der WHO (2005b, S. 4).

Empfohlene Maßnahme: Der Ausbau des Netzwerkes „Gesunde Schulen“ mit Verhältnis- und Verhaltensinterventionen, wie in den Gesundheitszielen Steiermark empfohlen (Land Steiermark, 2007, S. 13), wird angeregt. Weiters wurde der Ausbau der Kooperation mit dem Bildungsressort zum Beispiel in der Qualifikation der Pädagoginnen und Pädagogen in der Gesundheitsförderung angedacht. Darüber hinaus sind zur Schaffung gesunder Lebensverhältnisse zum Beispiel integrierte Programme, wie „Eigenständig werden“ auch in Kindergärten und Kinderbetreuungseinrichtungen sowie deren Evaluation und die weitere Förderung des Ausbaus zielgruppenspezifischer Programme zu verschiedenen Themen wie psychische Gewalt, gesunde Ernährung und Bewegung, sexuelle Gesundheit sowie Tabak- und Drogenkonsum notwendige Maßnahmen.

Eigenständig werden

Basierend auf dem von der WHO entwickelten „Life Skills“-Ansatz ist „Eigenständig werden“ ein Programm zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung in Schulen. Selbstwahrnehmung, Kommunikationsfertigkeiten, Problemlösungskompetenzen und der adäquate Umgang mit belastenden Situationen sollen in gezielten Unterrichtseinheiten vermittelt werden. Drei Ziele werden mit dem Projekt, welches in Volksschulen durchgeführt wird, verfolgt: das Schaffen von Lernsituationen, die es den Kindern ermöglichen sowohl soziale als auch persönliche Kompetenzen zu erlernen, Gesundheitsförderung zur Vermeidung von Unfällen, Verhaltensstörungen, Sucht- und Gewaltverhalten, Misshandlungen und sexuellem Missbrauch sowie der Auf- und Ausbau der Zusammenarbeit von Schule, Familie und dem sozialen Umfeld der Kinder.

Eigenständig werden, o.D., VIVID, o.D.

II.V Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schaffen

Die Fähigkeit jeder/s Einzelnen, ein gesundes Verhalten z.B. in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Rauchen zu haben, wird von Rahmenbedingungen wie ihrem/seinem sozialen Umfeld, aber auch von ihren/seinen Lebensverhältnissen, Arbeitsbedingungen sowie dem Zugang zu Dienstleistungen und Gütern wie gesundem Essen beeinflusst (Dahlgren & Whitehead, 2006, S. 21). Zur Schaffung gesunder Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, eine Entscheidung für gesundheitsförderliches Verhalten zu treffen (WHO, 1999, S. 100), empfiehlt die WHO vor allem Maßnahmen auf Verhältnisebene (WHO, 2005a, S. 78-81). Maßnahmen sollen das natürliche, soziale, wirtschaftliche und kulturelle Umfeld der Menschen gesundheitsförderlich gestalten (WHO, 1999, S. 100). Zur Gestaltung der Rahmenbedingungen gibt es – wie bereits weiter oben beschrieben – neben der Durchführung von Health Impact Assessments die Möglichkeit, durch Gesetze und Richtlinien, steuerliche Regulierungen sowie gezielte Gesundheits-, Landwirtschafts-, Transport-, Bildungs-, Finanz- und Umweltpolitik gesundheitsförderliche Verhältnisse herzustellen (WHO, 2005b, S. 15). Besonders wichtige Bereiche sind in der Steiermark neben Bewegung und Ernährung auch der Umgang mit Alkohol, Tabak sowie die mentale Gesundheit der Kinder und Jugendlichen.

Empfohlene Maßnahmen: Umsetzung der in den steirischen Leitfäden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen vorgestellten Verhaltens- und Verhältnisinterventionen durch Schaffung eines Modellprojekts in einer gesunden Schule. Darüber hinaus ist die Umsetzung der in den Gesundheitszielen Steiermark beschriebenen Maßnahmen im Bereich des Konsums von Alkohol (u.a. Entwicklung eines Alkoholpräventionsplans) und der mentalen Gesundheit (u.a. psychische Gesundheit in der Familie und in der Schule) empfehlenswert (Land Steiermark, 2007, S. 17-22). Für den Bereich des Konsums von Tabakwaren ist auf die Tabakpräventionsstrategie Steiermark zu verweisen. Beispielhaft für die Umsetzung eines Präventionsprojekts ist „Eigenständig werden“ (Projektbeschreibung siehe weiter oben).

II.VI Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten

Strategien und Maßnahmen für ein gesundheitsförderndes Gesundheitssystem, wie in den Gesundheitszielen Steiermark verankert (Land Steiermark, 2007, S. 28), müssen altersgerecht gesetzt werden. So fordert die WHO für Neugeborene und Kleinkinder die Ermöglichung eines gesunden Lebensanfangs durch Schwangerschaftsfürsorge und -nachsorge (WHO, 1999, S. 27). Zwei Initiativen, die sich dieser Thematik annehmen und als Vorbilder dienen können, sind (WHO, 1999, S. 28-29): „Mutterschaft ohne Risiko“, welche qualifizierte Hilfe und Informationen rund um eine Schwangerschaft zur Verfügung stellt, aber auch im Bereich Schwangerschaftsverhütung und risikoreicher Schwangerschaftsabbrüche tätig wird, und „Babyfreundliches Kinderkrankenhaus“. Diese Initiative befasst sich vor allem mit dem Erlernen und Vermitteln von gesunden Ernährungsweisen für Babys. Ein weiteres Beispiel für ein Modellprojekt ist „BabyCare“ in Deutschland, welches versucht, durch Aufzeigen von Schwangerschaftsrisiken die Frühgeburtenrate zu senken (FB+E Berlin, o.D.).

Neben Kleinkindern sind Kinder im Vorschulalter eine weitere Zielgruppe im Gesundheitswesen. Für diese fordert die WHO vor allem eine an lokale Gegebenheiten angepasste, integrierte Versorgung, die Sicherstellung der ausreichenden Immunisierung von Kleinkindern sowie eine Verbesserung der hausärztlichen und gemeindenahen Versorgung (WHO 1999, S. 32).

Für ältere Kinder und Jugendliche ist es wichtig, dass die Gesundheitsversorgung in den Settings der Kinder und Jugendlichen präsent ist und in allen Lebensbereichen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durchgesetzt werden. Die rein medizinische Versorgung muss durch soziale und psychologische Betreuung ergänzt werden, wodurch auch psychosomatische Erkrankungen besser geheilt werden können. Zur Umsetzung dieser Forderung bietet sich die Erstellung eines sektorenübergreifenden Präventionsplanes an, der z.B. gemeinsam mit Bildungs- und Sozialeinrichtungen Maßnahmen implementiert. Der Zugang zum Gesundheitssystem selbst ist gerade für ältere Kinder und Jugendliche möglichst niederschwellig zu gestalten, zum Beispiel durch aufsuchende Dienste, verlängerte Öffnungszeiten und Aufklärungskampagnen (WHO, 1999, S. 35).

Ein Ziel für alle Altersgruppen muss es sein, die Krankenversorgung kinder- und jugendgerecht zu gestalten. Im Hinblick auf die Kinderbegleitung im Krankenhaus wurde in der Steiermark bereits einiges erreicht, weitere Verbesserungen sind möglich.

Empfohlene Maßnahmen: Bündelung von Ressourcen, Analyse von bestehenden Aktivitäten und wo notwendig Ausbau und Aufbau weiterer Aktivitäten mit dem Ziel eine niederschwellige, zielgruppenorientierte Versorgung zu erreichen. Dies beinhaltet ein dahingehend qualifiziertes Personal sowie die Qualitätssicherung der Dienstleistung und die Partizipation von Kindern und Jugendlichen in Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen im Gesundheitswesen (WHO, 2005b, S. 17). Ein Beispiel für die Einbindung dieser Zielgruppe wird weiter unten gegeben. Um Verbesserungen im Bereich der Kinderbegleitung im Krankenhaus zu erreichen, wird empfohlen, die Kapazität an Begleitbetten auszubauen sowie Maßnahmen zur Ermutigung und Aufklärung zu Begleitmöglichkeiten

sowie zur bestmöglichen Integration der Eltern in den Krankenhausalltag zu setzen. Dies beinhaltet auch Aufklärungs- und Unterstützungsangebote hinsichtlich der Rechte auf Gebührenbefreiung bzw. -reduktion. Hierbei ist besonders auf den flächendeckend guten wie auch auf den niederschweligen Zugang (vor allem für benachteiligte Gruppen) zu achten.

Kommunikation im Krankenhaus

Ein in der Klinik für Kinderchirurgie im LKH Graz durchgeführtes Projekt befasste sich mit der Befähigung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten zur Übernahme einer aktiven Rolle während ihres Aufenthalts im Krankenhaus. Neben einer MitarbeiterInnen- und Patienten/Patientinnenbefragung sowie einer Organisationsentwicklung wurde ein Kommunikationstraining mit von SchauspielerInnen dargestellten Patientinnen und Patienten durchgeführt. Dessen Ziel war es, das ärztliche Gespräch dahingehend zu verändern, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten in der Übernahme einer aktiven Rolle unterstützen.

ÖNGK, o.D.

Literatur

- Barnes, R. (2003). *Rapid Health Impact Assessment. Report of a workshop held on December 18, 2002. Evaluation of the Healthy Living Centre, Sure Start and Children's Fund initiatives in South Ashford, Kent.* Ashford: Healthy Living Centre.
- BZgA. (o.D.a). *Adebar – Beratung und Begleitung für Familien.* Download vom 26. Juni 2008 von www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.
- BZgA. (o.D.b). *Gesundheit jetzt – in sozialen Brennpunkten.* Download vom 26. Juni 2008 von www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. (reprint 2007).* Copenhagen: WHO European Regional Office.
- Eigenständig werden.* (o.D.). Download vom 26. April 2010 von <http://www.eigenstaendig.net/>.
- EuroHealthNet. (2004). *Promoting social inclusion and tackling health inequalities in Europe.* Brussels: EurohealthNet.
- FB+E Berlin. (o.D.). *BabyCare.* Download vom 30. Juni 2008 von <http://www.baby-care.de/index.html>.
- Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande.* (o.D.). Download vom 30. Juni 2008 von <http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Modellprojekte/Jugend%20Land/Jugend%20Folder%20003.pdf/download>.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer.* Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- ÖNGK. (o.D.). *Kommunikation im Krankenhaus.* Download vom 30. Juni 2008 von <http://www.univie.ac.at/oengk/projekte/>.

- Steiner, M. & Wagner, E. (2007). *Dropoutstrategie. Grundlagen zur Prävention und Reintegration von Dropouts in Ausbildung und Beschäftigung*. Wien: Institut für Höhere Studien im Auftrag des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur.
- Styria vitalis. (2006). *Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande. Abschlussbericht März 2006*. Graz: Styria vitalis.
- VIVID. (o.D). *Eigenständig werden*. Download vom 26. April 2010 von http://www.vivid.at/de/angebot/volksschule/eigenstaendig_werden/.
- WHO. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Download vom 26. Juni 2008 von http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German.
- WHO. (1999). *Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- WHO. (2005a). *Der Europäische Gesundheitsbericht. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- WHO. (2005b). *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten*. 2. Ausgabe. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa. .

III EINLEITUNG

Das Land Steiermark ist zu regelmäßiger Gesundheitsberichterstattung verpflichtet. Im Abstand von einigen Jahren werden allgemeine Gesundheitsberichte, sogenannte Basisberichte, erstellt. In den dazwischenliegenden Jahren werden themenspezifische Spezialberichte veröffentlicht. Unter themenspezifischen Spezialberichten werden Berichte zu spezifischen Themen oder Zielgruppen verstanden, wie zum Beispiel der vorliegende Bericht für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Kinder und Jugendliche sind eine besonders wichtige Zielgruppe der Gesundheitspolitik, da die Investition in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einerseits eine Investition in die Zukunft der Gesellschaft darstellt und andererseits eine moralische und rechtliche Verpflichtung, die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu schützen und zu fördern (WHO, 2005, S. 1).

Gesundheitsberichterstattung soll dazu dienen, die Umsetzung der Politik durch den Mechanismus der Verlaufsbeobachtung zu unterstützen (WHO, 1999, S. 206). Aus diesem Grund sollen für die aktuelle Politik Indikatoren zur Messung der Fortschritte und Zielerreichung formuliert und verwendet werden. Die aktuelle steirische Gesundheitspolitik findet in den 2007 beschlossenen Gesundheitszielen Steiermark (Land Steiermark, 2007) ihren Ausdruck.

Aus diesen Gründen ist es Ziel des vorliegenden Kinder- und Jugendgesundheitsberichts, für die Steiermark entsprechend den Gesundheitszielen Steiermark Indikatoren für die Zielgruppe Kinder- und Jugendliche zu definieren und die Basis für eine Verlaufsbeobachtung der Gesundheitsziele Steiermark für diese spezifische Zielgruppe zu legen. Basierend auf internationalen Standards und Indikatorensätzen (vor allem in Anlehnung an den für die Europäische Union entwickelten Indikatorensatz CHIL - „Child Health Indicators of Life and Development“ (Rigby & Köhler, 2002)) wurden – unter der weitestmöglichen Gewährleistung der internationalen Vergleichbarkeit – Indikatoren für die jeweiligen Zielbereiche der Steiermark definiert. Da der vorliegende Bericht als Basis für die Verlaufsbeobachtung dienen soll, wurde in Anlehnung an internationale Monitoringsysteme (wie z.B. das Gesundheitsobservatorium Schweiz oder das EUPHIX auf europäischer Ebene) für jeden Zielbereich zuerst die Bedeutung des gewählten Zielbereiches für die Kinder- und Jugendgesundheit dargestellt. Danach wurde der Indikator selbst inklusive der methodischen Vorgangsweise beschrieben, um eine möglichst einfache Aktualisierung dieser Daten im nächsten Kinder- und Jugendgesundheitsbericht zu ermöglichen. Darauf folgend wurden die Ergebnisse beschrieben und kurz kommentiert, wobei darauf Wert gelegt wurde, dass die Informationen – soweit es die Datenbasis erlaubt – nach Geschlecht, sozioökonomischem Status, im Vergleich zu Österreich und in zeitliche Trends aufgegliedert wurden. Auf Basis dieses Berichtes soll eine weitere Verlaufsbeobachtung der gesundheitsziele-relevanten Bereiche für Kinder und Jugendliche möglich sein.

Literatur

Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.

Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD)*.

Report to the European Commission. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.

WHO. (1999). *Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Bd. 3. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“*. Kopenhagen: WHO.

WHO. (2005). *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: WHO.

IV Methodik

Für den vorliegenden Kinder- und Jugendgesundheitsbericht für die Steiermark wurde, wie in der Einleitung bereits dargestellt, die Grundlage für ein Monitoring der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen geschaffen. Als Referenzrahmen dienen die Gesundheitsziele Steiermark (Land Steiermark, 2007).

Die Daten wurden verschiedenen Datenquellen entnommen. Die Validität wird jeweils, wenn bekannt, beim Indikator dargestellt. Zu den Datenquellen zählen die Volkszählungen von 1981 bis 2001, der Mikrozensus aus verschiedenen Jahren, das zentrale Melderegister, die Todesursachenstatistik, Krankenhausentlassungsstatistiken und die HBSC-Befragung (HBSC = Health Behaviour in School-aged Children). Im Folgenden wird näher auf das HBSC-Projekt eingegangen, da aus diesem Daten für mehr als ein Drittel der Indikatoren entnommen wurden.

Das HBSC-Projekt ist ein Survey, der im Vierjahresrhythmus in mittlerweile 42 Ländern durchgeführt wird, um Daten zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zu relevanten Gesundheitsdeterminanten zu erhalten. Die Fragebogen werden von den Kindern und Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren selbst ausgefüllt. Die Auswahl der Befragten erfolgt nach einem Stichprobenverfahren, das ein für Österreich repräsentatives Sample nach Alter, Geschlecht, Schultyp und Bundesland darstellt (Dür & Griebler, 2007, S. 12-13). Die für die Steiermark nach Geschlecht und sozioökonomischem Status ausgewerteten Daten sind bei Bundesländer- und Trendvergleichen aufgrund der Stichprobenauswahl immer nur für Gruppen gleichen Geschlechts und gleichen Alters zu analysieren (Hr. Griebler, Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research, E-Mail vom 11. April 2008). Das bedeutet, verglichen werden können z.B. 15-jährige Buben aus Niederösterreich mit 15-jährigen Buben aus der Steiermark (Bundesländervergleich) oder das Verhalten von 11-jährigen Mädchen im Jahr 1998 mit jenem von 11-jährigen Mädchen 2002. Aus diesem Grund werden im Bericht für die Steiermark für das Jahr 2006 Daten nach Altersgruppen und Geschlecht getrennt sowie für alle steirischen Jugendlichen gemeinsam präsentiert und analysiert. Für die Bundesländervergleiche, den Österreich- und den steirischen Trendvergleich werden hingegen die Daten nur nach Geschlecht und Alter getrennt dargestellt, nicht jedoch für alle Kinder gemeinsam³. Im Anhang ist eine Auflistung zu finden, die angibt, wie viele Kinder pro in diesem Bericht präsentierten Indikator im Rahmen der HBSC-Studie befragt wurden.

Die Todesursachen- und Krankenhausentlassungsstatistiken wurden dem Integrierten Statistischen Informationssystem (ISIS) der Statistik Austria entnommen. Dadurch war es möglich, Bundesländervergleiche anzustellen sowie Daten über einen längeren Zeitraum hinweg zu analysieren. Für die Bundesländervergleiche wurde jeweils ein 5-Jahres-Schnitt für die Jahre 2004 bis 2008 berechnet, um Schwankungen auszugleichen. Da die Daten auf Basis der 10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

³ Dadurch entstehen in den Tabellen für die Bundesländervergleiche Felder, die nicht mit Zahlen belegt wurden.

(ICD-Klassifikation) vorliegen, konnten die im Rahmen der Children Health Indicators of Life and Development (CHILD) aufgestellten Empfehlungen größtenteils eingehalten werden. Auf Abweichungen wird in den jeweiligen Kapiteln eingegangen.

Eine Unterfassung bzw. Übererfassung ist bei diesen Daten insofern möglich, als dass die Zuordnung Bundesland sich auf den Standort der Krankenanstalten bezieht. Daher werden jene steirischen Kinder und Jugendlichen nicht erfasst, die in einem anderen Bundesland behandelt wurden. Dementsprechend können aber auch Kinder und Jugendliche aus anderen Bundesländern, die in der Steiermark behandelt wurden, durch die berichteten Daten abgebildet werden. Weitere Verzerrungen entstehen durch Wiederaufnahmen, die nicht als solche in den Daten gekennzeichnet sind (Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2005, S. 8). Die Berechnung der Raten pro 100.000 Personen erfolgte aufgrund der Bevölkerungsdaten mit jeweiligem Jahresbeginn.

Die an CHILD (Child Health Indicators of Life and Development) (Rigby & Köhler, 2002) angelehnten Indikatoren wurden, wenn möglich, nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status getrennt dargestellt.

1) Altersabgrenzung

In der Kinderrechtscharta der Vereinten Nationen wurde festgelegt, dass alle Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, als Kinder gelten (Vereinte Nationen, 1990, Art. 1). Auch im CHILD wird empfohlen, die Daten für Kinder von 0 bis 17 Jahren darzustellen, um der UN-Konvention zu entsprechen (Rigby & Köhler, 2002, S. 10). Dabei sollen folgende Altersgruppen gebildet werden: 0-4, 5-9, 10-14 und 15-17 Jahre. Dort wo Daten nicht für die Gruppen der 15- bis 17-Jährigen vorhanden sind, sollen sie auf 15- bis 19-Jährige erweitert werden, auch wenn dies nach Rigby und Köhler bereits eine Erweiterung der Darstellung in das Erwachsenenalter hinein bedeutet (Rigby & Köhler, 2002, S. 10).

Im Rahmen dieses Berichtes konnte diese Altersbegrenzung nicht verwirklicht werden, da einerseits nur für manche Altersgruppen (HBSC: 11-, 13- und 15-Jährige) Daten vorhanden sind, andererseits bei Indikatoren der Mortalität und Morbidität nur Daten für 15- bis 19-Jährige (und nicht für 15- bis 17-Jährige) entnommen wurden.

Im Bericht wurde eine einheitliche Bezeichnung für Kinder und Jugendliche verwendet. Werden von den Befragungsergebnissen der HBSC-Studie Ergebnisse berichtet, die alle drei befragten Altersgruppen betreffen, so wird das Wort „Kinder“ benutzt. Sind nur Personen ab 15 Jahre gemeint, wird das Wort „Jugendliche“ verwendet.

2) Geschlecht

Alle Daten werden, soweit möglich, nach Geschlecht differenziert dargestellt. Rigby & Köhler verweisen auf die Wichtigkeit dieser differenzierten Darstellungsweise, da bereits für viele Aspekte der Kinder- und Jugendgesundheit geschlechtsspezifische Unterschiede bekannt, jedoch noch nicht alle Aspekte ausreichend erforscht sind (Rigby & Köhler, 2002, S. 11).

3) Sozioökonomischer Status

Der Einfluss des sozioökonomischen Status (SÖS) auf die Gesundheit ist eine gut dokumentierte Tatsache (Rigby & Köhler, 2002, S. 10). Daher wird im Rahmen von CHILD angeregt, die Daten, wo möglich, nach sozioökonomischem Status getrennt darzustellen. Dies war in diesem Bericht vor allem für jene Indikatoren möglich, bei denen die Daten aus der HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)-Befragung entnommen wurden.

Dabei wurde für die Darstellung des sozioökonomischen Status die Familienwohlstandsskala (Family Affluence Scale) verwendet, welche im Rahmen des HBSC-Projekts entwickelt wurde. Für die Entwicklung dieser Skala wurden Konzepte der materiellen Benachteiligung verwendet (Boyce & Dallago, 2004, S. 15) und sie beinhaltet die Antworten auf folgende vier Fragen (Dür & Griebler, 2007, S. 64):

- 1 Wie viele Computer besitzt Deine Familie? (keinen – einen – zwei – mehr als zwei)
- 2 Besitzt Deine Familie ein Auto, einen Bus oder einen Lastwagen? (nein – ja, eins – ja, zwei oder mehrere)
- 3 Hast du ein eigenes Zimmer? (nein – ja)
- 4 Wie häufig bist du in den letzten 12 Monaten mit Deiner Familie in den Ferien gewesen? (überhaupt nicht – einmal – zweimal – öfter als zweimal)

Für die Berechnung des Gesamtindex wurden den Antworten folgende Werte zugewiesen (Boyce & Dallago, 2004, S. 15):

Frage	Antwort	Wert/Punkte
1 (Besitz von Computer)	Keinen	0
	Einen	1
	Zwei oder mehr	2
2 (Besitz von motorisiertem Kraftfahrzeug)	Keines	0
	Eines	1
	Zwei oder mehr	2
3 (eigenes Zimmer)	Nein	0
	Ja	1
4 (Urlaubshäufigkeit)	Überhaupt nicht	0
	Einmal	1
	Zweimal und öfter	2

Tabelle VI: Berechnung des SÖS durch Familienwohlstandsskala

Durch das Zusammenzählen der Werte konnte jedem/jeder Befragten ein Gesamtindex zugeordnet werden. Dieser Index wurde in drei Gruppen des sozioökonomischen Status eingeteilt (niedriger SÖS: 0-3 Punkte, mittlerer SÖS: 4-5 Punkte und hoher SÖS: 6-7 Punkte).

Durch die Familienwohlstandsskala kann auf einfache Weise der sozioökonomische Status erhoben werden, da hier Fakten abgefragt werden, von denen angenommen wird, dass diese von Kindern und Jugendlichen gut beantwortet werden können (Boyce & Dallago, 2004, S. 15). Entwickelt wurde die Familienwohlstandsskala, da sich in früheren Studien gezeigt hatte, dass es für diese Zielgruppe schwieriger ist, Fragen zum Bildungs- und Beschäftigungsstatus der Eltern sowie über das

Haushaltseinkommen zu beantworten. Boyce & Dallago betonen jedoch, dass auch der Beschäftigungsstatus der Eltern mitberichtet werden soll (2004, S. 20).

Bei weiteren Indikatoren wurde der SÖS durch den Bildungsstatus der Jugendlichen (Kapitel „Jugendarbeitslosigkeit“) bzw. der Eltern (Kapitel „Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten“, Kapitel „Bildungsstatus der Eltern“) bzw. durch den Erwerbsstatus (Kapitel „Sozioökonomische Lebensumstände der Kinder“ bzw. Kapitel „Teenagerschwangerschaften“) dargestellt. Bildung, Berufstätigkeit und Einkommen gelten als drei verschiedene Indikatoren für den sozioökonomischen Status einer Person (Whitehead & Dahlgren, 2007, S. 7). Der Bildungsstatus gilt als eine validere Angabe als das Einkommen und bleibt über die Zeit hinweg stabiler, weshalb dieser häufig für Analysen verwendet wird.

Literatur

- Amt der Steiermärkischen Landesregierung. (2005). *Gesundheitsbericht 2005 für die Steiermark*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung.
- Boyce, W. & Dallago, L. (2004). *Socioeconomic inequality*. In: Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V. B. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, S. 13-25.
- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. WHO-HBSC-Surveys 2006*. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Vereinte Nationen. (1990). *UN-Konvention über die Rechte der Kinder*. New York: Vereinte Nationen. Download vom 19. Juni von http://www.unicef.lu/fr/youth/rights/Convention_de.pdf.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Grundsätze der Gesundheitsziele Steiermark

Die nachfolgenden Kapitel zu den Grundsätzen der Gesundheitsziele Steiermark sind wie folgt gegliedert:

Gesundes Leben mitgestalten

- 1. Frühzeitige SchulabbrecherInnen**
- 2. Anteil der Kinder im Kindergarten**

Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen

- 3. Bevölkerungsstruktur**
- 4. Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten**
- 5. Bildungsstatus der Eltern**
- 6. Sozioökonomische Lebensumstände der Kinder**
- 7. Armutsgefährdung**
- 8. Migration**

Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft bringen

- 9. Gesundheit in alle Politikbereiche bringen**

1 Frühzeitige SchulabbrecherInnen

1.1 Bedeutung des Indikators „Frühzeitige SchulabbrecherInnen“

Frühzeitiges Abbrechen des Schulbesuchs wird mit mentalen Problemen, Angst, Delinquenz und Unruhe stiftendem Verhalten in Verbindung gebracht. Folgen von unzureichender Bildung, zum Beispiel schlechtem Lesevermögen, können wiederum mentale Probleme sein (Rigby & Köhler, 2002, S. 77). Der Besuch einer Bildungseinrichtung wird daher als relevante Gesundheitsdeterminante gesehen (WHO Regional Office for Europe, 2005, S. 1). Schulen werden als Orte empfohlen, in denen kosteneffektiv gesundheitsfördernde Maßnahmen durchgeführt werden können. Schulen sind neben der Familie ein Ort, wo soziale und individuelle Entwicklung stattfinden. Studien bezeugen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Gesundheit und der erreichten Bildung besteht (Leger & Nutbeam, 2000, S. 111). Bildung gilt weiters als wichtige Voraussetzung, um BürgerInnen- und PatientInnenbeteiligung zu ermöglichen. Aus diesem Grund wurde in den Gesundheitszielen Steiermark empfohlen, mit aktiver Bildungspolitik die Voraussetzung für Beteiligung am gesellschaftlichen Leben zu schaffen (Grasser, Püringer & Auer, 2007, S. 22).

1.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Frühzeitige SchulabbrecherInnen“

Im Rahmen des von der EU entwickelten Indikatorenansatzes CHILD (Children Health Indicators of Life and Development) wird empfohlen, jenen Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen darzustellen, die vor dem Ende der Schulpflichtjahre freiwillig oder durch Ausschluss die Schule verlassen (Rigby & Köhler, 2002, S. 77). In Österreich ist aufgrund der gesetzlichen Lage eine Befreiung schulpflichtiger Kinder nur bei Vorliegen entsprechender medizinischer Gründe für die notwendige Dauer möglich (SchPflG, § 15). Darüber hinaus muss Kindern mit sonderpädagogischem Förderungsbedarf der Schulbesuch ermöglicht werden (BMUKK, 2007, S. 32).

Für Österreich oder die Steiermark würde dies bedeuten, den Prozentsatz derjenigen darzustellen, die vor dem 15. Lebensjahr aus der Schule aufgrund der oben genannten Gründe ausscheiden. Für die Darstellung dieser Personen liegen auf Steiermarkebene keine Daten vor. Es liegen nur Daten vor, wie viele Kinder vom Vorschulunterricht für den häuslichen Unterricht abgemeldet wurden. Kinder, die zwar im schulpflichtigen Alter sind, jedoch nicht als schulreif gelten, sind in eine Vorschule einzuschreiben (SchPflG, § 6), wobei es möglich ist, diese Kinder im häuslichen Unterricht zu erziehen (SchPflG, § 11). Die entsprechenden Daten werden unten präsentiert.

Als klassische SchulabbrecherInnen gelten in Europa jene Personen, die zwischen 18 und 24 Jahre alt sind, keinen über ISCED-Level 2⁴ hinausgehenden Abschluss haben und sich auch nicht mehr in

⁴ Das ISCED (International Standard Classification of Education)-Level 2 umfasst in Österreich die Schulstufen 5-8, also die Hauptschulen, Sonderschulen, AHS-Unterstufe und sonstige allgemeinbildende Schulen (Statistik Austria, 23.01.2007), d.h., alle Personen, die weniger als 9 Schulstufen positiv abgeschlossen haben, fallen in die Gruppe der SchulabbrecherInnen.

Ausbildung befinden (Steiner & Wagner, 2007, S. 3). Das bedeutet, dass hier eine sehr heterogene Gruppe vorliegt, die sowohl Personen umfasst, die keinen Pflichtschulabschluss haben, als auch Personen, die eine weiterführende Schule zu irgendeinem späteren Zeitpunkt abgebrochen haben (Steiner & Wagner, 2007, S. 3). Dieser Wert lag 2006 in Österreich bei zehn Prozent (Steiner & Wagner, 2007, S. 4), wobei jedoch nach verschiedenen Altersstufen zu unterscheiden ist. Steiner und Wagner verweisen darauf, dass die Drop-out-Quote bei den 15-Jährigen – also kurz nach der Schulpflichtzeit – drei Prozent betrug, während sie bei den 21-Jährigen auf zwölf Prozent gestiegen ist und bei den 22- bis 24-Jährigen wieder ein leichter Rückgang zu sehen war, wobei männliche Jugendliche insgesamt etwas häufiger abbrechen als weibliche (2007, S. 4-6). Die Berechnung der SchulabbrecherInnen in Österreich erfolgt nach dem Mikrozensus (Steiner & Steiner, 2006, S. 7-9), auf Bundeslandebene selbst liegen keine aktuellen Daten vor (Fr. Wagner, Institut für Höhere Studien, telefonisches Gespräch am 16. Juni 2008).

1.3 „Häuslicher Unterricht im Vorschulalter“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal	Schj. 2005/2006			Schj. 2006/2007			Schj. 2007/2008		
	AnfängerInnen gesamt	häusl. Unterr.	in Prozent	AnfängerInnen gesamt	häusl. Unterr.	in Prozent	AnfängerInnen gesamt	häusl. Unterr.	in Prozent
Bezirke									
BM	545	8	1,5	564	9	1,6	488	7	1,4
DL	663	11	1,7	665	9	1,4	632	12	1,9
FE	787	4	0,5	697	12	1,7	697	10	1,4
FÜ	259	6	2,3	241	10	4,1	262	2	0,8
GZ I	942	41	4,4	910	39	4,3	962	20	2,1
GZ II	1.190	42	3,5	1.201	43	3,6	1.243	46	3,7
GU I	893	25	2,8	974	19	2,0	847	29	3,4
GU II	515	22	4,3	528	17	3,2	483	16	3,3
GÖ	551	6	1,1	526	6	1,1	519	3	0,6
HA	702	19	2,7	697	17	2,4	691	11	1,6
JU	472	2	0,4	451	7	1,6	431	3	0,7
KF	288	3	1,0	290	3	1,0	282	5	1,8
LEI I	410	4	1,0	410	8	2,0	383	4	1,0
LEI II	446	7	1,6	442	12	2,7	408	10	2,5
LO I+II	544	14	2,6	490	15	3,1	499	13	2,6
LI	313	2	0,6	338	7	2,1	330	5	1,5
MU	317	9	2,8	307	9	2,9	258	10	3,9
MZ	359	13	3,6	385	8	2,1	375	6	1,6
RA	236	5	2,1	207	5	2,4	243	2	0,8
VO	481	6	1,2	490	4	0,8	477	8	1,7
WZ I	426	7	1,6	454	2	0,4	417	15	3,6
WZ II	493	13	2,6	557	9	1,6	495	13	2,6
Steiermark	11.832	269	2,3	11.824	270	2,3	11.422	250	2,2

Datenquelle: Landesschulrat für Steiermark

Tabelle 1.1: Kinder im Vorschulalter im häuslichen Unterricht nach Bezirken in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Steiermarkweit werden zwei Prozent der Kinder im Vorschulalter zu Hause unterrichtet, im zeitlichen Verlauf ist diese Prozentzahl gleich geblieben (siehe Tabelle 1.1). Im Schuljahr 2007/2008 wurde im Bezirk Murau der größte Anteil an Kindern (vier Prozent) zu Hause unterrichtet, aber auch die Bezirke Graz und Graz-Umgebung weisen über die Jahre tendenziell Anteile von über drei Prozent auf. Nach Angaben des Landesschulrats wird ein höherer Anteil an Knaben zu Hause unterrichtet (2005/2006 62 %, 2006/2007 59 %) (Hr. Patak, LSR für Steiermark, Abteilung P1, E-Mail vom 29. Februar 2008). Weiters werden 80 % der Kinder, die im Vorschulalter häuslich unterrichtet wurden, für die erste reguläre Volksschulklasse angemeldet. Dies weist darauf hin, dass in der Steiermark pro Jahrgang in

etwa 50 Kinder im Volksschulalter im häuslichen Unterricht verbleiben (Hr. Patak, LSR für Steiermark, Abteilung P1, E-Mail vom 29. Februar 2008).

1.4 Zusammenfassung

Für die Schätzung des Ausmaßes des Schulabbruchs in der Steiermark liegen keine aktuellen Zahlen vor, ebenso lässt sich das Ausmaß des häuslichen Unterrichts schwer schätzen. Aus der von Steiner und Steiner 2006 durchgeführten Studie zu sozialen Merkmalen von SchulabbrecherInnen wird jedoch deutlich, dass in Städten mehr Kinder und Jugendliche davon betroffen sind. Weiters sind Zielgruppen in dieser Hinsicht Kinder von Migrantinnen und Mitgranten sowie Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungsniveau (Steiner & Steiner, 2006, S. 81).

Literatur

- BMUKK. (2007). *Informationsblätter zum Schulrecht Teil 1: Schulpflicht. Aufnahmebedingungen. Übertrittsmöglichkeiten*. Stand Juli 2007. Wien. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.
- Grasser, G. & Püringer, U. & Auer, M. (2007). *Wissenschaftliche Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen für die Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt von FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark. (Unveröffentlicht)
- Leger, St. L. & Nutbeam, D. (2000). *Chapter Ten. Settings 2*. In: International Union for Health Promotion and Education. (2nd edition). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe*. Brussels: o.V., S. 110-122.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- SchPflG. (2006). *Schulpflichtgesetz*. BGBl. Nr. 76/1985 idF BGBl. I Nr. 20/2006. Download vom 16. Juni 2008 von <http://www.bmukk.gv.at/schulen/recht/gvo/schulpflichtgesetz1.xml>.
- Statistik Austria. (23.01.2007). *Gliederung der österreichischen Bildungsgänge gemäß International Standard Classification of Education Version 1997 (ISCED 1997)*. Download vom 17. Juni 2008 von http://www.statistik.at/web_de/static/gliederung_der_oesterreichischen_bildungsgaenge_gemaess_international_stan_019491.pdf.
- Steiner, M. & Steiner, P. (2006). *Bildungsabbruch und Beschäftigungseintritt. Ausmaß und soziale Merkmale jugendlicher Problemgruppen*. Wien: Institut für Höhere Studien im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit sowie des Arbeitmarktservice Österreich.
- Steiner, M. & Wagner, E. (2007). *Dropoutstudie. Grundlagen der Prävention und Reintegration von Dropouts in Ausbildung und Beschäftigung*. Wien. Institut für Höhere Studien im Auftrag des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur.
- WHO Regional Office for Europe. (2005). *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: WHO.

2 Anteil der Kinder im Kindergarten

2.1 Bedeutung des Indikators „Anteil der Kinder im Kindergarten“

Der Besuch einer qualitativ hochwertigen vorschulischen Einrichtung hat auf Kinder sowohl einen kurzzeitigen Effekt als auch langfristige positive Auswirkungen. Einerseits konnte eine Beeinflussung des IQ und der Entwicklung, andererseits konnten positive Zusammenhänge mit der Beendigung der Schullaufbahn festgestellt werden (Rigby & Köhler, 2002, S. 78). Der Kindergarten und auch Vorschulen können als Settings gesehen werden, in denen – wie in den Gesundheitszielen Steiermark vorgesehen – Interventionen durchgeführt werden können. Gesundheitsfördernde Maßnahmen, bei denen Kindern die Möglichkeit zur Mitgestaltung geboten wird, werden als besonders wirksam erachtet (Grasser, Püringer & Auer, 2007, S. 22).

2.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Anteil der Kinder im Kindergarten“

Empfohlen wird von der EU, im Rahmen des CHILD (Children Health Indicators of Life and Development), den Anteil (als Prozentsatz) der Kinder im Alter zwischen drei und fünf Jahren, die einen Kindergarten oder eine Art Vorschule für diese Altersstufen besuchen, darzustellen (Rigby & Köhler, 2002, S. 78). In der Steiermark liegen weder geschlechtsspezifische Daten noch Daten nach sozioökonomischem Status der Eltern vor, da nur Daten seitens des Landes erhoben werden, die für die finanzielle Förderung der Kindergartenplätze relevant sind (Fr. Dirry, Fachabteilung 6E – Kinderbildungs- und -betreuungsreferat, telefonisches Gespräch am 14. Dezember 2007). Für die Darstellung der Quoten stehen jedoch Vergleichsdaten aus allen Bundesländern Österreichs von der Statistik Austria zur Verfügung. Zwischen den Daten der Fachabteilung 6E und der Statistik Austria bestehen Unterschiede, welche teilweise durch unterschiedliche Zeiträume begründet werden können: Während die Daten der Fachabteilung 6E Schuljahre widerspiegeln, sind in den Daten der Statistik Austria Kalenderjahre abgebildet. Eine weitere Begründung kann in der im Nenner abgebildeten Anzahl an Institutionen gesehen werden. Die Daten der FA6E beziehen sich auf alle Kinder, die einen Kindergarten, eine alterserweiterte Gruppe oder ein Kinderhaus besuchen, die Daten der Statistik Austria beziehen sich auf Kinder in Krippen, Kindergärten, altersgemischten Betreuungseinrichtungen und Horten.

2.3 „Anteil der Kinder im Kindergarten“ im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal	in Prozent
Bundesländer	
Burgenland	97,3
Kärnten	81,0
Niederösterreich	91,4
Oberösterreich	85,7
Salzburg	85,4
Steiermark	81,6
Tirol	88,0
Vorarlberg	86,4
Wien	85,3
Österreich	86,5

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 2.1: Anteil der Kinder zwischen drei und fünf Jahren in Kinderbetreuungseinrichtungen und im Bundesländervergleich im Jahr 2008

Anhand der Daten der Statistik Austria wird ersichtlich, dass in der Steiermark im Jahr 2008 rund 82 % der Kinder in einer institutionellen Kinderbetreuungseinrichtung betreut wurden. Dieser Anteil ist niedriger als im Österreichvergleich. Nur in Kärnten ist der Anteil mit 81 % niedriger. Am höchsten ist die Betreuungsquote im Burgenland, wo 97 % der Kinder in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen zu finden sind.

2.4 „Anteil der Kinder im Kindergarten“ im Trend

Gliederungsmerkmal	in Prozent
Jahr	
2002/03	80
2003/04	80
2004/05	81
2005/06	81
2006/07	83
2007/08	84
2008/09	85
2009/10	86

Datenquelle: Fachabteilung 6E, Land Steiermark

Tabelle 2.2: Anteil der Kinder zwischen drei und fünf Jahren in Kinderbetreuungseinrichtungen in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Vergleicht man die Anteile der Kinder in Kinderbetreuungseinrichtungen im zeitlichen Verlauf, so ist seit 2002/2003 eine ständige Zunahme zu bemerken. Waren es im Schuljahr 2002/2003 noch 80 %, so sind im Schuljahr 2009/2010 bereits 86 % der Kinder in einem Kindergarten, einer alterserweiterten Gruppe oder einem Kinderhaus betreut worden.

2.5 Zusammenfassung

Aufgrund der fehlenden Daten lassen sich keine Aussagen über Unterschiede nach Geschlecht oder sozioökonomischem Status tätigen. Zwischen den Daten der Statistik Austria und der Fachabteilung 6E gibt es geringfügige Unterschiede, die auf unterschiedliche Definitionen zurückzuführen sein dürften. Es wird jedoch ersichtlich, dass der Anteil der Kinder in Kindergärten in der Steiermark niedriger ist als im übrigen Bundesgebiet (mit Ausnahme von Kärnten). Insgesamt ist der Anteil der Kinder in Kinderbetreuungseinrichtungen jedoch seit 2002/2003 von 80 % auf 86 % konstant gestiegen. Aus einer Studie der OECD geht hervor, dass 2003 österreichweit 84 % der 3- bis 6-jährigen Kinder und 95 % der 5- bis 6-Jährigen einen Kindergarten besuchten (Bennett, 2006, S. 19). Dies könnte auf eine geringere Inanspruchnahme von vorschulischen Erziehungseinrichtungen in der Steiermark im Vergleich zum österreichischen Schnitt hinweisen.

Literatur

- Bennett, J. (2006). *Starting Early. Early Childhood education and care policy. Länderbericht für Österreich*. O.O.: OECD-Directorate for Education.
- Grasser, G. & Püringer, U. & Auer, M. (2007). *Wissenschaftliche Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen für die Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt von FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark. (Unveröffentlicht)
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.

3 Bevölkerungsstruktur

3.1 Bedeutung des Indikators „Bevölkerungsstruktur“

Daten zu Altersstruktur und Bildungsniveau der Bevölkerung geben wichtige Informationen über die gegenwärtigen Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 2002, S. 19). Da Gesundheit auch aufgrund von verschiedenen Rahmenbedingungen, wie die wirtschaftliche und soziale Situation, ungleich verteilt ist (Grasser, Püringer & Auer, 2007, S. 23), wird im Folgenden auf die Bevölkerungsstruktur in der Steiermark nach Alter, Geschlecht, Region und Bildung eingegangen. Es ist davon auszugehen, dass alle diese Faktoren einen Einfluss auf die sozioökonomischen Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen haben.

3.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Bevölkerungsstruktur“

Die Bevölkerungsstruktur wird im Rahmen dieses Berichtes anhand der Bevölkerung nach Altersgruppen (0 bis unter 20 Jahre, 20 bis unter 65 Jahre sowie 65 Jahre und älter)⁵ und nach Geschlecht sowie nach höchster abgeschlossener Bildung für die steirischen Bezirke dargestellt. Verwendet werden dafür hauptsächlich zwei Datenquellen: einerseits die Ergebnisse der Volkszählungen von 1981, 1991, 2001 für die Verteilung nach Bildung und die Darstellung des Trends sowie andererseits das Zentrale Melderegister.

Da es sich bei beiden Datenquellen um Vollerhebungen mit gesetzlicher Grundlage⁶ handelt, ist von einer hohen Validität der Daten auszugehen. Fehler, die bei den Daten der Volkszählung auftreten können, sind (Statistik Austria, 2005, S. 19-22):

- Abdeckungsfehler (z.B. Über- und Untererfassung aufgrund falscher Angaben im Melderegister)
- Erfassungsfehler (z.B. Interviewfehler oder Fehler bei Ersatzausfüllungen durch andere Haushaltsmitglieder oder WohnungsvermieterInnen)
- Aufarbeitungsfehler (z.B. Fehler bei der Rekonstruktion von Datensätzen)
- Antwortausfälle (z.B. Antwortverweigerung bzw. Ersatzausfüllungen bei Personen, die nicht angetroffen wurden)

Im Zuge der Datenaufbereitung wurden jedoch zahlreiche qualitätssichernde Maßnahmen getroffen, welche zur Validität der Daten beitragen (Statistik Austria, 2005, S. 12-17).

⁵ Die Definition der Altersklassen erfolgte gemäß der Definition auf EU-Ebene nach dem Altersabhängigkeitsquotienten, der den Anteil der abhängigen Bevölkerung (0-19 Jahre und 65 Jahre und älter) jenem der unabhängigen Bevölkerung gegenüberstellt (DG Gesundheit und Verbraucherschutz, o.D.).

⁶ Die gesetzliche Grundlage für die Volkszählung ist das Volkszählungsgesetz 1980 in der jeweils gültigen Fassung (Statistik Austria, 2005, S. 3) und für das Zentrale Melderegister das Bundesstatistikgesetz 2000 (Statistik Austria, 2002, S. 5).

Bei den Daten aus dem Zentralen Melderegister wird seitens der Statistik Austria auf die hohe Qualität aufgrund ihres Urkundencharakters hingewiesen (Statistik Austria, 2002, S. 16). Nicht erfasst werden Personen, die sich illegal in Österreich aufhalten. Eine Übererfassung kann durch österreichische StaatsbürgerInnen entstehen, die in das Ausland ziehen, sich jedoch nicht abmelden (Statistik Austria, 2005, S. 16).

Ergänzt werden diese Daten durch Ergebnisse des Mikrozensus 2008 für die Darstellung der höchsten abgeschlossenen Bildung nach Geschlecht. Beim Mikrozensus handelt es sich um eine Teilerhebung, die hochgerechnet wird, weshalb die Daten eine von der Stichprobengröße und Anzahl der Personen in einer Kategorie abhängige Schwankungsbreite aufweisen.

3.3 „Bevölkerungsstruktur“ nach Geschlecht, breiten Altersgruppen und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt			Frauen			Männer		
				0 bis unter 20 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	0 bis unter 20 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	0 bis unter 20 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
				in 1.000			in Prozent					
Burgenland	283	145	138	19,3	61,1	19,6	18,5	58,9	22,6	20,1	63,4	16,6
Kärnten	561	289	272	20,6	60,5	18,8	19,6	58,9	21,5	21,8	62,3	16,0
Niederösterreich	1.605	819	786	21,5	60,1	18,4	20,5	58,7	20,8	22,6	61,6	15,9
Oberösterreich	1.410	718	693	22,5	60,7	16,9	21,5	59,0	19,5	23,5	62,4	14,2
Salzburg	529	272	257	22,0	61,9	16,0	20,8	61,1	18,1	23,3	62,8	13,8
Steiermark	1.207	618	589	20,0	61,4	18,6	19,1	59,5	21,4	21,0	63,3	15,6
Tirol	704	360	345	22,2	62,0	15,8	21,2	61,0	17,8	23,3	63,0	13,7
Vorarlberg	368	186	181	24,0	61,2	14,9	23,0	60,1	16,9	24,9	62,2	12,8
Wien	1.687	880	807	19,4	63,9	16,7	18,2	62,3	19,4	20,8	65,5	13,7
Österreich	8.355	4.287	4.068	21,1	61,5	17,4	20,1	60,0	19,9	22,2	63,1	14,7

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung und Berechnung: FH JOANNEUM

Tabelle 3.1: Bevölkerungsstruktur nach Geschlecht, breiten Altersgruppen und im Bundesländervergleich am 01.01.2009

Zu Jahresbeginn 2009 waren 20 % der SteirerInnen zwischen null und 19 Jahre alt und 19 % 65 Jahre und älter (siehe Tabelle 3.1). Nach Geschlecht betrachtet, ist bei Frauen der Anteil der älteren Personen (21 %) höher als bei Männern (16 %). Zugleich ist der Anteil der männlichen Personen bis 20 Jahre etwas höher (21 %) als bei Frauen (19 %), was bedeutet, dass die weibliche Bevölkerung im Schnitt älter als die männliche Bevölkerung ist. Im Vergleich zum österreichischen Schnitt ist der Anteil der jüngeren Bevölkerung etwas niedriger und der Anteil der älteren Personen etwas höher, wodurch die steirische Bevölkerung insgesamt älter ist als die gesamtösterreichische.

3.4 „Bevölkerungsstruktur“ nach Geschlecht, breiten Altersgruppen und im Bezirksvergleich

Gliederungsmerkmal	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt			Frauen			Männer		
				0 bis unter 20 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	0 bis unter 20 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	0 bis unter 20 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
				in 1.000			in Prozent					
Bezirke nach NUTS-3-Regionen												
Graz												
Graz-Stadt	254	132	122	18,2	64,5	17,3	17,2	62,5	20,3	19,4	66,6	14,0
Graz-Umgebung	141	72	69	21,6	61,9	16,5	20,6	60,8	18,6	22,7	63,0	14,3
Liezen												
Liezen	81	41	39	21,0	59,4	19,6	19,8	58,1	22,1	22,3	60,8	16,9
Östliche Obersteiermark												
Bruck a.d. Mur	63	32	31	18,5	59,7	21,8	17,6	57,9	24,6	19,5	61,6	18,9
Leoben	64	33	31	17,2	58,8	24,1	16,2	56,4	27,4	18,1	61,3	20,5
Mürzzuschlag	41	21	20	18,3	58,3	23,3	17,5	56,0	26,4	19,2	60,8	20,0
Oststeiermark												
Feldbach	67	34	33	21,6	60,5	17,9	20,9	58,2	20,9	22,3	62,9	14,9
Fürstenfeld	23	12	11	20,8	60,7	18,5	19,7	58,8	21,5	22,1	62,7	15,2
Hartberg	67	34	33	21,9	61,0	17,1	21,3	58,9	19,8	22,6	63,2	14,2
Radkersburg	23	12	11	19,8	60,1	20,1	18,8	57,8	23,4	20,9	62,5	16,7
Weiz	87	44	43	21,8	60,9	17,3	21,0	59,0	20,1	22,7	62,9	14,4
West- und Südsteiermark												
Deutschlandsberg	61	31	30	20,9	61,2	17,9	19,9	59,3	20,7	21,9	63,2	14,9
Leibnitz	77	39	38	21,4	62,2	16,4	20,8	60,3	19,0	22,0	64,2	13,8
Voitsberg	53	27	26	19,0	61,3	19,8	18,1	59,2	22,7	19,9	63,4	16,7
Westliche Obersteiermark												
Judenburg	46	23	22	19,5	58,7	21,8	18,8	56,1	25,2	20,3	61,4	18,3
Knittelfeld	29	15	14	20,3	60,3	19,4	19,1	58,7	22,2	21,5	62,0	16,5
Murau	30	15	15	21,3	59,4	19,2	20,5	57,1	22,4	22,1	61,9	16,0
Steiermark	1.207	618	589	20,0	61,4	18,6	19,1	59,5	21,4	21,0	63,3	15,6

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung und Berechnung: FH JOANNEUM

Tabelle 3.2: Bevölkerungsstruktur nach Geschlecht, breiten Altersgruppen und steirischen Bezirken am 01.01.2009

Die meisten Personen bis 20 Jahre (22 %) lebten 2007 in den Bezirken Graz-Umgebung, Feldbach, Hartberg und Weiz, die wenigsten (17 %) im Bezirk Leoben, wo sowohl der Anteil der männlichen (18 %) als auch der weiblichen Personen bis 20 Jahre (16 %) der jeweils niedrigste ist. Die meisten weiblichen Personen bis 20 Jahre wohnten mit je 21 % in den Bezirken Graz-Umgebung, Feldbach, Hartberg, Weiz, Leibnitz und Murau, in den Bezirken Graz-Umgebung, Hartberg und Weiz ist mit jeweils 23 % der größte Anteil an männlichen Personen unter 20 Jahren im Bezirksvergleich zu finden.

3.5 „Bevölkerungsstruktur“ nach Bezirken, Geschlecht und höchster abgeschlossener Bildung

Gliederungsmerkmal	Pflichtschule	Lehre	Berufsbildende mittlere Schule	Matura	Studium u.a
	in Prozent				
Bezirke nach NUTS-3-Regionen					
Graz					
Graz-Stadt	28,7	27,9	10,0	16,8	16,6
Graz-Umgebung	31,5	40,3	10,7	10,3	7,0
Liezen					
Liezen	33,7	40,9	12,6	7,8	5,0
Östliche Obersteiermark					
Bruck a.d. Mur	34,8	40,3	11,0	9,0	4,8
Leoben	35,5	39,9	11,3	8,2	5,1
Mürzzuschlag	37,0	39,2	11,7	8,0	4,0
Oststeiermark					
Feldbach	45,2	34,4	10,9	5,9	3,6
Fürstenfeld	40,0	33,7	13,0	8,0	5,4
Hartberg	40,5	35,8	13,2	6,8	3,7
Radkersburg	41,9	35,6	12,0	6,1	4,3
Weiz	38,7	38,4	11,2	7,4	4,3
West- und Südsteiermark					
Deutschlandsberg	39,0	37,1	11,5	7,5	4,8
Leibnitz	41,1	36,9	10,9	6,9	4,1
Voitsberg	38,1	37,2	12,7	7,9	4,0
Westliche Obersteiermark					
Judenburg	35,3	40,3	12,4	7,6	4,5
Knittelfeld	35,1	40,3	12,1	7,7	4,8
Murau	36,6	36,5	14,5	7,5	5,0
Steiermark	35,6	36,3	11,4	9,7	7,1

Datenquelle: Landesstatistik Steiermark, Steirische Statistiken, Heft 3/2006, Volkszählung 2001: Steiermark-Ergebnisse II, S. 70; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 3.3: Bevölkerungsstruktur nach höchster abgeschlossener Schulbildung und steirischen Bezirken bei der Volkszählung 2001

Je 36 % der SteirerInnen hatten 2001 als höchsten Bildungsabschluss eine Pflichtschule beziehungsweise eine Lehre absolviert, elf Prozent eine Berufsbildende mittlere Schule (BMS), zehn Prozent eine Allgemeinbildende höhere Schule (AHS) oder eine Berufsbildende höhere Schule (BHS) sowie sieben Prozent ein Studium oder eine ähnliche Ausbildung. Die höchsten Anteile an Personen mit mindestens Matura als höchster abgeschlossener Bildung sind in Graz-Stadt (33 %) und Graz-Umgebung (17 %) zu finden, während im Bezirk Feldbach dieser Anteil unter zehn Prozent liegt und zugleich der Anteil an Personen mit Pflichtschulabschluss mit 45 % am höchsten ist.

Regional gesehen sind in den NUTS-3-Regionen „West- und Südsteiermark“ sowie „Oststeiermark“ die höchsten Anteile an Pflichtschulabsolventinnen und -absolventen zu finden, während in den drei

Regionen „westliche Obersteiermark“, „östliche Obersteiermark“ sowie „Liezen“ die höchsten Anteile an Personen mit Lehrabschluss leben.

Gliederungsmerkmal	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	in 1.000			in Prozent		
Pflichtschule	282	179	103	27,7	33,9	20,9
Lehre	402	153	249	39,5	29,1	50,5
Berufsbildende mittlere Schule	124	85	39	12,1	16,2	7,8
Matura	126	66	60	12,4	12,7	12,1
Studium und Ähnliches	85	42	43	8,4	8,1	8,7

Datenquelle: Landesstatistik Steiermark; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 3.4: Bevölkerungsstruktur nach Geschlecht und höchster abgeschlossener Schulbildung in der Steiermark im Jahr 2008

Vergleicht man die Daten der Volkszählung 2001 (Tabelle 3.3) mit den Daten aus dem Mikrozensus 2008 (Tabelle 3.4) ist davon auszugehen, dass das Bildungsniveau der SteirerInnen insgesamt höher geworden ist. Der Anteil der Personen mit mindestens Matura ist von 17 % auf 21 % gestiegen, weiters ist der Anteil der Personen mit Lehrabschluss gewachsen, während der Anteil der Pflichtschulabsolventinnen und –absolventen gesunken ist. Nach Geschlecht getrennt analysiert, ist bei den Anteilen der Personen mit mindestens Matura als höchster abgeschlossener Schulbildung keine Differenz mehr zwischen den Geschlechtern auszumachen (je 21 %), während die Anteile der Frauen mit Pflichtschulabschluss (34 %) bzw. einer Berufsbildenden mittleren Schule (16 %) jeweils deutlich höher sind als die jeweiligen Anteile bei den Männern (21 % bzw. 8 %), welche einen höheren Anteil an Personen mit Lehrabschluss (51 %) aufweisen als Frauen (29 %).

3.6 „Bevölkerungsstruktur“ im Trend

Gliederungsmerkmal	Gesamt	0 bis unter 20 Jahre	20 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
		in Prozent		
Jahr	in 1.000	in Prozent		
1981	1.190	30,2	55,6	14,2
1991	1.175	24,3	60,5	15,2
2001	1.186	22,2	61,2	16,5
2007	1.204	20,4	61,3	18,3
2008	1.205	20,2	61,3	18,5

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung und Berechnung: FH JOANNEUM

Tabelle 3.5: Bevölkerungsstruktur zur jeweiligen Jahresmitte nach breiten Altersgruppen in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Eine Analyse der Entwicklung der Altersstruktur der steirischen Bevölkerung zeigt, dass diese seit 1981 insgesamt gealtert ist. Der Anteil der unter 20-Jährigen ist von 1981 bis 2008 von 30 % auf 20 % gesunken, zugleich ist der Anteil der Personen über 65 Jahren von 14 % auf 19 % gestiegen.

3.7 Zusammenfassung

Der Anteil der Personen über 65 Jahren ist in der Steiermark etwas höher als im österreichischen Schnitt und der Anteil der Personen unter 20 Jahren niedriger, wobei die weibliche Bevölkerung im Schnitt älter ist als die männliche. Insgesamt ist die steirische Bevölkerung in den letzten Jahren gealtert. Beim Bildungsniveau sind einerseits Stadt-Land-Unterschiede, andererseits große regionale Unterschiede zu sehen, die zum Teil durch die Beschäftigungsstruktur erklärbar sein dürften (Landesstatistik Steiermark, 2006, S. 69-70). Insgesamt hat das Bildungsniveau der SteirerInnen zugenommen, wobei jedoch bei Frauen jede Dritte und bei Männern nur jeder Fünfte einen Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Schulbildung aufweisen, während bei den Anteilen der Personen mit mindestens Matura keine Unterschiede mehr zwischen Männern und Frauen bestehen.

Literatur

- DG Gesundheit und Verbraucherschutz. (o.D.). *ECHI*. Download vom 17. Juni 2008 von http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_de.htm.
- Grasser, G. & Püringer, U. & Auer, M. (2007). *Wissenschaftliche Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen für die Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt von FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark. (Unveröffentlicht)
- Landesstatistik Steiermark. (2006). *Volkszählung 2001: Steiermark – Ergebnisse II. Steirische Statistiken. Heft 3/2006*. Graz: Landesstatistik Steiermark.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. (2002). *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen*. Landesgesundheitsbericht 2002. Bielefeld: LÖGD.
- Statistik Austria. (2002). *Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Statistik des Bevölkerungsstandes. Bearbeitungsstand: 21.12.2007*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (2005). *Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Volkszählung 2001. Bearbeitungsstand: 15.11.2005*. Wien: Statistik Austria.

4 Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten

4.1 Bedeutung des Indikators „Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten“

Trotz der Veränderung der Lebensformen passiert die primäre Sozialisation immer noch sehr stark in der Familie, wie auch immer diese zusammengesetzt sein mag. Familien nehmen dabei eine wichtige Rolle in der Vermittlung von gesundheitsrelevantem Verhalten und Wissen (Schubert & Horch, 2004, S. 25). In einer Familie aufzuwachsen, in der beide Elternteile anwesend sind, wird als positiv für die mentale Gesundheit angesehen. Eine von Meltzer et al. durchgeführte Studie zeigt, dass doppelt so viele Kinder (16 %), die in AlleinerzieherInnenhaushalten aufwuchsen, eine schlechtere mentale Gesundheit hatten als Kinder, die bei einem Paar lebten, wo dies nur auf acht Prozent zutraf. Dabei ist davon auszugehen, dass dies nicht auf die Qualität der Pflege und Betreuung zurückzuführen ist, sondern darauf, dass AlleinerzieherInnen oft mit finanziellen und sozialen Problemen belastet sind. Darüber hinaus gibt es Belege dafür, dass es einen Zusammenhang zwischen Armut und AlleinerzieherInnenhaushalten gibt. Nicht zuletzt ist davon auszugehen, dass AlleinerzieherInnen tendenziell einen niedrigeren Bildungsabschluss haben (Rigby & Köhler, 2002, S. 43).

Eine schlechtere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben durch Isolation, Armut, Mangel an materiellen Mitteln, geringe Bildung und Arbeitslosigkeit führt zu Chancenungleichheit, welche wiederum einen schlechteren Gesundheitszustand hervorruft. Besonders betroffen sind in der Steiermark MigrantInnen, Frauen (vor allem ab 65 Jahren) sowie Alleinstehende (Grasser, Püringer & Auer, 2007, S. 23). Daher lautet einer der drei Grundsätze der Gesundheitsziele Steiermark: gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen (Grasser, Püringer & Auer, 2007, S. 21).

4.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten“

Von der europäischen Arbeitsgruppe, welche das CHILD-Indikatorenset für Kindergesundheitsberichterstattung entwickelte, wird empfohlen, den Prozentanteil der Kinder darzustellen, die in Haushalten mit AlleinerzieherInnen wohnen, getrennt nach den Altersgruppen 0-4, 5-9, 10-14 und 15-17 Jahre sowie Geschlecht (Rigby & Köhler, 2002). Im vorliegenden Bericht wird einerseits auf die Daten der Volkszählung 2001 zurückgegriffen, wo eine Trennung nach dem Geschlecht der AlleinerzieherInnen möglich ist, andererseits auf Daten aus der Familien- und Haushaltsstatistik aus den Jahren 2004 bis 2008, um Trends sichtbar zu machen sowie Bundesländervergleiche durchzuführen. Dabei liegen standardmäßig keine Daten zur Unterscheidung der Kinder nach Altersgruppen vor (Fr. Kern, Fachabteilung 1C – Landesstatistik, E-Mail vom 06. Juni 2008). Als Kinder werden in der Familien- und Haushaltsstatistik und der Volkszählung alle jene Personen verstanden, die bei zumindest einem Elternteil wohnen, ohne Partner und selbst kinderlos sind. Das Alter dieser Personen wird in diesem Fall nicht beachtet (Statistik Austria, 2001, S. 9). Daher ist davon auszugehen, dass im Folgenden von einer etwas zu hohen Anzahl an „Kindern“ ausgegangen wird, da auch Personen über 19 Jahre, die den zuvor genannten Kriterien entsprechen, als Kinder klassifiziert werden (siehe Tabellen 4.1 bis 4.3).

4.3 „Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten“ nach Geschlecht im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal	Gesamt	Ehepaar (ausgenommen Lebensgemeinschaft)	Lebensgemeinschaft	AlleinerzieherInnen
		in Prozent		
Bundesländer				
Burgenland	81.461	79,4	6,1	14,5
Kärnten	162.505	70,5	11,1	18,4
Niederösterreich	468.428	76,7	8,4	14,9
Oberösterreich	428.224	74,6	9,8	15,6
Salzburg	159.415	71,8	10,4	17,8
Steiermark	338.777	71,3	10,4	18,3
Tirol	221.221	76,3	9,0	14,6
Vorarlberg	119.148	74,6	7,6	17,8
Wien	404.179	70,6	8,2	21,3
Österreich	2.383.358	73,7	9,2	17,1

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.1: Kinder nach verschiedenen Haushaltstypen im Bundesländervergleich im Jahr 2008

2008 lebten 18 % der steirischen Kinder in Haushalten von AlleinerzieherInnen, im österreichischen Schnitt betraf dies etwas weniger Kinder (17 %) (siehe Tabelle 4.1). Nur in Wien (21 %) lebten mehr Kinder als in der Steiermark in einem AlleinerzieherInnenhaushalt, zugleich ist der Anteil der steirischen Kinder, die in einem Haushalt eines Ehepaars wohnten, österreichweit an drittletzter Stelle (71 %). Der österreichische Schnitt lag hier mit 74 % deutlich höher.

4.4 „Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal	Gesamt	Ehepaar (ausgenommen Lebensgemeinschaft)	Lebensgemeinschaft	AlleinerzieherInnen	Alleinerzieher
		in Prozent			
Jahr					
1981	431.033	82,9	2,2	13,2	1,7
1991	389.970	77,6	3,3	16,4	2,7
2001	361.014	72,4	7,6	17,3	2,6

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.2: Kinder nach verschiedenen Haushaltstypen in der Steiermark im zeitlichen Trend (1981-2001)

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung, so lässt sich feststellen, dass die Zahl der Kinder, die im Haushalt eines Ehepaars wohnen, seit 1981 zurückgegangen ist, während die Zahl der Kinder in Haushalten von Lebensgemeinschaften und in AlleinerzieherInnenhaushalten gestiegen ist. 1981 lebten noch zwei Prozent der Kinder in Haushalten von Lebensgemeinschaften und 15 % bei Alleinerziehenden, 2001 waren es bereits acht Prozent der Kinder, die in Haushalten von Lebensgemeinschaften, und rund 20 % der Kinder, die bei AlleinerzieherInnen wohnten (17 % weiblich, drei Prozent männlich).

Gliederungsmerkmal	Gesamt	Ehepaar	Lebensgemeinschaft	AlleinerzieherInnen
Jahr	in Prozent			
2004	342.965	73,0	10,5	16,5
2005	341.220	70,3	10,3	19,3
2006	342.481	71,0	9,7	19,2
2007	341.329	71,9	10,4	17,7
2008	338.777	71,3	10,4	18,3

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 4.3: Kinder nach verschiedenen Haushaltstypen in der Steiermark im zeitlichen Trend (2004-2008)

Die Daten, die den weiteren Trend beschreiben, sind aus dem Mikrozensus entnommen, die unterschiedlichen Prozentsätze die zwischen den beiden Trendreihen zu sehen sind, können einerseits durch unterschiedliche dahinterstehende Klassifikationen (Klapfer, 2009, S. 15) und andererseits durch die unterschiedliche Erhebungsart erklärt werden. Bei der Volkszählung handelt es sich um eine Vollerhebung, während der Mikrozensus auf einer Stichprobe basiert. Anhand der Zahlen für 2004 bis 2008 lässt sich jedoch bestätigen, dass es einen dahingehenden Trend gibt, dass immer weniger Kinder im Haushalt eines Ehepaars wohnen, während der Anteil der Kinder in Haushalten von Lebensgemeinschaften und in AlleinerzieherInnenhaushalten zunimmt.

4.5 Zusammenfassung

Fast jedes fünfte steirische Kind lebt in einem AlleinerzieherInnenhaushalt, etwas mehr als im österreichischen Schnitt. Etwas weniger Kinder als im Österreichschnitt leben in der Steiermark in Haushalten eines Ehepaars. Der Blick auf die zeitliche Entwicklung zeigt, dass immer mehr Kinder in einem AlleinerzieherInnenhaushalt aufwachsen.

Literatur

- Grasser, G. & Püringer, U. & Auer, M. (2007). *Wissenschaftliche Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen für die Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt von FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark. (Unveröffentlicht)
- Klapfer, K. (2009). *Familien- und Haushaltsstatistik. Ergebnisse des Mikrozensus 2008*. Wien: Statistik Austria.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Schubert, I. & Horch, K. (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Statistik Austria. (2001). *Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Volkszählung 2001. Berichtsstand 15.11.2005*. Download vom 16.05.2008 von http://www.statistik.at/web_de/wcmsprod/groups/gd/documents/stdok/008457.pdf#pagemode=bookmarks.
- Statistik Austria. (2004). *Standard-Dokumentation. Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu Mikrozensus ab 2004. Arbeitskräfte- und Wohnungserhebung. Bearbeitungsstand 25.03.2008*. Wien: Statistik Austria. Download vom 16.05.2008 von http://www.statistik.at/web_de/wcmsprod/groups/gd/documents/stdok/008863.pdf#pagemode=bookmarks.

5 Bildungsstatus der Eltern

5.1 Bedeutung des Indikators „Bildungsstatus der Eltern“

Der Bildungsstatus der Eltern, vor allem jener der Mutter, hat einen nachweislichen Einfluss auf den Gesundheitsstatus der Kinder (Rigby & Köhler, 2002, S. 41). So wurde zum Beispiel für die GUS⁷-Staaten ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsstatus der Mutter und der postneonatalen Sterblichkeit nachgewiesen (WHO, 2005, S. 55-56). Vor allem jene Kinder, deren Eltern ein niedriges Bildungsniveau aufweisen, haben ein höheres Risiko der materiellen Belastung und sozialen Ausgrenzung. Personen, die ein niedriges Ausbildungsniveau haben und zum Beispiel an Leseschwächen leiden, erfahren große Hindernisse bei der Inanspruchnahme von öffentlichen Gesundheitsdienstleistungen. Es ist davon auszugehen, dass dies zu geringerer Inanspruchnahme von Leistungen auch durch die Kinder dieser Eltern führt. Der Bildungsstatus gilt als über die Zeit stabiler, aussagekräftiger und leicht zu erhebender Indikator, der auch für Arbeitslose, PensionistInnen, haushaltführende Personen und Alleinerziehende valide Aussagen ermöglicht (Rigby & Köhler, 2002, S. 41).

Im Rahmen der Gesundheitsziele Steiermark sollen u.a. durch Interventionen im Familienbereich soziale Ungleichheiten beseitigt werden, um in weiterer Folge „gleiche Chancen für Gesundheit zu ermöglichen“ (Grasser, Püringer & Auer, 2007, S. 23-24).

5.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Bildungsstatus der Eltern“

Von der Europäischen Union wird empfohlen, den Prozentsatz der Kinder, deren Mütter (bzw. mütterliche Betreuungspersonen) die Pflichtschule, eine Berufsausbildung oder eine tertiäre Ausbildung abgeschlossen haben, an allen Kindern für die Altersgruppen 0-4, 5-9, 10-14 und 15-17 Jahre darzustellen (Rigby & Köhler, 2002, S. 41).

Für den vorliegenden Bericht werden die Daten der Volkszählungen von 1981, 1991 und 2001 sowie des Mikrozensus aus dem Jahr 2008 analysiert. Dabei ist nur für die Daten der Volkszählung eine Analyse nach der Bildung der Mutter, des Vaters sowie von Alleinerzieherinnen und Alleinerziehern möglich. Als Kinder wurden im Rahmen der beiden Erhebungen alle jene Personen definiert, die gemeinsam mit ihren Eltern oder einem Elternteil ohne eigene/n PartnerIn bzw. ohne eigene Kinder in einem Haushalt leben, wobei die Definition zwischen den Jahren leicht variiert. Wichtig ist, dass das Alter der Kinder in diesem Fall nicht berücksichtigt wird. Daher ist davon auszugehen, dass in allen Jahren auch Personen, die über 19 Jahre alt sind, in den folgenden Tabellen miterfasst sind.

Wie unter Punkt 5.1 dargestellt, wird davon ausgegangen, dass Kinder, deren Eltern ein niedriges Bildungsniveau aufweisen, ein höheres Risiko haben, gesundheitlich benachteiligt zu sein. Nachdem es in erster Linie einen Zusammenhang zwischen der Bildung der Mutter und den gesundheitlichen

⁷ GUS: Gemeinschaft unabhängiger Staaten.

Voraussetzungen der Kinder gibt (siehe Punkt 5.1), werden die Daten zuerst im Hinblick auf die Bildung der Mutter und dann im Hinblick auf die Bildung der Alleinerzieherinnen betrachtet. Danach werden die Daten in Hinblick auf die Bildung des Vaters allgemein und dann im Speziellen der Alleinerzieher dargestellt.

Insgesamt wird bei der folgenden Analyse zwischen vier verschiedenen Gruppen unterschieden:

1. **„Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung der Frau in der Familie“:** In dieser Gruppe werden alle Kinder nach der Bildung ihrer Mutter erfasst, dabei wird nicht unterschieden zwischen Alleinerzieherinnen und Frauen, die verheiratet sind oder in einer Partnerschaft leben.
2. **„Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung der alleinerziehenden Mutter“:** In dieser Gruppe werden alle Kinder nach der Bildung ihrer Mutter erfasst, wenn diese Alleinerzieherin ist (dies bedeutet, dass diese Gruppe eine Subgruppe von 1. ist).
3. **„Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung des Mannes in der Familie“:** In dieser Gruppe werden alle Kinder nach der Bildung ihres Vaters erfasst, dabei wird nicht unterschieden zwischen Alleinerziehern und Männern, die verheiratet sind oder in einer Partnerschaft leben.
4. **„Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung des alleinerziehenden Vaters“:** In dieser Gruppe werden alle Kinder nach der Bildung ihres Vaters erfasst, wenn dieser Alleinerzieher ist (dies bedeutet, dass diese Gruppe eine Subgruppe von 3. ist).

Um die Gesamtzahl der Kinder in der Steiermark zu erhalten, müssen daher in den folgenden Statistiken immer z.B. der Anteil der Kinder der Gruppe 3 (nach höchster abgeschlossener Bildung des Mannes in der Familie) sowie der Anteil der Kinder der Gruppe 2 (von Alleinerzieherinnen) zusammengezählt werden.

Da die Darstellung dieser vier Gruppen nur mit den Daten der Volkszählung 2001 möglich ist, musste zwecks Bezugnahme auf aktuelle Daten der Mikrozensus 2008 herangezogen werden. Dieser lässt jedoch keine Auswertung auf Basis der AlleinerzieherInnen zu, da es sich beim Mikrozensus um Befragungsdaten handelt und es aufgrund der Stichprobengröße nicht möglich ist, eine solche Unterscheidung zu treffen.

Unter Familie wird im Folgenden jede Form des Zusammenlebens von Kindern mit deren Eltern verstanden, unabhängig davon, ob das Kind von einer Person alleine oder zwei Personen gemeinsam erzogen wird. Darüber hinaus wird unter Mutter die Frau des gemeinsamen Haushalts verstanden, unabhängig davon, ob sie die biologische Mutter oder die Stiefmutter des Kindes ist. Dies gilt analog für den Vater.

Um die Lesbarkeit zu vereinfachen, wird in den meisten Fällen zwischen eher höherem und eher niedrigerem Bildungsniveau unterschieden. Der Abschluss der Matura und ein Bildungsabschluss darüber hinaus werden als eher höheres Bildungsniveau eingestuft. All jene, die keine Matura absolviert haben, werden in der Gruppe mit eher niedrigem Bildungsniveau eingestuft.

5.3 „Bildungsstatus der Eltern“ nach Geschlecht im Bundesländervergleich im Jahr 2008

Gliederungsmerkmal	Gesamt	Allgemeinbildende Pflichtschule	Lehrlingsausbildung	Berufsbildende mittlere Schule	Höhere Schule	Universität (einschl. hochschulverwandter Ausbildungen)
		in Prozent				
Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung der Frau in der Familie						
Bundesländer						
Burgenland	78.993	26,3	24,5	24,2	15,7	9,3
Kärnten	158.330	19,2	37,5	17,3	14,7	11,4
Niederösterreich	454.752	20,3	31,3	22,9	14,8	10,7
Oberösterreich	420.848	29,7	32,6	18,8	10,0	8,8
Salzburg	154.944	22,9	33,0	21,0	12,3	10,9
Steiermark	330.388	22,0	38,3	17,7	11,7	10,4
Tirol	216.749	28,2	31,9	23,2	8,8	7,9
Vorarlberg	116.471	27,9	30,3	22,9	8,3	10,6
Wien	392.582	28,6	20,8	11,6	19,0	20,1
Österreich	2.324.057	25,0	31,1	19,1	13,2	11,7
Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung des Mannes in der Familie						
Bundesländer						
Burgenland	72.134	11,8	51,6	12,5	15,9	8,2
Kärnten	136.823	8,1	58,0	11,7	11,5	10,7
Niederösterreich	412.438	9,6	54,1	12,4	13,8	10,1
Oberösterreich	368.828	14,7	58,0	8,9	10,0	8,5
Salzburg	135.525	11,0	52,9	11,5	12,2	12,3
Steiermark	285.223	11,8	56,5	9,7	10,6	11,4
Tirol	193.293	16,4	53,2	11,9	8,0	10,5
Vorarlberg	100.598	20,5	45,8	12,2	10,1	11,4
Wien	329.630	18,1	35,1	6,2	18,5	22,2
Österreich	2.034.492	13,5	51,6	10,2	12,5	12,2

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 5.1: Kinder nach Bildungsstatus der Eltern nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2008

Betrachtet man die Daten nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung der Frau in der Familie, so zeigt sich, dass im Jahr 2008 rund zehn Prozent der Kinder bei einer Mutter mit einem akademischen Abschluss, weitere elf Prozent bei Müttern mit Maturaabschluss und die restlichen vier Fünftel der Kinder (78 %) bei Müttern ohne Matura gewohnt haben, wobei die Mütter von 22 % der Kinder als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss aufweisen. Vergleicht man die steirischen Daten mit den österreichischen, so wird deutlich, dass in der Steiermark prozentuell etwas weniger Kinder in Haushalten aufwachsen, in denen die Mutter als höchste

abgeschlossene Ausbildung mindestens die Matura hat (Steiermark: 22 %; Österreich: 25 %). Nur in Oberösterreich, Tirol und Vorarlberg ist dieser Anteil noch kleiner als in der Steiermark.

Eine Analyse der Daten nach der höchsten abgeschlossenen Bildung des Mannes in der Familie zeigt, dass wiederum rund 20 % der Kinder in einer Familie gewohnt haben, in welcher der Mann als höchste abgeschlossene Schulbildung mindestens die Matura absolviert hat. Rund zwölf Prozent der Kinder haben bei einem Vater mit Pflichtschule und mehr als die Hälfte der Kinder bei Vätern, die eine Lehre als höchste abgeschlossene Schulbildung aufweisen, gewohnt. Genauso wie bei der Analyse des Anteils der Kinder nach der höchsten abgeschlossenen Schulbildung der Mutter zeigt sich auch hier, dass in der Steiermark der Anteil der Kinder, die bei einem Vater, der mindestens die Matura hat, wohnen niedriger ist als in Gesamtösterreich (Steiermark: 12 %; Österreich: 25 %).

Analysiert man die Anzahl der Kinder im Haushalt nach dem Geschlecht des Elternteils, so haben in fast allen Bundesländern mehr Kinder bei Frauen gewohnt als bei Männern, was auf eine höhere Anzahl an AlleinerzieherInnen hinweisen könnte.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Anteil der Kinder, die bei einer Mutter oder einem Vater mit mindestens Matura als höchster abgeschlossener Schulbildung wohnen, in der Steiermark niedriger ist als in Gesamtösterreich. Auch der Anteil jener Kinder, die bei Eltern mit einer abgeschlossenen Berufsbildenden mittleren Schule wohnen, ist in der Steiermark niedriger als in Gesamtösterreich. Insgesamt wohnen tendenziell mehr steirische Kinder bei Eltern mit einem niedrigeren Bildungsniveau als im restlichen Österreich.

5.4 „Bildungsstatus der Eltern“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2001

Gliederungsmerkmal	Gesamt	Allgemein- bildende Pflichtschule	Lehrlings- ausbildung	Berufsbildend e mittlere Schule	Allgemein- bildende höhere Schule	Berufsbildend e höhere Schule	Universität (einschl. hochschul- verwandter Ausbildungen)
		in Prozent					
alle Kinder berechnet aus Vater in der Familie und Alleinerzieherinnen							
Steiermark	361.014	19,5	52,1	10,4	3,1	5,2	9,8
Österreich	2.424.805	21,8	47,7	10,1	3,7	6,0	10,6
Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung der Frau in der Familie							
Bundesländer							
Burgenland	84.746	42,7	19,5	21,0	3,6	5,6	7,5
Kärnten	173.842	27,7	34,2	19,9	3,0	6,1	9,0
Niederösterreich	457.779	31,9	27,3	21,8	4,3	5,5	9,2
Oberösterreich	436.440	37,1	30,1	18,0	2,8	4,2	7,8
Salzburg	161.516	31,0	33,5	18,5	3,5	4,3	9,1
Steiermark	351.573	31,8	31,6	20,2	3,5	3,9	9,1
Tirol	222.558	36,9	28,7	20,1	3,1	3,6	7,7
Vorarlberg	118.622	40,4	25,7	21,1	2,5	3,4	7,0
Wien	349.654	35,4	20,6	15,2	8,8	5,0	15,0
Österreich	2.356.730	34,3	28,2	19,3	4,2	4,6	9,4
Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung der alleinerziehenden Mutter							
Bundesländer							
Burgenland	12.281	54,1	15,0	16,3	3,4	4,6	6,6
Kärnten	32.842	34,9	29,0	18,9	3,3	5,4	8,4
Niederösterreich	70.990	38,6	24,1	19,5	4,5	4,7	8,6
Oberösterreich	60.889	43,1	27,2	15,7	3,0	3,6	7,4
Salzburg	27.345	36,0	29,6	17,1	4,0	3,9	9,3
Steiermark	62.542	38,7	27,8	18,3	3,5	3,4	8,2
Tirol	36.097	41,3	26,2	18,0	3,6	3,3	7,5
Vorarlberg	18.522	46,1	24,9	18,3	2,3	2,6	5,8
Wien	95.653	35,1	22,7	15,7	8,7	4,4	13,4
Österreich	417.161	39,1	25,5	17,4	4,8	4,0	9,2
Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung des Mannes in der Familie							
Bundesländer							
Burgenland	74.699	15,8	56,9	9,1	3,6	6,5	8,1
Kärnten	145.602	11,7	60,1	9,7	2,6	6,5	9,4
Niederösterreich	400.529	14,2	54,9	9,8	3,4	7,8	9,9
Oberösterreich	384.621	18,9	55,6	7,7	2,5	6,3	9,0
Salzburg	138.029	17,3	54,4	8,8	2,9	5,7	11,0
Steiermark	298.472	15,4	57,2	8,7	3,0	5,5	10,1
Tirol	191.759	21,9	49,9	9,7	2,9	5,2	10,3
Vorarlberg	102.747	25,1	46,4	10,3	2,3	5,6	10,3
Wien	271.186	26,0	35,7	5,6	7,0	7,3	18,4
Österreich	2.007.644	18,3	52,3	8,6	3,5	6,5	10,9
Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung des alleinerziehenden Vaters							
Bundesländer							
Burgenland	2.234	28,0	50,1	6,5	2,8	5,4	7,2
Kärnten	4.602	19,4	53,4	9,4	2,5	5,0	10,2
Niederösterreich	13.740	22,0	47,8	8,5	3,8	7,0	11,0
Oberösterreich	9.070	30,0	46,7	6,2	2,5	4,6	9,9
Salzburg	3.858	28,1	43,4	7,3	3,3	4,2	13,7
Steiermark	9.441	26,2	48,3	7,7	3,4	4,2	10,2
Tirol	5.298	31,1	41,0	8,4	3,1	4,5	11,8
Vorarlberg	2.647	32,5	40,2	10,9	2,3	4,7	9,5
Wien	17.185	30,8	36,3	4,5	5,8	5,8	16,8
Österreich	68.075	27,3	44,2	7,1	3,8	5,3	12,2

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 5.2: Kinder nach Bildungsstatus der Eltern nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2001

Bei den Daten im Jahr 2001 nach der höchsten abgeschlossenen Bildung aller Mütter, die mit Kindern zusammenleben, lässt sich beobachten, dass je knapp ein Drittel (je 32 %) der steirischen Kinder eine Mutter mit einem Pflichtschulabschluss oder einem Lehrabschluss als höchster Schulbildung hat. Sieben Prozent der Kinder leben mit einer Mutter mit Maturaabschluss und neun Prozent mit einer Mutter mit Hochschulabschluss. Im Weiteren bedeutet die, dass 84 % der steirischen Kinder 2001 mit einer Mutter lebten, deren höchster Schulabschluss unter dem Maturaniveau lag.

Der Anteil jener steirischen Kinder, die von einer Alleinerzieherin ohne Maturabschluss aufgezogen werden, liegt bei 85 %. Somit ist der Anteil der Kinder von Alleinerzieherinnen, die aufgrund des niedrigen Bildungsniveaus der Mutter sozusagen einem erhöhten gesundheitlichen Risiko ausgesetzt sind, etwas höher als bei allen steirischen Kindern, die mit der Mutter im selben Haushalt aufwachsen (84 %). Ein größerer Anteil der Kinder von Alleinerzieherinnen wächst mit einer Mutter mit Pflichtschulabschluss (39 %) auf als der Kinder gesamt, wovon lediglich 32 % der Kinder mit einer Mutter mit Pflichtschulabschluss aufwachsen.

Betrachtet man die Daten nach der Bildung des Vaters im gleichen Haushalt, zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Kinder in der Steiermark in Familien lebt, in denen der Vater als höchsten Schulabschluss einen Lehrabschluss aufweist. Im Vergleich zum Jahr 2008 lebten im Jahr 2001 mit ca. 81 % etwas mehr Kinder bei einem Vater ohne Maturaabschluss, was über dem österreichischen Schnitt (79 %) liegt.

Bei der Analyse der Kinder, die bei Alleinerziehern wohnen, ist ein ähnliches Muster wie bei der Auswertung nach der Bildung der alleinerziehenden Mütter festzustellen. Ca. 82 % der Kinder, die bei einem alleinerziehenden Vater aufwachsen, sind sozusagen einem erhöhten Gesundheitsrisiko aufgrund des geringen Bildungsniveaus (= keine Matura) des erziehenden Elternteils ausgesetzt, wie unter Punkt 5.1 dargestellt. Demgegenüber ist dieser Anteil bei den Kindern gesamt, die mit einem Vater aufwachsen, etwas kleiner (81 %). Wieder ist der Anteil der Kinder, die bei Vätern mit Pflichtschulabschluss aufwachsen, bei den Alleinerziehern mit 26 % weit höher als bei den Kindern gesamt, die mit ihrem Vater aufwachsen (15 %).

Zusammengefasst weisen auch die Daten aus dem Jahr 2001 darauf hin, dass, verglichen mit Österreich insgesamt, in der Steiermark tendenziell weniger Kinder in Familien mit Müttern und/oder Vätern mit höheren Bildungsabschlüssen (mindestens Matura) leben, wobei der Anteil der Kinder, die mit einem Elternteil mit niedrigem Bildungsniveau (keine Matura) aufwachsen, bei den Alleinerziehenden höher ist als bei den Familien gesamt.

5.5 „Bildungsstatus der Eltern“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal	Gesamt	Allgemeinbildende Pflichtschule	Lehrlingsausbildung	Berufsbildende mittlere Schule	Allgemeinbildende höhere Schule	Berufsbildende höhere Schule	Universität (einschl. hochschulverwandter Ausbildungen)
Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung der Frau in der Familie							
1981	423.625	62,9	18,8	12,7	2,1	1,7	1,9
1991	379.558	44,6	28,9	16,1	2,9	2,5	4,9
2001	351.573	31,8	31,6	20,2	3,5	3,9	9,1
Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung der alleinerziehenden Mutter							
1981	56.851	67,5	15,8	10,9	2,3	1,8	1,8
1991	63.948	50,4	25,3	14,1	3,1	2,5	4,6
2001	62.542	38,7	27,8	18,3	3,5	3,4	8,2
Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung des Mannes in der Familie							
1981	374.182	41,9	41,9	6,8	2,2	2,7	4,5
1991	326.022	25,1	52,6	8,6	2,5	4,1	7,2
2001	298.472	15,4	57,2	8,7	3,0	5,5	10,1
Kinder nach höchster abgeschlossener Bildung des alleinerziehenden Vaters							
1981	7.408	50,0	31,4	5,9	3,3	3,0	6,5
1991	10.412	34,5	43,2	7,6	2,8	4,1	7,8
2001	9.441	26,2	48,3	7,7	3,4	4,2	10,2

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 5.3: Kinder nach Bildungsstatus der Eltern nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Im zeitlichen Verlauf ist generell das Bildungsniveau der Bevölkerung gestiegen. Auch bei der Analyse der Kinder nach dem Bildungsstatus ihrer Eltern wird deutlich, dass ein immer höherer Anteil an Kindern bei Eltern wohnt, die mindestens die Matura abgeschlossen haben. Der Anteil der Kinder, die bei einer Mutter ohne Maturaabschluss aufwachsen, hat sich verringert – sowohl bei den Kindern, die mit einer Alleinerzieherin aufwachsen, als auch bei allen Kindern. Der Anteil der Kinder, die mit einer Mutter mit Hochschul- und Universitätsabschluss aufwachsen, hat sich zwischen 1981 und 2001 sogar fast verfünffacht.

Dasselbe gilt, wenn die Situation nach den Vätern betrachtet wird, mit der Ausnahme, dass der Anteil der Kinder, die bei alleinerziehenden Vätern mit weniger als einem Maturaabschluss aufwachsen, im Vergleich zu allen anderen am wenigsten zurückgegangen ist. Darüber hinaus wohnen immer weniger Kinder mit Vätern zusammen, die als höchste abgeschlossene Bildung eine Pflichtschule haben (von 42 % auf 15 %). Auch die Zahl der Kinder, die bei alleinerziehenden Vätern mit Pflichtschulabschluss als höchster abgeschlossener Schulbildung aufwachsen, hat sich halbiert. Zusätzlich hat sich der Anteil der Kinder, die in Familien wohnen, bei denen der Mann in der Familie über einen Universitätsabschluss verfügt, verdoppelt.

Insgesamt dürften sich hier zwei Entwicklungen widerspiegeln: einerseits das generell steigende Niveau des Bildungsabschlusses und andererseits die generell höheren Bildungsabschlüsse der Frauen, wobei der Anteil der Kinder, die bei einem Elternteil mit geringerem Bildungsabschluss aufwachsen, bei Kindern von Alleinerziehenden nach wie vor am höchsten ist.

5.6 Zusammenfassung

Verglichen mit Gesamtösterreich wachsen in der Steiermark mehr Kinder bei Müttern mit tendenziell niedrigem Bildungsabschluss (weniger als Matura) auf. Eine analoge Situation ist bei den Vätern der steirischen Kinder zu sehen. Vor allem Kinder von Alleinerziehenden wachsen besonders häufig mit eher schlechter gebildeten Müttern und/oder Vätern auf. Besonders hoch ist der Anteil der steirischen Kinder, die mit einem alleinerziehenden Elternteil mit Pflichtschulabschluss aufwachsen, im Vergleich zu den steirischen Kindern gesamt.

Dies weist auf eine zweite Benachteiligung alleinerzogener Kinder durch die geringeren Gesundheitschancen des Elternteils hin. Allerdings spiegelt sich die Verbesserung des Bildungsniveaus auch hier wider, sodass der Anteil der Kinder, die in einem schlechter gebildeten Familienumfeld aufwachsen, zurückgeht, während der Anteil der Kinder, die in einem besser gebildeten Familienumfeld aufwachsen, steigt.

Literatur

- Grasser, G. & Püringer, U. & Auer, M. (2007). *Wissenschaftliche Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen für die Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt von FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark. (Unveröffentlicht)
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- WHO. (2005). *Der Europäische Gesundheitsbericht. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.

6 Sozioökonomische Lebensumstände der Kinder

6.1 Bedeutung des Indikators „Sozioökonomische Lebensumstände der Kinder“

Die Schichtzugehörigkeit von Kindern kann über die Bildung (siehe Kapitel 5), das Haushaltseinkommen oder die berufliche Stellung der Eltern erfolgen (Lampert, Schenk & Stolzenberg, 2002, S. 50). Die berufliche Stellung einer Person kann Aufschluss über die Platzierung in der sozialen Hierarchie geben. Die Möglichkeiten, Prestige, Privilegien sowie technische und soziale Fähigkeiten zu erwerben, hängen mit dem Beruf einer Person zusammen, der wiederum mit dem Bildungsniveau dieser Person zusammenhängt. Der Beruf determiniert aber auch andere sozioökonomische Einflussfaktoren, wie Arbeitsbedingungen, Einkommen und Lebensstil (Rigby & Köhler, 2002, S. 37). Wie bereits bei den vorangegangenen Indikatoren dargestellt, gibt es einen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status einer Person und deren Gesundheitszustand. Der sozioökonomische Status der Eltern hat nicht nur auf ihre eigenen Gesundheits- und Lebenschancen einen Einfluss, sondern auch auf die Gesundheits- und Lebenschancen ihrer Kinder.

Nur wenn Maßnahmen zur Verringerung der durch verschiedene sozioökonomische Lebenslagen ausgelösten Unterschiede in der individuellen Gesundheit gesetzt werden, kann der Grundsatz „Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen“ der Gesundheitsziele Steiermark verwirklicht werden (Land Steiermark, 2007, S. 7).

6.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Sozioökonomische Lebensumstände der Kinder“

Zur Darstellung der sozioökonomischen Situation von Kindern wird im Rahmen der CHILD-Indikatoren von der Europäischen Union empfohlen, den Prozentanteil der Kinder in Haushalten nach sechs sozioökonomischen Gruppen getrennt darzustellen. Die sechs sozioökonomischen Gruppen sind: leitende/r Angestellte/r, Angestellte/r, FacharbeiterIn, an- oder ungelernete Fachkraft, Selbstständige/r und landwirtschaftlich Beschäftigte/r. Die Zuordnung zu den einzelnen Gruppen erfolgte nach Vorgaben der International Standard Classification of Occupations. Verwendet werden soll für die Berechnung die jeweils höchste berufliche Stellung in der Familie (die des Vaters oder der Mutter bzw. der Alleinerzieherin/des Alleinerziehers).

Für den vorliegenden Bericht liegen aus der Volkszählung 2001 Daten für Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren in Mehrpersonenhaushalten in den oben genannten sechs Gruppen vor. Als zusätzliche Gruppen wurden Kinder von SoldatInnen und Arbeitslosen ausgewiesen. Aktuellere Daten liegen im Jahr 2010 noch nicht vor, da die Daten zur Stellung im Beruf im Rahmen der 2006 durchgeführten Proberegisterzählung zum Teil zufällig ausgewählt werden mussten, da sowohl zur Stellung im Beruf als auch zum Berufsstand keine österreichweiten Register vorliegen (Statistik Austria, 2009, S. 104

und S. 108). Die Registerzählung wird im Jahr 2011 erstmals anstatt der Volkszählung in Österreich durchgeführt werden (Statistik Austria, 2009, S. 7).

6.3 „Sozioökonomische Lebensumstände der Kinder⁸“ im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal	Gesamt	Selbstständige/r	Leitende/r Angestellte/r	Angestellte/r	Landwirtschaftlich Beschäftigte/r	FacharbeiterIn	angelernete Fachkraft	SoldatIn	Arbeitslose/r
	in 1.000	in Prozent							
Bundesländer									
Burgenland	52	11,2	12,6	30,2	0,5	33,4	5,8	0,9	5,5
Kärnten	114	13,2	11,7	30,0	0,9	30,8	5,6	0,7	7,2
Niederösterreich	318	13,0	14,0	32,2	1,3	28,5	5,9	0,6	4,5
Oberösterreich	303	12,4	13,0	29,3	0,9	33,0	6,6	0,3	4,5
Salzburg	111	13,9	12,9	31,4	1,3	28,9	5,9	0,7	5,1
Steiermark	219	13,2	12,1	28,9	1,1	31,4	6,2	0,5	6,6
Tirol	149	14,1	12,1	30,7	1,4	30,0	5,7	0,3	5,6
Vorarlberg	82	12,4	14,4	30,4	0,8	30,8	6,5	0,2	4,6
Wien	270	7,6	15,9	38,1	0,4	27,0	5,9	0,3	5,0
Österreich	1.618	12,1	13,4	31,7	1,0	30,1	6,1	0,5	5,2

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung und Berechnung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 6.1: Kinder in Mehrpersonenhaushalten nach beruflicher Stellung der Haushaltsreferenzperson und im Bundesländervergleich im Jahr 2001

41 % der Kinder lebten 2001 in Mehrpersonenhaushalten, in denen die Referenzperson Angestellte/r oder leitende/r Angestellte/r war, ein weiteres Drittel lebte in Haushalten, in denen die Haushaltsreferenzperson FacharbeiterIn war. Nur sehr wenige Kinder lebten in Haushalten, deren Referenzperson landwirtschaftlich Beschäftigte/r oder SoldatIn war. Sieben Prozent der Kinder lebten in Haushalten, wo die Haushaltsreferenzperson arbeitslos war. Dieser Anteil von sieben Prozent ist der zweithöchste im Bundesländervergleich und wird nur von Kärnten leicht übertroffen. Der Anteil der Kinder in Mehrpersonenhaushalten mit einer Haushaltsreferenzperson, die Angestellte/r (inklusive der leitenden Angestellten) (41 %) war, ist hingegen etwas kleiner als im österreichischen Schnitt (45 %). Etwas höher als im österreichischen Schnitt ist der Anteil bei den Kindern in Mehrpersonenhaushalten mit einem/r FacharbeiterIn als Haushaltsreferenzperson. Unter der Annahme, dass ein niedriger sozioökonomischer Status (das bezieht sich auf jene Personen, die als angelernete FacharbeiterInnen arbeiten oder arbeitslos sind) der Haushaltsreferenzperson einen negativen Einfluss auf die Gesundheit der Kinder hat, leben in der Steiermark etwas mehr Kinder (13 %) als im österreichischem Schnitt (11 %) in einem Umfeld, das weniger gesundheitsförderlich ist.

⁸ Kinder: 0- bis 17-Jährige, die nicht selbst schon Haushaltsreferenzperson oder Partner/in der Haushaltsreferenzperson sind.

6.4 Zusammenfassung

Der Anteil der Kinder, die einen schlechteren sozioökonomischen Status – bedingt durch die berufliche Stellung der Haushaltsreferenzperson – aufweisen, scheint in der Steiermark tendenziell höher zu sein als im österreichischen Schnitt. Bedingt wird dies durch einen etwas höheren Anteil an Kindern in Haushalten, in denen die Haushaltsreferenzperson arbeitslos ist oder als Facharbeiter arbeitet. Zugleich gibt es einen etwas niedrigeren Anteil an Kindern in der Steiermark, die mit einer Haushaltsreferenzperson leben, welche Angestellte/r oder leitende/r Angestellte/r ist, als im österreichischen Schnitt. Insgesamt lebt jedoch die Mehrheit der steirischen Kinder - gemessen an der beruflichen Stellung der Haushaltsreferenzperson - in einem gesundheitsförderlichen Umfeld.

Literatur

- Lampert, T., Schenk, L. & Stolzenberg, H. (2002). Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. In: *Gesundheitswesen 2002*, 64 Sonderheft 1, S. 48-52.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Statistik Austria (2009). *Bericht über die Probezählung 2006. Ergebnisse und Evaluierung*. Wien: Statistik Austria.

7 Armutsgefährdung

7.1 Bedeutung des Indikators „Armutsgefährdung“

Zwischen Armut und dem Gesundheitszustand besteht ein direkter Zusammenhang. Die soziale Lage von Kindern und Jugendlichen wird als bedeutendster Einfluss für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen angesehen (Dür & Griebler, 2007, S. 63). Viele Studien belegen, dass sozial benachteiligte Kinder eine schlechtere Gesundheit aufweisen. Daten belegen, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche häufiger an körperlichen Schmerzen leiden, vermehrt übergewichtig und adipös sind sowie öfter an akuten Erkrankungen leiden. Darüber hinaus bilden sozial benachteiligte Kinder ein geringeres Selbstwertgefühl aus und verfügen über schlechtere soziale Kompetenzen als Gleichaltrige, was insgesamt bedeutet, dass von vornherein schlechtere Chancen in Bezug auf Berufstätigkeit und Bildung in der Zukunft bestehen (Lampert, Schenk & Stolzenberg, 2002, S. 49). Kinder, die in Armut aufwachsen, weisen zusätzlich ein gesundheitsriskanteres Verhalten auf als andere. Neben der Vernachlässigung der Zahnpflege ernähren sie sich ungesünder, bewegen sich weniger und gehen öfter ohne Frühstück in Schulzeiten außer Haus (Klocke & Lampert, 2005, S. 15). Besonders finanzielle Engpässe in Familien wirken sich mehrfach auf Kinder und Jugendliche aus: Ihre Eltern können weniger in Ernährung, Wohnen, medizinische Versorgung und Bildung investieren. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass Eltern, die mit Armut zu kämpfen haben, ihren Kindern weniger Aufmerksamkeit, Betreuung und Stabilität geben können (Rigby & Köhler, 2002, S. 39). In den Gesundheitszielen Steiermark findet sich daher der Grundsatz: Gleiche Chancen für Gesundheit ermöglichen (Land Steiermark, 2007, S. 7).

7.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Armutsgefährdung“

Seitens der EU wird empfohlen, die Armutsgefährdung von Kindern und Jugendlichen anhand des Prozentsatzes jener Kinder und Jugendlichen darzustellen, die in einem Haushalt leben, dessen Einkommen weniger als 60 % des nationalen Median-Äquivalenzeinkommens beträgt (Rigby & Köhler, 2002, S. 39). Im Rahmen des Berichtes werden Daten aus dem EU-SILC (European Community Statistics on Income and Living Conditions) aus dem Jahr 2008 präsentiert. Zur Berechnung des Haushaltseinkommens wird dabei nicht nur das Einkommen aus unselbstständiger oder selbstständiger Arbeit von allen Personen im Haushalt ab 16 Jahren herangezogen, auch Kapitalerträge und Pensionen werden hinzugezählt. Das Haushaltseinkommen, wie für EU-SILC verwendet, beinhaltet sämtliches monetäres Einkommen (wie z.B. auch aus Mieten, Pacht, Kapitalanlagen, aber auch Sozialleistungen etc.) (Statistik Austria, 2007, S. 22). Dieses Haushaltseinkommen wird herangezogen, um das Äquivalenzhaushaltseinkommen zu berechnen. Für die Berechnung der Armutsgefährdung wird der Median des Äquivalenzeinkommens herangezogen. Haushalte, die lediglich 60 % dieses medianen Äquivalenzeinkommens zur Verfügung haben, gelten als armutsgefährdet.

Dieser Indikator stellt eine internationale Übereinkunft dar und ermöglicht die Vergleichbarkeit der Daten verschiedener Länder (Statistik Austria, 2007, S. 31), dennoch ist darauf zu verweisen, dass

dieser Indikator auch Schwachstellen aufweist. Kritisiert wird unter anderem, dass nur monetäre Bereiche gemessen werden sowie dass jede Person über unterschiedliche Fähigkeiten verfügt, Geld in Lebensstandard umzuwandeln. Darüber hinaus können die Lebenserhaltungskosten der/des Einzelnen sehr stark variieren, wenn zum Beispiel ein Krankheitsfall eintritt (Statistik Austria, 2007, S. 31; Rigby & Köhler, 2002, S. 40).

Daten, die eine Auswertung über die Zeit erlauben würden, sind nicht vorhanden.

7.3 „Armutsgefährdung“ im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal	Gesamt (= 100 %) in 1.000	nicht armutsgefährdet			armutsgefährdet		
		in 1.000	Anteil	Quote	in 1.000	Anteil	Quote
			in Prozent			in Prozent	
Bundesländer							
Burgenland	53	46	3	87	(7)	(2)	(13)
Kärnten	124	116	7	93	(9)	(3)	(7)
Niederösterreich	363	320	19	88	43	15	12
Oberösterreich	364	318	19	87	46	16	13
Salzburg	139	129	8	93	10	4	7
Steiermark	287	251	15	87	36	13	13
Tirol	160	139	8	87	21	7	13
Vorarlberg	110	87	5	79	23	8	21
Wien	375	284	17	76	91	32	24
Österreich	1.799	1.542	100	86	257	100	14

Anmerkung: Die Quote setzt jeweils die Anzahl der Kinder in armutsgefährdeten oder nicht armutsgefährdeten Haushalten in Relation zur Gesamtkinderanzahl in einer geografischen Einheit. Beispiel für die Steiermark: 251.000 der 287.000 Kinder sind nicht armutsgefährdet, dies entspricht einer Quote von 87 ($251.000 / 287.000 \times 100$). Die Zahlen in Klammern beruhen auf geringen Fallzahlen: Sind in der Randverteilung weniger als 50 und in der Zelle weniger als 20 Fälle vorhanden, wird eingeklammert.

Datenquelle: Statistik Austria, 2010, S. 46, EU-SILC.

Tabelle 7.1: Kinder unter 20 Jahren in armutsgefährdeten Haushalten im Bundesländervergleich im Jahr 2006

Von den 287.000 Personen in der Steiermark unter 20 Jahren lebten 2008 36.000 Kinder und Jugendliche in armutsgefährdeten Haushalten, dies entspricht einer Quote von 13 %. Diese Quote ist etwas niedriger als im österreichischen Schnitt und gleichzeitig im Bundesländervergleich die dritthöchste. Mehr armutsgefährdete Kinder und Jugendliche lebten in Wien und in Vorarlberg, wo die Quoten 24 % bzw. 21 % betragen.

Zahlen aus dem Steirischen Sozialbericht 2005/2006 und dem Sozialbericht 2007/2008 geben einen Hinweis darauf, dass Frauen unter 20 Jahren stärker armutsgefährdet sind als Männer unter 20 Jahren (Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 11B – Sozialwesen, 2007, S. 118, und Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 11A, 2009, S. 111).

7.4 Zusammenfassung

Der Großteil der Kinder und Jugendliche (87 %) in der Steiermark ist nicht armutsgefährdet. Insgesamt sind in der Steiermark etwas weniger Kinder und Jugendliche armutsgefährdet als im österreichischen Schnitt, so lebt jedes siebente Kind bzw. jede/r siebente Jugendliche/r in einem

Haushalt, der armutsgefährdet ist. Es gibt Hinweise darauf, dass Frauen unter 20 Jahren stärker von Armut betroffen sind als Männer unter 20 Jahren.

Literatur

- Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 11B – Sozialwesen. (2007). *Steirischer Sozialbericht 2005/2006*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung.
- Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 11A – Soziales, Arbeit und Beihilfen. (2009). *Steirischer Sozialbericht 2007/2008*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung.
- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. WHO-HBSC-Surveys 2006. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Klocke, A. & Lampert, T. (2005). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut bei Kindern. Heft 4. 2001, überarbeitete Auflage 2005*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Lampert, T., Schenk, L. & Stolzenberg, H. (2002). Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: *Gesundheitswesen 2002*, 64 Sonderheft 1, S. 48-52.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Statistik Austria. (2007). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus dem EU-SILC 2005*. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (2010). *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Tabellenband. Ergebnisse aus dem EU-SILC 2008*. Wien: Statistik Austria im Auftrag des BMASK.

8 Migration

8.1 Bedeutung des Indikators „Migration“

Sozial schlechter gestellte Gruppen haben eine schlechtere Gesundheit, daher ist es ein besonderes Anliegen der Gesundheitsziele Steiermark, gesundheitliche Chancengleichheit für alle Bevölkerungsgruppen zu ermöglichen. Zu den sozial benachteiligten Gruppen zählen dabei neben älteren und behinderten Menschen auch MigrantInnen (Land Steiermark, 2007, S. 7). MigrantInnen und deren Kinder haben ein hohes Risiko, an mentalen Krankheiten zu leiden. Skandinavische Studien belegen, dass zwischen 40 und 50 % der Flüchtlingskinder eine schlechte mentale Gesundheit haben. Rigby und Köhler weisen darüber hinaus auf das höhere Risiko für Kinder mit Migrationshintergrund, an Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Hepatitis B zu erkranken, hin (2002, S. 44).

Menschen, die flüchten und in anderen Ländern um Asyl ansuchen, lassen oft ein soziales Netz zurück und müssen dieses erst wieder neu aufbauen. Besonders davon betroffen sind Kinder und Jugendliche, die besonders auf die Hilfe ihrer Eltern angewiesen sind, so sie in deren Begleitung geflüchtet sind. Aufgrund des fehlenden sozialen Netzes haben jedoch auch die Erwachsenen oft eine schlechte mentale Gesundheit, was wiederum den Kindern und Jugendlichen schadet (Rigby & Köhler, 2002, S. 44).

8.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Migration“

Im Rahmen des Indikatorensets CHILD wird empfohlen, die Rate der Kinder, die alleine oder als Teil einer Familie um Asyl ansuchen, pro 1.000 ansässiger Kinder und Jugendlicher darzustellen. Die Daten sollen für die gesamte Zielgruppe, nach Geschlecht sowie für die Altersgruppen 0-4 Jahre, 5-9 Jahre, 10-14 Jahre und 15-17 Jahre getrennt analysiert werden (Rigby & Köhler, 2002, S. 44). Die Einschränkung auf Kinder und Jugendliche, die um Asyl ansuchen, ist aufgrund der schlechten Datenlage in vielen europäischen Ländern notwendig, nicht erfasst werden dadurch Kinder, die sich illegal in europäischen Ländern aufhalten (Rigby & Köhler, 2002, S. 44).

In Österreich werden in einem Asylwerberinformationssystem Daten über Asylwerbende gesammelt. Diese Informationen werden gemeinsam mit Daten aus dem Fremdeninformationssystem in das Bundesstatistische Fremdeninformationssystem (BFIS) eingespielt (BMI, 2008b, S. 2). Die Daten werden in Monats- und Jahresberichten vom Bundesministerium für Inneres auf dessen Homepage (www.bmi.gv.at/asylwesen) veröffentlicht, dabei werden auch Daten von unbegleiteten minderjährigen Personen analysiert. Nach Auskunft von Hr. Misourec (Bundesministerium für Inneres) ist es jedoch aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich, die Daten des BFIS mit jenen des ZMR zu kreuzen, um eine Auswertung nach Bundesländern zu ermöglichen (Hr. Misourec, Bundesministerium für Inneres, telefonisches Gespräch am 5. Dezember 2007).

Eine Möglichkeit, die Zahl der minderjährigen AsylwerberInnen in der Steiermark zu beschreiben, bietet sich daher über verschiedene Hilfsorganisationen, die in Kontakt mit AsylwerberInnen stehen. Dabei ist jedoch darauf zu verweisen, dass es sich nicht um vollständige Aufzeichnungen handeln kann, da die Hilfsorganisationen nicht mit allen AsylwerberInnen in Kontakt stehen.

Eine Datenquelle kann zum Beispiel die Caritas sein, die seit der neuen Grundversorgungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern vom 1. Mai 2004 durch 25 RegionalbetreuerInnen eine Basisbetreuung von AsylwerberInnen und Flüchtlingen im Auftrag der Steirischen Landesregierung durchführt (Caritas, o.D.).

Weitere Organisationen, die AsylwerberInnen Hilfestellung bieten, sind die Vereine ZEBRA und OMEGA in Graz, wobei vom Verein OMEGA Daten der Klientinnen- und Klientenstatistik zur Verfügung gestellt wurden, die im Folgenden gemeinsam mit Daten der Caritas kurz beleuchtet werden. Die Haupteinzugsgebiete in der Steiermark für Klientinnen und Klienten von OMEGA sind die Bezirke Graz, Graz-Umgebung, Bruck an der Mur, Mürzzuschlag, Hartberg, Leibnitz und Radkersburg. Vereinzelt suchen auch Personen aus dem Burgenland, Nieder- und Oberösterreich sowie Kärnten den Verein OMEGA auf (Hr. Ressi, Verein OMEGA, E-Mail vom 23. Juni 2008).

8.3 „Migration“ nach Alter und Geschlecht

Anfang Juli 2008 befanden sich in der Steiermark 3.156 Personen in der Grundversorgung der Caritas, davon waren 41 % unter 18 Jahren (1.284 Personen) und 25 % unter zehn Jahren (808 Personen). Sowohl bei den unter 18-Jährigen als auch den unter 10-Jährigen ist jeweils ein leicht höherer Anteil an Buben und männlichen Jugendlichen verzeichnet (56 % und 54 %). Weiters waren per 2. Juli 2008 37 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (davon eine weiblich) in der Grundversorgung, dies entspricht etwa einem Prozent aller Personen in der Grundversorgung (Hr. Polesnig, Caritas Steiermark, E-Mail vom 02. Juli 2008). Laut Auskunft Hr. Polesnig leben davon ca. 10 Personen bei volljährigen Geschwistern oder weiteren erwachsenen Personen (E-Mail vom 02. Juli 2008).

Von den 595 in der KlientInnenstatistik von OMEGA für die Monate Jänner bis Mai 2008 erfassten Personen waren 104 Personen (17 %) zwischen null und 19 Jahre alt, davon waren 20 Personen unbegleitete Minderjährige (Hr. Ressi, Verein OMEGA, E-Mail vom 13. Juni 2008). Das bedeutet, dass drei Prozent der Klientinnen und Klienten von OMEGA Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren waren, die sich ohne Begleitung von Erwachsenen in Österreich aufhalten und daher besonderen Schutzes bedürfen. Diese Zahl spiegelt in etwa das Verhältnis der minderjährigen unbegleiteten AsylwerberInnen zur Gesamtzahl der AsylwerberInnen in Österreich wider. Österreichweit wurden 2007 insgesamt 11.921 Asylanträge gestellt, davon 582 (5 %) von unbegleiteten Minderjährigen (BMI, 2008a, S. 10-11). Rund neun Prozent dieser unbegleiteten minderjährigen AsylwerberInnen waren zum Zeitpunkt des Asylantrags unter 14 Jahren (BMI, 2008a, S. 11).

Insgesamt gesehen ist ein kleinerer Anteil an Jugendlichen (begleitete und unbegleitete zusammen) in der Klienten- und Klientinnenstatistik von OMEGA als in der Grundversorgung der Caritas verzeichnet. Dies kann einerseits an den unterschiedlichen Zielgruppen liegen, andererseits daran, dass Kinder und Jugendliche, die begleitet in Österreich sind, durch deren erwachsene Begleitung vertreten werden und daher beim Verein OMEGA nicht so häufig aufscheinen. Jedoch war der Anteil der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge in der Klienten- und Klientinnenstatistik von OMEGA etwas höher.

8.4 Zusammenfassung

Zur genaueren Abschätzung der Zahl minderjähriger AsylwerberInnen fehlen in der Steiermark geeignete zugängliche Daten. Aufgrund der vorhandenen Informationen ist anzunehmen, dass in der Steiermark ca. ein bis fünf Prozent der AsylwerberInnen (je nach Statistik) unbegleitete Kinder und Jugendliche sind.

Literatur

- BMI. (2008a). *Asylstatistik 2007*. Wien: Bundesministerium für Inneres. Download vom 18. Juni 2008 von http://www.bmi.gv.at/downloadarea/asyl_fremdenwesen_statistik/2008/Asyl%20-%20Jahresstatistik%20%202007.pdf.
- BMI. (2008b). *Hinweise zur Asyl- und Fremdenstatistik. Version 1.10 vom 10.03.2008*. Wien: Bundesministerium für Inneres. Download vom 18. Juni 2008 von http://www.bmi.gv.at/downloadarea/asyl_fremdenwesen_statistik/hinweise_asyl_fremdenstatistik.pdf.
- Caritas. (o.D.). *Flüchtlingsregionalbetreuung in der Steiermark*. Download vom 18. Juni 2008 von <http://www.caritas-graz.at/home.php?cakt=einr&kat=4&id=27>.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.

9 Gesundheit in alle Politikbereiche bringen

9.1 Bedeutung von „Gesundheit in alle Politikbereiche bringen“

Kindheit und Jugend gelten als entscheidend, ob Kinder und Jugendliche auf ihrem weiteren Lebensweg ihr gesundheitliches Potenzial ausschöpfen können. Von dieser Lebensphase sind außerdem die Fähigkeiten für den Umgang mit Gesundheitsrisiken und Gesundheitschancen abhängig (WHO, 2005a, S. 50). Die Investition in die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist allerdings Aufgabe der Gesellschaft im Gesamten und betrifft nicht nur das Gesundheitswesen (WHO, 2005a, S. 50). Deshalb soll bei allen Sektoren Bewusstsein für die gesundheitliche Verantwortung geschaffen werden, damit das Ziel „Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit“ der WHO bis zum Jahr 2020 realisiert werden kann. Um eine sektorenübergreifende Gesundheitspolitik zu schaffen, sind gesetzliche Rahmenbedingungen und Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung nötig, um den Finanz-, Bildungs- und Sozialsektor, die Justiz und Gesetzgebung, die Medien, die Landwirtschaft und den Lebensmittelsektor sowie die Sektoren des Verkehrs, der Umwelt und des Tourismus zu gesundheitsdienlichem Handeln zu motivieren (WHO, 1999, S. 126-128). Eine gesundheitsbewusste und chancengleiche Lebensweise von Kindern und Jugendlichen kann nur dann gewährleistet werden, wenn außer dem Gesundheitssektor alle anderen Sektoren der Steiermark gemeinsam an dem Ziel der Kinder- und Jugendgesundheit arbeiten (WHO, 1999, S. 126).

Diesem Umstand der notwendigen sektorenübergreifenden Zusammenarbeit für die Gesundheit wurde in den Gesundheitszielen Steiermark Rechnung getragen, indem einer der Grundsätze darauf abzielt, Gesundheit in alle Bereiche der Gesellschaft zu bringen (Land Steiermark, 2007, S. 8). In diesem Kapitel soll skizziert werden, welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit international empfohlen werden und wo in der Steiermark bereits Maßnahmen in diesem Bereich umgesetzt werden, wobei diese Darstellung in diesem Rahmen nur beispielhaft sein kann.

Eine Möglichkeit zur Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sind Health Impact Assessments (HIA). Lt. WHO sollen dabei alle sozialen und wirtschaftlichen Maßnahmen der gesamten Sektoren auf ihre Gesundheitsverträglichkeit geprüft werden (WHO, 1999, S. 126-127). Internationale Beispiele lassen erkennen, dass diese Methode auch in Bezug auf Kinder- und Jugendgesundheit zu Erfolgen führen kann. Ein britisches Beispiel zeigt, dass anhand einer relativ ressourcenschonenden Vorgangsweise positive und negative Auswirkungen dreier Projekte auf die Gesundheit u.a. von Kindern und Jugendlichen identifiziert werden und Empfehlungen zur Verhinderung der negativen Auswirkungen gegeben werden konnten (Barnes, 2003).

9.2 Vorgangsweise

Die Recherche über multisektorale Aktivitäten des Landes Steiermark zu Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit erfolgte auf Basis einer strukturierten Recherche auf den Internetseiten des Landes Steiermark, basierend auf internationalen Empfehlungen zu multisektoralen Aktivitäten zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit. Diese Recherche erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll eher beispielhaft Kooperationspotenzial aufzeigen.

9.3 Ansätze zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit in verschiedenen Politikbereichen

9.3.1 Finanzsektor

Der Finanzsektor nimmt bei der Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eine bedeutende Rolle ein, da er langfristig wirtschaftlich von der Investition in die Kinder- und Jugendgesundheit profitiert (WHO, 2005b, S. 15). Zusätzlich stellt er durch preispolitische und steuerpolitische Maßnahmen für die Umsetzung von Umwelt- und Gesundheitszielen eine wichtige Unterstützung dar. Jedoch wird diese Möglichkeit noch nicht ausreichend genutzt, um die Gesundheit der Menschen zu fördern (WHO, 1999, S. 135).

Der Finanzsektor kann lt. Empfehlung der WHO durch eine die Einkommensungleichheiten abbauende Steuerpolitik sowie durch das Prüfen der Auswirkungen von Krediten und Bankgeschäften auf die Gesundheit zur Gesundheitsentwicklung beitragen (WHO, 1999, S. 135). Durch Maßnahmen in diesen Bereichen kann die Gesundheit von Kindern direkt berücksichtigt bzw. deren Gesundheit durch die Verbesserung ihrer familiären Ausgangssituation verbessert werden. Unmittelbar relevant für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind steuerpolitische Maßnahmen zur Attraktivierung der Herstellung gesundheitsfördernder und zur Verhinderung der Produktion gesundheitsschädlicher Produkte (WHO, 1999, S. 136). Hier können speziell Produkte, die für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche produziert werden, hinsichtlich steuerpolitischer Maßnahmen Berücksichtigung finden. Es wäre gemeinsam mit VertreterInnen des Finanzsektors zu prüfen, in welchen Bereichen es Gestaltungsmöglichkeiten hierfür auf Steiermarkebene gibt. Der Finanzsektor hat auch maßgeblichen Einfluss auf die Budgetgestaltung und sollte lt. WHO darauf abzielen, die Budgetmittel so zu verteilen, dass sie möglichst gut den Gesundheitsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen entsprechen (WHO, 2005b, S. 15). Unter anderem kann das durch die Sicherstellung der Förderung gesundheitsfördernder und präventiver Handlungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche geschehen. Ein Beispiel dafür stellen die „Kindererholungsaktionen“ dar, auf die im Abschnitt 1.3.4 näher eingegangen wird.

9.3.2 Bildungssektor

Der Bildungssektor bildet einen wichtigen Rahmen zur Schaffung und Aufrechterhaltung der Kinder- und Jugendgesundheit (WHO, 1999, S. 35). Da Kinder und Jugendliche einen wesentlichen Zeitraum ihres Lebens in Bildungseinrichtungen verbringen, hat der Bildungssektor einen großen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die schulische Erziehung und Bildung stärkt sowohl soziale Werte und Normen als auch das Wissen und die Fähigkeiten von jungen Menschen (WHO, 2005b, S. 15).

Die Handlungsempfehlungen der WHO für den Schulbereich liegen in der Entwicklung von Lehrplänen, der Versorgung der Kinder mit gesunden Schulmahlzeiten und der Gestaltung der schulischen Umwelt (WHO, 2005b, S. 15). Ein guter Teil dieser Empfehlungen wurde in Österreich durch die Gesundheitserziehung als Unterrichtsprinzip gesetzlich verankert (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2008, o.S.). Diese Prinzipien legen die Behandlung von relevanten

Themen in den Lehrplänen und im Unterricht fest. Lt. dem Grundsatzterlass Gesundheitserziehung soll die Schule unter Miteinbeziehung aller beteiligten Personen als gesundheitsförderliche Lebenswelt gestaltet werden. Des Weiteren werden die Kompetenzen und Potenziale von SchülerInnen gefördert und wird die Schule im regionalen Umfeld vernetzt. Außerdem soll die Kommunikation zwischen LehrerInnen, Eltern und SchülerInnen verbessert werden (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, 1997). Die Umsetzung obliegt den Schulen im Rahmen der Schulautonomie. Diesen Rahmen haben in der Steiermark einige Schulen genutzt, um Projekte und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit zu setzen. Ein Beispiel hierfür stellen die 75 Netzwerkschulen (Volksschulen) von Styria vitalis dar (Styria vitalis, 2008c, o.S.). Die „Gesunde Volksschule“ wird für Schulen, die am Netzwerk von Styria vitalis teilnehmen, angeboten. Ziel ist es, dass das Konzept der Gesundheitsförderung autonom von der Schule weitergeführt und in Leitbild und Schulkultur verankert wird. Im Rahmen dessen werden Module für SchülerInnen, LehrerInnen und Eltern zu verschiedenen Themen wie beispielsweise Ernährung oder soziales Lernen umgesetzt. Des Weiteren werden LehrerInnenfortbildungen und Elternabende angeboten. Mit den vorhandenen Ressourcen kann nur ein geringer Prozentsatz der steirischen VolksschülerInnen erreicht werden (Grasser, Püringer & Auer, 2007, S. 57). Zusätzlich wird von Styria vitalis ein Kariesprophylaxeprogramm durch geschulte ZahngesundheitserzieherInnen in Volksschulen und Kindergärten durchgeführt, womit 97-99 % der genannten Einrichtungen erreicht werden (Styria vitalis, 2008a, o.S.). Für SchülerInnen höheren Alters werden Workshops und Fortbildungen für die Landesberufsschulen in der Steiermark zu den Themen „Gesundes Lehren und Lernen“, „Gesundes Essen und Trinken“ sowie „Bewegung und Bewegungsfreude“ angeboten (Styria vitalis, 2010, o.S.). Ziel ist es, den Lehrlingen sowie den PädagogInnen mehr Selbstbestimmung in Bezug auf ihre Gesundheit zu ermöglichen (Styria vitalis, 2008b, o.S.). Aber auch vonseiten der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und vonseiten des Landesschulrats werden Schulen Unterstützungsmöglichkeiten angeboten (Steiermärkische Gebietskrankenkasse, 2008, o.S.; Landesschulrat für Steiermark, 2008, o.S.). Ein weiteres Kooperationsprojekt mit dem Bildungssektor war die Entwicklung von Qualitätskriterien für Gesunde Schulen in der Steiermark, das vom Landesschulrat initiiert wurde (Landesschulrat für Steiermark, 2008, o.S.).

Besonders Programme und Maßnahmen auf Bundesebene, die auf den Abbau von Ungleichheiten im Bildungssektor abzielen, gelten als Erfolg versprechend. Durch bessere Bildung können die Chancen auf einen guten Gesundheitszustand verbessert werden (Land Steiermark, 2007, S. 11). In Österreich wurde auf Bundesebene vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger das Projekt „Gesunde Schule“ als Vorbild initiiert. Dabei geht es in erster Linie um den Aufbau von Kapazität (Organisationsstruktur, Dienstleisterpool, Qualitätssicherung etc.) zur Förderung der Gesundheit an Schulen und weniger um eine Projekt- oder Programmentwicklung (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend & Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2008, o.S.).

9.3.3 Medien

Die Massenmedien tragen in Bezug auf die Beeinflussung der Wertvorstellungen, der Wahrnehmung und des Verhaltens der Bevölkerung im Zusammenhang mit Gesundheit eine große Verantwortung. Dieser Einfluss wird durch die schnelle Entwicklung der Kommunikationstechnologie gefördert. Die Medien leisten einerseits einen Beitrag durch die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung über gesundheitsfördernde und gesundheitsgefährdende Aktivitäten, andererseits unterstützen sie durch die Werbung und das Marketing die nicht immer gesundheitsförderlichen Interessen der Privatindustrie, wie z.B. im Alkohol- und Tabakbereich (WHO, 1999, S. 137).

Für den Sektor der Medien wird von der WHO empfohlen, Partnerschaften für eine korrekte, relevante und rasche Gesundheitsinformation aufzubauen (WHO, 1999, S. 138). Diese Partnerschaften sollen genutzt werden, um ein Bewusstsein für kinder- und jugendgesundheitsrelevante Themen zu schaffen (WHO, 2005b, S. 15). Darüber hinaus können lt. WHO die Medien als wichtige Partner für öffentlichen Diskurs, Einbindung und Konsultation von kinder- und jugendgesundheitsrelevanten Themen dienen (WHO, 2005b, S. 15). Durch korrekte Medienberichterstattung kann aber ebenfalls die Rechenschaftspflicht von EntscheidungsträgerInnen gestärkt werden (WHO, 2005b, S. 15). Als ein erster Schritt zur Umsetzung dieser Maßnahmen bzw. zum Aufbau von Partnerschaften mit Medien können die Entwicklung ethischer Verhaltensregeln sowie die Fortbildungen für alle AkteurInnen im Bereich der gesundheitsbezogenen Kommunikation gesehen werden (WHO, 1999, S. 138).

9.3.4 Sozialektor

Der Sozialektor versucht die Armut und soziale Ausgrenzung zu bekämpfen und trägt damit zur Förderung von Kindergesundheit bei. In Kooperation mit dem Gesundheitssektor ist es seine Aufgabe, gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung zu sichern (WHO, 1999, S. 136-137). Aufgrund der zunehmenden Belastungen durch die demografische Entwicklung der Gesellschaft und der steigenden Arbeitslosigkeit ist der Sozialektor von wesentlicher Bedeutung für die langfristige und nachhaltige Förderung der Gesundheit (WHO, 1999, S. 136), vor allem auch der Kinder und Jugendlichen.

Lt. Empfehlung der WHO soll eine familienfreundliche Sozialpolitik die Doppelbelastung von Eltern durch ihre Erwerbs- und Familienarbeit berücksichtigen und Eltern dabei unterstützen, ein möglichst gesundes Umfeld für ihre Kinder zu schaffen (WHO, 1999, S. 136-137). Eine familienfreundliche Sozialpolitik soll dazu beitragen, dem Geburtenrückgang entgegenzuwirken und das Land als Lebensumfeld kinder- und jugendfreundlicher zu gestalten. Als gesetzliche Grundlagen für die kinder- und jugendrelevante Sozialpolitik in der Steiermark gelten das Steiermärkische Jugendwohlfahrtsgesetz und das Steiermärkische Sozialhilfegesetz. Das Steiermärkische Jugendwohlfahrtsgesetz (StJWG) beinhaltet die Regelung von Aufgaben wie Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge sowie die Unterstützung und Beratung in der Pflege und Erziehung von Minderjährigen. Die öffentliche Jugendwohlfahrt nimmt sich der Minderjährigen in der Steiermark an, deren Gesundheit und Wohlbefinden durch Leid, Vernachlässigung oder Misshandlungen und Missbrauch gefährdet sind (StJWG, 2005, o.S.). Das Steiermärkische Sozialhilfegesetz (StSHG) beinhaltet u.a. die Sicherstellung einer geordneten Erziehung für unterhaltsberechtigter Kinder und

Jugendliche. Besonders § 12 widmet sich der Erziehung und Berufsbildung von Minderjährigen. Eine Berufs- oder Schulbildung kann von der Sozialhilfe aufgrund von entsprechenden Begabungen bis zum 21. Lebensjahr ermöglicht werden (StSHG, 2005, o.S.). Eine Maßnahme, welche von mehreren AkteurInnen, nämlich dem Gesundheitsressort, dem Magistrat Graz und dem Familienentlastungsdienst, gemeinsam finanziert wird, ist der Mobile Kinderkrankenpflegedienst (MoKiDi) Steiermark. Dieser unterstützt unter anderem Eltern von akut oder chronisch erkrankten Kindern, in dem zum Beispiel Hilfestellung zur Selbsthilfe, Begleitung, Information und Hilfestellung bei Ansuchen um finanzielle Unterstützung angeboten werden (Klampf-Kenny & Fuchs, 2008, S. 5).

Von der WHO wird weiters für den Sozialsektor empfohlen, Handlungsmaßnahmen zur psychosozialen Unterstützung und zur gezielten Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit zu setzen (WHO, 2005b, S. 16). Dabei soll in der Steiermark vor allem jenen Kindern und Jugendlichen eine gesundheitliche Chancengleichheit ermöglicht werden, die dafür finanzieller Hilfe bedürfen. Beispielsweise bietet das Land Steiermark seit 2004 Förderungen für Kindererholungsaktionen an. Ziel ist es, Kindern und Jugendlichen im Alter von drei bis 16 Jahren, die von der Krankenkasse oder der Jugendwohlfahrt keine oder nur geringe Unterstützung bekommen, die Teilnahme an einer Erholungsaktion zu ermöglichen (Land Steiermark, 2008c, o.S.), die auch im Steiermärkischen Jugendwohlfahrtsgesetz unter § 20 geregelt ist (§ 20 StJWG, 2005). Außerdem wird nur die Teilnahme an Kindererholungsaktionen unterstützt, die von nicht gewinnorientierten VeranstalterInnen organisiert wird (Land Steiermark, 2008c, o.S.). Ausgewählte AnbieterInnen dieser Kindererholungsaktionen werden im Abschnitt 9.3.8 näher erläutert. Ein weiteres Beispiel zur Förderung der Beteiligungsmöglichkeiten ist der Steirische Familienpass, der spezielle Familienermäßigungen in den Bereichen Freizeit, Sport, Kultur und Bildung anbietet. Außerdem stellt der Familienpass eine Orientierungshilfe für Eltern über Beihilfen und Familienberatungsstellen dar (Land Steiermark, 2008b, o.S.).

Des Weiteren wird von der WHO für den Sozialsektor empfohlen, Standards für Wohnunterkünfte, Einkommen und Sozialleistungen festzulegen, um den Bedürfnissen von verschiedenen Zielgruppen gerecht zu werden (WHO, 1999, S. 137). Auf diese Weise kann der Sozialsektor auch jenen Kindern und Jugendlichen der Steiermark ein gesundes Lebensumfeld ermöglichen, die aufgrund von gewissen Einschränkungen besonderer Hilfe bedürfen. Dafür bietet die Steiermark eine Vielzahl an unterschiedlichen Angeboten, die sich auf Menschen mit Behinderungen oder mit niedrigem sozioökonomischem Status sowie MigrantInnen spezialisieren. Im folgenden Abschnitt seien nur beispielhaft einige angeführt.

Wie von der WHO empfohlen, werden spezielle Förderungen sowie Beschäftigungs- und Wohnmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung sowie Beratung und Betreuung für deren Familien angeboten (Caritas, 2008, o.S.; Lebenshilfe Steiermark, 2008, o.S.; Jugend am Werk, 2008, o.S.; Verein Initiativ für Kinder und Jugendliche mit Behinderung, 2008, o.S.). Außerdem werden behinderte Kinder von null bis 15 Jahren mit Therapiemöglichkeiten unterstützt (Mosaik GmbH, 2008a, o.S.). Weitere Angebote bilden sozialpädagogische Familienbetreuung, Sozialberatung, eine

Jugendwohngemeinschaft in Voitsberg sowie Jugendstreetwork für Kinder und Jugendliche (Caritas, 2008, o.S.). Außerdem gibt es in der Steiermark Workshops und Informationsveranstaltungen für Kinder und Jugendliche zum Thema Gewalt und Missbrauch (Hazissa, 2008, o.S.; Mafalda, 2008, o.S.; Tara, 2008, o.S.; Steirischer Familienbund, 2008, o.S.).

Als Beispiel für multisektorale Zusammenarbeit zur Umsetzung einer kinderfreundlichen Sozialpolitik kann in der Steiermark die Initiative des Landes Steiermark „KINDERLEBEN“ genannt werden. Ziel ist es, „eine nachhaltige Kinder- und Familienorientierung in allen Bereichen des öffentlichen Lebens zu verankern“. Seit 2001 stellt die Aktion Informationen von Kinder- und Familienorganisationen über deren Dienstleistungen und Beratungsangebote für Kinder, Eltern und Großeltern bereit (Land Steiermark, 2008d, o.S.). Außerdem bietet der Steirische Elternbrief Informationen rund um die Leistungen des Bundes und des Landes, Beratungsstellen, Kinderbetreuung, Erziehung und Gesundheit. Zusätzlich erinnert er an bevorstehende Impfungen und Untersuchungen (Land Steiermark, 2008d, o.S.). „KINDERLEBEN“ stellt eine partnerschaftliche Plattform dar, eine geeignete Sozialpolitik ermöglichen will.

9.3.5 Umwelt

Von der WHO werden Standards für den Aufbau einer kinder- und jugendfreundlichen Umwelt und einer adäquaten Stadtplanung vorgeschlagen (WHO, 2005b, S. 16). In der Steiermark kann auf diese Weise Kindern und Jugendlichen eine gesundheitsfördernde Umwelt geboten werden. Eine Möglichkeit der Berücksichtigung dessen wäre im Steirischen Raumordnungsgesetz gegeben, das allerdings bisher keine expliziten kinder- und jugendrelevanten Aspekte berücksichtigt (StROG, 2007). Die Initiative „Audit familien- und kinderfreundliche Gemeinde“, die vom Bund entwickelt wurde, stellt ein Beispiel zur Umsetzung dieser Empfehlung dar. Mithilfe eines Instruments zur Gemeindeentwicklung können die Familien- und Kinderfreundlichkeit in den Gemeinden unter Einbeziehung der Bevölkerung ermittelt und daraus resultierende Programme erstellt werden (Land Steiermark, 2008a, o.S.). Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen, die in diese Richtung gehen, setzt die Einrichtung „Die Bunte Rampe“, die mit einfachen Hilfsmitteln sowie mit Informationen zu Preisen und Bauweisen Menschen mit Behinderungen ein barrierefreies Leben zu ermöglichen versucht (Mosaik GmbH, 2008b, o.S.).

Des Weiteren bedarf es lt. WHO im Umweltbereich der Maßnahmen zur Regelung der sanitären Anlagen und des Wassers. Schließlich sollen Überwachungsmaßnahmen des Zustandes der Umwelt sichergestellt werden (WHO, 2005, S. 16). In der Steiermark ist der Schutz der Umwelt weitgehend durch das Österreichische Umweltschutzrecht gegeben (USG, 2008).

9.3.6 Gesetzgebung und Justiz

Justiz und Gesetzgebung können ebenfalls zum Schutz der Umwelt und zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Menschen beitragen. Bei Gesetzesverstößen zum Umwelt- und Gesundheitsschutz handeln sie mit entsprechenden Gegenmaßnahmen (WHO, 1999, S. 137).

Im Bereich der Gesetzgebung wird von der WHO in Zusammenarbeit mit allen Umwelt- und Gesundheitsinteressentinnen und Gesundheitsinteressenten die Schaffung von Gesetzen gefordert, die eine Umsetzung der Weltgesundheitserklärung erleichtern. Innerhalb der Justiz soll bei Gesundheitsschäden, die durch den Handel und die Industrie verursacht werden, ein leichteres gerichtliches Vorgehen sichergestellt werden (WHO, 1999, S. 137). Durch die Umsetzung dieser Maßnahmen kann u.a. spezifisch Gesundheitsschäden bei Kindern und Jugendlichen vorgebeugt werden.

Als ein explizites Handlungsfeld im Bereich der Gesetzgebung und Justiz wird von der WHO der Kinder- und Jugendschutz angeführt (WHO, 2005b, S. 16). Die gesetzliche Grundlage in der Steiermark ist hierfür das Steiermärkische Jugendschutzgesetz. Das Steiermärkische Jugendschutzgesetz (StJSchG) zielt auf die Förderung der Eigenverantwortung von Jugendlichen und auf den Schutz vor Gefahren ab. Außerdem soll es auch eine Unterstützung für Eltern und Erziehungsberechtigte bei der Erziehung von Kindern und Jugendlichen durch die Regelung von Verantwortlichkeiten sein (StJSchG, 2005, § 1).

Die WHO weist auf die Wichtigkeit der Umsetzung der Kinderrechte und der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen oder zumindest auf die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse in Entscheidungsfindungsprozessen hin (WHO, 2005b, S. 15). Um dies zu erreichen wurde u.a. der Nationale Aktionsplan für die Rechte von Kindern und Jugendlichen verabschiedet, der zum Ziel hat, Österreich kinder- und jugendfreundlicher zu gestalten und Kinderrechte im Bewusstsein der Menschen zu verankern. Das Programm versucht Kinder vor Gewalt und Ausbeutung zu schützen sowie ihnen einen angemessenen Lebensstandard und das Recht auf Mitbestimmung zu gewährleisten (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008, o.S.).

Auch die Kinder- und Jugendanwaltschaft ist eine Einrichtung, die dazu beiträgt, die Berücksichtigung der Kinder- und Jugendperspektive in der Steiermark sicherzustellen. Sie ist im Steiermärkischen Jugendwohlfahrtsgesetz unter § 13 geregelt und zu ihren Aufgaben zählen die Beratung und Hilfestellung für Erziehungsberechtigte und gesetzliche VertreterInnen hinsichtlich Pflege, Erziehung, das Wohlergehen und die Rechte von Kindern. Des Weiteren werden Gesetze und Verordnungen auf die Berücksichtigung der Rechte von Kindern und Jugendlichen hin durch die Kinder- und Jugendanwaltschaft begutachtet. Darüber hinaus steht die Kinder- und Jugendanwaltschaft den Kindern und Jugendlichen vertraulich, anonym und kostenlos zur Verfügung (StJWG, 2005, o.S.). Die Kinder- und Jugendanwaltschaft arbeitet vernetzt u.a. auch mit der Plattform für Kinderrechte in der Steiermark zusammen. Diese Plattform zielt darauf ab, ein Bewusstsein für das Thema Kinderrechte zu schaffen (Plattform Kinderrechte 2007 Steiermark, 2008, o.S.).

Darüber hinaus gibt es in der Steiermark verschiedene Ansätze, um die politische Beteiligung von Kindern und Jugendlichen durch entsprechende Maßnahmen zu gewährleisten. Entsprechend des steirischen Wahlrechts dürfen Jugendliche mit österreichischer Staatsbürgerschaft und vollendetem 16. Lebensjahr den National- und den Gemeinderat wählen, während sie erst ab dem vollendeten 18. Lebensjahr den Landtag wählen dürfen. Des Weiteren dürfen sie mit vollendetem 18. Lebensjahr selbst in den Landtag und in den Gemeinderat gewählt werden (Land Steiermark, 2008b, o.S.). Um

das Interesse und die Beteiligung an der Politik zu forcieren, wurde in Graz das Kinderparlament eingerichtet (Jugendreferat Steiermark, 2008, o.S.). Im Kinderparlament Graz können Kinder durch von ihnen organisierte Versammlungen selbst mitbestimmen, was in Graz verändert werden soll. Anschließend werden schriftliche Anträge über die beschlossenen Anliegen beim zuständigen Stadtrat/bei der zuständigen Stadträtin eingebracht, oder die VertreterInnen des Kinderparlaments sprechen direkt mit Politikerinnen und Politikern sowie zu Beamtinnen und Beamten. Durch die Aktivitäten des Kinderparlaments besteht die Möglichkeit, die Wünsche der Kinder in der Stadt Graz umzusetzen (Kinderbüro Steiermark, 2008, o.S.). Initiativen mit ähnlichen Zielen gibt es in Form von Jugendgemeinderäten in Fürstenfeld, Dobl, Weiz und Sinabelkirchen (Yougend.st., 2008a, o.S.; Yougend.st., 2008b, o.S.; Yougend.st, 2008c, o.S.; Jugendausschuss der Stadtgemeinde Fürstenfeld, 2008, o.S.).

9.3.7 Landwirtschaft und Lebensmittelsektor

Die Landwirtschaft stellt einen wichtigen Dienstleistungssektor der Gesellschaft dar. Durch die Produktion von Lebensmitteln trägt sie direkt zur Förderung einer gesunden Ernährung und somit auch zur Kinder- und Jugendgesundheit bei. Die Landwirtschaft hat jedoch auch Verantwortung für den Umweltschutz, die Trinkwasserressourcen, die nachhaltige Entwicklung in ländlichen Gemeinden und für die Einhaltung der Lebensmittelsicherheit (WHO, 1999, S. 133).

Lt. WHO-Empfehlungen sollen die Landwirtschaft und der Lebensmittelsektor in Zukunft innovative Anbaumethoden, wie Bio-Anbaumethoden, fördern. Außerdem haben auch Verarbeitungsprozesse im Lebensmittelsektor Auswirkungen auf den Fettgehalt, den Zucker- und Salzanteil sowie auf die Mikronährstoffe der Lebensmittel (WHO, 2005b, S. 15). Besonders relevant für die Kinder- und Jugendgesundheit erscheint die Empfehlung der WHO, durch preispolitische Maßnahmen gesunde Ernährungsweisen zu fördern (WHO, 1999, S. 134). Hierbei geht es vor allem um die Sicherung des Zugangs zu gesunden Lebensmitteln für ärmere sozioökonomische Gruppen. Durch den Preis sollen ein niedriger Fettkonsum und ein höherer Obst- und Gemüsekonsum gefördert werden. Ein weiteres zentrales Thema des Landwirtschafts- und Lebensmittelsektors für die Kinder- und Jugendgesundheit ist auf alle Fälle das Marketing von Lebensmitteln (WHO, 2005a, S. 15). Kinder- und Jugendliche sind bevorzugte Zielgruppen von Werbung und Produktmarketing im Lebensmittelbereich und sind damit oftmals wenig gesundheitsfördernden Botschaften ausgesetzt. In diesem Bereich wären Maßnahmen ebenfalls in Kooperation mit dem Landwirtschafts- und Lebensmittelsektor und mit Medien sinnvoll.

Von der WHO wird auch empfohlen, dass die VerbraucherInnen ausführlich über die möglichen negativen Effekte von genmanipulierten Nahrungsmitteln aufgeklärt (WHO, 1999, S. 134), aber auch über gesunde Nahrungsmittel im Allgemeinen informiert werden (WHO, 2005b, S. 15). Als ein kinder- und jugendlichenrelevantes Beispiel für Wissensvermittlung zum Thema Ernährung im Landwirtschaftsbereich in der Steiermark kann das Projekt „G'scheit essen“ der Landwirtschaftskammer Steiermark genannt werden, an dem sich das land- und forstwirtschaftliche Berufs- und Fachschulwesen beteiligt. Die Informationsvermittlung und Produktverkostungen von heimischen Lebensmitteln stehen im Mittelpunkt dieses Projekts. Des Weiteren werden im Rahmen

der Kampagne „G'scheit essen“ Projekte von Kindern und Jugendlichen in Bildungseinrichtungen gesucht, die schließlich prämiert werden (Landwirtschaftskammer Steiermark, 2008, o.S.).

9.3.8 Tourismus

Der Tourismus ist in Europa einer der wichtigsten Wirtschaftszweige. In Zukunft werden Städte- und Kulturreisen weiter zunehmen. Jedoch ist der Erfolg des Tourismus von der Qualität der Umwelt und der Natur abhängig sowie von der Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal. Im Gegensatz dazu kann der Tourismus auch zu einer Umwelt- und Gesundheitsbelastung werden und durch diese selbst verursachte Schädigung der Umwelt und Gesundheit auch eine Gefahr für sich selbst darstellen. Die möglichen damit verbundenen Gesundheitsgefahren reichen von Umweltverschmutzung (z.B. in Badeseen, in Berggebieten durch Schisport etc.) über Freizeitunfälle bis hin zu erhöhtem Hautkrebsrisiko aufgrund erhöhter Sonneneinstrahlung (WHO, 1999, S. 134-135).

Um diesen Gefahren entgegenzuwirken, wird von der WHO empfohlen, in die Infrastruktur der Wasserversorgung, in die Abwasser- und Müllentsorgung sowie in die Wiederherstellung von Ökosystemen zu investieren, um die Attraktivität der Natur zu erhalten. Des Weiteren sollen Unterkünfte angeboten werden, die ein gesundheitsdienliches und sicheres Umfeld für Kinder und Jugendliche in Bezug auf Freizeitunfälle, aber auch Rauchen und Alkohol gewährleisten. Schließlich sollen Maßnahmen gesetzt werden, die einen ganzjährigen Tourismus sichern (WHO, 1999, S. 134-135).

Besonders für Kinder und Jugendliche wird von der WHO empfohlen, Freizeitprogramme in Anspruch zu nehmen, die Bewegung, persönliche Entwicklung und Bewältigungsfähigkeiten fördern (WHO, 1999, S. 134-135; WHO, 2005b, S. 16). In diesem Bereich gibt es im steirischen Tourismussektor bereits zahlreiche Initiativen. So bieten die Jugend & Familiengästehäuser Feriencamps und Gesundheitsferien an. Es werden einerseits Diätferien und andererseits Ferien und Camps für Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen (z.B. Menschen im Rollstuhl, Bettnässer) angeboten. Diese Gesundheitsferien werden von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse gefördert (Jugend & Familiengästehäuser, 2008, o.S.). Als weitere Beispiele können die Ferien- und Freizeitangebote der Kinderfreunde Steiermark und der WIKI KinderbetreuungsGmbH genannt werden. Die Angebote reichen von Ski- und Snowboardkursen, Erlebnisferien, Fußball- und Reitcamps bis hin zu Koch- und Backkursen (Die Kinderfreunde Steiermark, 2008, o.S.; WIKI KinderbetreuungsGmbH, 2008, o.S.). Die Kindererholungsaktionen, auf die im Abschnitt 9.3.4 näher eingegangen wird, bieten für die Teilnahme an einer Erholungsaktion von anerkannten Trägerorganisationen, wie zum Beispiel der hier genannten, zusätzliche finanzielle Förderungen.

9.3.9 Verkehr

Die Nachfrage nach der für den Straßenverkehr benötigte Energiemenge ist eine der am stärksten wachsenden Nachfragen am Energiemarkt in der Europäischen Region. Das wachsende Straßennetz hat negative Auswirkungen auf die Umwelt (WHO, 1999, S. 131). Von 1990 bis 2010 hat sich der Verkehr verdoppelt, die daraus resultierenden Kohlendioxidemissionen sind gestiegen. Aus diesem Grund muss sich der Verkehrssektor bemühen, die Luftqualität zu verbessern und den Lärm

einzuschränken (WHO, 1999, S. 131). Diese Themen sind für Kinder und Jugendliche genauso relevant wie die Gesundheitsgefahren durch das Verletzungsrisiko und die Reduktion der körperlichen Aktivität durch motorisierten Verkehr (WHO, 1999, S. 131).

Daher wird von der WHO eine entsprechende Verkehrsraumgestaltung für Kinder und Jugendliche empfohlen (WHO, 2005b, S. 16), die es Kindern und Jugendlichen ermöglicht, sich auch selbstständig und ohne die Hilfe von Erwachsenen fortzubewegen (WHO, 1999, S. 130). Als erster Schritt in diese Richtung kann die Veranstaltung eines Malwettbewerbs, der es zum Ziel hatte, die Aufmerksamkeit auf Kinder auf den Straßen zu lenken, an den steirischen Volksschulen betrachtet werden. Das Ziel war es, wirkungsvolle Zeichnungen für Verkehrszeichen, die auf Kinder aufmerksam machen, für das Ortsgebiet von Gemeinden zu finden, die von den Kindern selbst gestaltet wurden (Verkehrsserver Land Steiermark, 2008c, o.S.). Hierdurch kann die spielerische Auseinandersetzung mit dem Thema Verkehr sowie mit dem Einfluss des Verkehrs auf den Lebensraum der Kinder gefördert werden.

Zum Thema Sicherheit und Reduktion von Verletzungsrisiko empfiehlt die WHO, eine verkehrssichere Ausstattung von Verkehrsmitteln und ausreichende Sicherheitsbestimmungen im Straßenverkehr zu gewährleisten (WHO, 2005b, S. 16) sowie auch verkehrspolitische Konzepte zu entwickeln (WHO, 1999, S. 132).

Ein steirisches Beispiel in diesem Bereich ist die Kampagne „GROSSE SCHÜTZEN KLEINE“, die seit 1983 vom gemeinnützigen Österreichischen Komitee für Unfallverhütung im Kindesalter veranstaltet wird. Der Verein ist Initiator von Fahrradhelmkaktionen für Kinder und Herausgeber von Broschüren zu Sicherheitsthemen (Österreichisches Komitee für Unfallverhütung im Kindesalter, 2008, o.S.). Zusätzlich unterstützt das Land Steiermark gemeinsam mit der AUVA und der Raiffeisenwerbung die Fahrradhelmkaktion des Landesschulrates, um das Kopfverletzungsrisiko von Kindern und Jugendlichen bei Unfällen im Straßenverkehr zu verringern (Verkehrsserver Land Steiermark, 2008b, o.S.). Als weitere Beispiele können die Aktionen „Mach dich sichtbar“ und „Der verkehrte Kasperl“ genannt werden. Bei ersterer werden Jacken mit Reflektoren zum Schutz bei Dämmerung, Nebel und Regen zu einem geringen Preis angeboten, um damit die Sicherheit der Kinder zu erhöhen (Verkehrsserver Land Steiermark, 2008d, o.S.). Eine verkehrserzieherische Maßnahme stellt hingegen „Der verkehrte Kasperl“ dar. Hier werden den Kindern im Kindergarten und in den Volksschulen in spielerischer Form Kurzgeschichten über das Verhalten im Straßenverkehr und die Benützung von Fahrradhelmen und Kindersitzen nähergebracht (Verkehrsserver Land Steiermark, 2008a, o.S.).

Lt. WHO kann der Verkehrssektor seinen Beitrag zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen außerdem durch jene Maßnahmen leisten, die Alkohol am Steuer verhindern (WHO, 1999, S. 131). In der Steiermark läuft beispielsweise seit dem Jahr 2007 das vom Gesundheitsressort geförderte Projekt „check an angel“ in den Gemeinden Bruck an der Mur, Kapfenberg, Oberaich, St. Marein und St. Lorenzen. Dabei verpflichten sich jugendliche FahrzeuglenkerInnen während Partys und Festen nüchtern zu bleiben, um andere Jugendliche sicher nach Hause zu bringen (check an angel, 2008, o.S.).

9.4 Zusammenfassung

Dieses Kapitel zielt darauf ab, Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit aufzuzeigen, um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu beeinflussen. Es kann nur einen Eindruck der Möglichkeiten und der bestehenden Voraussetzungen und Umsetzungsschritte in der Steiermark vermitteln und keinesfalls vollständig oder umfassend sein. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass in der Steiermark besonders in den Sektoren Bildung, Soziales, Verkehr sowie im Bereich Justiz und Gesetzgebung, der auch die Regelung von demokratischen Beteiligungsmöglichkeiten sowie die Umsetzung von Kinderrechten beinhaltet, bereits gute Voraussetzungen vorhanden sind und wichtige Beiträge zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen geleistet werden. Eher projekt- und angebotsorientierte Aktivitäten hinsichtlich der Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit setzen auch die Sektoren Landwirtschaft, Verkehr und Tourismus, hier wären mehr systemische Veränderungen zu erarbeiten. Potenzial zur weiteren Berücksichtigung von Kinder- und Jugendgesundheitsaspekten gibt es auch in den Sektoren Finanzen, Medien und Umwelt.

Um multisektorale Verantwortung für die Kinder- und Jugendgesundheit zu verankern, ist der zielorientierte, sektorenübergreifende Aufbau von Partnerschaften notwendig. Partnerschaften zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit sind besonders dann Erfolg versprechend, wenn darauf geachtet wird, Situation zu schaffen, die zum Vorteil aller Beteiligten beitragen, und wenn die Unterstützung seitens der höchsten politischen Ebene sichergestellt ist. Zur Verankerung der multisektoralen Verantwortung können verschiedene Mechanismen entwickelt werden. Ein Mechanismus stellt z.B. die Anpassung der Förderungsrichtlinien dar, sodass bei der Vergabe von Förderungen sektorenübergreifende Verantwortung für Kinder- und Jugendgesundheit berücksichtigt werden kann.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit, die multisektorale Zusammenarbeit zu fördern, indem die Entscheidungen anderer Sektoren unter dem Aspekt der Gesundheit diskutiert werden. Das kann durch den Einsatz der weiter oben vorgestellten Health Impact Assessments in der Steiermark erreicht werden.

Literatur

Barnes, R. (2003). *Rapid Health Impact Assessment. Report of a workshop held on 18 December 2002. Evaluation of the Healthy Living Centre, Sure Start and Children's Fund initiatives in South Ashford, Kent.*

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur. (1997). *Grundsatzlerlass Gesundheitserziehung.* Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.bmukk.gv.at/medienpool/902/gesunderl.pdf>.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. (2008). *NAP.* Download vom 26. April 2008 von <http://www.kinderrechte.gv.at/home/in-oesterreich/nap---nationaler-aktionsplan/content.html>.

- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend & Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2008). *Gesunde Schule*. Download vom 30. Mai 2008 von <http://www.gesundeschule.at/>.
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. (2008). *Unterricht und Schule. Gesundheitserziehung*. Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/gesundheitserziehung.xml>.
- Caritas. (2008). *Caritas*. Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.caritas-graz.at/home.php>.
- check an angel. (2008). *check an angel*. Download vom 20. Mai 2008 von http://www.bruckmur.at/wcms/bruck_art_lesen.php?id=341#.
- Die Kinderfreunde Steiermark. (2008). *Ferienzone 2008*. Download vom 26. April 2008 von http://www.kinderfreunde-steiermark.at/index.php?action=Lesen&Article_ID=16163.
- Grasser, G. & Püringer, U. & Auer, M. (2007). *Wissenschaftliche Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen für die Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt von FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark. (Unveröffentlicht)
- Hazissa. (2008). *Hazissa*. Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.hazissa.at/>.
- Jugend am Werk. (2008). *Bereiche*. Download vom 20. Mai 2008 von http://www.jaw.or.at/frameset_f_bereiche.htm.
- Jugend und Familiengästehäuser. (2008). *Feriencamps*. Download vom 26. April 2008 von <http://www.jfgh.at/feriencamps/>.
- Jugendausschuss der Stadtgemeinde Fürstenfeld. (2008). *Jugendgemeinderat Fürstenfeld*. Download vom 27. April 2008 von <http://www.jugendgemeinderat.net/>.
- Jugendreferat Steiermark. (2008). *Kinderparlament*. Download vom 26. April 2008 von <http://www.jugendreferat.steiermark.at/cms/beitrag/10646554/3999460/>.
- Kinderbüro Steiermark. (2008). *Kinderparlament*. Download vom 26. April 2008 von <http://www.kinderparlament.at/>.
- Klampf-Kenny, M. & Fuchs, I. (2009). *MoKiDi – Mobiler Kinderkrankenpflagedienst Steiermark 2008*. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung -FA 8B Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion)
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- Land Steiermark. (2008a). *Audit familien- und kinderfreundliche Gemeinde*. Download vom 3. Juni 2008 von <http://www.kinderleben.steiermark.at/cms/beitrag/10016291/2491943>.
- Land Steiermark. (2008b). *Familienpass des Landes Steiermark*. Download vom 26. April 2008 von <http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/602416/DE/>.
- Land Steiermark. (2008c). *Förderung Kindererholungsaktion*. Download vom 1. Mai 2008 von <http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/2707705/DE/>.
- Land Steiermark. (2008d). *KINDERLEBEN*. Download vom 26. April 2008 von <http://www.kinderleben.steiermark.at/>.
- Landesschulrat für Steiermark. (2008). *Aktuelles. Gesunde Schule Steiermark*. Download vom 30. Mai 2008 von <http://www.lsr-stmk.gv.at/cms/beitrag/10076295/360986/>.

- Landwirtschaftskammer Steiermark. (2008). *G'scheit essen*. Download vom 1. Mai 2008 von http://www.agrar-net.at/netautor/napro4/appl/na_professional/parse.php?id=2500%2C1263329%2C%2C%2CeF9E%2C191RUFERVJbMF09cHJldmldw%3D%3D.
- Lebenshilfe Steiermark. (2008). *Dienstleistungen*. Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.lebenshilfe-stmk.at/cms/index.php?id=115#735>.
- Mafalda. (2008). *Mafalda*. Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.mafalda.at/>.
- Mosaik GmbH. (2008a). *Angebote*. Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.behindert.or.at/mosaik/deutsch/startseite.htm>.
- Mosaik GmbH. (2008b). *Die Bunte Rampe*. Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.behindert.or.at/mosaik/deutsch/startseite.htm?/mosaik/deutsch/diebunterampe.htm>.
- Österreichisches Komitee für Unfallverhütung im Kindesalter. (2008). *GROSSE SCHÜTZEN KLEINE*. Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.grosse-schuetzen-kleine.at/>.
- Plattform Kinderrechte 2007 Steiermark. (2008). *Plattform Kinderrechte*. Download vom 26. April 2008 von http://www.kinderrechte-steiermark.at/index_ger.htm.
- Steiermärkische Gebietskrankenkasse. (2008). *Service Stelle Schule*. Download vom 30. Mai 2008 von http://www.stgkk.at/portal/index.html?ctrl.cmd=render&ctrl.window=stgkkportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=58973&p_tabid=3.
- Steirischer Familienbund. (2008). *Dienstleistungen*. Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.familieninfo.at/dienstleistungen/index.php?bereich=dienstleistungen&content=dienstleistungen.htm>.
- StJSchG. (2005). Steiermärkisches Jugendschutzgesetz 1998 LGBl. Nr. 76/2005.
- StJWG. (2005). Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz 1990 LGBl. Nr. 78/2005.
- StROG. (2007). Steiermärkisches Raumordnungsgesetz 1974 LGBl. Nr. 47/2007.
- StSHG. (2005). Steiermärkisches Sozialhilfegesetz 1998 LGBl. Nr. 78/2005.
- Styria vitalis. (2008a). *Schule. Gesunde Volksschule*. Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.styriavitalis.at/php/pages/index.php?IDENT=3:9:2:0&SPRACHE=de>.
- Styria vitalis. (2008b). *Schule. Landesberufsschule*. Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.styriavitalis.at/php/pages/index.php?IDENT=3:9:2:0&SPRACHE=de>.
- Styria vitalis. (2008c). *Volksschulen im Netzwerk*. Download vom 30. Mai 2008 von <http://www.styriavitalis.at/php/pages/index.php?IDENT=3:9:5:0&SPRACHE=de>.
- Styria vitalis. (2010). *Workshopangebote für Lehrlinge*. Download vom 12. Mai 2010 von <http://www.styriavitalis.at/php/pages/index.php?IDENT=3:10:3:0&SPRACHE=de>.
- Tara. (2008). *Tara*. Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.taraweb.at/cms/>.
- USG. (2008). Österreichisches Umweltschutzrecht 1974 BGBl.
- Verein Initiativ für Kinder und Jugendliche. (2008). Download vom 20. Mai 2008 von <http://www.behindert.or.at/enter/enter10.htm>.
- Verkehrserver Land Steiermark. (2008a). *Der verkehrte Kasperl*. Download vom 1. Mai 2008 von <http://www.verkehr.steiermark.at/cms/beitrag/10555726/11165517/>.

- Verkehrserver Land Steiermark. (2008b). *Fahrradhelmaktion*. Download vom 1. Mai 2008 von <http://www.verkehr.steiermark.at/cms/beitrag/10035307/11165517/>.
- Verkehrserver Land Steiermark. (2008c). *Kinder gestalten Kindertafeln*. Download vom 1. Mai 2008 von <http://www.verkehr.steiermark.at/cms/beitrag/10035292/11165517/>.
- Verkehrserver Land Steiermark. (2008d). *Mach dich sichtbar*. Download vom 1. Mai 2008 von <http://www.verkehr.steiermark.at/cms/beitrag/10035303/11165517/>.
- WHO. (1999). *Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: Bd. 3. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“*. Kopenhagen: WHO.
- WHO. (2005a). *Der Europäische Gesundheitsbericht 2005. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt*. Kopenhagen: WHO.
- WHO. (2005b). *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: WHO.
- WIKI KinderbetreuungsGmbH. (2008). *Kinderferien*. Download vom 26. April 2008 von http://www.wiki.at/wiki_205_Kinderferien.
- Yougend.st. (2008a). *Jugendgemeinderat in Sinabelkirchen*. Download vom 27. April 2008 von http://www.yougend.st/index.php/plain/gemeinden_1/plattform_fuer_beteiligungsprojekte/jugend_und_gemeinde/jugendgemeinderat_sinabelkirchen.
- Yougend.st. (2008b). *Jugendgemeinderat in Dobl*. Download vom 27. April 2008 von http://www.yougend.st/index.php/plain/gemeinden_1/yougend_st_gemeinden/dobl/jugendgemeinderat_in_dobl.
- Yougend.st. (2008c). *Jugendgemeinderat in Weiz*. Download vom 27. April 2008 von http://www.yougend.st/index.php/plain/gemeinden_1/plattform_fuer_beteiligungsprojekte/jugend_und_gemeinde/jugendgemeinderat_weiz.

Gesunde Lebensverhältnisse schaffen

Folgende Kapitel beziehen sich auf das Gesundheitsziel „Gesunde Lebensverhältnisse schaffen“ und sind wie folgt gegliedert:

Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern

10. Jugendarbeitslosigkeit

Gesundes Leben in der Gemeinde und zu Hause gestalten

11. Gesprächsklima mit Eltern

Gesundes Lernen ermöglichen

12. Unterstützung durch LehrerInnen

13. Klassenklima

10 Jugendarbeitslosigkeit

10.1 Bedeutung des Indikators „Jugendarbeitslosigkeit“

Bereits in den Gesundheitszielen Steiermark wurde die Wichtigkeit der Auswirkungen des Faktors Arbeit auf den Gesundheitszustand der/des Einzelnen betont (Land Steiermark, 2007, S. 9). Die Effekte der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit von Menschen sind wohlbekannt und stellen ein wissenschaftlich gut dokumentiertes Faktum dar: So gehen finanzielle Probleme und psychologische Belastungen beispielsweise mit dem Risiko eines frühzeitigen Todes einher (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 24).

Zur Beschreibung der Jugendarbeitslosigkeit werden die Indikatoren Gesamtstatus-Quote und Jugendarbeitslosigkeit verwendet. Das Arbeitsmarktservice (AMS) definiert als Jugendliche alle Personen unter 25 Jahren (Brito e Cunha, 2007, S. 1). Für diesen Bericht wurden jedoch nur Personen bis 20 Jahre in die Analyse miteinbezogen, da dies der für diesen Bericht gewählten Altersabgrenzung entspricht (siehe Kapitel „Methodik“).

Die Gesamtstatus-Quote bei Jugendlichen unter 19 Jahren gibt das Verhältnis aller beschäftigten Jugendlichen (inklusive Lehrlinge) zu jenen Jugendlichen wieder, die auf Lehrstellensuche, in einer Schulungsmaßnahme des AMS oder als arbeitslos gemeldet sind. Dieser Indikator wurde ausgewählt, da er auch jene Jugendlichen erfasst, die zwar nicht als arbeitslos gemeldet, aber auf Lehrstellensuche oder in einer Schulungsmaßnahme sind. Vor allem für Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren erscheint die Arbeitslosigkeit als sehr gering, wenn nur jene betrachtet werden, die als arbeitslos gemeldet sind, da sehr viele Jugendliche in diesem Alter sich in Schulungsmaßnahmen bzw. auf Lehrstellensuche befinden. Dadurch spiegelt die Gesamtstatus-Quote ein vollständigeres Bild der sich am Arbeitsmarkt befindlichen Jugendlichen wider.

Die Jugendarbeitslosigkeit gibt die Zahl jener Jugendlichen wieder, die als arbeitslos gemeldet sind. Dieser Indikator wird im Folgenden zur Darstellung der Situation arbeitsloser Jugendlicher nach Geschlecht und sozioökonomischem Status sowie für den Bundesländervergleich verwendet.

10.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Jugendarbeitslosigkeit“

Der Gesamtstatus errechnet sich aus der Summe jener drei Gruppen von Jugendlichen, welche vom AMS betreut werden: Lehrstellensuchende (A), Personen in Schulungsmaßnahmen (B) und als arbeitslos gemeldete Personen (C). Dieser Gesamtstatus wird dem Arbeitskräftepotenzial gegenübergestellt. Das Arbeitskräftepotenzial errechnet sich aus der Summe aller in einem Beschäftigungsverhältnis stehenden und aller als arbeitslos gemeldeten Jugendlichen.

Die Berechnung sieht folgendermaßen aus:

$$\text{Gesamtstatus (= A + B + C)}$$

Zahl der unselbstständig Beschäftigten + Anzahl der arbeitslos gemeldeten Personen (C)

Die Gesamtstatus-Quote steht für die Steiermark nach Geschlecht, SÖS (hier durch höchste abgeschlossene Bildung dargestellt) für 2009 und im zeitlichen Verlauf von 2000 bis 2009 zur Verfügung. Für den Bundesländervergleich können einerseits die absoluten Zahlen und andererseits die Arbeitslosenquoten aus dem Jahr 2009 herangezogen werden.

10.3 „Jugendarbeitslosigkeit“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	Quote	N	Quote	N	Quote
Bundesländer						
Burgenland	309	7,2	160	10,0	149	5,5
Kärnten	588	4,6	245	4,7	343	4,5
Niederösterreich	1.813	5,9	887	7,7	926	4,8
Oberösterreich	1.523	3,7	724	4,5	799	3,3
Salzburg	440	2,9	220	3,4	220	2,5
Steiermark	1.443	5,0	678	5,9	765	4,5
Tirol	873	3,9	418	4,7	455	3,4
Vorarlberg	475	4,5	230	5,3	245	3,9
Wien	2.436	8,2	1.121	8,1	1.315	8,2
Österreich	9.900	5,1	4.683	5,9	5.217	4,5

Aufgrund der Berechnung von Durchschnittswerten sind Rundungsdifferenzen möglich.

Datenquelle: AMS

Tabelle 10.1: Vorgemerkte arbeitslose Jugendliche im Alter zwischen 15 und 19 Jahren nach Geschlecht in der Steiermark im Jahresdurchschnitt 2009

Im Bundesländervergleich waren 2009 in den meisten Bundesländern (außer Burgenland) in absoluten Zahlen mehr männliche als weibliche Jugendliche als arbeitslos vorgemerkt, womit die Steiermark als eines der größten Bundesländer Österreichs die vierthöchste Zahl an vorgemerkten arbeitslosen Jugendlichen aufweist. Betrachtet man jedoch die Arbeitslosenquote, so liegt jene der weiblichen Jugendlichen – außer in Wien – immer über jener der männlichen: Mit 5,9 (weibliche Jugendliche) bzw. 4,5 (männliche Jugendliche) Prozent lagen die SteirerInnen im österreichischen Schnitt.

Für die Steiermark wurden seitens des AMS Landesstelle Steiermark auch detaillierte Daten zur Gesamtstatus-Quote zur Verfügung gestellt.

Gliederungsmerkmal	Gesamt		Frauen		Männer	
	N	Quote	N	Quote	N	Quote
Gesamtstatus	4.290	15,0	2.131	18,5	2.159	12,6
Arbeitslose	1.443	5,0	678	5,9	765	4,5
In Schulungsmaßnahme befindliche	1.990	6,9	1.049	9,1	941	5,5
Lehrstellensuchende	857	3,0	404	3,5	453	2,6

Datenquelle: AMS Steiermark; Bearbeitung und Berechnung: FH JOANNEUM

Tabelle 10.2: Gesamtstatus-Quote Jugendlicher bis 19 Jahre nach Geschlecht in der Steiermark im Jahr 2009

2009 waren 1.433 Jugendliche⁹, davon 678 (= 47 %) Frauen, arbeitslos gemeldet. Etwa doppelt so viele (2.847 Jugendliche) befanden sich in Schulungsmaßnahmen des AMS oder auf der Suche nach einer Lehrstelle (siehe Tabelle 10.2).

Wird die Zahl der Lehrstellensuchenden betrachtet, so wird ersichtlich, dass zwar nur um 109 weibliche Jugendliche mehr als männliche auf Lehrstellensuche waren, dennoch ist die Quote der Lehrstellensuchenden bei weiblichen Jugendlichen fast doppelt so hoch (um vier Prozentpunkte höher). Dies bedeutet, dass der Anteil von weiblichen Jugendlichen auf Lehrstellensuche, gemessen an allen weiblichen Jugendlichen, die nicht mehr zur Schule gehen und auf Lehrstellensuche sind, höher war, als bei den männlichen Jugendlichen.

Auch die Gesamtstatus-Quote ist bei Frauen um fast sechs Prozentpunkte höher als bei Männern. Zwar sind in Absolutzahlen weniger weibliche als männliche Jugendliche in der Gesamtstatusquote erfasst, jedoch ist der Anteil der weibliche Jugendlichen, die keine Beschäftigung hatten, am Arbeitskräftepotential höher als jener der männlichen Jugendlichen.

10.4 „Jugendarbeitslosigkeit“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Gliederungsmerkmal	Gesamt		Frauen		Männer	
	N ¹⁾	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Gesamt	1441	100,0	676	100,0	765	100,0
Pflichtschule	709	49,2	309	45,7	401	52,4
Lehre	424	29,4	183	27,1	241	31,5
Mittlere Schule	138	9,6	89	13,1	49	6,4
Höhere Schule	169	11,7	95	14,1	74	9,7

1) Bei zwei Personen wurde im Jahr 2009 kein Ausbildungsstatus erfasst, wodurch der Unterschied der Gesamtzahl in dieser Tabelle zur Gesamtzahl in Tabelle 10.2 erklärbar ist.

Datenquelle: AMS Steiermark; Berechnung: FH JOANNEUM

Tabelle 10.3: Ausbildung arbeitsloser Jugendlicher bis 19 Jahre nach Geschlecht in der Steiermark im Jahr 2009

Interessant ist es zu wissen, über welche Ausbildung jene Jugendlichen verfügen, die als arbeitslos gemeldet sind. Von den 1.441 als arbeitslos gemeldeten Jugendlichen verfügte knapp die Hälfte (= 49 %) über einen Pflichtschulabschluss (siehe Tabelle 10.3). Dieser Anteil war bei männlichen Jugendlichen mit 52 % um sechs Prozentpunkte höher als bei weiblichen Jugendlichen. Ein ähnliches Bild ist bei jenen zu sehen, die über einen Lehrabschluss verfügen: 31 % männliche Jugendliche zu 27 % weibliche Jugendliche. Betrachtet man jene Jugendlichen, die einen Abschluss einer mittleren bzw. höheren Schule besitzen, so waren mehr weibliche Jugendliche von Arbeitslosigkeit betroffen als männliche. Insgesamt hatte jedoch nur rund ein Fünftel (21 %) aller arbeitslos gemeldeten Jugendlichen einen über den Pflichtschul- oder Lehrabschluss hinausgehenden Abschluss, was sich vor allem durch das Alter der analysierten Gruppe erklären lässt.

⁹ Jugendliche bezieht sich hier auf alle Personen zwischen 15 und 19 Jahren, die vom AMS betreut werden oder in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Nicht analysiert werden hier Personen, die eine schulische Ausbildung machen.

10.5 „Jugendarbeitslosigkeit“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal	Gesamt				Frauen				Männer			
	Arbeitslos	Lehrstellensuchend	in Schulung befindlich	Gesamtstatus-Quote	Arbeitslos	Lehrstellensuchend	in Schulung befindlich	Gesamtstatus-Quote	Arbeitslos	Lehrstellensuchend	in Schulung befindlich	Gesamtstatus-Quote
Jahr	Quote											
2000	4,0	2,2	2,4	8,6	5,4	3,4	3,3	12,1	3,0	1,5	1,8	6,3
2001	4,3	2,4	2,6	9,3	5,7	3,5	3,4	12,6	3,3	1,7	2,1	7,1
2002	4,9	2,5	3,9	11,3	6,3	3,4	5,4	15,1	4,0	1,9	2,9	8,8
2003	5,0	2,5	4,6	12,0	6,2	3,2	6,4	15,7	4,2	1,9	3,3	9,5
2004	4,6	2,5	5,1	12,3	5,9	3,1	7,2	16,2	3,7	2,1	3,7	9,4
2005	4,7	2,8	5,4	13,0	6,3	3,4	7,4	17,1	3,6	2,4	4,0	10,0
2006	4,3	2,8	6,0	13,1	5,8	3,3	8,1	17,1	3,3	2,4	4,5	10,2
2007	4,3	2,6	5,9	12,9	5,7	3,2	8,1	17,0	3,4	2,2	4,5	10,1
2008	4,2	2,5	5,8	12,5	5,3	3,0	7,8	16,0	3,5	2,1	4,5	10,1
2009	5,0	3,0	6,9	15,0	5,9	3,5	9,1	18,5	4,5	2,6	5,5	12,6

Datenquelle: AMS Steiermark; Bearbeitung und Berechnung FH JOANNEUM

Tabelle 10.4: Gesamtstatus-Quote Jugendlicher bis 19 Jahre nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Die Höhe der Gesamtstatus-Quote ist seit 2000 beständig gestiegen, bei weiblichen Jugendlichen nahm sie von zwölf Prozent auf 19 % zu, bei männlichen Jugendlichen von sechs auf zwölf Prozent.

Das Ausmaß der Steigerung der Gesamtstatus-Quote ist jedoch nicht auf die Steigerung der Arbeitslosigkeit, die bei weiblichen Jugendlichen von fünf auf sechs Prozent und bei männlichen Jugendlichen von drei auf fünf Prozent gestiegen ist, sondern auf die Zunahme der Zahl der in Schulung befindlichen Jugendlichen zurückzuführen. Die Quote der weiblichen Jugendlichen in Schulungen ist dabei von drei auf acht Prozent gestiegen, jene der männlichen Jugendlichen von zwei auf fünf Prozentpunkte.

Auch die Quote der Lehrstellensuchenden ist in den letzten sieben Jahren nur geringfügig gestiegen – von zwei auf drei Prozent –, hier ist vor allem eine Steigerung bei männlichen Jugendlichen zu beobachten.

10.6 Zusammenfassung

2009 waren über 4.000 Jugendliche in der Steiermark davon betroffen, nicht mehr in einer Schulbildung zu sein und gleichzeitig keine Beschäftigung zu haben. Rund ein Drittel dieser Jugendlichen (1.443) war als arbeitslos gemeldet, diese Zahl unterschätzt jedoch das Ausmaß dieser Problematik, da gleichzeitig eine doppelt so große Gruppe Jugendlicher entweder eine Schulung des AMS besuchte oder eine Lehrstelle suchte. Die Quote der als arbeitslos gemeldeten Jugendlichen hat sich zwar in den Jahren von 2003 auf 2009 kaum verändert, jedoch ist die absolute Zahl von etwa 770 auf 1.443 Jugendliche gestiegen.

Literatur

- Brito e Cunha, M. (2007). *Thema Arbeitsmarkt. 11. April 2007. Jugendarbeitslosigkeit weiterhin ein Problem*. Graz: Arbeitsmarktservice.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten*. 2. Ausgabe. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.

11 Gesprächsklima mit Eltern

11.1 Bedeutung des Indikators „Gesprächsklima mit den Eltern“

Eine gute Familienbeziehung ist als wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit und das Wohlbefinden eines Kindes zu sehen (Dür & Griebler, 2007, S. 54). Pedersen, Granado Alcón, Moreno Rodriguez und Smith nennen Familien als möglichen wichtigsten Einflussfaktor auf die Entwicklung des Kindes. In Familien werden erste soziale Verhaltensformen und Einstellungen erlernt, daher spielen sie als Setting beim Erlernen von gesunden Verhaltensweisen eine nicht unwesentliche Rolle (2004, S. 26). Kinder und Jugendliche, die eine gute Beziehung zu den Eltern haben, entwickeln seltener ein Risikoverhalten, wie Rauchen, Alkoholmissbrauch, und weisen eine bessere Gesundheit und ein erhöhtes Wohlbefinden auf als Kinder, die eine schlechte Beziehung angeben. Gefördert wird die gute Beziehung unter anderem durch ein gutes Gesprächsklima (Pedersen, Granado Alcón & Moreno Rodriguez, 2004, S. 173-174).

Die Gesundheitsziele Steiermark geben den beiden Settings „Gemeinde“ und „zu Hause“ einen zentralen Stellenwert bezüglich ihres Beitrags zur Schaffung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen (Land Steiermark, 2007, S. 11). Für Kinder ist dies, wie oben beschrieben, unter anderem durch ein gutes Gesprächsklima mit den Eltern als Ausdruck einer guten Kinder-Eltern-Beziehung möglich.

11.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Gesprächsklima mit den Eltern“

Im Rahmen der HBSC-Studie wurden die Kinder gefragt: „Wie leicht oder schwer fällt es dir, mit den folgenden Personen über Dinge zu sprechen, die dir wirklich nahegehen und dir wichtig sind?“ (Dür & Mvralag, 2002, S. 38). Für die Beantwortung der Frage standen die vier Kategorien „sehr leicht“, „leicht“, „schwer“ und „sehr schwer“ zur Verfügung. Für Kinder, die nicht bei ihrer Mutter und/oder ihrem Vater lebten, gab es die Möglichkeit, „Ich habe oder sehe diese Person nicht“ anzugeben (Dür & Griebler, 2007, Anhang A, S. 30). Die Frage gilt als Indikator für das Ausmaß der Unterstützung, mit dem die Kinder seitens der Eltern rechnen dürfen (Dür & Mvralag, 2002, S. 38).

Im Folgenden werden die Daten für Vater und Mutter getrennt ausgewertet, dabei ist vor allem der Anteil der Kinder von Interesse, die angaben, dass es ihnen „schwer“ oder „sehr schwer“ fällt, mit den Eltern über diese Dinge zu sprechen, da in Studien gezeigt wurde, dass diese u.a. eine schlechtere Gesundheit aufweisen (Pedersen, Granado Alcón, Moreno Rodriguez und Smith, 2004, S. 27). Die Anteile der Kinder, die „schwer“ und „sehr schwer“ antworteten, werden in der folgenden Analyse zusammengezählt, hier wird von einem schlechten Gesprächsklima gesprochen. Das Gesprächsklima wird als gut bezeichnet, wenn mit „sehr leicht“ und „leicht“ geantwortet wurde.

11.3 „Gesprächsklima mit der Mutter“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal alle Altersgruppen	Gesamt					Mädchen					Buben				
	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht
	in Prozent														
Alle Altersgruppen															
Steiermark	45,3	35,8	11,1	3,6	4,2	39,7	40,0	11,8	4,6	3,9	50,7	31,9	10,4	2,7	4,3
11-Jährige															
Bundesländer															
Burgenland						60,0	31,3	5,0	0,0	3,8					
Kärnten						56,6	30,3	2,6	5,3	5,3					
Niederösterreich						51,6	36,3	8,1	0,0	4,0					
Oberösterreich						55,8	33,1	8,4	1,3	1,3					
Salzburg						57,7	26,9	9,0	3,8	2,6					
Steiermark	63,5	26,4	3,4	2,2	4,5	61,2	27,1	4,7	4,7	2,4	65,6	25,8	2,2	0,0	6,5
Tirol						57,1	30,2	7,9	1,6	3,2					
Vorarlberg						69,8	26,7	2,3	0,0	1,2					
Wien						62,5	31,8	2,3	2,3	1,1					
Österreich						56,7	32,4	6,2	2,0	2,7					
13-Jährige															
Bundesländer															
Burgenland						40,3	47,8	10,4	1,5	0,0					
Kärnten						42,6	31,9	12,8	7,4	5,3					
Niederösterreich						42,0	42,0	8,4	2,8	4,9					
Oberösterreich						41,3	43,3	7,7	4,8	2,9					
Salzburg						40,6	32,8	17,2	4,7	4,7					
Steiermark	43,3	39,4	10,0	2,6	4,8	35,4	44,2	10,6	3,5	6,2	50,8	34,7	9,3	1,7	3,4
Tirol						51,7	36,0	9,0	0,0	3,4					
Vorarlberg						40,7	42,9	6,6	8,8	1,1					
Wien						50,9	35,8	5,7	4,7	2,8					
Österreich						43,4	38,9	9,2	4,1	4,5					
15-Jährige															
Bundesländer															
Burgenland						30,5	44,1	17,8	5,9	1,7					
Kärnten						37,5	39,1	17,2	3,1	3,1					
Niederösterreich						26,4	46,5	18,6	5,4	3,1					
Oberösterreich						33,9	39,4	15,0	10,2	1,6					
Salzburg						37,0	45,2	16,4	0,0	1,4					
Steiermark	29,0	40,8	20,7	6,5	3,0	23,2	47,6	20,7	6,1	2,4	34,5	34,5	20,7	6,9	3,4
Tirol						32,4	43,2	14,9	5,4	4,1					
Vorarlberg						32,7	42,6	20,8	3,0	1,0					
Wien						36,0	35,0	19,0	7,0	3,0					
Österreich						31,6	42,3	17,6	5,9	2,6					

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 11.1: Gesprächsklima mit der Mutter nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2006

85 % der steirischen Kinder geben ein gutes Gesprächsklima mit der Mutter an, wobei etwas weniger Mädchen (83 %) als Buben (87 %) ein gutes Gesprächsklima angeben (siehe Tabelle 11.1). Dieses Muster ist auch bei den 11-Jährigen und 13-Jährigen sichtbar. Bei den 15-Jährigen berichten ähnlich viele steirische männliche (72 %) wie weibliche Jugendliche (73 %) über ein gutes Gesprächsklima. Ein deutlicher Anstieg (Verdreifachung bei den Mädchen und eine Vervierzehnfachung bei den Buben) jener, die ein schlechtes Gesprächsklima angeben, ist mit steigendem Alter zu verzeichnen. Bei den 11- und 13-Jährigen liegt die Einschätzung ihres Gesprächsklimas mit der Mutter nur bei den weiblichen Kindern unter dem österreichischen Schnitt, während bei steirischen 15-Jährigen neben den weiblichen auch die männlichen Jugendlichen das Gesprächsklima schlechter einstufen als im österreichischen Schnitt. Im Bundesländervergleich gibt es kein eindeutiges Muster zu sehen.

11.4 „Gesprächsklima mit der Mutter“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Gesamt					Mädchen					Buben				
	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht
nach SÖS	in Prozent														
Gesamt	45,3	35,9	11,3	3,7	3,9	40,2	40,2	11,7	4,5	3,4	50,2	31,8	10,8	2,9	4,3
gering	35,9	32,8	21,9	3,1	6,3	22,2	44,4	25,0	2,8	5,6	53,6	17,9	17,9	3,6	7,1
mittel	44,6	35,1	10,0	5,6	4,8	37,6	38,5	12,8	6,8	4,3	51,8	31,6	7,0	4,4	5,3
hoch	48,4	37,4	9,8	2,0	2,4	48,6	40,5	6,3	2,7	1,8	48,1	34,8	12,6	1,5	3,0

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 11.2: Gesprächsklima mit der Mutter nach Geschlecht in der Steiermark und sozioökonomischem Status im Jahr 2006

Kinder, die einen hohen sozioökonomischen Status (SÖS)¹⁰ haben, geben häufiger an (88 %) an, ein gutes Gesprächsklima mit der Mutter zu haben, als Kinder mit geringem sozioökonomischem Status (75 %) (siehe Tabelle 11.2). Nach Geschlecht betrachtet, ist bei Mädchen eindeutig ein sozialer Gradient zu sehen, wobei Mädchen mit dem schlechtesten sozioökonomischen Status 2,8-mal so häufig von einem schlechten Gesprächsklima berichten wie Mädchen mit dem besten sozioökonomischen Status. Bei den Buben geben jene mit mittlerem sozioökonomischem Status das beste Gesprächsklima von allen Gruppen an, aber auch hier ist der Anteil jener Kinder mit einem schlechten Gesprächsklima mit der Mutter 1,6- bis 2-mal höher als in den anderen beiden Gruppen. Mit sinkendem sozioökonomischem Status steigt zugleich bei allen Gruppen leicht der Anteil der Kinder, die „ihre Mutter nicht sehen oder keine Mutter haben“.

¹⁰ Für die Darstellung des SÖS wurde die Familienwohlstandsskala herangezogen. Deren Berechnung wird im Kapitel Methodik dargestellt.

11.5 „Gesprächsklima mit der Mutter“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Mädchen					Buben				
	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht
Jahr	in Prozent									
11-Jährige										
1998	51,5	32,3	9,1	6,1	1,0	49,4	34,9	9,6	2,4	3,6
2002	52,6	35,3	7,8	2,6	1,7	53,0	27,8	13,0	3,5	2,6
2006	61,2	27,1	4,7	4,7	2,4	65,6	25,8	2,2	0,0	6,5
13-Jährige										
1998	32,4	43,8	17,1	6,7	0,0	29,8	42,3	21,2	5,8	1,0
2002	33,3	44,1	15,7	2,9	3,9	46,2	32,1	18,9	0,9	1,9
2006	35,4	44,2	10,6	3,5	6,2	50,8	34,7	9,3	1,7	3,4
15-Jährige										
1998	34,7	42,7	12,9	8,9	0,8	27,2	50,5	19,4	1,9	1,0
2002	20,0	53,7	20,0	5,3	1,1	28,7	37,9	17,2	10,3	5,7
2006	23,2	47,6	20,7	6,1	2,4	34,5	34,5	20,7	6,9	3,4

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 1998, Dür et al. (2000), WHO-HBSC-Survey 2002, Dür/Mravlag (2002) und WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 11.3: Gesprächsklima mit der Mutter nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Betrachtet man die Einschätzung des Gesprächsklimas mit der Mutter im zeitlichen Verlauf ist bei den 11- und 13-Jährigen eher eine Verbesserung des Gesprächsklimas zu sehen, während bei den 15-Jährigen eine Verschlechterung auftritt. Dieses Muster ist sowohl bei Mädchen als auch bei Buben zu sehen (siehe Tabelle 11.3).

11.6 „Gesprächsklima mit dem Vater“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal alle Altersgruppen	Gesamt					Mädchen					Buben				
	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht
	in Prozent														
Alle Altersgruppen															
Steiermark	27,8	36,8	19,7	9,0	6,6	22,0	33,1	25,1	12,9	7,0	33,4	40,4	14,6	5,3	6,3
11-Jährige															
Bundesländer															
Burgenland						29,1	35,4	20,3	7,6	7,6	42,0	34,1	11,4	6,8	5,7
Kärnten						32,9	35,5	21,1	6,6	3,9	46,0	42,9	7,9	0,0	3,2
Niederösterreich						34,6	44,9	10,2	5,5	4,7	50,4	33,6	8,4	3,8	3,8
Oberösterreich						31,1	41,1	21,2	4,6	2,0	41,0	37,3	13,7	5,0	3,1
Salzburg						38,5	37,2	17,9	5,1	1,3	57,6	30,6	8,2	2,4	1,2
Steiermark	45,4	35,7	11,9	1,6	5,4	41,8	38,5	15,4	2,2	2,2	48,9	33,0	8,5	1,1	8,5
Tirol						35,4	36,9	20,0	6,2	1,5	54,5	41,6	3,9	0,0	0,0
Vorarlberg						42,2	35,6	14,4	5,6	2,2	50,5	35,8	6,3	3,2	4,2
Wien						35,2	27,3	23,9	3,4	10,2	48,4	30,8	16,5	1,1	3,3
Österreich						35,1	38,4	17,3	4,8	4,3	48,2	35,1	10,7	2,3	3,8
13-Jährige															
Bundesländer															
Burgenland						23,9	23,9	32,8	14,9	4,5	42,9	35,7	7,1	8,6	5,7
Kärnten						12,8	34,0	26,6	20,2	6,4	35,6	42,5	13,8	5,7	2,3
Niederösterreich						12,4	44,8	24,8	12,4	5,5	36,0	38,1	15,1	5,0	5,8
Oberösterreich						17,0	42,5	23,6	15,1	1,9	28,4	44,8	15,5	6,9	4,3
Salzburg						15,9	41,3	17,5	22,2	3,2	42,4	39,4	10,6	3,0	4,5
Steiermark	21,8	37,6	23,5	10,7	6,4	10,5	35,1	28,9	14,9	10,5	32,5	40,0	18,3	6,7	2,5
Tirol						20,0	32,2	32,2	13,3	2,2	32,6	40,2	18,5	6,5	2,2
Vorarlberg						13,2	33,0	31,9	14,3	7,7	32,3	43,8	12,5	7,3	4,2
Wien						19,2	26,9	28,8	12,5	12,5	34,7	35,6	17,8	5,0	6,9
Österreich						16,0	36,1	25,5	14,8	7,5	32,7	40,2	16,6	6,2	4,3
15-Jährige															
Bundesländer															
Burgenland						6,9	28,4	38,8	21,6	4,3	17,6	44,4	22,2	12,0	3,7
Kärnten						11,1	15,9	39,7	23,8	9,5	19,1	51,1	8,5	14,9	6,4
Niederösterreich						6,2	31,0	30,2	21,7	10,9	13,6	38,3	27,2	11,1	9,9
Oberösterreich						8,5	34,6	29,2	21,5	6,2	18,9	44,1	22,8	10,2	3,9
Salzburg						11,0	31,5	32,9	17,8	6,8	29,5	45,5	11,4	9,1	4,5
Steiermark	17,1	37,1	22,9	14,7	8,2	15,9	24,4	30,5	22,0	7,3	18,2	48,9	15,9	8,0	9,1
Tirol						6,8	40,5	29,7	16,2	6,8	19,3	44,6	22,9	6,0	7,2
Vorarlberg						7,8	28,4	38,2	15,7	9,8	15,9	39,7	31,7	12,7	0,0
Wien						13,7	27,5	31,4	19,6	7,8	25,3	38,6	20,5	10,8	4,8
Österreich						9,1	29,8	31,9	21,5	7,7	18,4	44,9	21,6	9,7	5,5

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 11.4: Gesprächsklima mit dem Vater nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2006

Ein gutes Gesprächsklima mit dem Vater geben 71 % der steirischen Kinder an, vor allem Buben schätzen zu 80 % das Gesprächsklima als gut ein (siehe Tabelle 11.4), während es bei den Mädchen nur 62 % sind. Über die Altersgruppen hinweg betrachtet, schätzen bis auf die 13-Jährigen die steirischen Kinder das Gesprächsklima mit dem Vater gleich oder etwas besser ein als der österreichische Schnitt. Je älter die Kinder sind, desto schlechter wird das Gesprächsklima mit dem Vater eingeschätzt. Am schlechtesten schätzen weibliche Jugendliche im Alter von 15 Jahren das Gesprächsklima mit dem Vater ein, jede zweite (52 %) gibt an, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ mit dem Vater über Dinge, die ihr nahegehen oder sie beschäftigen, reden zu können. Ein großer Unterschied in der Einschätzung des Gesprächsklimas mit dem Vater besteht zwischen 11- und 13-jährigen Kindern. Während nur 17 % der 11-jährigen Mädchen das Gesprächsklima als schlecht einschätzen, sind es bei den 13-jährigen Mädchen bereits 44 %. Bei den Buben steigt der Anteil von zehn Prozent bei den 11-Jährigen auf 25 % bei den 13-Jährigen.

11.7 „Gesprächsklima mit dem Vater“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Gesamt					Mädchen					Buben				
	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht
nach SÖS	in Prozent														
Gesamt	27,7	36,8	19,6	9,2	6,7	22,1	33,9	24,4	12,9	6,6	33,1	39,5	14,9	5,7	6,8
gering	19,0	25,4	22,2	15,9	17,5	8,3	19,4	27,8	27,8	16,7	33,3	33,3	14,8	0,0	18,5
mittel	28,1	34,9	19,1	11,1	6,8	22,5	30,0	26,7	15,0	5,8	33,9	40,0	11,3	7,0	7,8
hoch	29,5	41,3	19,3	5,9	3,9	26,1	42,6	20,9	6,1	4,3	32,4	40,3	18,0	5,8	3,6

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 11.5: Gesprächsklima mit dem Vater nach Geschlecht in der Steiermark und sozioökonomischem Status im Jahr 2006

Nach sozioökonomischem Status (= SÖS) sind gegensätzliche Muster bei Mädchen und Buben zu sehen. Bei Mädchen verschlechtert sich das Gesprächsklima mit dem Vater mit sinkendem sozioökonomischem Status, bei den Buben verbessert es sich, je niedriger der sozioökonomische Status ist. Fast zwei Drittel der Mädchen mit einem schlechten sozioökonomischen Status geben ein schlechtes Gesprächsklima mit dem Vater an. Deutlich zu sehen ist auch, dass mit sinkendem sozioökonomischem Status der Anteil derjenigen steigt, die „keinen Vater haben oder ihn nicht sehen“ (siehe Tabelle 11.5).

11.8 „Gesprächsklima mit dem Vater“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Mädchen					Buben				
	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht	Sehr leicht	Leicht	Schwer	Sehr schwer	habe / sehe diese Person nicht
Jahr	in Prozent									
11-Jährige										
1998	25,0	22,9	29,2	13,5	9,4	30,0	38,8	16,3	7,5	7,5
2002	27,7	34,5	24,4	10,1	3,4	33,6	43,1	18,1	5,2	0,0
2006	41,8	38,5	15,4	2,2	2,2	48,9	33,0	8,5	1,1	8,5
13-Jährige										
1998	10,5	26,7	35,2	16,2	11,4	19,4	37,9	29,1	8,7	4,9
2002	9,7	37,9	36,9	12,6	2,9	29,5	30,5	24,8	7,6	7,6
2006	10,5	35,1	28,9	14,9	10,5	32,5	40,0	18,3	6,7	2,5
15-Jährige										
1998	11,4	26,0	35,8	20,3	6,5	11,7	41,7	30,1	10,7	5,8
2002	2,1	24,5	43,6	25,5	4,3	15,6	38,9	24,4	14,4	6,7
2006	15,9	24,4	30,5	22,0	7,3	18,2	48,9	15,9	8,0	9,1

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 1998, Dür et al. (2000), WHO-HBSC-Survey 2002, Dür/Mravlag (2002) und WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 11.6: Gesprächsklima mit dem Vater nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Insgesamt zeichnet sich in den letzten drei Befragungswellen des HBSC eine Verbesserung des Gesprächsklimas mit dem Vater ab. Vor allem bei den 11-Jährigen hat sich das Gesprächsklima stark verbessert. Bei den 15-Jährigen ist nur bei den männlichen Jugendlichen eine starke Verbesserung eingetreten. Bei den Mädchen ist von 1998 auf 2002 ein Anstieg des Anteils mit einem schlechten väterlichen Gesprächsklima zu sehen. Danach sinkt dieser Anteil jedoch wieder unter das Niveau von 1998 (siehe Tabelle 11.6).

11.9 Zusammenfassung

Das Gesprächsklima mit der Mutter wird prinzipiell besser beurteilt als jenes mit dem Vater. Buben geben häufiger ein besseres Gesprächsklima zum jeweiligen Elternteil an als Mädchen. Bei beiden Geschlechtern steigt mit dem Alter der Anteil jener, die ein schlechtes Gesprächsklima berichten, eine Tendenz, die auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten ist (Pedersen, Granado Alcón, Moreno Rodriguez & Smith, 2004, S. 29) und damit der Norm zu entsprechen scheint.

Insgesamt deuten die Befragungsergebnisse jedoch darauf hin, dass sich das Gesprächsklima mit der Mutter und dem Vater vor allem aus Sicht der 11- und 13-Jährigen in den letzten Jahren verbessert hat.

Eine große Rolle im Zusammenhang mit dem Gesprächsklima spielt nach den Befragungsergebnissen sowohl bei der Mutter als auch beim Vater der sozioökonomische Status. Es steigt nicht nur der Anteil der Kinder, die den jeweiligen Elternteil nicht haben oder nicht sehen, sondern es steigt auch mit schlechterem sozioökonomischem Status der Anteil derjenigen, die ein schlechtes Gesprächsklima angeben.

Literatur

- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. WHO-HBSC-Surveys 2006*. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Dür, W. & Mravlag, K. (2002). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends von 1990 bis 2001*. Reihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen. Wien.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- Pedersen, M., Granado Alcón, M.C. & Moreno Rodriguez, C. (2004). *Family and health*. In: C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, S. 173-177.
- Pedersen, M., Granado Alcón, M.C, Moreno Rodriguez, C. & Smith R. (2004). *Family*. In: C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, S 26-33.

12 Unterstützung durch LehrerInnen

12.1 Bedeutung des Indikators „Unterstützung durch LehrerInnen“

Als Ressource für die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Verhaltens, einer guten subjektiven Gesundheit und eines hohen subjektiven Wohlbefindens ist eine gesundheitsfördernde und unterstützende Schule zu sehen (Dür, Bauer, Grossmann & Mravlag, 2002, S. 56). Daher lautet ein Ziel des Gesundheitsziels „Gesunde Lebensverhältnisse schaffen“ in der Steiermark „Gesundes Lernen ermöglichen“. Erreicht werden sollen u.a. Verhältnisse, die gesundes Lernen ermöglichen, und eine Verbesserung der Gesundheit der SteirerInnen durch gesundes Lernen bewirken (Grasser, Püringer & Auer, 2007, S. 55).

Als wichtige Grundlage für gesundes Lernen wurden Akzeptanz und Unterstützung der einzelnen SchülerInnen durch die Schulpartner betont. Ein hohes Maß an Akzeptanz und Unterstützung führt einerseits zu weniger psychischen und psychosomatischen Beschwerden, andererseits wurde auch vielfach dokumentiert, dass den SchülerInnen dadurch die Bewältigung eines höheren Ausmaßes an Anforderungen möglich wird (Dür & Griebler, 2007, S. 57).

Dargestellt wird die Unterstützung durch LehrerInnen durch den Indikator „Qualität der LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehung“.

12.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Unterstützung durch LehrerInnen“

Der Index „Qualität der LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehung“, der als Indikator für die „Unterstützung durch LehrerInnen“ herangezogen wird, wird im Rahmen der HBSC-Surveys erhoben und stellt einen Index, berechnet aus den folgenden vier Fragen, dar (Hr. Griebler, Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung, E-Mail vom 11. April 2008):

- 1) Meine LehrerInnen ermutigen mich, in der Klasse meine Meinung zu sagen.
- 2) Meine LehrerInnen behandeln uns gerecht/fair.
- 3) Wenn ich zusätzlich Hilfe brauche, dann kann ich sie von meinen LehrerInnen bekommen.
- 4) Meine LehrerInnen interessieren sich für mich als Person.

Die Antworten auf diese Fragen sind jeweils 5-teilig: stimmt genau – stimmt – weder richtig noch falsch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht. Die Antworten wurden so bewertet, dass jeweils die Zustimmung zur Aussage den höchsten Wert erhielt, anschließend wurden die Werte aller vier Fragen addiert und durch vier dividiert, wodurch der Index die Werte von 1 (= geringste Zustimmung) bis 5 (= völlige Zustimmung) aufweist. Dargestellt wird dieser Indikator als Prozentanteil der SchülerInnen, die nicht bis ganz zustimmen. Im Folgenden werden immer die Prozentanteile für die Werte vier und fünf zu „hoher Qualität“ zusammengefasst und die Werte eins und zwei zu „niedriger Qualität“.

12.3 „Unterstützung durch LehrerInnen“ nach Geschlecht und im Bundesländer- und Österreichvergleich

Gliederungsmerkmal alle Altersgruppen	Gesamt					Mädchen					Buben				
	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)
	in Prozent														
Alle Altersgruppen															
Steiermark	1,3	8,9	29,0	44,9	15,9	1,4	8,3	33,4	43,1	13,8	1,3	9,6	24,8	46,5	17,8
11-Jährige															
Bundesländer															
Burgenland						0,0	0,0	17,3	55,6	27,2	2,2	2,2	21,3	38,2	36,0
Kärnten						0,0	1,3	17,1	60,5	21,1	1,4	2,8	19,7	56,3	19,7
Niederösterreich						0,0	0,0	22,3	59,2	18,5	0,8	3,0	20,3	57,1	18,8
Oberösterreich						0,0	0,7	17,0	52,3	30,1	3,1	0,6	19,3	56,5	20,5
Salzburg						0,0	1,3	19,7	48,7	30,3	0,0	1,3	22,5	47,5	28,8
Steiermark	0,5	3,2	16,8	47,6	31,9	1,1	3,3	21,7	44,6	29,3	0,0	3,2	11,8	50,5	34,4
Tirol						0,0	0,0	12,5	54,7	32,8	1,3	5,1	16,7	51,3	25,6
Vorarlberg						0,0	2,2	23,9	52,2	21,7	0,0	3,9	31,1	48,5	16,5
Wien						0,0	3,6	27,4	47,6	21,4	1,1	1,1	19,4	50,5	28,0
Österreich						0,1	1,5	19,5	54,2	24,6	1,4	2,1	19,3	52,8	24,4
13-Jährige															
Bundesländer															
Burgenland						0,0	10,4	25,4	44,8	19,4	2,9	19,1	17,6	39,7	20,6
Kärnten						2,2	8,6	40,9	41,9	6,5	6,3	11,5	35,4	36,5	10,4
Niederösterreich						2,1	7,6	31,9	46,5	11,8	2,8	10,6	31,7	41,5	13,4
Oberösterreich						1,9	8,6	31,4	49,5	8,6	5,3	13,2	37,7	37,7	6,1
Salzburg						0,0	14,1	28,1	48,4	9,4	9,1	9,1	27,3	47,0	7,6
Steiermark	0,8	8,1	31,4	48,3	11,4	0,0	6,1	35,7	48,7	9,6	1,7	9,9	27,3	47,9	13,2
Tirol						1,1	10,1	28,1	44,9	15,7	2,2	5,4	43,5	40,2	8,7
Vorarlberg						2,2	13,2	36,3	38,5	9,9	7,4	8,4	34,7	37,9	11,6
Wien						0,0	2,9	29,8	54,8	12,5	1,0	10,8	34,3	41,2	12,7
Österreich						1,2	8,0	32,9	47,0	10,9	3,7	11,3	33,9	41,0	10,1
15-Jährige															
Bundesländer															
Burgenland						4,2	11,9	37,3	41,5	5,1	0,0	8,0	35,4	51,3	5,3
Kärnten						0,0	12,5	42,2	40,6	4,7	4,3	8,5	34,0	42,6	10,6
Niederösterreich						0,0	6,2	36,4	47,3	10,1	7,1	11,9	36,9	35,7	8,3
Oberösterreich						1,6	14,7	42,6	39,5	1,6	4,6	14,5	35,9	38,9	6,1
Salzburg						1,4	5,5	32,9	53,4	6,8	0,0	7,0	34,9	53,5	4,7
Steiermark	2,9	16,3	39,0	37,2	4,7	3,6	16,9	43,4	33,7	2,4	2,2	15,7	34,8	40,4	6,7
Tirol						0,0	5,3	30,7	58,7	5,3	0,0	6,0	38,6	51,8	3,6
Vorarlberg						0,0	5,0	30,7	44,6	19,8	1,6	6,3	36,5	47,6	7,9
Wien						1,9	1,9	40,8	43,7	11,7	2,4	4,7	27,1	51,8	14,1
Österreich						1,5	9,2	39,0	43,6	6,6	2,9	10,9	34,0	44,7	7,5

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 12.1: Unterstützung durch LehrerInnen nach Geschlecht und Bundesländern im Jahr 2006

Für 61 % der steirischen SchülerInnen ist die Qualität der Beziehung zwischen LehrerInnen und SchülerInnen hoch. Während nur 57 % der Mädchen dies angeben, sind es bei den Buben 65 % (siehe Tabelle 12.1).

Mit steigendem Alter wird die Beziehung zwischen SchülerInnen und LehrerInnen nach Angaben der Jugendlichen schlechter. So steigt beim Vergleich zwischen 11- und 15-Jährigen mit zunehmendem

Alter der Anteil jener, die eine schlechte Beziehungsqualität angeben, von vier Prozent auf 19 %, zugleich sinkt der Anteil jener, die eine gute Beziehungsqualität angeben, von fast 80 % auf 42 %. Diese Entwicklung konnte für ganz Österreich festgestellt werden (Dür & Griebler, 2007, S. 60).

Sieben von zehn Mädchen (74 %) und acht von zehn Buben (85 %) im Alter von 11 Jahren geben an, dass die Beziehung zwischen LehrerInnen und SchülerInnen von hoher Qualität ist. Im österreichischen Schnitt geben bei beiden Geschlechtern acht von zehn eine hohe Qualität an. Betrachtet man die Anteile derjenigen, die eine niedrige Qualität angeben, so ist im Bundesländervergleich jener der Mädchen am höchsten (vier Prozent), jener der Buben (drei Prozent) liegt im österreichischen Durchschnitt.

Bei den 13-Jährigen geben steirische Mädchen gleich häufig wie der österreichische Schnitt eine hohe Qualität der SchülerInnen-LehrerInnen-Beziehung an. Bei den Burschen hingegen geben weit mehr steirische als andere österreichische Buben eine gute Beziehung zu den LehrerInnen an (61 % Steiermark, 51 % Österreich). Die steirischen Buben geben damit im Bundesländervergleich am häufigsten eine hohe Qualität an, bei den Mädchen sind die Anteile im Burgenland und in Wien höher.

Während bei den 11- und 13-Jährigen die Qualität der SchülerInnen-LehrerInnen-Beziehung in der Steiermark nach eigenen Angaben gleich oder besser ist als im österreichischen Schnitt, kehrt sich dies bei den 15-Jährigen um: Die steirischen SchülerInnen dieser Altersgruppe geben zu geringeren Anteilen eine gute Beziehung an als die übrigen österreichischen. Sowohl steirische männlichen (18 %) als auch weibliche Jugendliche (21 %) dieses Alters geben zu größeren Anteilen eine niedrige Qualität der Beziehung an als andere österreichische SchülerInnen, wo die Anteile bei elf Prozent (Mädchen) und 14 % (Buben) liegen. Die Anteile, die eine hohe Qualität angeben, liegen bei beiden Geschlechtern (Mädchen 36 %, Buben 47 %) unter dem österreichischen Schnitt (Mädchen 51 %, Buben 52 %). In allen Altersklassen geben in der Steiermark weniger Mädchen als Buben eine hohe Qualität der Beziehung an, ein Muster, das eher die Ausnahme in Österreich bildet.

12.4 „Unterstützung durch LehrerInnen“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Gesamt					Mädchen					Buben				
	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)
nach SÖS	in Prozent														
Gesamt	1,4	9,4	28,1	44,7	16,4	1,5	8,8	31,9	43,6	14,3	1,4	9,9	24,5	45,7	18,4
gering	3,1	18,8	26,6	40,6	10,9	0,0	25,0	30,6	36,1	8,3	7,1	10,7	21,4	46,4	14,3
mittel	0,4	7,7	25,6	50,0	16,2	0,8	6,7	30,8	44,2	17,5	0,0	8,8	20,2	56,1	14,9
hoch	1,9	8,6	30,7	40,9	17,9	2,6	6,0	33,3	45,3	12,8	1,4	10,7	28,6	37,1	22,1

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 12.2: Unterstützung durch LehrerInnen nach Geschlecht in der Steiermark und nach sozioökonomischem Status im Jahr 2006

Kinder mit mittlerem sozioökonomischem Status (= SÖS)¹¹ geben am häufigsten (66 %) eine hohe Qualität der LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehung in der Steiermark an, während dies Kinder mit niedrigem SÖS mit 52 % am seltensten berichten. Sowohl bei Mädchen als auch bei Buben sind die höchsten Anteile jener, die eine gute Beziehung berichten, in der Gruppe mit mittlerem SÖS zu finden. Bei den Mädchen mit niedrigem SÖS ist der Anteil jener, die über eine positive Beziehung berichten, mit 44 % besonders gering (siehe Tabelle 12.2).

12.5 „Unterstützung durch LehrerInnen“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Mädchen					Buben				
	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)
nach Trend	in Prozent									
11-Jährige										
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	0,0	0,8	14,9	57,0	27,3	0,0	0,9	11,3	57,4	30,4
2006	1,1	3,3	21,7	44,6	29,3	0,0	3,2	11,8	50,5	34,4
13-Jährige										
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	1,0	10,6	35,6	37,5	15,4	2,8	7,3	30,3	52,3	7,3
2006	0,0	6,1	35,7	48,7	9,6	1,7	9,9	27,3	47,9	13,2
15-Jährige										
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	1,0	7,3	37,5	49,0	5,2	2,1	10,5	38,9	35,8	12,6
2006	3,6	16,9	43,4	33,7	2,4	2,2	15,7	34,8	40,4	6,7

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 1998, Dür et al. (2000), WHO-HBSC-Survey 2002, Dür/Mravlag (2002) und WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 12.3: Unterstützung durch LehrerInnen nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Steirische Kinder im Alter von elf Jahren schätzten 2006 die Qualität der LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehung schlechter ein als noch 2002. Während 2002 nur ein Prozent eine schlechte Qualität angab, waren es 2006 vier Prozent bei den Mädchen und drei Prozent bei den Buben (siehe Tabelle 12.3). Zusätzlich ist die Anzahl derjenigen, die eine gute Qualität der Beziehung angeben, bei den Mädchen um zehn Prozent, bei den Buben um drei Prozent gesunken. Dieses Muster ist auch bei den 15-Jährigen feststellbar, jedoch nicht bei den 13-Jährigen. Bei den 15-Jährigen haben sich die Anteile derjenigen, die eine schlechte Qualität der Beziehung angeben, in etwa verdoppelt, bei den 13-Jährigen hat sich dieser Anteil bei den Mädchen halbiert, bei den Buben ist er etwas gestiegen.

12.6 Zusammenfassung

Sechs von zehn SchülerInnen geben in der Steiermark eine hohe Qualität der LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehung an, mit steigendem Alter ist ein Sinken dieses Anteils auszumachen. Eine besonders hohe Einschätzung dieser Beziehung wird von Kindern mit mittlerem SÖS getätigt, jene mit niedrigem SÖS weisen die größten Anteile derjenigen, die eine schlechte Qualität angeben, auf.

¹¹ Für die Darstellung des SÖS wurde die Familienwohlstandsskala herangezogen. Deren Berechnung wird im Kapitel Methodik dargestellt.

Während die 13-Jährigen 2006 zu größeren Anteilen eine hohe Qualität angeben als noch 2002, hat sich im Jahr 2006 bei 11- und 15-Jährigen die Qualität nach deren Auskünften im Vergleich zu 2002 verschlechtert.

Literatur

- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. WHO-HBSC-Surveys 2006*. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- Dür, W., Bauer, M., Grossmann, W. & Mravlag, K. (2002). *Partizipative Strukturen in der Schule und die Gesundheit von Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in Österreich*. Endbericht des Ludwig Boltzmann Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien.
- Grasser, G. & Püringer, U. & Auer, M. (2007). *Wissenschaftliche Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen für die Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt von FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark. (Unveröffentlicht)

13 Klassenklima

13.1 Bedeutung des Indikators „Klassenklima“

Wie beim Indikator „Unterstützung durch LehrerInnen“ beschrieben, ist ein gesundheitsförderndes Klima an Schulen essenziell, um die Gesundheit und das Wohlbefinden von SchülerInnen zu stärken und zu fördern. SchülerInnen, die ungern zur Schule gehen, beginnen tendenziell früher zu rauchen und zu trinken und weisen eine schlechtere Gesundheit und mehr psychische Probleme auf (Dür, Bauer, Grossmann & Mravlag, 2002, S. 56). Das bedeutet, dass die Schule einerseits eine Ressource für positive Gesundheit sein kann, welche sich in größerer Lebenszufriedenheit und erhöhtem Wohlbefinden, aber auch weniger subjektiven Gesundheitsbeschwerden auswirken kann. Andererseits können das Nichterreichen von schulischen Zielen und geringe Akzeptanz seitens der MitschülerInnen zu erhöhtem Risikoverhalten und einer schlechter eingeschätzten subjektiven Gesundheit führen (Ravens-Sieberer, Kökönyei & Thomas, 2004, S. 184). Eine große Rolle im Zusammenhang mit den Faktoren im schulischen Umfeld (wie z.B. die Beziehungen zu den KlassenkameradInnen) spielen Alter und Geschlecht. Bezüglich des Geschlechts ist zu sehen, dass Mädchen ihren sozialen Netzwerken in Stresssituationen eine größere Bedeutung zuweisen als Buben. Fehlen diese Netzwerke und wird von einem schlechten Klassenklima gesprochen, so wird die eigene Gesundheit tendenziell schlechter eingeschätzt (Ravens-Sieberer, Kökönyei & Thomas, 2004, S. 184).

13.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Klassenklima“

Das „Klassenklima“ wird durch einen Index aus der HBSC-Studie, der aus fünf Fragen besteht, dargestellt. Folgende Fragen wurden bei der Erhebungswelle des Jahres 2006 für die Berechnung des Index verwendet (Hr. Griebler, Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung, E-Mail vom 11. April 2008):

- 1) Die SchülerInnen in meiner Klasse sind gerne zusammen.
- 2) Die meisten SchülerInnen in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit.
- 3) Meine MitschülerInnen akzeptieren mich so, wie ich bin.
- 4) Wenn es einer/einem SchülerIn in meiner Klasse schlecht geht, versuchen die anderen, ihr/ihm zu helfen.
- 5) Die SchülerInnen meiner Klasse gehen respektvoll miteinander um.

(Für die Darstellung des zeitlichen Trends wurden nur die ersten vier Fragen verwendet.)

Zur Beantwortung dieser Fragen stand eine fünfteilige Skala zur Verfügung: „stimmt genau“, „stimmt“, „weder richtig noch falsch“, „stimmt nicht“ und „stimmt überhaupt nicht“. Die Antworten wurden so umgerechnet, dass positive Antworten jeweils die höchsten Werte aufwiesen, welche anschließend addiert wurden. Durch die Division der Summe durch die jeweilige Anzahl der Fragen (vier für Trendanalysen, fünf bei allen anderen) entstand ein Index, der Werte zwischen eins und fünf annehmen kann, wobei fünf für ein gutes Klassenklima steht.

Für die Interpretation werden im Folgenden immer die Anteile derjenigen, die einen Wert von vier und fünf durch den Index zugewiesen bekamen, zusammengezählt, um das Ausmaß eines guten Klassenklimas darzustellen. Analog wird mit den Werten eins und zwei für schlechtes Klassenklima verfahren.

13.3 „Klassenklima“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal alle Altersgruppen	Gesamt					Mädchen					Buben				
	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)
	in Prozent														
Alle Altersgruppen	0,2	4,1	23,5	55,7	16,6	0,0	4,1	20,6	59,1	16,2	0,3	4,0	26,2	52,5	16,9
11-Jährige															
Bundesländer															
Burgenland						0,0	3,8	10,0	51,3	35,0	1,1	4,4	16,7	47,8	30,0
Kärnten						0,0	2,6	9,1	67,5	20,8	0,0	2,8	19,4	59,7	18,1
Niederösterreich						0,0	0,8	14,5	54,2	30,5	0,8	3,8	25,4	47,7	22,3
Oberösterreich						0,0	0,0	7,1	51,3	41,7	0,0	5,5	21,2	55,8	17,6
Salzburg						0,0	0,0	19,5	50,6	29,9	1,2	1,2	13,1	40,5	44,0
Steiermark	0,0	2,7	15,7	55,7	25,9	0,0	1,1	16,1	61,3	21,5	0,0	4,3	15,2	50,0	30,4
Tirol						0,0	1,5	9,1	50,0	39,4	0,0	2,6	9,0	61,5	26,9
Vorarlberg						0,0	0,0	10,9	52,2	37,0	0,0	3,0	19,0	59,0	19,0
Wien						0,0	0,0	29,1	43,0	27,9	0,0	2,2	26,4	48,4	23,1
Österreich						0,0	0,4	14,4	53,6	31,6	0,1	3,5	19,2	53,4	23,7
13-Jährige															
Bundesländer															
Burgenland						1,5	3,0	25,8	50,0	19,7	1,4	7,0	26,8	59,2	5,6
Kärnten						0,0	1,1	18,9	64,4	15,6	1,0	8,2	36,1	45,4	9,3
Niederösterreich						1,4	1,4	19,0	60,5	17,7	0,7	4,3	28,4	53,2	13,5
Oberösterreich						0,0	1,9	25,2	57,0	15,9	0,9	7,8	27,0	52,2	12,2
Salzburg						0,0	4,8	6,3	68,3	20,6	0,0	0,0	31,3	55,2	13,4
Steiermark	0,4	6,4	28,5	54,0	10,6	0,0	7,0	25,2	54,8	13,0	0,8	5,8	31,7	53,3	8,3
Tirol						0,0	2,2	16,7	45,6	35,6	0,0	2,2	20,4	54,8	22,6
Vorarlberg						1,1	3,3	24,4	48,9	22,2	0,0	2,1	25,3	58,9	13,7
Wien						0,0	3,8	22,1	55,8	18,3	0,0	5,7	29,5	41,0	23,8
Österreich						0,6	3,0	20,6	57,6	18,2	0,4	5,3	29,8	50,9	13,6
15-Jährige															
Bundesländer															
Burgenland						0,0	5,9	20,3	63,6	10,2	0,0	5,4	28,6	55,4	10,7
Kärnten						0,0	3,1	26,6	57,8	12,5	0,0	10,9	34,8	50,0	4,3
Niederösterreich						0,0	1,6	16,4	61,7	20,3	1,2	8,4	44,6	44,6	1,2
Oberösterreich						0,0	4,7	26,6	52,3	16,4	0,8	5,4	28,7	56,6	8,5
Salzburg						0,0	1,4	12,2	70,3	16,2	0,0	0,0	44,2	44,2	11,6
Steiermark	0,0	2,3	25,0	58,1	14,5	0,0	3,6	19,3	62,7	14,5	0,0	1,1	30,3	53,9	14,6
Tirol						0,0	0,0	13,5	63,5	23,0	0,0	2,5	28,4	59,3	9,9
Vorarlberg						0,0	2,9	15,7	48,0	33,3	1,5	1,5	24,6	64,6	7,7
Wien						0,0	1,9	24,3	52,4	21,4	1,2	2,3	26,7	64,0	5,8
Österreich						0,0	3,2	20,5	59,5	16,8	0,7	4,3	31,3	54,8	8,9

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 13.1: Klassenklima nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2006

73 % der steirischen Kinder geben ein gutes Klassenklima an, vier Prozent ein schlechtes. Mädchen und Buben geben zu je vier Prozent ein schlechtes Klassenklima an. Betrachtet man den Anteil derjenigen, die ein gutes Klassenklima angeben, so zeigen sich in der Steiermark große Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern (Mädchen: 75 %, Buben: 69 %) (siehe Tabelle 13.1).

Sowohl 80 % der Mädchen als auch 80 % der Buben im Alter von 11 Jahren schätzen das Klassenklima als gut ein, wobei im Vergleich zum österreichischen Schnitt in der Steiermark weniger Mädchen und mehr Buben das Klassenklima als gut bewerten. 13-jährige steirische Jugendliche (Mädchen und Buben mit je 7 %) schätzen das Klassenklima schlechter ein als 11-jährige. Der Anteil der 13-jährigen SteirerInnen, die ein gutes Klassenklima angeben, liegt dabei immer unter dem österreichischen Schnitt. Ein anderes Bild ergibt sich, wenn die Angaben der 15-Jährigen analysiert werden. Bei diesen schätzt ein höherer Anteil das Klassenklima als gut ein als bei den 13-Jährigen, wobei sich nach Geschlechtern getrennt betrachtet ein ähnliches Bild wie bei den 11-Jährigen abzeichnet. Buben schätzen das Klassenklima als besser und Mädchen als gleich gut wie im österreichischen Schnitt ein.

13.4 „Klassenklima“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Gesamt					Mädchen					Buben				
	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)
nach SÖS	in Prozent														
Gesamt	0,2	3,8	22,8	56,3	16,8	0,0	3,7	20,1	60,1	16,1	0,4	3,9	25,4	52,7	17,6
gering	0,0	4,7	32,8	45,3	17,2	0,0	2,8	33,3	50,0	13,9	0,0	7,1	32,1	39,3	21,4
mittel	0,0	3,0	20,2	57,5	19,3	0,0	4,2	18,3	57,5	20,0	0,0	1,8	22,1	57,5	18,6
hoch	0,4	4,3	22,7	58,0	14,5	0,0	3,4	17,9	65,8	12,8	0,7	5,1	26,8	51,4	15,9

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 13.2: Klassenklima nach Geschlecht in der Steiermark und sozioökonomischem Status im Jahr 2006

Kinder mit mittlerem sozioökonomischen Status (= SÖS)¹² schätzen das Klassenklima am besten ein. Einerseits ist der Anteil jener, die das Klassenklima schlecht bewerten, am geringsten (drei Prozent), andererseits ist der Anteil jener, die es gut bewerten, mit 87 % am höchsten (siehe Tabelle 13.2). Der Anteil an Kindern, die das Klassenklima als gut einschätzen, ist bei jenen mit niedrigem SÖS am kleinsten (6 %). Insgesamt schätzen Mädchen mit hohem SÖS das Klassenklima am besten ein (79 %), Buben mit niedrigem SÖS am schlechtesten, nur 60 % der männlichen Jugendlichen schätzen das Klassenklima als gut ein und sieben Prozent als schlecht.

¹² Für die Darstellung des SÖS wurde die Familienwohlstandsskala herangezogen. Deren Berechnung wird im Kapitel Methodik dargestellt.

13.5 „Klassenklima“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Mädchen					Buben				
	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)	1 (gering)	2	3	4	5 (hoch)
Jahr	in Prozent									
11-Jährige										
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	0,0	0,8	5,0	38,8	55,4	0,0	0,9	13,7	45,3	40,2
2006	0,0	0,0	8,6	58,1	33,3	0,0	2,2	10,8	40,9	46,2
13-Jährige										
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	0,0	1,0	8,7	38,8	51,5	0,9	0,9	9,2	56,0	33,0
2006	0,0	4,3	13,9	58,3	23,5	0,8	4,2	17,5	55,0	22,5
15-Jährige										
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	0,0	0,0	14,6	46,9	38,5	0,0	4,3	12,8	56,4	26,6
2006	0,0	1,2	13,3	62,7	22,9	0,0	0,0	16,9	64,0	19,1

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 1998, Dür et al. (2000), WHO-HBSC-Survey 2002, Dür/Mravlag (2002) und WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 13.3: Klassenklima nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Betrachtet man das Klassenklima im zeitlichen Verlauf und nach Geschlecht getrennt, so sieht man auch bei den 11-jährigen Mädchen eine Verschlechterung des Klassenklimas (siehe Tabelle 13.3). Der Anteil derjenigen, die das Klassenklima als gut einschätzen, ist von 94 % auf 91 % gesunken. Bei den Buben dieses Alters ist hingegen dieser Anteil gestiegen (von 85 % auf 87 %). Bei den 13-Jährigen ist die Einschätzung des Klassenklimas insgesamt schlechter geworden, während sich nach Einschätzung der 15-Jährigen, sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Jugendlichen, das Klassenklima nicht verändert hat.

13.6 Zusammenfassung

Drei von vier befragten steirischen Kindern geben im Rahmen der HBSC-Befragung ein gutes Klassenklima an. Vergleicht man die Einschätzung des Klassenklimas durch steirische Kinder mit jener durch andere österreichische Kinder, so ergibt sich kein eindeutiges Bild. Jedoch wird vor allem durch steirische Mädchen das Klassenklima im Vergleich zum österreichischen Schnitt als schlechter eingeschätzt. Zugleich berichteten sie jedoch über ein besseres Klassenklima als die steirischen Buben. Am schlechtesten wird das Klassenklima von Kinder mit niedrigem SÖS bewertet, am besten von jenen mit mittlerem SÖS. Bei 11- und 15-Jährigen hat sich in der Einschätzung im Vergleich zu 2002 nicht viel verändert, während 13-Jährige 2006 ein deutlich schlechteres Klassenklima als 2002 angeben.

Literatur

Dür, W., Bauer, M., Grossmann, W. & Mravlag, K. (2002). *Partizipative Strukturen in der Schule und die Gesundheit von Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in Österreich*. Endbericht des Ludwig Boltzmann Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien.

Ravens-Sieberer, U., Kökönyei, G. & Thomas, C. (2004). *School and health*. In: C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, S. 184-194.

Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schaffen

Folgende Kapitel beziehen sich auf das Gesundheitsziel „Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schaffen“ und sind wie folgt gegliedert:

Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern

14. Bewegung

15. Übergewicht und Adipositas

Gesundheitsfolgen aufgrund von Tabakkonsum verringern

16. Rauchverhalten

Bewusstsein im Umgang mit Alkohol in der Steiermark fördern

17. Problematischer Alkoholkonsum

Gute seelische Gesundheit und hohe Lebensqualität der SteirerInnen ermöglichen

18. Lebenszufriedenheit

19. Cannabiskonsum

Den Schutz vor Infektionen sichern

20. Immunisierungsrate

Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern

21. Teenagerschwangerschaften

Reduktion von Unfallrisiken und –Folgeschäden

22. Unfälle

Voraussetzungen zur Stärkung der Zahngesundheit schaffen

23. Zahngesundheit

14 Bewegung

14.1 Bedeutung des Indikators „Bewegung“

Bewegung gilt als ein wichtiger Faktor zur Bekämpfung von chronischen Krankheiten wie Diabetes und Herz-Kreislauferkrankungen, aber auch zur Reduzierung von Übergewicht und Adipositas. Darüber hinaus trägt Bewegung zur Stärkung der Muskeln, zur Verbesserung der Fitness und der Lebensqualität bei. Studien haben auf positive Effekte bezüglich des Abbaus von Stress und Depressionen sowie des Aufbaus von sozialen Kontakten durch Bewegung hingewiesen (Cavill, Kahlmeier & Racioppi, 2006, S. 5-7). In den Gesundheitszielen Steiermark ist daher gesundheitsfördernde Bewegung als ein Zielbereich definiert (Land Steiermark, 2007, S. 15). Aus diesem Grund wurde 2009 ein Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken entwickelt (Grasser, et. al., 2009), dessen Bewegungsempfehlungen jenen der WHO entsprechen, die für Kinder und Jugendliche ein Bewegungsausmaß von mindestens 60 Minuten täglich empfiehlt. Dabei sollen verschiedene Bewegungsarten kombiniert werden, die Koordinations-, Herz-Kreislauf- und Beweglichkeitstraining sowie muskel- und knochenkräftigende Übungen beinhalten (Cavill, Kahlmeier & Racioppi, 2006, S. 3). Es gilt jedoch, dass Kinder sich deutlich mehr als die 60 Minuten bewegen sollen (Bundesamt für Sport, 2006, S. 12).

14.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Bewegung“

Zur Darstellung des Bewegungsausmaßes wird empfohlen, den Prozentanteil derjenigen Kinder darzustellen, die sich außerhalb der Schule mindestens zwei Stunden pro Woche bewegen (Rigby & Köhler, 2002, S. 69). Dies ist jedoch ein Bewegungsniveau, welches unter der oben genannten internationalen Empfehlung liegt.

In den österreichischen Hauptschulen und Allgemeinbildenden Schulen (ohne Schwerpunkt auf Sport) werden durchschnittlich zwischen drei und vier Stunden Leibesübung wöchentlich abgehalten (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, o.D.a, und Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, o.D.b). Nimmt man diese durchschnittliche Anzahl von drei bis vier Turnstunden sowie weitere zwei Stunden Bewegung in der Freizeit an, so werden die Empfehlungen nicht erreicht. Bei den vorliegenden Daten aus der HBSC-Studie wurden die Kinder befragt: „An wie vielen der vergangenen sieben Tage warst du mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?“ Die Antwort erfolgte anhand einer acht-stufigen Skala von: „an 0 Tagen“ bis „an 7 Tagen“. Nur Kinder, die angaben, an sieben Tagen der Woche aktiv gewesen zu sein, erfüllen die oben genannten Empfehlungen.

14.3 „Bewegung“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal alle Altersgruppen	Gesamt								Mädchen								Buben							
	an 0 Tagen	an 1 Tag	an 2 Tagen	an 3 Tagen	an 4 Tagen	an 5 Tagen	an 6 Tagen	an 7 Tagen	an 0 Tagen	an 1 Tag	an 2 Tagen	an 3 Tagen	an 4 Tagen	an 5 Tagen	an 6 Tagen	an 7 Tagen	an 0 Tagen	an 1 Tag	an 2 Tagen	an 3 Tagen	an 4 Tagen	an 5 Tagen	an 6 Tagen	an 7 Tagen
in Prozent																								
Alle Altersgruppen																								
Steiermark	3,7	7,4	13,4	15,8	15,2	15,0	10,2	19,2	3,3	11,3	14,0	15,3	17,3	16,7	10,0	12,0	4,1	3,8	12,9	16,3	13,2	13,5	10,3	26,0
11-Jährige																								
Bundesländer																								
Burgenland									3,7	1,2	7,3	17,1	22,0	9,8	14,6	24,4	1,1	5,6	11,2	21,3	12,4	15,7	16,9	15,7
Kärnten									0,0	3,9	6,5	19,5	15,6	23,4	11,7	19,5	4,1	9,5	5,4	12,2	14,9	12,2	16,2	25,7
Niederösterreich									3,0	6,1	9,8	18,9	9,1	12,1	15,2	25,8	2,2	8,8	5,9	7,4	14,7	16,2	14,7	30,1
Oberösterreich									0,0	1,9	11,6	12,3	29,7	16,8	7,1	20,6	0,6	3,6	8,4	14,4	16,2	17,4	12,0	27,5
Salzburg									1,3	1,3	2,6	11,8	21,1	22,4	14,5	25,0	2,4	2,4	7,1	8,3	13,1	19,0	11,9	35,7
Steiermark	2,7	3,7	8,5	14,9	9,6	18,1	12,8	29,8	2,2	4,3	10,8	14,0	10,8	21,5	14,0	22,6	3,2	3,2	6,3	15,8	8,4	14,7	11,6	36,8
Tirol									0,0	7,6	4,5	7,6	30,3	19,7	16,7	13,6	1,3	1,3	7,6	15,2	17,7	19,0	12,7	25,3
Vorarlberg									1,1	5,4	10,9	10,9	12,0	14,1	12,0	33,7	0,0	2,9	8,7	12,6	17,5	14,6	15,5	28,2
Wien									4,7	7,0	15,1	22,1	12,8	14,0	5,8	18,6	0,0	11,0	8,8	15,4	8,8	14,3	9,9	31,9
Österreich									2,1	4,7	9,7	14,7	18,4	16,7	11,8	21,8	1,9	5,8	8,2	13,5	13,3	16,4	13,3	27,5
13-Jährige																								
Bundesländer																								
Burgenland									4,5	3,0	23,9	22,4	17,9	11,9	6,0	10,4	1,4	2,8	15,5	15,5	9,9	18,3	8,5	28,2
Kärnten									4,3	6,5	15,1	24,7	16,1	14,0	10,8	8,6	4,2	8,3	8,3	18,8	18,8	13,5	5,2	22,9
Niederösterreich									0,7	4,8	9,5	18,4	25,2	16,3	8,2	17,0	0,7	7,1	9,2	17,7	19,1	12,8	10,6	22,7
Oberösterreich									1,9	7,6	7,6	18,1	11,4	21,9	14,3	17,1	0,9	4,3	12,8	15,4	9,4	15,4	9,4	32,5
Salzburg									0,0	7,9	12,7	17,5	25,4	20,6	7,9	7,9	3,0	0,0	4,5	16,4	14,9	14,9	14,9	31,3
Steiermark	2,3	5,0	13,5	19,3	18,1	14,3	9,7	17,8	3,2	8,1	14,5	18,5	21,8	16,1	9,7	8,1	1,5	2,2	12,6	20,0	14,8	12,6	9,6	26,7
Tirol									1,1	3,3	8,9	13,3	17,8	15,6	15,6	24,4	0,0	1,1	8,6	10,8	15,1	19,4	14,0	31,2
Vorarlberg									2,2	5,5	11,0	29,7	15,4	18,7	6,6	11,0	1,1	1,1	11,8	8,6	21,5	23,7	14,0	18,3
Wien									1,0	9,5	18,1	24,8	11,4	12,4	5,7	17,1	1,9	3,8	6,7	10,6	19,2	18,3	9,6	29,8
Österreich									1,7	7,0	12,4	19,4	18,3	16,4	9,8	15,0	1,0	4,3	9,9	15,3	16,4	15,9	10,4	26,8
15-Jährige																								
Bundesländer																								
Burgenland									8,5	16,9	16,1	14,4	11,9	11,9	6,8	13,6	2,6	9,6	14,9	14,9	17,5	14,0	18,4	7,9
Kärnten									6,3	12,5	10,9	15,6	15,6	15,6	6,3	17,2	4,3	10,6	10,6	6,4	21,3	12,8	17,0	17,0
Niederösterreich									0,8	16,4	25,8	22,7	12,5	8,6	5,5	7,8	2,4	6,0	16,7	11,9	26,2	11,9	10,7	14,3
Oberösterreich									3,1	14,6	24,6	23,1	14,6	6,2	7,7	6,2	3,1	7,7	19,2	19,2	14,6	13,1	10,0	13,1
Salzburg									10,8	13,5	23,0	20,3	10,8	9,5	4,1	8,1	9,1	6,8	11,4	15,9	20,5	13,6	6,8	15,9
Steiermark	7,0	15,1	18,6	11,6	16,9	12,8	8,1	9,9	4,8	24,1	16,9	12,0	18,1	12,0	6,0	6,0	9,0	6,7	20,2	11,2	15,7	13,5	10,1	13,5
Tirol									6,8	17,6	25,7	16,2	5,4	6,8	6,8	14,9	4,8	6,0	18,1	20,5	19,3	13,3	4,8	13,3
Vorarlberg									2,9	10,8	14,7	26,5	15,7	11,8	8,8	8,8	0,0	17,2	17,2	18,8	18,8	14,1	9,4	4,7
Wien									5,9	14,7	20,6	17,6	15,7	12,7	3,9	8,8	3,4	10,3	20,7	10,3	16,1	17,2	11,5	10,3
Österreich									5,4	16,2	22,3	19,7	12,6	9,2	5,4	9,2	4,0	7,6	17,0	15,8	18,4	13,9	10,3	12,9

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 14.1: Bewegung nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2006

Jedes fünfte steirische Kind im Alter von 11 bis 15 Jahren gibt an, an sieben Tagen mindestens 60 Minuten körperlich aktiv gewesen zu sein. Nach Geschlecht getrennt betrachtet, treffen nur zwölf Prozent der Mädchen und 26 % der Buben die internationalen Bewegungsempfehlungen. In allen Altersgruppen liegt der Anteil der Mädchen, die sich ausreichend bewegen, unter dem Anteil der Buben (siehe Tabelle 14.1). Mit zunehmendem Alter ist sowohl bei Mädchen als auch bei Buben ein sinkender Anteil an Kindern, die die internationalen Empfehlungen erreichen, in der Steiermark zu beobachten. Während bei den 11-Jährigen 23 % der Mädchen und 37 % der Buben sich an sieben Tagen bewegten, sind es bei den 13-Jährigen acht Prozent der Mädchen und 27 % der Buben. Nur mehr sechs Prozent der weiblichen und 13 % der männlichen Jugendlichen mit 15 Jahren erfüllen die Empfehlungen, das heißt, mit steigendem Alter sinkt das Bewegungsausmaß. Der Anteil derjenigen, die sich an keinem Tag bewegt haben, liegt bei den 11- und 13-Jährigen zwischen einem und drei Prozent, bei den 15-Jährigen geben fünf Prozent der steirischen Mädchen und neun Prozent der steirischen Buben an, sich nicht bewegt zu haben, was bei den Buben über dem österreichischen Schnitt liegt.

Im Bundesländervergleich treffen weniger oder gleich viele steirische Kinder wie im österreichischen Durchschnitt die Empfehlungen, wobei die 11-jährigen Buben eine Ausnahme bilden. Es lässt sich

jedoch nicht beurteilen, da es keinen eindeutigen Trend gibt, welches Bundesland die aktivsten Kinder aufweist, wobei jüngere Kinder in der Steiermark über dem österreichischen Schnitt liegen und ältere darunter.

14.4 „Bewegung“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Gesamt							Mädchen							Buben									
	an 0 Tagen	an 1 Tag	an 2 Tagen	an 3 Tagen	an 4 Tagen	an 5 Tagen	an 6 Tagen	an 7 Tagen	an 0 Tagen	an 1 Tag	an 2 Tagen	an 3 Tagen	an 4 Tagen	an 5 Tagen	an 6 Tagen	an 7 Tagen	an 0 Tagen	an 1 Tag	an 2 Tagen	an 3 Tagen	an 4 Tagen	an 5 Tagen	an 6 Tagen	an 7 Tagen
nach SÖS	in Prozent																							
Gesamt	3,5	7,1	13,5	15,7	15,9	14,9	10,6	18,9	2,5	11,0	14,6	15,3	18,5	16,7	10,3	11,0	4,4	3,4	12,5	16,2	13,5	13,1	10,8	26,3
gering	4,6	12,3	13,8	23,1	10,8	10,8	7,7	16,9	2,7	18,9	8,1	27,0	13,5	13,5	8,1	8,1	7,1	3,6	21,4	17,9	7,1	7,1	7,1	28,6
mittel	4,0	6,9	15,8	15,0	17,4	12,1	8,9	19,8	1,6	9,8	21,1	13,0	22,0	11,4	8,9	12,2	6,5	4,0	10,5	16,9	12,9	12,9	8,9	27,4
hoch	2,6	6,0	11,3	14,7	15,8	18,4	12,8	18,4	3,3	9,9	9,9	14,0	16,5	23,1	12,4	10,7	2,1	2,8	12,4	15,2	15,2	14,5	13,1	24,8

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 14.2: Bewegung nach Geschlecht in der Steiermark und sozioökonomischem Status im Jahr 2006

Gesamt gesehen und bei Mädchen ist nach dem sozioökonomischen Status (SÖS)¹³ kein Trend zu sehen. Nach Geschlecht getrennt ist mit steigendem SÖS bei Buben ein sinkender Anteil an Kindern und Jugendlichen zu sehen, die auf das empfohlene Bewegungsausmaß kommen, zugleich sinkt jedoch auch der Anteil derjenigen, die sich an keinem Tag der Woche bewegt haben (siehe Tabelle 14.2).

14.5 „Bewegung“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Mädchen							Buben								
	an 0 Tagen	an 1 Tag	an 2 Tagen	an 3 Tagen	an 4 Tagen	an 5 Tagen	an 6 Tagen	an 7 Tagen	an 0 Tagen	an 1 Tag	an 2 Tagen	an 3 Tagen	an 4 Tagen	an 5 Tagen	an 6 Tagen	an 7 Tagen
Jahr	in Prozent															
11-Jährige																
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	1,6	4,9	9,0	13,1	16,4	18,0	17,2	19,7	1,7	1,7	5,0	8,3	8,3	16,7	17,5	40,8
2006	2,2	4,3	10,8	14,0	10,8	21,5	14,0	22,6	3,2	3,2	6,3	15,8	8,4	14,7	11,6	36,8
13-Jährige																
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	0,0	7,7	25,0	23,1	8,7	18,3	5,8	11,5	1,8	2,8	4,6	8,3	16,5	18,3	9,2	38,5
2006	3,2	8,1	14,5	18,5	21,8	16,1	9,7	8,1	1,5	2,2	12,6	20,0	14,8	12,6	9,6	26,7
15-Jährige																
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	7,2	14,4	18,6	28,9	8,2	12,4	5,2	5,2	1,1	5,3	9,6	21,3	13,8	14,9	14,9	19,1
2006	4,8	24,1	16,9	12,0	18,1	12,0	6,0	6,0	9,0	6,7	20,2	11,2	15,7	13,5	10,1	13,5

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 1998, Dür et al. (2000), WHO-HBSC-Survey 2002, Dür/Mravlag (2002) und WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 14.3: Bewegung nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Von 2002 auf 2006 ist ein deutlicher Rückgang des Bewegungsniveaus vor allem bei den 13- bis 15-Jährigen zu sehen, wenn jene betrachtet werden, die angeben, sich an allen sieben Tagen der Woche bewegt zu haben (siehe Tabelle 14.3). Besonders stark ist vor allem der Rückgang bei den Buben im Alter von 13 Jahren: von 39 % auf 27 %. Dennoch liegt deren Bewegungslevel auch 2006 über jenem der 13-jährigen Mädchen, die nur zu acht Prozent das empfohlene Bewegungsausmaß erreichen. Am

¹³ Für die Darstellung des SÖS wurde die Familienwohlstandsskala herangezogen. Deren Berechnung wird im Kapitel Methodik dargestellt.

stärksten zugenommen hat das Ausmaß der Inaktiven, also jener, die sich an keinem Tag der Woche bewegt haben, bei den 15-jährigen männlichen Jugendlichen: von einem Prozent auf neun Prozent.

14.6 Zusammenfassung

Je älter die Kinder sind, desto weniger erfüllen sie die internationale Bewegungsempfehlung von einer Stunde pro Tag. Vor allem Mädchen zeigen sich als zu wenig aktiv. Der SÖS spielt vor allem bei Buben eine Rolle, jene mit niedrigem SÖS zeigen einerseits ein hohes Level an Aktivität und andererseits den größten Anteil an Inaktiven (jene, die sich an keinem Tag der Woche bewegt haben). Im zeitlichen Verlauf lässt sich eine Reduktion des Bewegungsausmaßes feststellen bei gleichzeitigem Ansteigen der Inaktivität. Dies bedeutet, dass die Zielgruppe mit besonderem Bedarf die Mädchen (vor allem ältere) sind.

Literatur

- Bundesamt für Sport. (2006). *Gesundheitswirksame Bewegung. Ein Grundlagendokument*. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. (o.D.a). *Studentafel Allgemeinbildende Schule (Unterstufe)*. Download vom 16.05.2008 von http://www.bmukk.gv.at/medienpool/13835/gymn_tafel_ustneu06.xls.
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. (o.D.b). *Vierter Teil. Studentafel*. Download vom 16.05.2008 von <http://www.bmukk.gv.at/medienpool/868/studentafel.pdf>.
- Cavill, N., Kahlmeier, S. & Racioppi, F. (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Grasser, G., Wieseneder, E., Fink, S. & Zisler, M. & Marchl, S. (2009). *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken: Verhalten, Verhältnisse und Indikatoren*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.

15 Übergewicht und Adipositas

15.1 Bedeutung des Indikators „Übergewicht und Adipositas“

Die Ernährung in der Kindheit und Jugend gilt als besonders wichtiger Faktor für die Entwicklung der Gesundheit, weshalb der Konsum von hochwertiger Nahrung von besonderer Relevanz ist. Kinder und Jugendliche, die gesunde Ernährungsgewohnheiten in dieser Zeit erlernen und sich auch gesund ernähren, haben ein reduziertes Risiko, später Herz-Kreislaufkrankungen zu bekommen oder Diabetes sowie Osteoporose zu entwickeln (WHO, 2006, S. 4). Durch falsche Ernährungsgewohnheiten, aber auch mangelnde Bewegung gibt es immer mehr Kinder, die übergewichtig oder adipös sind (WHO, 2006, S. 4.). Übergewicht und Adipositas führen nicht nur zur Entwicklung der bereits genannten Erkrankungen, sondern es wird auch davon ausgegangen, dass mentale Probleme, Probleme in der Schule und ein verringertes Selbstvertrauen dadurch ausgelöst werden können (WHO, 2007, S. 1).

Die Erarbeitung der im Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken (Grasser et. al., 2009) enthaltenen Empfehlungen für die gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen stellte den ersten Schritt der Umsetzung des Ziels „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“ im Rahmen der Gesundheitsziele Steiermark dar (Land Steiermark, 2007, S. 15). Im vorangegangenen Kapitel wurden bereits Zahlen aus dem Bereich Bewegung präsentiert, für den Bereich Ernährung wurde der Indikator „Übergewicht bzw. Adipositas“ ausgewählt, da dieser im Indikatoren-Set CHILd (Children Health Indicators of Life and Development) empfohlen wird und dieses Set keine anderen Indikatoren für den Themenbereich „Ernährung“ vorschlägt. Der Zusammenhang zwischen Ernährung und Übergewicht bzw. Adipositas ist allerdings komplex, weshalb die vorliegenden Daten mit Vorsicht zu interpretieren und als Hinweis auf verschiedene übergewichtsassoziierte Gesundheitsfolgen zu verstehen sind.

15.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Übergewicht und Adipositas“

Von der EU wird empfohlen, den Anteil der Übergewichtigen und Adipösen im Schuleintrittsalter anhand des BMI darzustellen, optional für 10- und 15-Jährige (Rigby & Köhler, 2002, S. 74). Für den Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark liegen Daten aus der HBSC-Befragung aus mehreren Wellen vor. Anhand zweier Fragen zum aktuellen Körpergewicht und zur Körpergröße wurde für jedes Kinder ein individueller BMI (= Body Mass Index) errechnet. Im Vergleich zu den Erwachsenen lässt sich der Anteil der übergewichtigen Personen bei Kindern und Jugendlichen schwerer bestimmen, da durch das physiologische Wachstum der durchschnittliche BMI ab dem sechsten Lebensjahr steigt (Dür & Griebler, 2007, S. 26). Die Einordnung der Kinder in „normalgewichtig“, „übergewichtig“ und „adipös“ erfolgte anhand der unten abgebildeten Tabelle. Diese zeigt, bei welchem BMI Kinder nach verschiedenen Altersstufen als „übergewichtig“ bzw. „adipös“ nach den Grenzwerten von Cole et al. (zitiert nach Dür & Griebler, 2007, S. 26) bezeichnet werden können.

Alter	Buben		Mädchen	
	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas
> 10,50 und < 11,00	20,2	24,57	20,29	24,77
> 11,00 und < 11,50	20,55	25,1	20,74	25,42
> 11,50 und < 12,00	20,89	25,58	21,2	26,05
> 12,00 und < 12,50	21,22	26,02	21,68	26,67
> 12,50 und < 13,00	21,56	26,43	22,14	27,42
> 13,00 und < 13,50	21,91	26,84	22,58	27,76
> 13,50 und < 14,00	22,27	27,25	22,98	28,2
> 14,00 und < 14,50	22,62	27,63	23,34	28,57
> 14,50 und < 15,00	22,96	27,98	23,66	28,87
> 15,00 und < 15,50	23,29	28,3	23,94	29,11
> 15,50 und < 16,00	23,6	28,6	24,17	29,29
> 16,00 und < 16,50	23,9	28,88	24,37	29,43

Quelle: Dür & Griebler, 2007, S. 26.

Tabelle VII: Einteilung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Bei der Interpretation der folgenden Daten ist zu beachten, dass es sich bei den Daten um einen BMI handelt, der aus Selbstauskünften berechnet wurde, wodurch diese Aussagen nur begrenzt zuverlässig sind (Dür & Griebler, 2007, S. 26).

15.3 „Übergewicht und Adipositas“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal alle Altersgruppen	Gesamt			Mädchen			Buben		
	Unter-/Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	Unter-/Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	Unter-/Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
	in Prozent								
Alle Altersgruppen									
Steiermark	90,0	8,5	1,6	92,9	6,0	1,1	87,2	10,8	2,0
11-Jährige									
Bundesländer									
Burgenland				86,3	10,0	3,8	81,6	16,1	2,3
Kärnten				90,0	10,0	0,0	82,4	10,3	7,4
Niederösterreich				88,3	10,0	1,7	80,9	11,8	7,4
Oberösterreich				91,0	7,7	1,3	87,2	10,3	2,6
Salzburg				90,3	8,3	1,4	89,0	9,8	1,2
Steiermark	89,7	8,6	1,7	93,1	5,7	1,1	86,2	11,5	2,3
Tirol				91,9	8,1	0,0	90,8	5,3	3,9
Vorarlberg				87,8	12,2	0,0	84,0	12,8	3,2
Wien				93,7	5,1	1,3	78,8	16,5	4,7
Österreich				91,4	7,7	0,9	84,2	11,7	4,1
13-Jährige									
Bundesländer									
Burgenland				87,3	12,7	0,0	82,1	10,4	7,5
Kärnten				96,6	3,4	0,0	85,4	14,6	0,0
Niederösterreich				90,1	7,7	2,1	80,6	15,8	3,6
Oberösterreich				91,2	7,8	1,0	86,4	10,9	2,7
Salzburg				98,4	1,6	0,0	85,2	13,1	1,6
Steiermark	91,4	7,3	1,2	91,5	7,6	0,8	91,3	7,1	1,6
Tirol				98,9	1,1	0,0	86,5	13,5	0,0
Vorarlberg				89,4	9,4	1,2	80,0	17,8	2,2
Wien				89,7	9,3	1,0	79,8	16,2	4,0
Österreich				92,3	6,7	1,0	84,8	13,0	2,2
15-Jährige									
Bundesländer									
Burgenland				97,4	2,6	0,0	74,5	16,4	9,1
Kärnten				85,7	14,3	0,0	78,7	14,9	6,4
Niederösterreich				87,6	9,3	3,1	72,3	24,1	3,6
Oberösterreich				89,0	11,0	0,0	83,7	14,7	1,6
Salzburg				92,9	7,1	0,0	84,1	13,6	2,3
Steiermark	88,1	10,0	1,9	94,8	3,9	1,3	81,9	15,7	2,4
Tirol				97,0	3,0	0,0	86,1	12,7	1,3
Vorarlberg				91,6	7,4	1,1	90,5	6,3	3,2
Wien				90,9	6,1	3,0	75,3	19,5	5,2
Österreich				91,5	7,3	1,3	80,8	16,2	3,1

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 15.1: Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2006

Jedes zehnte steirische Kind zwischen 11 und 15 Jahren ist übergewichtig oder adipös, eine Betrachtung nach Geschlecht zeigt, dass fast zweimal so viele Buben (elf Prozent) wie Mädchen (sechs Prozent) in der Steiermark übergewichtig sind. Weitere zwei Prozent der Buben und ein Prozent der Mädchen sind darüber hinaus adipös. Eine Analyse nach dem Alter der Kinder ergibt kein einheitliches Muster, während bei Mädchen ein kleinerer Anteil an Übergewichtigen bei den 15-Jährigen als bei den 11-Jährigen zu sehen ist, ist dies bei den Buben genau umgekehrt.

Auch im Bundesländervergleich lassen sich keine eindeutigen Muster erkennen, wenngleich der Anteil der Normalgewichtigen in der Steiermark in den Altersgruppen der 11- und 15-Jährigen höher ist als im österreichischen Durchschnitt.

15.4 „Übergewicht und Adipositas“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Gesamt			Mädchen			Buben		
	Unter-/Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	Unter-/Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	Unter-/Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
nach SÖS	in Prozent								
Gesamt	90,2	8,3	1,5	92,8	6,1	1,1	87,7	10,5	1,8
gering	87,7	8,8	3,5	93,8	3,1	3,1	80,0	16,0	4,0
mittel	87,4	11,3	1,3	90,6	8,5	0,9	84,2	14,0	1,8
hoch	93,3	5,5	1,2	94,8	4,3	0,9	92,0	6,5	1,4

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 15.2: Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht in der Steiermark und sozioökonomischem Status im Jahr 2006

Mit steigendem sozioökonomischem Status (SÖS)¹⁴ ist ein steigender Anteil an Normalgewichtigen feststellbar. Jeder fünfte steirische Bub mit niedrigem SÖS ist übergewichtig (16 %) oder adipös (vier Prozent). Bei den Buben mit hohem SÖS sind dies nur acht Prozent (davon ein Prozent adipös). Bei Mädchen ist kein so eindeutiges Muster erkennbar, wenngleich bei jenen mit niedrigem SÖS der höchste Anteil an adipösen Kindern (drei Prozent) zu finden ist. Der größte Anteil an Übergewichtigen ist bei Mädchen mit mittlerem SÖS (mit neun Prozent) zu sehen.

¹⁴ Für die Darstellung des SÖS wurde die Familienwohlstandsskala herangezogen. Deren Berechnung wird im Kapitel Methodik dargestellt.

15.5 „Übergewicht und Adipositas“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Mädchen			Buben		
	Unter-/Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	Unter-/Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
Jahr	in Prozent					
11-Jährige						
1998	84,4	15,6	0,0	79,3	14,6	6,1
2002	91,4	6,7	1,9	90,2	9,8	0,0
2006	93,1	5,7	1,1	86,2	11,5	2,3
13-Jährige						
1998	85,4	10,7	3,9	76,7	19,4	3,9
2002	89,1	9,9	1,0	87,0	11,0	2,0
2006	91,5	7,6	0,8	91,3	7,1	1,6
15-Jährige						
1998	93,3	5,9	0,8	93,0	6,0	1,0
2002	93,5	6,5	0,0	89,9	5,6	4,5
2006	94,8	3,9	1,3	81,9	15,7	2,4

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 1998, Dür et al. (2000), WHO-HBSC-Survey 2002, Dür/Mravlag (2002) und WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 15.3: Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Für die Beurteilung der zeitlichen Entwicklung liegen Zahlen aus drei Erhebungsjahren vor. Bei den 11-Jährigen ist eine Zunahme der Normalgewichtigen zu sehen, vor allem bei Mädchen, während bei Buben bis zum Jahr 2002 eine Abnahme und bis zum Jahr 2006 wieder eine leichte Zunahme festzustellen ist. Auch bei den 13-jährigen Mädchen und Buben sowie bei den 15-jährigen weiblichen Jugendlichen ist eine Abnahme der Übergewichtigen und Adipösen zu sehen. Bei den 15-jährigen männlichen Jugendlichen ist jedoch eine kontinuierliche Abnahme der Normalgewichtigen verbunden mit einer Zunahme der Übergewichtigen zu erkennen: Während 1998 nur sechs Prozent übergewichtig waren, sind es 2006 16 %.

15.6 Zusammenfassung

Buben sind zu größeren Anteilen übergewichtig und adipös als Mädchen. Während bei Mädchen zwischen 1998 und 2006 eine Abnahme der Übergewichtigen und Adipösen zu sehen ist, gibt es vor allem bei männlichen Jugendlichen im Alter von 15 Jahren ein starke Zunahme der Übergewichtigen. Tendenziell gibt es einen größeren Anteil an übergewichtigen und adipösen Kindern unter Gruppen mit niedrigem SÖS (vor allem bei Buben), daher soll diese Gruppe besonders durch Maßnahmen angesprochen werden.

Literatur

- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. WHO-HBSC-Surveys 2006*. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Grasser, G., Wieseneder, E., Fink, S. & Zisler, M. & Marchl, S. (2009). *Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken: Verhalten, Verhältnisse und Indikatoren*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- WHO. (2006). *Food and nutrition policy for schools. A tool for the development of school nutrition programmes in the European Region. Programme for Nutrition and Food Security*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2007). *The Challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

16 Rauchverhalten

16.1 Bedeutung des Indikators „Rauchverhalten“

Rauchen gilt als einer der bedeutsamsten Faktoren für frühzeitigen Tod und Krankheit in entwickelten Ländern (Godeau, Rahav & Hublet, 2004, S. 63). Jede/r zweite RaucherIn wird aufgrund einer tabakassoziierten Krankheit sterben (WHO, 2005, S. 33). Rauchen verursacht Gesundheitsschädigungen wie Herz-Kreislaufkrankungen, Atemwegserkrankungen und verschiedene Krebserkrankungen und kann nicht zuletzt auch zum Tod führen (Dür & Griebler, 2007, S. 40). Obwohl die meisten Todesfälle, die mit Rauchen verbunden sind, erst bei Personen mittleren und höheren Alters vorkommen, ist die Etablierung des Rauchverhaltens in der Jugend angesiedelt (Godeau, Rahav & Hublet, 2004, S. 63). Studien gehen davon aus, dass bis zu 80 % der Erwachsenen, die rauchen, dies bereits vor ihrem 18. Lebensjahr getan haben (Dür & Griebler, 2007, S. 40). Darüber hinaus gilt Rauchen als Einstiegsdroge für andere Substanzmittel (Schubert & Koch, 2004, S. 59). Rigby und Köhler weisen darauf hin, dass das Rauchverhalten der Jugendlichen nicht immer mit jenen der derzeitigen Erwachsenen zusammenhängt, wodurch die Analyse des aktuellen Rauchverhaltens Jugendlicher Aufschluss über das zukünftige Rauchverhalten innerhalb eines Landes geben kann. In weiterer Folge bedeutet dies, dass Jugendliche die erste Zielgruppe von Präventionsmaßnahmen sein müssen (Godeau, Rahav & Hublet, 2004, S. 70). Die Änderung des Risikoverhaltens im Bezug auf Rauchen ist daher Teil des Gesundheitszieles „Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben ermöglichen“ (Land Steiermark, 2007, S. 17).

16.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Rauchverhalten“

Rigby und Köhler, die im Rahmen einer Arbeitsgruppe auf EU-Ebene das Indikatorenset CHILd zur Beurteilung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen entwickelt haben, empfehlen, das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen anhand der Prozentanteile derjenigen darzustellen, die angeben, wöchentlich zu rauchen (Rigby & Köhler, 2002, S. 70). Regelmäßige RaucherInnen unter Kindern und Jugendlichen sind am meisten gefährdet, auch als Erwachsene zu rauchen. Weiters haben diese Kinder und Jugendlichen das größte Risiko, an Kurz- und Langzeitschäden des Rauchens zu leiden (Godeau, Rahav & Hublet, 2004, S. 64). Diese Anteile werden, sofern die Daten vorhanden sind, nach Geschlecht, sozioökonomischem Status und den Altersgruppen 11, 13 und 15 Jahre getrennt analysiert.

Im Rahmen der Tabakpräventionsstrategie Steiermark wurden 11- bis 15-jährige SchülerInnen hinsichtlich deren Rauchverhalten im Jahr 2006 und 2009 befragt, Ergebnisse der Befragung von 2006 wurden bereits einerseits als Factsheet (Koller & Schweighofer, 2008) beziehungsweise im Jahresbericht 2007 zur Tabakpräventionsstrategie Steiermark (Koller, 2008) veröffentlicht.

Für den vorliegenden Kinder- und Jugendgesundheitsbericht werden die dementsprechenden Daten aus den drei Befragungswellen der HBSC-Studie aus den Jahren 1998, 2002 und 2006 analysiert. Jene, die mindestens einmal pro Woche rauchen, werden in Folge als RaucherInnen bezeichnet.

16.3 „Rauchverhalten“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal alle Altersgruppen	Gesamt				Mädchen				Buben			
	Jeden Tag	Einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag	Seltener als einmal pro Woche	Ich rauche gar nicht	Jeden Tag	Einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag	Seltener als einmal pro Woche	Ich rauche gar nicht	Jeden Tag	Einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag	Seltener als einmal pro Woche	Ich rauche gar nicht
	in Prozent											
Alle Altersgruppen	8,6	4,2	6,0	81,3	9,0	5,3	5,3	80,3	8,2	3,1	6,6	82,1
11-Jährige												
Bundesländer												
Burgenland					0,0	1,2	2,4	96,3	1,1	2,2	0,0	96,6
Kärnten					0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Niederösterreich					0,0	0,0	0,7	99,3	0,7	0,0	2,2	97,1
Oberösterreich					0,0	1,9	0,6	97,5	0,0	0,0	6,6	93,4
Salzburg					0,0	0,0	2,5	97,5	1,2	2,4	3,5	92,9
Steiermark	0,0	0,0	3,7	96,3	0,0	0,0	5,4	94,6	0,0	0,0	2,1	97,9
Tirol					0,0	0,0	1,5	98,5	0,0	0,0	0,0	100,0
Vorarlberg					0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	3,9	96,1
Wien					1,1	0,0	1,1	97,7	1,1	0,0	4,3	94,7
Österreich					0,1	0,4	1,6	97,8	0,4	0,1	3,2	96,3
13-Jährige												
Bundesländer												
Burgenland					4,5	4,5	3,0	88,1	9,7	4,2	11,1	75,0
Kärnten					3,2	4,3	11,7	80,9	4,1	5,1	3,1	87,8
Niederösterreich					3,4	4,0	12,1	80,5	4,2	1,4	6,3	88,2
Oberösterreich					6,6	0,9	6,6	85,8	3,4	1,7	2,6	92,3
Salzburg					1,5	6,2	9,2	83,1	6,0	1,5	1,5	91,0
Steiermark	1,9	5,4	6,2	86,5	0,8	7,3	4,8	87,1	3,0	3,7	7,4	85,9
Tirol					4,4	2,2	8,8	84,6	3,2	4,3	14,0	78,5
Vorarlberg					1,1	4,4	7,8	86,7	4,1	1,0	8,2	86,6
Wien					8,6	1,9	4,8	84,8	2,9	3,8	3,8	89,5
Österreich					4,2	4,2	8,6	82,9	3,9	2,9	5,9	87,3
15-Jährige												
Bundesländer												
Burgenland					31,6	11,1	12,0	45,3	21,1	7,9	12,3	58,8
Kärnten					26,2	12,3	13,8	47,7	10,6	6,4	6,4	76,6
Niederösterreich					19,4	9,3	10,9	60,5	20,2	8,3	11,9	59,5
Oberösterreich					16,9	12,3	6,2	64,6	14,5	13,7	7,6	64,1
Salzburg					15,1	5,5	20,5	58,9	20,5	13,6	20,5	45,5
Steiermark	28,0	7,0	8,0	57,0	31,3	8,4	6,0	54,2	24,7	5,6	10,1	59,6
Tirol					17,3	8,0	9,3	65,3	10,7	3,6	11,9	73,8
Vorarlberg					18,6	2,9	14,7	63,7	7,7	3,1	7,7	81,5
Wien					24,3	1,9	5,8	68,0	25,3	3,4	3,4	67,8
Österreich					21,1	7,5	8,9	62,5	19,0	8,0	8,0	64,9

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 16.1: Rauchverhalten nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2006

13 % der steirischen Kinder geben an, mindestens einmal in der Woche zu rauchen. Mädchen geben häufiger an, Raucherinnen zu sein (14 %) (also jene, die täglich oder wöchentlich rauchen), als Buben (11 %) (siehe Tabelle 16.1).

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der RaucherInnen. Während bei den Elfjährigen niemand angibt, täglich oder wöchentlich zu rauchen, steigt dieser Anteil bei den 13-Jährigen auf sieben Prozent, und bei den 15-Jährigen schließlich auf 35 %. Besonders auffällig ist, dass der Anteil bei Mädchen mit zunehmendem Alter stärker ansteigt als bei Buben. 39 % der 15-jährigen weiblichen und 31 % der männlichen Jugendlichen dieses Alters können zu den RaucherInnen gezählt werden. Während bei den 11-Jährigen und 13-Jährigen die Anteile an RaucherInnen im österreichischen Schnitt sind, ist der Anteil der RaucherInnen bei den 15-Jährigen klar über dem österreichischen Durchschnitt (Mädchen 29 % und Buben 27 %). Ein Vergleich mit den anderen Bundesländern zeigt, dass nur die burgenländischen 15-jährigen Mädchen und die salzburgischen 15-jährigen Buben mehr rauchen.

16.4 „Rauchverhalten“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Gesamt				Mädchen				Buben			
	Jeden Tag	Einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag	Seltener als einmal pro Woche	Ich rauche gar nicht	Jeden Tag	Einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag	Seltener als einmal pro Woche	Ich rauche gar nicht	Jeden Tag	Einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag	Seltener als einmal pro Woche	Ich rauche gar nicht
nach SÖS												
Gesamt	8,8	4,2	6,2	80,8	9,3	5,0	5,7	80,1	8,4	3,4	6,7	81,5
gering	12,3	4,6	4,6	78,5	13,5	8,1	2,7	75,7	10,7	0,0	7,1	82,1
mittel	9,3	6,1	4,5	80,1	9,8	6,5	4,9	78,9	8,9	5,7	4,1	81,3
hoch	7,5	2,2	8,2	82,0	7,4	2,5	7,4	82,6	7,5	2,1	8,9	81,5

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 16.2: Rauchverhalten nach Geschlecht in der Steiermark und sozioökonomischem Status im Jahr 2006

Nach sozioökonomischem Status (SÖS)¹⁵ getrennt analysiert, ist ein klarer sozialer Gradient erkennbar (siehe Tabelle 16.2): 17 % der Kinder mit niedrigem SÖS, 15 % der Kinder mit mittlerem SÖS und 9 % jener mit hohem SÖS rauchen täglich oder wöchentlich. Analysiert man den Anteil der RaucherInnen nach SÖS und Geschlecht getrennt, so ist bei Mädchen das gleiche Muster erkennbar. Mädchen mit hohem SÖS zählen zu neun Prozent zu den Raucherinnen, jene mit niedrigem SÖS zu 22 %. Bei Buben ist hingegen der größte Anteil an Rauchern in der Gruppe mit mittleren SÖS zu

¹⁵ Für die Darstellung des SÖS wurde die Familienwohlstandsskala herangezogen. Deren Berechnung wird im Kapitel Methodik dargestellt.

finden (15 %). Hingegen greift nur jedes zehnte männliche Kind mit hohem SÖS täglich oder wöchentlich zur Zigarette.

16.5 „Rauchverhalten“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Mädchen				Buben			
	Jeden Tag	Einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag	Seitener als einmal pro Woche	Ich rauche gar nicht	Jeden Tag	Einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag	Seitener als einmal pro Woche	Ich rauche gar nicht
Jahr	in Prozent							
11-Jährige								
1998	1,0	1,0	4,9	93,1	1,2	4,7	11,6	82,6
2002	0,0	0,0	0,0	100,0	0,8	0,0	3,4	95,8
2006	0,0	0,0	5,4	94,6	0,0	0,0	2,1	97,9
13-Jährige								
1998	2,8	3,7	15,0	78,5	3,8	4,7	9,4	82,1
2002	1,0	2,9	3,8	92,3	0,9	0,9	6,3	91,9
2006	0,8	7,3	4,8	87,1	3,0	3,7	7,4	85,9
15-Jährige								
1998	29,0	8,9	12,9	49,2	21,4	8,7	5,8	64,1
2002	29,9	16,5	12,4	41,2	13,5	7,3	22,9	56,3
2006	31,3	8,4	6,0	54,2	24,7	5,6	10,1	59,6

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 1998, Dür et al. (2000), WHO-HBSC-Survey 2002, Dür/Mravlag (2002) und WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 16.3: Rauchverhalten nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Eine Betrachtung der zeitlichen Entwicklung des Rauchverhaltens nach Geschlecht getrennt ergibt bei den 11-Jährigen sowohl bei Mädchen als auch bei Buben sowie bei 13-jährigen Buben eine Abnahme, während bei den 13-jährigen Mädchen von 1998 auf 2006 eher ein gleichbleibender Anteil zu sehen ist (siehe Tabelle 16.3). Bei den 15-Jährigen zeigen sich bei der Analyse nach Geschlecht unterschiedliche Trends. Während bei Mädchen zwischenzeitlich der Anteil der Raucherinnen zugenommen hatte und bis 2006 wieder zurückgegangen ist, ist bei Buben ein Rückgang bis 2002 und ein nochmaliger Anstieg 2006 beobachtbar. Dennoch gab es in allen drei Befragungsjahren bei den 15-Jährigen einen höheren Anteil an Mädchen als an Buben, die täglich oder wöchentlich rauchten.

16.6 Zusammenfassung

Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Jugendlichen, die täglich oder wöchentlich rauchen. Während die Steiermark bei den 11- und 13-Jährigen im österreichischen Durchschnitt liegt, sind bei den 15-Jährigen in der Steiermark deutlich mehr RaucherInnen als in Österreich insgesamt zu verzeichnen. Mit steigendem SÖS sinkt bei Mädchen der Anteil der Raucherinnen, wobei der Raucherinnen-Anteil in der Gruppe mit niedrigem SÖS mit 22 % besonders hoch ist. Bei den Buben

ist dieser soziale Gradient nicht so eindeutig vorhanden. Im zeitlichen Trend betrachtet, sieht man vor allem bei den Elfjährigen eine Abnahme der RaucherInnen, bei den 15-Jährigen hingegen bei den männlichen Jugendlichen eine Zunahme und bei den weiblichen Jugendlichen eine Abnahme des RaucherInnen-Anteils. Das heißt, dass ältere Kinder, Buben und Kinder mit niedrigem SÖS Zielgruppen für Präventionsmaßnahmen sind.

Literatur

- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. WHO-HBSC-Surveys 2006*. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Godeau, E., Rahav, G. & Hublet, A. (2004). *Tobacco smoking*. In: C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, S. 63-72.
- Koller, A. (2008). *Tabakpräventionsstrategie Steiermark. Jahresbericht 2007*. Graz: VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
- Koller, A. & Schweighofer, J. (2008). *Factsheet 4 – Rauchen bei Kindern und Jugendlichen. Hintergründe und steirische Fakten*. Graz: VIVID - Fachstelle für Suchtprävention.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Schubert, I. & Horch, K. (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- WHO. (2005). *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

17 Problematischer Alkoholkonsum

17.1 Bedeutung des Indikators „Problematischer Alkoholkonsum“

Der Konsum von Alkohol ist in vielen europäischen Ländern Teil der Kultur, daher fungieren Erwachsene, ältere Geschwister und Massenmedien als Beispiele für Kinder und Jugendliche in Bezug auf den Umgang mit Alkohol. Alkohol wird daher von Jugendlichen möglicherweise als ein Privileg von Erwachsenen angesehen, dessen Konsum es Jugendlichen ermöglicht, sich „erwachsen“ zu fühlen. Alkohol kann aber bei Jugendlichen auch einerseits die Funktion erfüllen, dass sie sich unabhängiger von ihren Erziehungsberechtigten fühlen, andererseits kann Alkohol in der Wahrnehmung der Jugendlichen dazu verhelfen, leichter Freundschaften zu schließen, einfacher mit anderen zu kommunizieren und eine erhöhte Popularität zu genießen. Beeinflusst wird diese Wahrnehmung von Alkohol auch durch auf Jugendliche abzielende Werbung, wodurch für diese Zielgruppe die negativen Konsequenzen in den Hintergrund treten (Schmid & Gabhainn, 2004, S. 73). Allerdings können durch den Konsum von Alkohol viele Gesundheitsprobleme, wie Erkrankungen der Leber, hervorgerufen werden. Besonders exzessiver Alkoholkonsum stellt ein erhöhtes Risiko dar für Unfälle und Ausübung von Gewalt (Rigby & Köhler, 2002, S. 71). Weiters weisen AlkoholikerInnen eine um das Sechsfache erhöhte Selbstmordwahrscheinlichkeit auf, weshalb die Gesundheitsziele Steiermark auf eine Verbesserung des alkoholassoziierten Gesundheitszustandes in der Steiermark abzielen (Grasser, Püringer & Auer, 2007, S. 67-68).

17.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Problematischer Alkoholkonsum“

Der problematische Alkoholkonsum wird anhand des Anteils der 15-Jährigen gemessen, die bereits mindestens zweimal aufgrund zu hohen Konsums von Alkohol betrunken waren. Dieser Anteil soll nach Empfehlungen der Europäischen Union nach Geschlecht und SÖS getrennt dargestellt werden (Rigby & Köhler, 2002, S. 71). Im Zuge der HBSC-Studie wurden Jugendliche befragt, ob sie jemals so viel Alkohol getrunken haben, dass sie richtig betrunken waren. Als Antwortmöglichkeiten standen: „Nein, nie“; „Ja, einmal“; „Ja, 2- bis 3-mal“; „Ja, 4- bis 10-mal“ und „Ja, öfter als 10-mal“ zur Verfügung (Dür & Griebler, 2007, S. 43). Der Anteil der Jugendlichen mit problematischem Alkoholkonsum ergibt sich, wenn die letzten drei Kategorien addiert werden.

17.3 „Problematischer Alkoholkonsum“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal nur 15-Jährige	Gesamt					Mädchen					Buben				
	Nein, nie	Ja, einmal	Ja, 2- bis 3-mal	Ja, 4- bis 5-mal	Ja, öfter als 10-mal	Nein, nie	Ja, einmal	Ja, 2- bis 3-mal	Ja, 4- bis 5-mal	Ja, öfter als 10-mal	Nein, nie	Ja, einmal	Ja, 2- bis 3-mal	Ja, 4- bis 5-mal	Ja, öfter als 10-mal
	in Prozent														
Bundesländer															
Burgenland						33,1	15,3	24,6	18,6	8,5	29,2	15,9	19,5	13,3	22,1
Kärnten						38,5	23,1	21,5	10,8	6,2	48,9	12,8	10,6	10,6	17,0
Niederösterreich						44,2	20,2	15,5	14,7	5,4	42,9	16,7	11,9	8,3	20,2
Oberösterreich						50,8	12,3	21,5	10,0	5,4	41,2	18,3	16,8	10,7	13,0
Salzburg						49,3	16,4	16,4	12,3	5,5	20,5	27,3	18,2	15,9	18,2
Steiermark	35,5	20,9	18,6	8,1	16,9	39,8	18,1	19,3	8,4	14,5	31,5	23,6	18,0	7,9	19,1
Tirol						57,3	17,3	12,0	9,3	4,0	40,5	20,2	16,7	15,5	7,1
Vorarlberg						59,8	11,8	14,7	5,9	7,8	70,8	9,2	4,6	6,2	9,2
Wien						48,5	20,4	16,5	6,8	7,8	57,0	10,5	17,4	8,1	7,0
Österreich						48,8	17,0	17,1	9,9	7,2	41,9	17,5	16,0	10,1	14,6

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 17.1: Problematischer Alkoholkonsum nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2006

Fast die Hälfte (44 %) aller steirischen 15-Jährigen gibt an, mindestens zweimal nach dem Konsum von Alkohol betrunken gewesen zu sein (siehe Tabelle 17.1). Etwas mehr männliche (45 %) als weibliche Jugendliche (42 %) in der Steiermark weisen einen problematischen Alkoholkonsum auf, beide Geschlechter liegen über dem jeweiligen österreichischen Schnitt. Der Anteil der 15-Jährigen mit problematischem Alkoholkonsum ist sowohl bei Mädchen als auch bei Buben österreichweit der zweithöchste, nur im Burgenland sind die jeweiligen Anteile höher.

17.4 „Problematischer Alkoholkonsum“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Gesamt					Mädchen					Buben				
	Nein, nie	Ja, einmal	Ja, 2- bis 3-mal	Ja, 4- bis 5-mal	Ja, öfter als 10-mal	Nein, nie	Ja, einmal	Ja, 2- bis 3-mal	Ja, 4- bis 5-mal	Ja, öfter als 10-mal	Nein, nie	Ja, einmal	Ja, 2- bis 3-mal	Ja, 4- bis 5-mal	Ja, öfter als 10-mal
	Alkoholmissbrauch in Prozent														
nach SÖS															
Gesamt	73,2	11,4	6,9	2,9	5,5	74,7	11,4	6,8	2,8	4,3	71,7	11,4	7,1	3,0	6,7
gering	64,6	6,2	9,2	4,6	15,4	67,6	2,7	13,5	2,7	13,5	60,7	10,7	3,6	7,1	17,9
mittel	75,6	11,4	4,9	2,4	5,7	75,6	13,8	4,1	1,6	4,9	75,6	8,9	5,7	3,3	6,5
hoch	73,0	12,7	8,2	3,0	3,0	76,0	11,6	7,4	4,1	0,8	70,5	13,7	8,9	2,1	4,8

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 17.2: Problematischer Alkoholkonsum nach Geschlecht in der Steiermark und sozioökonomischem Status im Jahr 2006

Analysiert man die Daten nach Geschlecht und sozioökonomischem Status (= SÖS)¹⁶, die für dieses Kapitel nicht nur für die Altersgruppe der 15-Jährigen (wie beim Bundesländervergleich), sondern für die Altersgruppen der 11-, 13- und 15-Jährigen gemeinsam vorliegen, so zeigen sich niedrigere Anteile an Kindern mit problematischem Alkoholkonsum, als wenn nur die 15-Jährigen betrachtet werden (siehe Tabelle 17.2). Das heißt, dass mit steigendem Alter der problematische Alkoholkonsum zunimmt. 16 % der befragten steirischen Kinder waren bereits mindestens zweimal betrunken, etwas mehr Buben (17 %) als Mädchen (14 %). Analysiert man jedoch diese Daten nach SÖS, so zeigen sich große Unterschiede zwischen den Kinder mit niedrigem SÖS und den beiden anderen Gruppen. Der Anteil der Kinder mit problematischem Alkoholkonsum ist bei jenen mit niedrigem SÖS mehr als doppelt so hoch als bei den anderen Gruppen (Kinder mit niedrigem SÖS: 29 %, mit mittlerem SÖS: 13 %, mit hohem SÖS: 14 %). Bei Mädchen ist dieser Unterschied noch größer, jene mit niedrigem SÖS (31 %) weisen einen 2,5-mal höheren Anteil an Kindern auf, die mindestens zweimal betrunken waren, als Mädchen mit hohem SÖS (zwölf Prozent). Vergleicht man Mädchen und Buben, so finden sich bei Mädchen mit mittlerem und hohem SÖS niedrigere Anteile mit problematischem Alkoholkonsum als bei Buben. Betrachtet man hingegen die Gruppe mit niedrigem SÖS, so zeigt sich, dass es mehr Mädchen als Burschen gibt, die bereits mindestens zweimal betrunken waren.

17.5 „Problematischer Alkoholkonsum“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal – Steiermark – nur 15- Jährige	Mädchen					Buben				
	Nein, nie	Ja, einmal	Ja, 2- bis 3-mal	Ja, 4- bis 5-mal	Ja, öfter als 10-mal	Nein, nie	Ja, einmal	Ja, 2- bis 3-mal	Ja, 4- bis 5-mal	Ja, öfter als 10-mal
Jahr	in Prozent									
1998	40,7	17,9	20,3	11,4	9,8	41,7	11,7	20,4	16,5	9,7
2002	41,2	12,4	16,5	18,6	11,3	54,7	13,7	15,8	11,6	4,2
2006	39,8	18,1	19,3	8,4	14,5	31,5	23,6	18,0	7,9	19,1

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 1998, Dür et al. (2000), WHO-HBSC-Survey 2002, Dür/Mravlag (2002) und WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 17.3: Problematischer Alkoholkonsum nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Nach Geschlecht getrennt betrachtet, zeigen sich entgegengesetzte Muster bei Mädchen und Buben. Während der Anteil der Mädchen mit hohem Alkoholkonsum bis 2002 gestiegen und danach bis zum Jahr 2006 gefallen ist, verhält es sich bei den Buben genau umgekehrt (siehe Tabelle 17.3). (Mädchen: 1998: 41 %, 2002: 46 % und 2006: 41 %; Buben: 1998: 47 %, 2002: 32 % und 2006: 45 %).

¹⁶ Für die Darstellung des SÖS wurde die Familienwohlstandsskala herangezogen. Deren Berechnung wird im Kapitel Methodik dargestellt.

17.6 Zusammenfassung

Von den 15-jährigen Jugendlichen gaben im Vergleich zum österreichischen Schnitt mehr steirische Jugendliche an, bereits mindestens zweimal betrunken gewesen zu sein. Dabei ist der Anteil der Buben höher als jener der Mädchen. Ein Muster, das auch zu sehen ist, wenn alle Altersgruppen gemeinsam betrachtet werden. Mit niedrigem SÖS geht ein höherer problematischer Alkoholkonsum einher, wobei vor allem bei Mädchen große Unterschiede zu den anderen beiden Gruppen zu erkennen sind. Während der Anteil der Mädchen, die bereits zweimal betrunken waren, von 2002 auf 2006 zurückgegangen ist, ist jener der Buben gestiegen, aber es ist kaum ein allgemeiner Trend feststellbar. Wichtige Zielgruppe für Alkoholpräventionsmaßnahmen sind daher vor allem Jugendliche mit niedrigem SÖS, besonders Buben.

Literatur

- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. WHO-HBSC-Surveys 2006*. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- Grasser, G. & Püringer, U. & Auer, M. (2007). *Wissenschaftliche Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen für die Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt von FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark. (Unveröffentlicht)
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Schmid, H. & Gabhainn, S.N. (2004). *Alcohol use*. In: C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, S. 73-83.

18 Lebenszufriedenheit

18.1 Bedeutung des Indikators „Lebenszufriedenheit“

Gesundheit wird von der WHO als Ressource für ein produktives Leben gesehen (Torsheim, Välimaa & Danielson, 2004, S. 55). Bereits im Gründungsdokument der WHO wird darauf verwiesen, dass „Gesundheit nicht nur das Freisein von Krankheiten oder Behinderung ist“, sondern auch ein „Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ (Dür & Griebler, 2007, S. 15). Dies weist darauf hin, dass auch die mentale Gesundheit von enormer Wichtigkeit ist, nicht für die/den Einzelnen, sondern auch für die Lebensqualität und Ökonomie in ganz Europa (Grasser, Püringer & Auer, 2007, S. 99). Gerade für Jugendliche ist eine gute Gesundheit sehr wichtig, negative Gesundheit in Kindheit und Jugend kann langfristige Auswirkungen haben. Physische, psychische und soziale Gesundheit hilft Jugendlichen, den Herausforderungen des Heranwachsens angemessen zu begegnen (Torsheim, Välimaa & Danielson, 2004, S. 55). Gemessen werden kann die positive Gesundheit unter anderem durch die Darstellung der Lebenszufriedenheit, welche als Maß für die umfassende Beurteilung des Lebens der Jugendlichen verwendet wird. Nach Torsheim, Välimaa und Danielson erlaubt dieser Indikator die direkte Einschätzung, wie sehr Jugendliche ihre Aufgaben in Bezug auf Familie, Freunde und Schule erfüllen können (2004, S. 56). Die Lebenszufriedenheit bildet jedoch auch das Verhältnis zwischen gewünschter und erreichter Lebensqualität ab (Dür & Griebler, 2007, S. 15).

18.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Lebenszufriedenheit“

Im Rahmen des europäischen Gesundheitsberichtes der WHO „Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt“ wird die hohe Lebenszufriedenheit als „prozentualer Anteil der 15-Jährigen, die sich auf einer Skala der Lebenszufriedenheit in der oberen Hälfte einordnen (6 oder mehr von 10 möglichen Punkten auf einer Cantril-Leiter)“, angegeben (WHO, 2005, S. 135). Die Daten für die Analyse der Lebenszufriedenheit nach der Definition im europäischen Gesundheitsbericht stammen aus der HBSC-Studie. In dieser wird die Lebenszufriedenheit anhand der zuvor genannten Cantril-Leiter erfasst. Die Jugendlichen wurden befragt: „Hier ist das Bild einer Leiter. Die oberste Sprosse der Leiter, ‚10‘, stellt das beste für Dich mögliche Leben dar. Der Boden, auf dem die Leiter steht, ist ‚0‘. Er stellt das schlechteste Leben dar, das für Dich in deiner Situation möglich wäre. Insgesamt betrachtet: Auf welcher Sprosse der Leiter findest Du, dass Du derzeit stehst?“ (Dür & Griebler, 2007, S. 16)

Für den vorliegenden Bericht werden der Bundesländervergleich und der Trend nach der Definition im Europäischen Kinder- und Jugendgesundheitsbericht nur für die 15-Jährigen analysiert. Für die Analyse nach sozioökonomischem Status liegen nur Daten für die 11-, 13- und 15-Jährigen gemeinsam vor.

18.3 „Lebenszufriedenheit“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal nur 15-Jährige	Mädchen											Buben										
	schlechtestes mögliches Leben											schlechtestes mögliches Leben										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	bestes mögliches Leben	1	2	3	4	5	6	7	8	9	bestes mögliches Leben		
in Prozent																						
Bundesländer	0,0	0,8	0,8	0,8	5,9	11,9	15,3	17,8	25,4	19,5	1,7	0,9	0,0	0,9	0,9	3,5	3,5	9,7	19,5	31,9	19,5	9,7
Burgenland	0,0	0,0	0,0	3,1	1,6	6,3	14,1	21,9	29,7	15,6	7,8	0,0	0,0	0,0	2,1	2,1	4,3	6,4	17,0	34,0	21,3	12,8
Kärnten	0,0	0,0	3,9	1,6	3,1	11,6	14,7	19,4	30,2	10,9	4,7	0,0	1,2	2,4	4,8	1,2	4,8	7,1	19,0	38,1	11,9	9,5
Niederösterreich	0,0	0,0	2,3	0,8	5,4	13,2	10,1	20,9	24,8	19,4	3,1	0,8	0,0	2,3	1,5	1,5	6,9	13,0	11,5	35,1	16,0	11,5
Oberösterreich	0,0	0,0	2,7	2,7	4,1	5,5	9,6	21,9	28,8	17,8	6,8	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	4,5	13,6	18,2	20,5	22,7	18,2
Salzburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Steiermark	1,2	1,2	1,2	7,2	2,4	7,2	15,7	18,1	24,1	9,6	12,0	1,1	0,0	0,0	1,1	1,1	8,0	10,3	14,9	35,6	21,8	5,7
Tirol	1,3	0,0	0,0	1,3	0,0	8,0	8,0	21,3	24,0	29,3	6,7	0,0	0,0	0,0	1,2	3,7	3,7	3,7	22,0	35,4	22,0	8,5
Vorarlberg	0,0	2,0	0,0	5,9	1,0	11,8	5,9	22,5	18,6	23,5	8,8	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	3,1	7,8	17,2	28,1	32,8	9,4
Wien	0,0	1,0	1,0	4,9	5,9	12,7	10,8	24,5	23,5	8,8	6,9	0,0	0,0	0,0	3,6	2,4	13,3	6,0	16,9	30,1	13,3	14,5
Österreich	0,3	0,6	2,0	2,8	4,0	10,6	12,1	21,2	25,2	15,4	5,8	0,3	0,2	1,0	2,1	1,7	7,1	8,7	16,5	33,8	18,0	10,6
Steiermark 15-Jährige Mädchen und Buben																						
	1,2	0,6	0,6	4,1	1,8	7,6	12,9	16,5	30,0	15,9	8,8											

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 18.1: Lebenszufriedenheit nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2006

84 % der steirischen Jugendlichen im Alter von 15 Jahren geben eine hohe Lebenszufriedenheit an (Einschätzung des Lebens sechs Punkte und mehr auf einer zehnteiligen Skala) (siehe Tabelle 18.1). Eine Analyse nach Geschlecht zeigt, dass sowohl im österreichischen Schnitt als auch in der Steiermark Mädchen eine niedrigere Lebenszufriedenheit angeben (je 80 %) als Buben (Österreich: 88 %, Steiermark 89 %). Ein Muster, welches auch in allen anderen Bundesländern zu sehen ist. Im Bundesländervergleich zeigen in Wien sowohl die wenigsten Buben als auch Mädchen eine hohe Lebenszufriedenheit (75 % Mädchen, Buben 81 %). Am zufriedensten zeigen sich die Mädchen in Kärnten, wo 89 % eine hohe Lebenszufriedenheit angaben, bei den Buben ist in Vorarlberg der höchste Anteil an zufriedenen Jugendlichen im Alter von 15 Jahren zu finden.

18.4 „Lebenszufriedenheit“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Mädchen											Buben										
	schlechtestes mögliches Leben											schlechtestes mögliches Leben										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	bestes mögliches Leben	1	2	3	4	5	6	7	8	9	bestes mögliches Leben		
nach SÖS																						
Gesamt	0,4	0,4	0,7	1,8	1,8	8,2	8,9	14,3	23,2	21,4	18,9	0,7	0,3	1,0	0,3	0,7	5,1	4,8	15,1	25,0	24,7	22,3
gering	2,7	2,7	0,0	0,0	5,4	21,6	16,2	8,1	18,9	18,9	5,4	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	17,9	7,1	7,1	32,1	3,6	28,6
mittel	0,0	0,0	0,0	2,5	2,5	7,4	7,4	19,7	18,0	19,7	23,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	5,8	7,4	19,8	21,5	27,3	16,5
hoch	0,0	0,0	1,7	1,7	0,0	5,0	8,3	10,7	29,8	24,0	19,0	1,4	0,7	2,1	0,0	0,0	2,1	2,1	12,6	26,6	26,6	25,9

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 18.2: Lebenszufriedenheit nach Geschlecht in der Steiermark und sozioökonomischem Status im Jahr 2006

Die Daten für die Lebenszufriedenheit nach sozioökonomischem Status (SÖS)¹⁷ und Geschlecht liegen für alle drei in der HBSC befragten Altersgruppen gemeinsam vor (siehe Tabelle 18.2). Insgesamt zeigen die steirischen Kinder (also jene im Alter von 11 bis 15 Jahren) eine höhere Zufriedenheit als nur die 15-Jährigen. Mädchen geben zu 87 % eine hohe Lebenszufriedenheit an (bei den nur 15-Jährigen waren es nur 80 %), bei Buben sind es 92 %, die hohe Lebenszufriedenheit zeigen (nur 15-Jährige zu 89 %). Das heißt, dass die Lebenszufriedenheit bei jüngeren Kindern höher sein muss und mit dem Alter sinkt.

Eine Betrachtung nach SÖS zeigt einen klaren sozialen Gradienten sowohl bei Mädchen als auch bei Buben. Während Mädchen mit niedrigem SÖS nur zur 68 % und Buben mit niedrigem SÖS nur zu 79 % eine hohe Lebensqualität angeben, geben 88 % der Mädchen und 93 % der Buben mit mittlerem SÖS eine hohe Lebensqualität an. Jene mit hohem SÖS geben zu noch höheren Anteilen eine hohe Lebensqualität an (Mädchen: 92 %, Buben: 94 %), wobei bei Mädchen ein stärkerer sozialer Gradient sichtbar ist.

18.5 „Lebenszufriedenheit“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal – Steiermark – nur 15-Jährige	Mädchen										Buben											
	schlechtestes mögliches Leben	1	2	3	4	5	6	7	8	9	bestes mögliches Leben	schlechtestes mögliches Leben	1	2	3	4	5	6	7	8	9	bestes mögliches Leben
Jahr	in Prozent																					
1998	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	0,0	0,0	1,0	0,0	2,1	10,3	13,4	23,7	21,6	18,6	9,3	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,1	12,6	23,2	37,9	12,6	10,5
2006	1,2	1,2	1,2	7,2	2,4	7,2	15,7	18,1	24,1	9,6	12,0	1,1	0,0	0,0	1,1	1,1	8,0	10,3	14,9	35,6	21,8	5,7

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 1998, Dür et al. (2000), WHO-HBSC-Survey 2002, Dür/Mravlag (2002) und WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 18.3: Lebenszufriedenheit nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Sowohl bei Mädchen als auch bei Buben im Alter von 15 Jahren ist zwischen 2002 und 2006 eine Abnahme der Lebenszufriedenheit zu beobachten. Gaben 2002 noch 97 % der Buben und 87 % der Mädchen eine hohe Lebenszufriedenheit an, waren es 2006 nur mehr 89 % der Buben und 80 % der Mädchen (siehe Tabelle 18.3).

18.6 Zusammenfassung

84 % der steirischen Jugendlichen im Alter von 15 Jahren geben eine hohe Lebenszufriedenheit an. Die Lebenszufriedenheit der steirischen Jugendlichen ist in etwa gleich hoch wie jene von anderen österreichischen Kindern, wobei jedoch von 2002 auf 2006 ein deutlicher Rückgang bei der Lebenszufriedenheit feststellbar ist. Mädchen geben eine niedrigere Lebenszufriedenheit an als Buben. Mit steigendem SÖS steigt sowohl bei Mädchen als auch bei Buben der Anteil jener, die eine

¹⁷ Für die Darstellung des SÖS wurde die Familienwohlstandsskala herangezogen. Deren Berechnung wird im Kapitel Methodik dargestellt.

hohe Lebenszufriedenheit angeben. Zielgruppen sind daher Mädchen sowie Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status.

Literatur

- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. WHO-HBSC-Surveys 2006*. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Grasser, G. & Püringer, U. & Auer, M. (2007). *Wissenschaftliche Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen für die Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt von FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark. (Unveröffentlicht)
- Torsheim, T., Välimaa, R. & Danielson, M. (2004). *Health and well-being*. In: C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen: *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, S. 55-62.
- WHO. (2005). *Der Europäische Gesundheitsbericht. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt*. Kopenhagen: WHO- Regionalbüro für Europa.

19 Cannabiskonsum

19.1 Bedeutung des Indikators „Cannabiskonsum“

Sucht und Abhängigkeit stellen einen Teil der psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen dar (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2003) und werden aus diesem Grund in den Steirischen Gesundheitszielen unter dem Ziel „Gute seelische Gesundheit und hohe Lebensqualität der SteirerInnen ermöglichen“ behandelt. Neben dem Konsum von Alkohol (siehe Kapitel 17), Tabak (siehe Kapitel 16) und Psychopharmaka hat auch der Konsum von illegalen Drogen einen Einfluss auf die Gesundheit (Grasser, Püringer & Auer, 2007, S. 101). Bereits während der Kindheit und Jugend werden Verhaltensweisen geprägt, die zu Sucht führen können, weshalb Präventionsprogramme und Hilfestellungen bereits sehr früh ansetzen sollen (Schubert & Horch, 2004, S. 68). Es ist davon auszugehen, dass der experimentelle Gebrauch von illegalen Drogen im Jugendalter weit verbreitet ist und bei rund 90 % der Personen im Erwachsenenalter endet. Jedoch wird davor gewarnt, dass der Konsum von illegalen Drogen auch zu Abhängigkeit führen kann (Rigby & Köhler, 2002, S. 72; Schubert & Horch, 2004, S. 68).

Substanzkonsum kann zu Erkrankungen in allen Organsystemen des menschlichen Körpers führen (John, 2003, S. 614). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass Jugendliche, die illegale Drogen konsumieren, weniger auf ihre Gesundheit achten, häufiger rauchen und dass ein größerer Anteil von ihnen regelmäßig Alkohol trinkt. Starker Cannabiskonsum verstärkt also auch die Gefahr von riskanten Verhaltensweisen sowie von Depression (WHO, 2005, S. 79). Darüber hinaus kann bei Jugendlichen, die Cannabis regelmäßig über einen längeren Zeitraum konsumieren, eine schlechtere Schulperformance beobachtet werden (Schubert & Horch, 2004, S. 68; Rigby & Köhler, 2002, S. 72). Cannabis enthält wesentlich mehr Karzinogene, Teer und Kohlenmonoxyd, weshalb die negativen Folgen des Tabakkonsums beim Rauchen von Cannabis übertroffen werden (Dür & Griebler, 2007, S. 45).

Substanzkonsum ist also für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von Relevanz und wird daher separat neben anderen Indikatoren zu mentaler Gesundheit (siehe Kapitel 18) im vorliegenden Bericht behandelt.

19.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Cannabiskonsum“

Im Rahmen der auf europäischer Ebene entwickelten Indikatoren zur Beschreibung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird empfohlen, den Gebrauch von illegalen Drogen auf drei verschiedene Arten darzustellen (Rigby & Köhler, 2002, S. 72):

- 1 Anteil der 15-Jährigen, die öfter als zweimal in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben
- 2 Anteil der 15-Jährigen, die jemals Heroin konsumiert haben (Lebenszeitprävalenz)
- 3 Anteil der 15-Jährigen, die jemals Exstasy konsumiert haben (Lebenszeitprävalenz)

Da österreichweite und über die Zeit vergleichbare Daten nur für den Konsum von Cannabis vorliegen, wurde im vorliegenden Bericht nur auf diesen eingegangen. Es wurden Daten aus den

HBSC-Befragungen von 2006 analysiert, die die Lebenszeit-, Jahres- und Monatsprävalenz von Jugendlichen in Bezug auf Cannabis darstellen. Für die Darstellung des zeitlichen Trends liegen Vergleichsdaten zur Jahresprävalenz aus der HBSC-Befragung 2002 vor. Cannabis stellt jene Droge dar, die mit Abstand am häufigsten konsumiert wird, wobei der Konsum in den letzten Jahren gestiegen sein dürfte (Dür & Griebler, 2007, S. 45). Von besonderem Interesse sind dabei einerseits – gemäß den oben dargestellten Empfehlungen – jene, die im letzten Monat mindestens dreimal Cannabis konsumiert haben, sowie andererseits jene, die bereits mehr als 40 Mal Cannabis konsumiert haben, da dies als starker Cannabiskonsum mit den bereits dargestellten Gesundheitsfolgen gewertet wird (WHO, 2005, S. 79).

Für die Verwendung der Ergebnisse muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass ganz besonders bei Tabuthemen wie beim Substanzkonsum eine Tendenz einerseits zur Untertreibung („Underreporting“) und andererseits zur Übertreibung („Overreporting“) je nach Kontext der Befragung besteht, wobei im schulischen Kontext eher von zweiterem ausgegangen wird (Uhl, Springer, Kohn, Gnams & Pfarrhofer, 2005, S. 20).

19.3 „Cannabiskonsum“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal nur 15-Jährige	Gesamt							Mädchen							Buben						
	Nie	1-2-mal	3-5-mal	6-9-mal	10-19-mal	20-39-mal	öfter	Nie	1-2-mal	3-5-mal	6-9-mal	10-19-mal	20-39-mal	öfter	Nie	1-2-mal	3-5-mal	6-9-mal	10-19-mal	20-39-mal	öfter
Bundesland	in Prozent																				
Lebensprävalenz																					
Bundesländer																					
Burgenland								89,6	3,5	1,7	1,7	1,7	0,0	1,7	91,9	3,6	0,9	1,8	0,0	0,9	0,9
Kärnten								84,7	6,8	0,0	3,4	3,4	0,0	1,7	90,2	2,4	7,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Niederösterreich								86,8	10,1	1,6	1,6	0,0	0,0	0,0	84,1	4,9	6,1	1,2	1,2	0,0	2,4
Oberösterreich								86,4	12,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	89,2	3,3	2,5	0,0	1,7	0,8	2,5
Salzburg								89,2	2,7	2,7	1,4	2,7	1,4	0,0	63,4	17,1	9,8	4,9	0,0	2,4	2,4
Steiermark	87,5	5,0	1,9	1,9	1,3	0,0	2,5	87,8	2,4	3,7	3,7	1,2	0,0	1,2	86,7	7,2	0,0	1,2	1,2	0,0	3,6
Tirol								90,4	5,5	2,7	0,0	0,0	0,0	1,4	84,3	9,6	3,6	1,2	1,2	0,0	0,0
Vorarlberg								84,4	8,3	3,1	1,0	1,0	0,0	2,1	87,5	4,7	1,6	1,6	1,6	0,0	3,1
Wien								82,2	10,9	1,0	1,0	0,0	1,0	4,0	82,7	8,0	4,0	2,7	1,3	0,0	1,3
Österreich								87,2	7,8	1,9	1,3	0,6	0,3	0,9	85,7	5,7	3,5	1,8	1,3	0,2	1,8
Jahresprävalenz																					
Bundesländer																					
Burgenland								91,2	4,4	2,6	0,0	0,9	0,0	0,9	95,3	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kärnten								89,8	1,7	1,7	0,0	5,1	0,0	1,7	90,0	7,5	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0
Niederösterreich								95,9	3,3	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	86,1	5,1	3,8	2,5	1,3	1,3	0,0
Oberösterreich								95,1	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	92,5	3,3	0,8	0,0	0,0	0,8	2,5
Salzburg								88,7	5,6	2,8	2,8	0,0	0,0	0,0	70,0	12,5	7,5	5,0	0,0	2,5	2,5
Steiermark	90,6	3,1	0,6	3,1	1,9	0,0	0,6	87,8	6,1	0,0	3,7	2,4	0,0	0,0	92,8	0,0	1,2	3,6	1,2	0,0	1,2
Tirol								93,1	5,6	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	86,7	10,8	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Vorarlberg								89,6	5,2	3,1	0,0	1,0	0,0	1,0	87,5	6,3	1,6	0,0	1,6	1,6	1,6
Wien								87,9	4,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	91,5	2,8	2,8	1,4	0,0	0,0	1,4
Österreich								92,0	4,5	1,3	1,0	0,8	0,2	0,3	89,7	4,5	2,2	1,5	0,6	0,6	0,9
Monatsprävalenz																					
Bundesländer																					
Burgenland								94,7	4,4	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	97,2	1,9	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Kärnten								89,8	3,4	3,4	0,0	0,0	1,7	1,7	95,0	2,5	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0
Niederösterreich								99,2	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	93,7	3,8	1,3	0,0	0,0	1,3	0,0
Oberösterreich								99,2	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	95,8	0,0	1,7	0,8	0,0	0,0	1,7
Salzburg								94,4	4,2	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	85,0	5,0	2,5	2,5	0,0	2,5	2,5
Steiermark	95,6	1,9	1,3	0,0	1,3	0,0	0,0	95,1	2,4	1,2	0,0	1,2	0,0	0,0	95,1	1,2	2,4	0,0	1,2	0,0	0,0
Tirol								98,6	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	96,4	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vorarlberg								94,8	3,1	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	93,8	3,1	0,0	1,6	0,0	1,6	0,0
Wien								93,9	2,0	0,0	2,0	0,0	0,0	2,0	97,2	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
Österreich								97,3	1,6	0,3	0,3	0,2	0,0	0,3	95,1	2,2	1,1	0,6	0,2	0,2	0,6

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 19.1: Cannabiskonsum nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2006

Der Anteil der SteirerInnen, die mindestens dreimal im letzten Monat Cannabis konsumiert haben, liegt bei rund zwei Prozent. Bei den steirischen 15-jährigen Mädchen liegt dieser Anteil mit zwei Prozent geringfügig höher als bei den österreichischen Mädchen insgesamt. Dies gilt analog auch für Buben

Einen Hinweis auf höheren Konsum liefern auch die Lebenszeitprävalenzen. In der Steiermark geben drei Prozent der Jugendlichen an, schon öfter als 40-mal Cannabis konsumiert zu haben, womit sie einen starken Cannabiskonsum aufweisen. Wobei bei den steirischen Buben ein höherer Anteil (vier Prozent) an starken Cannabiskonsumenten zu finden ist als bei den steirischen Mädchen (ein Prozent), die einen gleich hohen Anteil aufweisen wie andere österreichische Mädchen des gleichen Alters. Der Anteil an starken Cannabiskonsumenten unter den steirischen Buben ist im Bundesländervergleich der höchste.

19.4 „Cannabiskonsum“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Gliederungsmerkmal – Steiermark – nur 15-Jährige	Gesamt							Mädchen							Buben						
	Nie	1-2-mal	3-5-mal	6-9-mal	10-19-mal	20-39-mal	öfter	Nie	1-2-mal	3-5-mal	6-9-mal	10-19-mal	20-39-mal	öfter	Nie	1-2-mal	3-5-mal	6-9-mal	10-19-mal	20-39-mal	öfter
nach SÖS	in Prozent																				
Lebenszeitprävalenz																					
gering	77,3	4,5	4,5	4,5	4,5	0,0	4,5	76,9	7,7	7,7	0,0	7,7	0,0	0,0	77,8	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	11,1
mittel	90,9	4,5	0,0	3,0	0,0	0,0	1,5	93,9	0,0	0,0	6,1	0,0	0,0	0,0	87,9	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
hoch	87,5	5,6	2,8	0,0	1,4	0,0	2,8	88,2	2,9	5,9	0,0	0,0	0,0	2,9	86,8	7,9	0,0	0,0	2,6	0,0	2,6
Jahresprävalenz																					
gering	77,3	9,1	4,5	4,5	4,5	0,0	0,0	76,9	15,4	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	77,8	0,0	11,1	11,1	0,0	0,0	0,0
mittel	93,8	0,0	0,0	4,6	0,0	0,0	1,5	93,9	0,0	0,0	6,1	0,0	0,0	0,0	93,8	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	3,1
hoch	91,8	4,1	0,0	1,4	2,7	0,0	0,0	88,2	8,8	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	94,9	0,0	0,0	2,6	2,6	0,0	0,0
Monatsprävalenz																					
gering	90,9	0,0	4,5	0,0	4,5	0,0	0,0	92,3	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	88,9	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0
mittel	96,9	0,0	1,5	0,0	1,5	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	93,8	0,0	3,1	0,0	3,1	0,0	0,0
hoch	95,8	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	94,1	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	97,4	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 19.2: Cannabiskonsum nach Geschlecht in der Steiermark und sozioökonomischem Status im Jahr 2006

Ein klarer sozialer Gradient ist erkennbar, wenn der im letzten Monat mindestens dreimalige Cannabiskonsum der Jugendlichen nach deren sozioökonomischem Status (SÖS)¹⁸ analysiert wird. Während kein steirischer Jugendlicher mit hohem SÖS in diese Gruppe fällt, sind es bei jenen mit mittlerem SÖS rund vier Prozent und bei jenen mit geringem SÖS zehn Prozent. Nach Geschlecht getrennt analysiert, ist auch bei Buben dieser kontinuierliche Anstieg des Anteils zu sehen. Hingegen ist bei den Mädchen nur in der Gruppe mit niedrigem SÖS ein Anteil zu sehen, der angibt, bereits mindestens dreimal Cannabis konsumiert zu haben.

Betrachtet man die Anteile der Jugendlichen mit starkem Cannabiskonsum, also jene, die bereits mindestens 40 Mal zu dieser illegalen Droge gegriffen haben, so wird in der Gesamtgruppe der Jugendlichen (nicht nach Geschlecht getrennt) ein sozialer Gradient bemerkbar. Betrachtet man die Anteile jedoch nach Geschlechtern getrennt, so bleibt dieser Gradient nur bei den Buben aufrecht. Je drei Prozent der steirischen jugendlichen Burschen mit hohem und mittlerem SÖS weisen einen starken Cannabiskonsum auf, bei jenen mit geringem SÖS sind es knapp viermal so viele (elf

¹⁸ Für die Darstellung des SÖS wurde die Familienwohlstandsskala herangezogen. Deren Berechnung wird im Kapitel Methodik dargestellt.

Prozent). Bei den Mädchen sind jedoch nur bei jenen mit hohem SÖS zu drei Prozent starke Cannabiskonsumentinnen zu sehen. Dieser umgekehrte Gradient bei den Mädchen könnte auch aufgrund einer Zufallsschwankung entstehen.

19.5 „Cannabiskonsum“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal – Steiermark – nur 15- Jährige	Mädchen							Buben						
	Nie	1-2-mal	3-5-mal	6-9-mal	10-19-mal	20-39-mal	öfter	Nie	1-2-mal	3-5-mal	6-9-mal	10-19-mal	20-39-mal	öfter
Trend	in Prozent													
Jahresprävalenz														
2002	88,6	6,8	3,4	0,0	1,1	0,0	0,0	95,6	4,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2006	87,8	6,1	0,0	3,7	2,4	0,0	0,0	92,8	0,0	1,2	3,6	1,2	0,0	1,2

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 1998, Dür et al. (2000), WHO-HBSC-Survey 2002, Dür/Mravlag (2002) und WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 19.3: Cannabiskonsum nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

In der Befragung 2002 wurde lediglich die Jahresprävalenz abgefragt, weshalb nur hierfür ein Zeitvergleich gemacht werden kann. Es ist ein geringer Anstieg (sowohl bei Mädchen als auch bei Buben) des Anteils derjenigen zu beobachten, die angeben, mindestens einmal im Jahr vor der Befragung Cannabis konsumiert zu haben (siehe Tabelle 19.3). Wobei bei den Buben ein stärkeres Ansteigen von 2002 auf 2006 (von vier auf sieben Prozent) zu verzeichnen ist als bei den Mädchen (elf zu zwölf Prozent). Grundsätzlich muss aber darauf hingewiesen werden, dass mit diesen Zahlen zwischen experimentellem und regelmäßigem Cannabiskonsum nicht unterschieden werden kann. Allerdings weisen die Prozentanteile jener, die angeben, mehrmals im letzten Jahr (häufiger als 10 Mal) Cannabis konsumiert zu haben, darauf hin, dass eventuell ein Anstieg des regelmäßigen Konsums zu verzeichnen sein könnte (bei Mädchen von ein auf zwei Prozent, bei Buben von null auf zwei Prozent).

19.6 Zusammenfassung

Der Anteil der Jugendlichen, die Cannabis konsumieren, ist, gemessen an jenen, die im Monat vor der Befragung mindestens dreimal zu dieser Droge gegriffen haben, und an den Personen mit starkem Cannabiskonsum (mindestes 40 Mal im Leben), in der Regel höher als im österreichischen Durchschnitt, wobei insgesamt ein größerer Anteil an Mädchen mindestens dreimal im Monat vor der Befragung Cannabis konsumierte als an Buben. Während diese wiederum einen höheren Anteil an starken Cannabiskonsumenten aufweisen. Ein sozialer Gradient ist sowohl insgesamt bei jenen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Cannabis konsumierten, als auch bei den Buben mit starkem Cannabiskonsum zu sehen. Insgesamt dürfte – gemessen an der Jahresprävalenz – der Konsum ansteigen. Bedarf für Maßnahmen zur Senkung des Cannabiskonsums gibt es daher bei Buben (vor allem bei jenen mit niedrigem SÖS), aber auch bei Mädchen mit hohem SÖS, da diese im Vergleich zu anderen Mädchen einen hohen Anteil an starken Cannabiskonsumentinnen aufweisen.

Literatur

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). (2003). *ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. O.O.: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. WHO-HBSC-Surveys 2006*. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Grasser, G. & Püringer, U. & Auer, M. (2007). *Wissenschaftliche Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen für die Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt von FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark. (Unveröffentlicht)
- John, U. (2003). *Riskanter Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen*. In: Schwartz, F., Badura, B., Leidl, R., Raspe, H. & Siegrist, J. (Hrsg.). (2003). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena: Urban & Fischer, S. 613-620.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Schubert, I. & Horch, K. (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Gnams, T. & Pfarrhofer, D. (2005). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004, Bericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- WHO. (2005). *Der Europäische Gesundheitsbericht. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt*. Kopenhagen: WHO- Regionalbüro für Europa.

20 Immunisierungsrate

20.1 Bedeutung des Indikators „Immunisierungsrate“

In den Gesundheitszielen Steiermark wurde als Zielbereich die Verringerung der Infektionskrankheiten festgelegt. Ermöglicht werden soll dies unter anderem durch den Ausbau und die Weiterentwicklung der Angebote zur Steigerung der Durchimpfungsraten (Land Steiermark, 2007, S. 23).

Die Wichtigkeit der Prävention von Infektionskrankheiten durch Impfungen wurde nicht nur durch den Ausbruch von Masern in den Niederlanden und Großbritannien in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts offenbar (Rigby & Köhler, 2002, S. 86). Auch die WHO betont immer wieder, dass auf Durchimpfungsraten zu achten ist, um das Wiederauftreten bereits als ausgelöscht geltender Infektionskrankheiten, wie Diphtherie und Polio, zu verhindern und zu verringern (WHO, 2006, S. 1). Primärprävention durch Impfungen gilt als kosteneffektive Maßnahme (WHO, 2006, S. 1), die auf der Individualebene einen Schutz vor Erkrankung bietet und gleichzeitig bei entsprechend hohen Durchimpfungsraten einen Kollektivschutz in der Bevölkerung erreichen kann (Schubert & Horch, 2004, S. 171).

Folgende Impfungen für Säuglinge und Kleinkinder wurden bis zum Jahr 2009 vom Obersten Sanitätsrat empfohlen¹⁹:

	3. Monat	5. Monat	7. Monat	2. Lebensjahr
Rotavirus	2 bzw. 3 x RTV-Impfstoff (Schluckimpfung/7. Lebenswoche bis vollendetem 6. Lebensmonat)			
Diphtherie, Tetanus (Wundstarrkrampf), Pertussis (Keuchhusten), Poliomyelitis (Kinderlähmung), Hämophilus influenzae B, Hepatitis B	1. 6-fach-Impfung	2. 6-fach-Impfung	3. 6-fach-Impfung	4. 6-fach-Impfung
Konjugierte Mehrfachimpfung gegen Pneumokokken	1. PNC-Impfung	2. PNC-Impfung	3. PNC-Impfung	4. PNC-Impfung
Masern, Mumps, Röteln				2 x MMR-Impfung

Quelle: Oberster Sanitätsrat, 2009, S. 2

Tabelle VIII: Impfplan für Kleinkinder

Der vorläufige Impfplan für das Jahr 2010 enthält eine Vielzahl von Änderungen, wobei für Kleinkinder nunmehr folgende Empfehlungen gelten (Oberster Sanitätsrat, 2010, S. 3-4):

¹⁹ Aufgrund des gewählten Indikators (siehe Punkt 20.2) werden hier keine Impfeempfehlungen für ältere Kinder dargestellt.

- Reduktion der Zahl der Dosen der Sechsfach-Impfung für Säuglinge auf das „2 plus 1“-Schema (statt 3 plus 1), wobei der Zeitpunkt der 3. Dosis in den 12. Lebensmonat vorverlegt wird.
- Aufnahme der Impfung gegen Meningokokken C mit einer Dosis für Kleinkinder plus einer Dosis für Schulkinder.
- Empfehlung der Varizellenimpfung ab Beginn des 2. Lebensjahres – besonders vor Eintritt in Gemeinschaftseinrichtungen. Die bisherige Empfehlung der Impfung ab dem 9. Lebensjahr für bis dahin noch nicht immune Personen wird beibehalten.

Die Auswirkungen dieser Änderungen werden für die Kinder im Alter von 24 und 36 Monaten erst in ein paar Jahren sichtbar werden, weshalb in diesem Bericht Bezug auf die Impfempfehlung aus dem Jahr 2009 genommen wird.

In der Steiermark erhalten alle nach dem 1. Jänner 2000 geborenen Kinder, wenn sie ihren Wohnsitz oder ihren Aufenthaltsort in der Steiermark haben, das Scheckheft „Gesundheit für Mutter und Kind“, das neben Gutscheinen für die im Impfplan vorgesehenen Impfungen auch Gutscheine für den jeweiligen Impfstoff und darüber hinaus Informationen zu den einzelnen Impfungen enthält (Gesunde Kinder, o.D.). Das Scheckheft mit gleichzeitigem Informationsservice über Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen wurde 1999 als Reaktion auf einen Einbruch der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen entwickelt (Kinder-Impfen, o.D.b). Im Regelfall erhalten Mütter dieses Scheckheft bereits bei der Geburt des Kindes. Sollte dies nicht der Fall sein, so ist ein Bezug über die/den AllgemeinmedizinerIn oder die Kinderärztin/den Kinderarzt ebenfalls möglich (Kinder-Impfen, o.D.a).

20.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Immunisierungsrate“

Seitens der Europäischen Union wird empfohlen, die Immunisierungsraten für Kinder zwischen 24 und 36 Monaten zu analysieren. Dargestellt werden soll der Anteil derjenigen, die bereits die erste Immunisierung bei folgenden Impfungen abgeschlossen haben: Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hepatitis B, Hämophilus infl. B, Masern, Mumps, Röteln und Meningokokken C (Rigby & Köhler, 2002, S. 86).

Für die Darstellung der Raten wurde auf Daten aus der Impfdatenbank der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin zurückgegriffen. Dabei werden aufgrund der Mehrfachimpfstoffe die Raten für die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln ebenso wie jene für Diphtherie, Tetanus und Pertussis bzw. für Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hepatitis B und Hämophilus infl. B gemeinsam dargestellt. Nur bei vorliegenden Indikationen wird die Verabreichung von Impfungen gegen Meningokokken C empfohlen (Oberster Sanitätsrat, 2009, S. 2), weshalb für diese Impfung keine Daten präsentiert werden und verfügbar sind. Als Bezugspopulation zur Berechnung der Durchimpfungsquote wurden alle in der Impfdatenbank erfassten Kinder genommen, wodurch eine Auswertung nach Geschlecht möglich ist (Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin, Daten vom 22.04.2008). Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass damit jene Kinder, die gar kein Scheckheft erhalten haben bzw. nicht in der Impfdatenbank erfasst sind, in der Berechnung der

Impfquoten nicht berücksichtigt werden, wodurch sich eine geringe Überschätzung der Impfraten ergeben kann.

Da Impfungen in Österreich nicht verpflichtend erfolgen und es sich beim Impfschema des Obersten Sanitätsrates um Empfehlungen handelt, ist es durchaus möglich, dass Impfücken bestehen.

Eine Untererfassung der Durchimpfungsraten in den Daten ist wahrscheinlich, da das Magistrat Graz seit November 2006 keine Daten mehr an die steirische Impfdatenbank liefert (Hr. Gschiel, Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin, E-Mail vom 20. April 2010). Daher werden für die Jahre 2008 und 2009 zwei Quoten dargestellt: einerseits jene, in der die Bezugspopulation alle Kinder mit Wohnsitz Steiermark enthält, und andererseits eine Quote, in der die Bezugspopulation nur Kinder, die außerhalb von Graz wohnen, umfasst.

20.3 „Immunisierungsrate“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal	Mädchen		Buben	
	mind. 1 x geimpft	3. Teilimpf. erhalten	mind. 1 x geimpft	3. Teilimpf. erhalten
	in Prozent			
Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Hepatitis B, Hämophilus infl. B ²⁾	93,3	91,4	94,2	91,5
Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, Hepatitis B, Hämophilus infl. B ³⁾	94,2	92,3	95,4	93,1
Masern, Mumps, Röteln ²⁾	84,5	- ¹⁾	84,7	- ¹⁾
Masern, Mumps, Röteln ³⁾	86,8	- ¹⁾	87,1	- ¹⁾

1) Für die 3-fach-Impfung MMR sind nur 2 Teilimpfungen vorgesehen.

2) Bezugspopulation: alle Kinder mit Wohnsitz in der Steiermark

3) Bezugspopulation: alle Kinder mit Wohnsitz in der Steiermark inkl. Graz

Bezugspopulation: in Impfdatenbank erfasste Kinder, Wohnsitz Steiermark, Stichtag 31.12.2009, zwischen 24 und 36 Monaten

Datenquelle: Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin, Impfdatenbank des Landes Steiermark

Tabelle 20.1: Impfquoten der Kinder zwischen 24 und 36 Monaten nach Geschlecht in der Steiermark im Jahr 2009

Nach den Daten der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin hatten rund 91 % der Mädchen und Buben zwischen 24 und 36 Monaten am 31. Dezember 2009 drei der insgesamt vier vorgesehenen Teilimpfungen der Sechsfach-Impfung erhalten. Werden die Quoten mit der Bezugspopulation ohne jene Kindern analysiert, die ihren Wohnsitz in Graz haben, so kann eine etwas höhere Quote von 92 % bei Mädchen und 93 % bei Buben beobachtet werden. Weiters haben rund 85 % aller Kinder mindestens eine Teilimpfung der Dreifach-Impfung MMR erhalten (berechnet man die Quote nur mit Bezugnahme auf alle Kinder mit Wohnsitz in der Steiermark ohne jene, die in Graz wohnen, so sind es 87 %). Diese etwas geringere Durchimpfungsrate mit MMR ist vermutlich unter anderem dadurch erklärbar, dass diese Impfungen erst ab dem 2. Lebensjahr vom Obersten Sanitätsrat empfohlen werden. Weitere Gründe für einen unvollständigen Impfstatus wurden im Rahmen einer Befragung im Raum Graz erhoben. Dabei wurde deutlich, dass die Einstellung, Masern und Mumps seien ungefährliche Kinderkrankheiten oder der Zeitpunkt der Masern-Mumps-Impfung sei zu früh, einen Einfluss auf einen unvollständigen Impfstatus hatten. Weitere Gründe für einen unvollständigen Impfstatus sind unter anderem die allgemeine Ablehnung von Impfungen oder die

Ansicht, dass der Impfstoff problematisch sei (Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin, 2005, S. 13).

Vergleiche auf Bundesländerebene sind aufgrund fehlender vergleichbarer Daten schwer möglich. Um eine Positionierung der Steiermark im Vergleich zu anderen Bundesländern vornehmen zu können, wird auf Ergebnisse einer von der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin durchgeführten Studie zurückgegriffen. Verglichen wurden bei dieser Studie die Quoten für die 1. Teilimpfung von MMR (Mumps, Masern, Röteln) und die Quoten für die 3. Teilimpfung von DTP (Diphtherie, Tetanus und Pertussis). Insgesamt konnten Daten von acht Bundesländern, exklusive des Burgenlands, verglichen werden. Vier Bundesländer wiesen seit dem Jahrgang 2000 eine über 90 % liegende Impfquote bei der 3. Teilimpfung von DTP auf, darunter die Steiermark, die die zweithöchste Impfquote hatte. Auch bei der 1. Teilimpfung von MMR lag die Steiermark 2002 für die Jahrgänge 2001/2002 im Bundesländervergleich an zweiter Stelle mit einer über 87 % liegenden Impfquote (Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin, o.J., S. 24-27).

20.4 „Immunisierungsrate“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Für die Darstellung der Immunisierungsrate nach Geschlecht und dem sozioökonomischen Status der Eltern wird aufgrund der Datenlage auf die bereits weiter oben erwähnte Befragung der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin zurückgegriffen. Zusätzlich stehen die Ergebnisse einer von dieser Institution im Rahmen einer Evaluation im Jahr 2002 durchgeführten Untersuchung der Determinanten des Impfverhaltens zur Verfügung.

Der Bildungsstand des/der Erziehungsberechtigten hat, je nach Wohnregion, einen Einfluss auf die Nicht-Inanspruchnahme von MMR-Impfungen. Während in der gesamten Steiermark der Anteil der Nicht-Inanspruchnahme bei AkademikerInnen größer ist als bei Nicht-AkademikerInnen, kehrt sich dieses Verhältnis in Graz um. Erklärt wird dies dadurch, dass AkademikerInnen prinzipiell impfkritischer scheinen, jedoch in Graz einerseits ein größerer Anteil an Ärzten und Ärztinnen pro 1.000 EinwohnerInnen lebt und andererseits im Ballungszentrum Graz sehr viele sozial benachteiligte Familien wohnen, die ebenfalls ein geringeres Impfverhalten aufweisen (Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin, 2003, S. 46; Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin, o.J., S. 16).

Bei Hepatitis-B-Impfungen wurde generell – unabhängig von der Wohnregion – bei AkademikerInnen ein höherer Anteil an Nicht-Inanspruchnahme festgestellt (Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin, 2003, S. 51).

20.5 „Immunisierungsrate“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal	DTP3		HepB3		HIB3		IPV3		MMR1	
	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben	Mädchen	Buben
Stichtage	in Prozent									
	Bezugspopulation: in Impfdatenbank erfasste Kinder mit Wohnadresse in der ganzen Steiermark									
31.12.2001	65,0	63,4	44,7	45,3	61,3	60,0	62,5	61,6	76,9	77,6
31.12.2002	89,2	87,7	74,6	74,4	75,9	75,5	89,0	87,6	82,9	82,6
31.12.2003	89,6	90,2	89,2	89,9	89,2	90,0	89,6	90,2	82,9	83,4
31.12.2004	89,1	90,0	89,0	89,7	89,1	89,8	89,1	90,0	83,3	84,2
31.12.2005	90,2	90,0	90,1	89,9	90,1	90,0	90,2	90,0	83,6	84,0
31.12.2006	89,7	89,7	89,7	89,7	89,7	89,7	89,7	89,7	83,4	83,4
31.12.2007	89,4	88,8	90,3	88,8	89,4	88,8	89,4	88,8	82,0	82,6
31.12.2008	91,1	90,8	91,1	90,8	91,1	90,8	91,1	90,8	84,2	84,4
31.12.2009	91,4	91,5	91,4	91,5	91,4	91,5	91,4	91,5	84,5	84,7
	Bezugspopulation: in Impfdatenbank erfasste Kinder mit Wohnadresse in der ganzen Steiermark									
31.12.2008	92,8	92,6	92,8	92,6	92,8	92,6	92,8	92,6	87,2	87,7
31.12.2009	92,3	93,1	92,3	93,1	92,3	93,1	92,3	93,0	86,8	87,1

Alter des Kindes zum Stichtag zwischen 24 und 36 Lebensmonaten

Bezugspopulation: in der Impfdatenbank erfasste Kinder mit Wohnadresse Steiermark

Datenquelle: Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin, Impfdatenbank des Landes Steiermark

Tabelle 20.2: Impfquoten der Kinder zwischen 24 und 36 Monaten nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend²⁰

Betrachtet man die Impfquoten im zeitlichen Trend, so sind bei allen Impfungen steigende Impfquoten zu sehen, wobei kaum Unterschiede zwischen Mädchen und Buben zu beobachten sind. Eindeutig ausgewirkt hat sich die Einführung der kostenlosen Kinderimpfung, da die Quoten bei der DTP-Impfung, der HIB3 und der IPV3 von unter 60 % bei der Jahrgangskohorte 1999 (also jenen, die am Stichtag des 31. Dezember 2001 zwischen 24 und 36 Monate alt waren) auf rund 90 % ab den Jahrgangskohorten 2002 gestiegen sind. Noch stärker gestiegen ist die Impfquote bei der Hepatitis-B-Impfung, die sich in diesem Zeitraum fast verdoppelt hat. Hingegen war die Durchimpfungsquote bei MMR bereits 1999 auf einem hohen Niveau von rund 77 %.

Werden die Quoten analysiert, die nur Kinder mit Wohnsitz außerhalb von Graz als Bezugspopulation haben, so zeigt sich für die Jahre 2008 und 2009 eine höhere Quote, weshalb davon auszugehen ist, dass die Impfquoten insgesamt etwas unterschätzt werden.

20.6 Zusammenfassung

Von den steirischen Kindern im Alter von 24 bis 36 Monate haben 85 % zwei Teilimpfungen der Dreifach-Impfung MMR und 93 % drei Teilimpfungen der Sechsfach-Impfung erhalten. Diese beiden Anteile sind seit 2002 relativ konstant. Vergleiche mit anderen Bundesländern deuten darauf hin, dass die steirischen Impfquoten zu den höchsten in Österreich zählen. Unterschiede der Durchimpfungsraten nach Geschlecht liegen nicht vor, so wie Unterschiede nach SÖS kein klares, einheitliches Muster zeigen. Um eine vollständige Aussage treffen zu können, wäre jedoch eine

²⁰ DTP3 = Diphtherie, Tetanus, Pertussis, 3. Teilimpfung erhalten; HepB3 = Hepatitis B, 3. Teilimpfung erhalten; HIB3 = Hämophilus influenzae B, 3. Teilimpfung erhalten; IPV3 = Poliomyelitis, 3. Teilimpfung erhalten; MMR1 = Masern, Mumps, Röteln, mind. 1. Teilimpfung erhalten

vollständige Datenerfassung – im Sinne einer Wiederaufnahme der Sammlung von Impfdaten in Graz – erforderlich.

Literatur

- Gesunde Kinder. (o.D.). *Was drin steckt*. Download vom 09.05.2008 von <http://www.scheckheft-gesundheit.at/>.
- Kinder-Impfen. (o.D.a). *Gratis-Impfaktion für 0 – 6-Jährige*. Download vom 09.05.2008 von <http://www.kinder-impfen.at/>.
- Kinder-Impfen. (o.D.b). *Wozu dient das Scheckheft Gesundheit für Mutter und Kind?* Download vom 09.05.2008 von <http://www.kinder-impfen.at/>.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- Oberster Sanitätsrat. (2009). *Impfplan 2009 Österreich*. Download vom 28.04.2010 von http://www.jku.at/AS/content/e13901/e13900/e13818/e13817/impfplan_2009_final_ger.pdf.
- Oberster Sanitätsrat. (2010). *Impfplan 2010 Österreich: korrigiert*. Download vom 28.04.2010 von http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/4/0/CH0780/CMS1038913010412/impfplan_2010_korr_maerz.pdf.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Schubert, I. & Horch, K. (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- WHO. (2006). *Eliminating measles and rubella and preventing congenital rubella infection: WHO. European Region strategic plan 2005-2010. 2005. updated reprint 2006*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin. (2003). *Evaluation 2002. Mutter-Kind-Pass. MK-Informationsservice. Bundesländervergleich MKP-Untersuchungen. Determinanten des Impfverhaltens bei Kleinkindimpfungen*. Graz: Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin.
- Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin. (2005). *Determinanten des Impfverhaltens unter besonderer Berücksichtigung des sozialen Status. Empirische Untersuchung zur Vorschulimpfung in Graz*. Graz: Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin.
- Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin. (o.J.). *Evaluation 2003-2004*. Graz: Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin.

21 Teenagerschwangerschaften

21.1 Bedeutung des Indikators „Teenagerschwangerschaften“

Die Gesundheitsziele Steiermark sehen vor, dass sich sexuelle und reproduktive Gesundheit der SteirerInnen verbessern (Grasser, Püringer & Auer, 2007, S. 118). Reproduktive Gesundheit beinhaltet, dass Menschen ein zufriedenstellendes und sicheres Sexualleben haben und dass sie Kinder bekommen können. Dazu gehört auch, dass, wenn sich Menschen dazu entscheiden, Kinder zu bekommen, sie die Freiheit haben, den Zeitpunkt und die Anzahl an Kindern selbst zu bestimmen (Oliveira da Silva, 2003, S. 7). Probleme, die daher im Zusammenhang mit reproduktiver Gesundheit stehen, sind sexuell übertragbare Krankheiten, ungewollte Schwangerschaften sowie unerfüllter Kinderwunsch (Grasser, Püringer & Auer, 2007, S. 118-119). Reproduktive und sexuelle Gesundheit haben jedoch neben der physischen und psychologischen auch eine gesellschaftliche Dimension, wozu zum Beispiel die Thematiken Missbrauch, Schwangerschaftsabbruch und Gewalt zählen (Oliveira da Silva, 2003, S. 7).

Auch seitens der EU wird zur Förderung der sexuellen Gesundheit von Jugendlichen großes Augenmerk auf die Bekämpfung von sexuell übertragbaren Krankheiten und ungewollten Schwangerschaften gelegt, welche die Bildungschancen und Chancen auf Erwerbstätigkeit reduzieren können (Imamura et al., 2007, o.S.). Das bedeutet, dass ungewollte Schwangerschaften von Jugendlichen einen negativen gesundheitlichen und sozialen Effekt für dieselben haben können, weshalb eine niedrige Rate an Schwangerschaften bei Jugendlichen wünschenswert ist (Oliveira da Silva, 2003, S. 18).

21.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Teenagerschwangerschaften“

Seitens des Health Monitoring Programme der Europäischen Union wird vorgeschlagen, die Zahl der Geburten von Frauen, die jünger als 20 Jahre sind, pro 1.000 Frauen des gleichen Alters in Einjahresschritten darzustellen. Liegen diese Raten für verschiedene Subgruppen vor, ist zugleich die zielgruppenspezifische und altersgerechte Maßnahmenentwicklung möglich. Der Nachteil dieses Indikators ist in der möglichen Untererfassung von tatsächlichen Schwangerschaften zu sehen, da Schwangerschaftsabbrüche und frühzeitige Aborte nicht beinhaltet sind.

Im Rahmen des vorliegenden Berichtes werden Daten für Frauen im Alter zwischen 15 und 20 Jahren präsentiert, wobei die Daten pro 1.000 Frauen gleichen Alters vorliegen. Für Mädchen im Alter zwischen 10 und 14 Jahren werden keine Daten präsentiert, da es in dieser Altersgruppe kaum Geburten gibt und daher die Quote auf 1.000 Frauen annähernd null betragen würde (Fr. DI Kern, Fachabteilung Landesstatistik Steiermark, E-Mail vom 06. Juni 2008)²¹. Der sozioökonomische Status der Jugendlichen wird nach deren Erwerbsstatus dargestellt, da einerseits davon ausgegangen werden kann, dass Jugendliche, die noch zur Schule gehen, von ihren Eltern noch finanzielle

²¹ Die absolute Zahl der Geburten bei Mädchen zwischen 10 und 14 Jahren liegt seit 1993 zwischen 0 und 3 Geburten jährlich (Quelle: Daten der Landesstatistik Steiermark).

Unterstützung erhalten, andererseits der Erwerbsstatus – wie im Kapitel 6 ausführlich beschrieben – auch als Indikator für sozioökonomischen Status herangezogen werden kann.

21.3 „Teenagerschwangerschaften“ im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal	Junge Mütter zwischen 15 und 20 Jahren pro 1.000 Frauen gleichen Alters
Burgenland	8,4
Kärnten	9,1
Niederösterreich	9,8
Oberösterreich	10,7
Salzburg	10,1
Steiermark	9,7
Tirol	10,3
Vorarlberg	10,9
Wien	17,2
Österreich	11,3

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 21.1: Teenagerschwangerschaften im Bundesländervergleich im Jahr 2008

2008 gab es im österreichischen Durchschnitt 11 Geburten pro 1.000 Mädchen und Frauen im Alter zwischen 15 und 20 Jahren. Die Rate der Steiermark liegt mit 10 Geburten pro 1.000 Frauen zwischen 15 und 20 Jahren etwas unter dem österreichischen Durchschnitt. Die meisten Geburten pro 1.000 Mädchen und Frauen gab es im Bundesland Wien mit einer Rate von 17 Geburten pro 1.000 Frauen dieser Altersgruppe.

21.4 „Teenagerschwangerschaften“ nach sozioökonomischem Status und Trend

Gliederungs- merkmal	Gesamt	Erwerbstätig	Schülerin/ Studentin	Sonstige
	Je 1.000 Frauen des gleichen Alters			
1993	21,0	36,7	2,9	56,1
1994	17,6	30,6	2,3	54,1
1995	15,7	27,1	2,8	49,5
1996	14,7	25,3	2,8	50,9
1997	14,8	26,0	2,6	54,5
1998	13,5	24,5	1,7	56,9
1999	13,1	23,4	2,1	59,3
2000	13,1	24,4	2,0	60,1
2001	11,8	20,7	2,6	58,9
2002	11,4	16,5	2,8	71,6
2003	11,4	17,4	2,5	70,5
2004	12,7	15,8	3,0	94,2
2005	11,4	14,5	2,5	86,3
2006	11,4	14,1	2,1	92,2
2007	10,5	13,5	2,2	80,2
2008	9,7	10,9	2,2	81,1

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark

Tabelle 21.2: Teenagerschwangerschaften in der Steiermark nach sozioökonomischem Status und im zeitlichen Trend

2008 entfielen auf 1.000 erwerbstätige Frauen im Alter zwischen 15 und 20 Jahren 11 Geburten (siehe Tabelle 21.2). Schülerinnen und Studentinnen dieser Altersgruppe wiesen im Gegensatz dazu eine fünfmal niedrigere Rate auf. Besonders hoch fällt die Zahl der jungen Mütter in der Gruppe der „Sonstigen“ mit 81 Geburten pro 1.000 Frauen aus. Unter „Sonstige“ sind all jene Mädchen und Frauen subsumiert, die derzeit arbeitslos sind und/oder keine Ausbildung absolvieren.

Seit 1993 hat sich bei Mädchen und Frauen zwischen 15 und 20 Jahren die Rate der Geburten pro 1.000 Frauen mehr als halbiert. Analysiert man die Raten nach dem Erwerbsstatus der jungen Mütter, so wird deutlich, dass sowohl die Raten der Erwerbstätigen als auch der Schülerinnen und Studentinnen zurückgegangen sind, wobei jene der Erwerbstätigen stärker zurückging als jene der Schülerinnen/Studentinnen. 1993 lag die Rate bei den Erwerbstätigen bei 37 Geburten pro 1.000 Frauen des gleichen Alters, welche bis zum Jahr 2008 kontinuierlich um fast drei Viertel zurückgegangen ist. Die Rate der Schülerinnen/Studentinnen ist von 1993 bis 2008 von ungefähr drei auf zwei gesunken.

Gestiegen ist hingegen die Rate jener jungen Mütter, die weder erwerbstätig noch Schülerin bzw. Studentin sind. Waren es 1993 56 Geburten pro 1.000 Frauen zwischen 15 und 20 Jahren, die der Gruppe „Sonstige“ zugeordnet wurden, so wurden 2008 81 Geburten pro 1.000 Frauen in dieser Altersgruppe verzeichnet.

21.5 Zusammenfassung

Die Anzahl der Geburten bei Teenagern in der Steiermark liegt etwas unter dem österreichischen Durchschnitt und hat sich seit 1993 mehr als halbiert. Die Rate bei erwerbstätigen Jugendlichen ist stärker zurückgegangen als bei Jugendlichen des gleichen Alters, die zur Schule gehen oder noch studieren. Gestiegen ist hingegen die Rate bei jenen, die vorwiegend zu Hause sind (und unter die Gruppe „Sonstige“ fallen). Eindeutig zu sehen ist ein sozialer Gradient, wonach Schülerinnen und Studentinnen weniger häufig im jugendlichen Alter ein Kind zur Welt bringen, als erwerbstätige junge Frauen. Besonders hoch ist die Rate bei jungen Frauen, die weder erwerbstätig noch in Ausbildung sind.

Literatur

- Grasser, G. & Püringer, U. & Auer, M. (2007). *Wissenschaftliche Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitszielen für die Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark durchgeführt von FH JOANNEUM, Gesundheitsmanagement im Tourismus*. Graz: Gesundheitsfonds Steiermark. (Unveröffentlicht)
- Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Oliveira da Silva, M., Astin, M., Wyness, L., Bloemenkamp, K.W.M., Jahn, A., Karro, H., Olsen, J., Temmerman, M. (2007). *Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review*. In: The European Journal of Public Health. doi:10.1093/eurpub/ckm014. Download vom 02. Mai 2008 von <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/full/ckm014v1>.
- Oliveira da Silva, M. (2003). *Reproductive Health Indicators in the European Union. Final Technical Report*. O.O: European Union.

22 Unfälle

22.1 Bedeutung des Indikators „Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“

Sowohl Sterblichkeit als auch Erkrankungen, die durch Unfälle, Verletzungen und Gewalteinwirkung verursacht werden, können als vermeidbar angesehen werden (WHO, 2005, S. 14). Als wichtigste Einflussfaktoren gelten u.a. Alkoholkonsum und sozioökonomische Benachteiligung (z.B. Armut, Arbeitslosigkeit, schlechtere Wohnverhältnisse, unsichere Stadtbezirke etc.) (WHO, 1999, S. 75). Unfälle passieren in verschiedensten Lebenssituationen und sind mit hohen Kosten verbunden.

2005 wird die Sterblichkeit von Kindern und Jugendlichen im Alter von 1 bis 19 Jahren in Österreich aufgrund von Unfällen mit 9,3 pro 100.000 Personen angegeben. Diese Zahl liegt zwar unter der Sterblichkeit aufgrund von Unfällen in östlichen Ländern wie Polen (10,8) und Bulgarien (11,7), ist jedoch höher als in anderen EU-Ländern (z.B. Niederlande: 7,2; Deutschland: 8,2) (WHO, 2005, S. 129).

Spitalsaufnahmen, vor allem durch Unfälle ausgelöste Notfallaufnahmen, sind insbesondere für Kinder traumatische Erlebnisse. Verbrennungen, Vergiftungen und Knochenbrüche stellen bei Kindern vermeidbare Gründe für stationäre oder ambulante Behandlungen dar. In allen drei Fällen sind lang andauernde Beeinträchtigungen möglich (Rigby & Köhler, 2002, S. 58-61).

22.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“

Seitens des im Rahmen eines EU-Projektes entwickelten CHILD-Indikatorensatzes für die Analyse der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen werden drei Indikatoren vorgeschlagen, um das Ausmaß von Unfällen bei Kindern und Jugendlichen darzustellen (Rigby & Köhler, 2002, S. 34):

- Jährliche Rate von stationären Aufnahmen von Kindern aufgrund von Verbrennung pro 100.000 Personen (ICD-10-Codes: T20-T32, W8n, X0n, X3n, X1n)
- Jährliche Rate von stationären Aufnahmen von Kindern aufgrund von Vergiftungen pro 100.000 Personen (ICD-10-Codes: T65.9, X40-X49)
- Jährliche Rate von Knochenbrüchen bei Kindern (ICD-10-Codes: S421-S424, S427, S429-S529, S720-S724, S728-S729, S820-S829, T10, T12, T022-T026, T028-T029)

Rigby & Köhler empfehlen dabei jeweils eine nach Altersgruppen (0-4, 5-9, 10-14, 15-19), Geschlechtern und für verschiedene sozioökonomische Gruppen getrennte Analyse der Daten. Im Rahmen dieses Berichtes werden Daten bezüglich stationärer Aufenthalte von Kindern aufgrund von Verbrennungen, Vergiftungen sowie ausgewählten Knochenbrüchen für die Steiermark und die vorgeschlagenen Altersgruppen präsentiert.

Die präsentierten Daten wurden dem ISIS (Integriertes Statistisches Informationssystem) der Statistik Austria entnommen. In dieser Datenbank sind die Zahlen der stationären Aufenthalte nach den

dreistelligen ICD-Diagnosen (z.B. A00-A09) oder nach von ExpertInnen entwickelten ICD-Diagnosegruppen abrufbar. Es wurden daher ICD-Diagnosegruppen für die folgende Analyse ausgewählt, welche den Empfehlungen für die Darstellung am ehesten entsprechen:

- Verbrennungen und Verätzungen: T20-T32
- Ausgewählte Knochenbrüche: S52 (Fraktur des Unterarms), S72 (Fraktur des Femurs²²) und S82 (Fraktur des Unterschenkels einschließlich des oberen Sprunggelenks)
- Vergiftungen: T51-T65 (toxische Wirkung von vorwiegend nicht medizinischen Substanzen)

Dies bedeutet, dass nicht ganz den Empfehlungen von Köhler und Rigby entsprochen werden kann. Analysiert wurde die Anzahl der stationären Aufenthalte, berechnet aus den Entlassungsdaten aus den Krankenanstalten. Diese Daten sind epidemiologisch und auch versorgungstechnisch nicht vollständig aussagekräftig, da zum Beispiel Wiederaufnahmen nicht als solche gekennzeichnet werden, wodurch es zur Übererfassung kommen kann (Statistik Austria, 2005, S. 10). Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit von behandelten Kindern gesprochen, die Daten beziehen sich jedoch auf die Entlassungszahlen.

Für die Berechnung der rohen Raten wurde die Bevölkerung gleichen Alters und gleichen Geschlechts zu Jahresbeginn verwendet. Weiters wurde für den Bundesländervergleich ein Schnitt über fünf Jahre berechnet.

Im Folgenden werden einerseits diese Daten aus der Spitalsentlassungsstatistik analysiert, andererseits werden zu Beginn auch allgemeine Daten zu Freizeit-, Sport- und Verkehrsunfällen dargestellt.

22.3 Straßenverkehrsunfälle sowie Unfälle in Sport und Freizeit

Es gibt eine Vielzahl von Statistiken, die über das Ausmaß von Unfällen, die in den unterschiedlichen Lebensbereichen der Kinder und Jugendlichen geschehen, Auskunft geben können. Beispielsweise gab es 2009 in der Steiermark 385 Straßenverkehrsunfälle mit 420 beteiligten und verunglückten Kindern zwischen 0 und 14 Jahren, wovon eines tödlich verunglückte (Statistik Austria, 2010). Auf dem Schulweg verunglückten im Jahr 2008 in Österreich insgesamt 444 Kinder im Alter von 6 bis 15 Jahren, davon zwei Kinder tödlich. Von den 444 Kindern verunglückten 68 in der Steiermark (Statistik Austria, 2009, S. 131). Neben dem Straßenverkehr passieren auch viele Unfälle im Bereich Sport und Freizeit, wobei in der Steiermark etwas weniger Unfälle passieren als in Gesamtösterreich. Eine Analyse der Unfallraten durch Sportunfälle bei steirischen SchülerInnen und StudentInnen zeigte 2007/2008 eine Rate von 28 Sportunfällen pro 1.000 SchülerInnen, womit die Zahl unter der österreichischen Rate von 36 Sportunfällen pro 1.000 SchülerInnen liegt (AUVA, o.J., S. 15). Die Anzahl der anerkannten Sportunfälle bei SchülerInnen und StudentInnen in der Steiermark für die Jahre 2004 bis 2008 ist mit 3.800 bis 4.000 Unfällen pro Jahr relativ konstant, wobei immer bei etwas mehr als der Hälfte männliche Personen betroffen sind (AUVA, o.J., S. 4).

²² Femur: Oberschenkel

22.4 „Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“ – Vergiftungen nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungs-merkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	pro 100.000 Personen gleichen Alters und gleichen Geschlechts im Schnitt von 2004 bis 2008														
Bundesländer															
Burgenland	24,1	30,6	70,2	162,9	77,8	35,1	24,9	67,3	105,5	61,5	13,5	35,9	72,9	217,2	93,4
Kärnten	62,5	55,0	88,9	269,3	126,4	54,2	38,7	80,4	214,7	102,9	70,4	70,7	97,2	321,2	148,9
Niederösterreich	52,2	35,9	43,9	115,2	63,3	55,2	27,1	36,8	90,2	53,0	49,5	44,2	50,7	138,8	73,0
Oberösterreich	58,6	59,9	90,9	201,5	107,2	50,9	39,7	77,6	168,0	87,9	65,9	79,0	103,7	233,4	125,6
Salzburg	29,4	23,4	71,8	246,1	97,8	23,4	15,6	57,7	195,0	77,1	35,0	30,8	85,1	294,6	117,3
Steiermark	56,3	24,9	61,8	242,0	103,1	41,0	21,0	57,0	205,2	87,2	70,9	28,7	66,3	276,9	118,2
Tirol	71,5	63,5	86,3	276,6	128,9	60,5	39,2	53,6	215,8	95,5	81,8	86,7	117,7	334,6	160,8
Vorarlberg	71,2	53,1	91,4	227,9	113,5	56,5	41,3	84,0	158,5	86,9	85,3	64,4	98,4	293,2	138,8
Wien	48,1	24,0	33,8	79,6	47,0	43,0	16,9	40,0	81,1	46,0	52,9	30,8	27,8	78,2	47,9
Österreich	54,0	40,2	65,4	183,8	89,2	47,8	28,4	57,0	150,0	73,6	59,9	51,4	73,4	216,0	104,2

Datenquelle: Statistik Austria; Berechnung: FH JOANNEUM

Tabelle 22.1: Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle – Vergiftungen nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Pro 100.000 Kinder und Jugendlichen wurden zwischen 2004 und 2008 jährlich durchschnittlich 103 Kinder und Jugendliche aufgrund von Vergiftungen behandelt, was über dem österreichischen Schnitt liegt. Bei Buben ist in allen Bundesländern außer Wien eine höhere Rate feststellbar. Die höchste Rate der Krankenhauserlassungen aufgrund von Vergiftungen ist bei der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen zu verzeichnen.

22.5 „Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“ – Vergiftungen nach Geschlecht und Trend

Gliederungs-merkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	rohe Raten pro 100.000 Personen														
2001	57,8	25,4	34,7	49,5	41,4	61,0	18,6	38,5	45,1	40,2	54,8	31,9	31,1	53,8	42,6
2002	75,1	33,6	38,8	48,8	47,8	78,9	25,3	32,4	31,5	40,1	71,6	41,3	44,8	65,3	55,1
2003	50,5	43,9	45,8	64,9	51,5	65,2	32,3	32,5	72,5	50,2	36,4	54,8	58,3	57,7	52,7
2004	73,7	38,7	51,6	73,6	59,1	35,0	19,9	44,4	55,3	39,5	110,4	56,7	58,4	90,9	77,7
2005	66,1	18,3	30,3	53,7	41,5	62,0	27,4	23,8	49,3	39,8	69,9	9,7	36,4	57,9	43,1
2006	47,2	27,2	76,1	315,6	126,3	38,8	20,9	66,4	286,0	112,1	55,3	33,3	85,3	343,9	139,8
2007	60,2	19,5	86,5	419,5	161,3	42,2	25,3	70,9	348,4	134,1	77,6	13,8	101,1	487,1	187,2
2008	34,2	19,8	65,9	344,7	130,2	27,1	11,1	81,9	284,9	113,1	41,1	28,1	50,7	401,0	146,4

Datenquelle: Statistik Austria; Berechnung: FH JOANNEUM

Tabelle 22.2: Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle – Vergiftungen nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

2008 wurden 130 steirische Kinder und Jugendliche pro 100.000 Personen zwischen 0 und 19 Jahren aufgrund von Vergiftungen behandelt. In den Jahren vor 2005 waren es zwischen 40 und 60 Kinder und Jugendliche pro 100.000 Personen. Die hohen Raten für die Jahre 2006-2008, verglichen mit den Jahren zuvor, können durch die hohen Raten bei den 15- bis 19-Jährigen bedingt sein, die unter Umständen durch eine Umstellung in der Datenbank bewirkt worden sein könnten. Insgesamt

gesehen sind über die Jahre 2001 bis 2008 keine eindeutigen altersbedingten Unterschiede aufgrund der vorliegenden Daten erkennbar. Insgesamt dürften Buben häufiger von diesen Unfällen betroffen sein.

22.6 „Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“ – ausgewählte Knochenbrüche nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
pro 100.000 Personen gleichen Alters und gleichen Geschlechts im Schnitt von 2004 bis 2008															
Bundesländer															
Burgenland	55,1	206,2	287,3	245,5	208,0	49,1	180,9	191,1	82,4	128,2	60,8	230,6	380,3	400,2	284,5
Kärnten	115,4	282,0	413,3	330,5	297,2	105,2	240,9	268,3	166,5	199,4	125,2	321,7	552,2	486,4	390,8
Niederösterreich	102,1	263,1	334,8	297,0	257,6	77,8	218,2	208,6	118,6	158,4	125,0	305,4	455,5	466,1	351,7
Oberösterreich	152,6	286,9	380,3	376,0	308,3	130,5	235,6	222,6	140,3	183,2	173,7	335,7	530,7	600,1	427,4
Salzburg	105,5	327,1	420,0	345,4	307,9	95,0	270,6	247,4	117,8	184,4	115,4	380,6	583,9	561,5	424,7
Steiermark	76,7	261,6	384,9	356,8	283,0	56,5	213,5	225,8	153,2	166,4	96,0	307,3	534,6	549,9	393,6
Tirol	93,0	271,7	365,5	356,2	280,7	62,9	228,8	209,5	124,4	159,1	121,6	312,4	514,7	577,5	396,7
Vorarlberg	104,8	255,5	356,4	321,6	266,0	76,7	202,6	224,5	148,0	165,6	131,8	305,9	480,6	484,9	361,3
Wien	90,7	305,4	383,8	172,9	236,8	74,9	234,5	226,6	67,5	149,0	105,8	373,2	532,6	273,8	320,4
Österreich	104,3	279,1	372,0	309,1	273,6	84,3	227,8	223,6	122,8	166,3	123,3	328,0	513,0	486,2	375,6

Datenquelle: Statistik Austria; Berechnung: FH JOANNEUM

Tabelle 22.3: Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle – ausgewählte Knochenbrüche nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

In den Jahren 2004 bis 2008 wurden durchschnittlich 283 Kinder und Jugendliche pro 100.000 Kinder und Jugendlichen in der Steiermark aufgrund von ausgewählten Knochenbrüchen (Bruch des Unterarms, Unterschenkels inkl. oberen Sprunggelenks sowie Oberschenkels) im Krankenhaus behandelt, was im österreichischen Schnitt liegt. Buben wurden dabei häufiger als Mädchen im Krankenhaus behandelt.

22.7 „Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“ – ausgewählte Knochenbrüche nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	rohe Raten pro 100.000 Personen														
2001	120,9	339,7	437,9	410,1	337,5	93,3	253,6	254,5	174,8	197,7	147,2	420,4	613,0	634,4	470,3
2002	86,1	286,9	379,1	390,4	297,9	82,6	284,3	241,8	137,3	190,3	89,5	289,4	509,4	630,8	399,8
2003	87,8	260,1	417,6	351,3	292,1	57,6	167,8	247,9	165,4	165,9	116,6	347,2	577,1	527,3	411,3
2004	81,2	274,3	428,5	424,4	318,0	58,3	221,8	230,7	168,7	175,6	103,0	324,2	614,5	666,6	452,6
2005	73,6	301,2	387,5	326,4	284,3	50,4	256,5	234,6	165,3	181,8	95,7	343,6	531,4	479,4	381,3
2006	81,3	239,8	408,4	346,6	282,5	54,3	180,9	253,6	127,1	158,7	106,8	296,1	554,2	555,8	400,0
2007	90,4	261,8	355,0	333,9	271,0	84,4	224,5	228,2	149,7	173,8	96,1	297,4	473,8	509,0	363,4
2008	57,0	227,3	341,5	353,1	257,9	34,8	181,3	179,5	155,4	141,6	78,4	270,9	494,8	539,2	368,5

Datenquelle: Statistik Austria; Berechnung: FH JOANNEUM

Tabelle 22.4: Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle – ausgewählte Knochenbrüche nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Pro 100.000 Personen wurden 2008 258 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 19 Jahren aufgrund von ausgewählten Knochenbrüchen behandelt. Buben (369 Fälle pro 100.000 Buben im Jahr 2008) weisen dabei in jedem Jahr eine mindestens doppelt so hohe Rate auf wie Mädchen, wobei die Unterschiede bei Kindern im Alter von 10 bis 14 Jahren am größten sind. Die niedrigsten Raten sind sowohl bei Mädchen als auch bei Buben im Alter bis zu 5 Jahren zu beobachten. Insgesamt bleiben die Raten im zeitlichen Verlauf innerhalb aller Altersgruppen und auch nach Geschlecht getrennt betrachtet relativ stabil, wobei sich seit 2001 insgesamt eine Abnahme der Fälle pro 100.000 Personen erkennen lässt.

22.8 „Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“ – Verbrennungen und Verätzungen nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	pro 100.000 Personen gleichen Alters und gleichen Geschlechts im Schnitt von 2004 bis 2008														
Bundesländer	82,6	18,3	11,9	22,5	31,2	45,6	6,2	10,8	7,7	16,1	118,3	29,9	13,0	36,6	45,7
Burgenland	186,8	34,5	27,8	30,6	63,1	164,4	30,1	23,5	15,7	52,0	208,1	38,8	32,0	44,7	73,8
Kärnten	164,7	25,6	19,8	27,8	54,3	144,5	26,6	10,7	12,0	43,4	183,8	24,6	28,6	42,7	64,7
Niederösterreich	226,9	28,1	18,4	25,4	67,2	206,0	24,9	10,1	15,0	56,9	246,8	31,2	26,3	35,4	77,1
Oberösterreich	117,5	44,8	27,5	48,7	57,3	105,9	31,2	24,4	19,0	42,5	128,5	57,6	30,4	77,0	71,3
Salzburg	126,2	18,1	22,4	41,6	48,8	107,6	11,2	14,0	20,8	35,1	144,1	24,7	30,3	61,4	61,8
Steiermark	116,2	23,8	19,3	39,1	47,0	95,5	21,2	10,3	16,0	33,1	136,0	26,2	27,8	61,2	60,2
Tirol	188,8	27,5	23,3	33,8	64,3	189,7	33,8	25,7	20,9	63,6	187,9	21,5	21,0	45,9	65,1
Vorarlberg	121,5	17,8	10,4	18,9	42,1	91,1	15,8	10,1	14,5	32,8	150,5	19,7	10,6	23,1	51,0
Wien	154,5	25,2	19,3	30,5	53,6	133,3	22,0	13,5	15,6	42,5	174,7	28,2	24,8	44,7	64,2
Österreich															

Datenquelle: Statistik Austria; Berechnung: FH JOANNEUM

Tabelle 22.5: Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle – Verbrennungen und Verätzungen nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Durchschnittlich 49 Kinder und Jugendliche pro 100.000 Kinder und Jugendlichen jährlich wurden in den Jahren von 2004 bis 2008 in der Steiermark aufgrund von Verbrennungen und Verätzungen behandelt. Diese Rate liegt etwa im österreichischen Schnitt. Die meisten Unfälle aufgrund von Verbrennungen und Verätzungen wurden bei Kindern bis fünf Jahre behandelt, wobei die Rate bei Buben in der Steiermark höher ist als bei Mädchen.

22.9 „Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle“ – Verbrennungen und Verätzungen nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	rohe Raten pro 100.000 Personen														
2001	124,4	38,9	14,5	41,3	51,5	104,0	37,1	8,9	28,2	41,7	143,8	40,6	19,8	53,8	60,9
2002	67,8	36,6	20,1	30,7	37,1	48,8	34,7	14,7	11,4	26,0	85,9	38,4	25,2	48,9	47,6
2003	100,9	18,8	28,6	38,1	43,8	115,1	25,8	5,9	23,2	38,3	87,4	12,2	49,9	52,2	49,0
2004	109,6	17,7	34,4	52,3	50,9	93,2	6,6	32,5	34,9	39,5	125,1	28,3	36,1	68,9	61,7
2005	156,7	18,3	25,9	43,8	56,5	112,5	6,8	17,8	26,1	37,3	198,7	29,2	33,6	60,6	74,6
2006	143,6	27,2	16,1	35,2	51,0	124,2	20,9	12,1	14,4	38,4	162,1	33,3	19,9	55,0	62,9
2007	126,1	17,7	22,4	40,7	48,8	134,3	10,9	3,1	14,4	36,4	118,3	24,2	40,4	65,7	60,6
2008	95,0	9,0	12,3	36,3	36,3	73,5	11,1	3,1	14,4	23,5	115,7	7,0	20,9	56,9	48,5

Datenquelle: Statistik Austria; Berechnung: FH JOANNEUM

Tabelle 22.6: Ausgewählte zu einem Krankenhausaufenthalt führende Unfälle – Verbrennungen und Verätzungen nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Insgesamt wurden 2008 36 steirische Kinder und Jugendliche zwischen null und 19 Jahren pro 100.000 Personen aufgrund von Verbrennungen und Verätzungen in Krankenhäusern der Steiermark behandelt. Die Rate ist bei männlichen Personen in fast allen Jahren höher als bei den weiblichen. Nach Altersgruppen betrachtet, kann man mit steigendem Alter einen Rückgang der Anzahl der stationären Aufenthalte aufgrund von Verbrennungen pro 100.000 Personen beobachten, wobei bei der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen tendenziell wieder ein Ansteigen der Raten zu beobachten ist. Die Raten der unter 20-Jährigen gesamt betrachtet nehmen über die letzten sieben Jahre leicht ab.

22.10 Zusammenfassung

Bei den Unfällen, die aufgrund der Krankenhausentlassungsdaten analysiert wurden, liegt die Steiermark mit Ausnahme der Unfälle aufgrund von Vergiftungen im österreichischen Schnitt. Behandlungen im Krankenhaus aufgrund von Verbrennungen, Vergiftungen und Frakturen nehmen im zeitlichen Verlauf etwas ab. Den größten Anteil haben Frakturen. Bei Frakturen und Verbrennungen weisen Buben höhere Raten als Mädchen auf. Bei Verbrennungen treten in der Regel die höchsten Raten bei Kindern bis fünf Jahre auf, während diese Gruppe am wenigsten von ausgewählten Knochenbrüchen betroffen ist. Das heißt, bei der Planung von Präventionsmaßnahmen ist auf verschiedene Altersgruppen Bedacht zu nehmen.

Literatur

- AUVA. (o.J.). *Schülerunfälle. Schwerpunkt: Sport. Unfallstatistik 2004-2008*. O.O.: AUVA. Abteilung Statistik. Download vom 07. April 2010 von http://www.auva.at/portal27/portal/auvaportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=5&p_menuid=67742&action=2.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Statistik Austria. (2005). *Standard-Dokumentation. Metainformation. (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zur Spitalsentlassungsstatistik*. Bearbeitungsstand 06.10.2005. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (23.03.2010). *Das Unfallgeschehen mit Kindern (0-14 Jahre) nach Bundesländern*. Wien: Statistik Austria. Download vom 07. April 2010 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/unfaelle/strassenverkehrsunfaelle/index.html.
- Statistik Austria. (2009). *Straßenverkehrsunfälle 2008*. Wien: Statistik Austria.
- WHO. (1999). *Gesundheit21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.
- WHO. (2005). *Der Europäische Gesundheitsbericht. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.

23 Zahngesundheit

23.1 Bedeutung des Indikators „Zahngesundheit“

Eine gute Zahngesundheit ist nicht nur für eine verbesserte Lebensqualität wichtig, sondern dient auch der Verhütung von verschiedenen Krankheiten und führt somit zu einem besseren Gesundheitszustand (WHO, 1999, S. 80). Orale Erkrankungen, die vor allem im Erwachsenenalter auftreten, sind Zahnfleischerkrankungen, während bei Kindern und Jugendlichen die häufigste orale Erkrankung Karies ist (Sax, 2005, S. 1). Ein gesundes Milchgebiss gilt als Indikator für die weitere Zahngesundheit, da ein kariöses Milchgebiss ein erhöhtes Risiko für die verbleibenden Zähne darstellt (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 3). Die WHO deklarierte daher als Ziel, dass bis zum Jahr 2000 50 % der Kinder kariesfrei sein sollten, bis zum Jahr 2020 80 % (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 1).

Für 12-Jährige wurde seitens der WHO für das Jahr 2000 ein DMFT-Index von maximal 2 und für das Jahr 2020 von maximal 1,5 als Ziel festgelegt (Sax, 2005, S. 2). Der DMFT-Index misst jeweils die durchschnittliche Anzahl an kariösen (decayed), fehlenden (missing) und sanierten (filled) Zähnen (teeth) im bleibenden Gebiss. Für die Milchzähne ist der entsprechende Index der dmft-Index (in Kleinbuchstaben) (Rigby & Köhler, 2002, S. 57). Um verschiedene Stufen von Karies zu beschreiben, wird zwischen d_0 , d_1 , d_2 und d_3 unterschieden, wobei d_3 bedeutet, dass ein füllungsbedürftiger Kariesdefekt vorliegt, während Stufen davor noch reversible Schädigungen der Zähne bedeuten (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 7).

23.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Zahngesundheit“

Rigby und Köhler empfehlen für die Darstellung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen eine Analyse des durchschnittlichen dmft-Index für 5-Jährige und des durchschnittlichen DMFT-Index für 12-Jährige (Rigby & Köhler, 2002, S. 57). In dem vorliegenden Bericht werden Daten dargestellt und analysiert, die im Rahmen der Zahnstatuserhebung 2006 für 6-Jährige sowie der Zahnstatuserhebung 2008 für 12-Jährige durch die Koordinationsstelle Zahnstatus des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG) erhoben wurden. Durch die Koordinationsstelle Zahnstatus werden seit 1996/1997 Zahnstatuserhebungen durchgeführt²³, allerdings nur auf Österreichebene, weshalb keine Darstellung dieser Daten auf Bundeslandebene möglich ist. Im Jahr 2006 wurden für 6-Jährige in Zusammenarbeit mit sechs Bundesländern – darunter die Steiermark – auch auf dieser Ebene Daten erhoben. Da die Erhebung in Volksschulen durchgeführt wird (Sax, 2005, S. 2), entsteht das zur oben genannten Empfehlung unterschiedliche Alter von 6 Jahren anstatt von 5 Jahren. Im Jahr 2008 wurden auch für 12-Jährige auf Bundeslandebene Daten erhoben mit einem Schwerpunkt auf dem Vergleich des Zahnstatus

²³ Die Koordinationsstelle Zahnstatus führt in allen von der WHO definierten Altersgruppen (6-Jährige, 12-Jährige, 18-Jährige, 35- bis 44-Jährige und 65- bis 74-Jährige) Zahnstatuserhebungen durch, wobei jedes Jahr eine andere Altersgruppe untersucht wird (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 1).

zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Als Kinder mit Migrationshintergrund werden in der Zahnstuserhebung jene Kinder bezeichnet, die nicht in Österreich geboren wurden bzw. die aus Familien stammen, wo zumindest ein Elternteil nicht in Österreich geboren wurde (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 36).

Die Stichprobenziehung für die Zahnstuserhebung erfolgt in mehreren Stufen, wobei zuerst Schulen zufällig, anschließend Kinder mit positiver Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Untersuchung ausgewählt werden. Durch diese Art der Stichprobenziehung ist es möglich, dass z.B. Kinder mit besonders schlechtem Zahnstatus unterrepräsentiert sind, da deren Eltern u.U. eine Zustimmung verweigern (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 4-5)

Präsentiert werden daher einerseits gemäß der Empfehlung von Rigby und Köhler der durchschnittliche d_3mft -Index für 6-Jährige nach Geschlecht sowie andererseits der Anteil der kariesfreien Kinder, um darzustellen, inwieweit in der Steiermark das oben genannte WHO-Ziel für 6-Jährige bereits erfüllt ist. Als kariesfrei werden jene Kinder bezeichnet, die entweder ein völlig gesundes Milchgebiss oder nur Schmelzkaries, die durch gezielte Vorsorgemaßnahmen behandelbar ist, aufweisen (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 14). Um von einem kariesfreien Gebiss sprechen zu können, muss der d_3mft -Index 0 sein (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 37). Diese Daten werden nach Geschlecht und für verschiedene steirische Regionen dargestellt.

Weiters wird für die Altersgruppe der 12-Jährigen der Zahnstatus anhand des Anteils jener, die ein kariesfreies Gebiss aufweisen, und des durchschnittlichen d_3mft -Index dargestellt. Dadurch ist es möglich abzuschätzen, inwieweit die WHO-Ziele für 2000 (d_3mft -Index von 2) und für 2020 (d_3mft -Index von 1,5) bereits erreicht wurden. Aufgrund des zuvor angesprochenen Augenmerks der Erhebung auf den Migrationshintergrund ist bei diesen Daten eine weitere Unterscheidung – zusätzlich zu Geschlecht und Region – möglich.

23.3 „Zahngesundheit“ bei 6-Jährigen nach Geschlecht, Region und im Vergleich zu Gesamtösterreich

Gliederungsmerkmal	Mädchen			Buben		
	Anzahl	Prozent kariesfrei	d ₃ mft-Index	Anzahl	Prozent kariesfrei	d ₃ mft-Index
NUTS-3-Regionen						
Graz	100	67,0	1,4	111	68,5	1,4
Oststeiermark	41	63,4	1,9	41	46,3	3,0
östliche Obersteiermark und Liezen	55	67,3	1,7	53	54,7	2,0
westliche Obersteiermark und West-/ Südsteiermark	71	50,7	2,3	72	66,7	1,6
Steiermark	272	61,8	1,8	279	61,6	1,8
Österreich	279	47,7	2,6	284	43,3	2,8

Datenquelle: Styria vitalis

Tabelle 23.1: Zahngesundheit bei 6-Jährigen nach Geschlecht und steirischen Regionen im Jahr 2006

Sowohl bei Mädchen als auch bei Buben ist in der Steiermark der Anteil derjenigen, die als kariesfrei bezeichnet werden können, höher als im österreichischen Schnitt. Auf Österreichebene wurde 2006 mit 48 % kariesfreie Mädchen und 43 % kariesfreie Buben das WHO-Ziel für 2000 (50 % kariesfreie Kinder) noch nicht erreicht. Anders stellt sich die Situation in der Steiermark dar, wo sowohl Buben als auch Mädchen zu 62 % als kariesfrei bezeichnet werden können. Ein weiterer Indikator dafür, dass die steirischen Kinder eine bessere Mundgesundheit aufweisen als andere österreichische Kinder, ist deren niedrigerer d₃mft-Index. In der Steiermark sind im Schnitt 1,8 Zähne der 6-Jährigen in irgendeiner Form nicht mehr gesund (fehlend, kariös oder bereits saniert). Auf Österreichebene liegt der d₃mft-Index bei Mädchen bei 2,6 und bei Buben bei 2,8.

In der Steiermark selbst sind jedoch regionale Unterschiede sichtbar. Während in der NUTS-3-Region „Graz“ der Anteil der kariesfreien Mädchen (67 %) und Buben (69 %) sowie der d₃mft-Index mit je 1,4 am niedrigsten ist, weisen Buben in den NUTS-3-Regionen „Oststeiermark“ (d₃mft-Index = 3,0) und „östlichen Obersteiermark“ sowie „Liezen“ (d₃mft-Index = 2,0) und Mädchen in den NUTS-3-Regionen „westlichen Obersteiermark“ und „West-/Südsteiermark“ die schlechteste Zahngesundheit (d₃mft-Index = 2,3) auf.

23.4 „Zahngesundheit“ bei 12-Jährigen nach Geschlecht, Region und im Vergleich zu Gesamtösterreich

Gliederungsmerkmal	Mädchen			Buben		
	Anzahl	Prozent kariesfrei	d ₃ mft-Index	Anzahl	Prozent kariesfrei	d ₃ mft-Index
NUTS-3-Regionen						
Graz	59	56,4	1,2	70	52,5	1,5
Liezen	25	46,7	1,1	28	63,9	0,6
östliche Obersteiermark	46	35,9	2,1	36	39,1	1,9
Oststeiermark	38	69,3	0,8	28	50,8	1,3
West-/ Südsteiermark	21	60,1	0,8	24	58,0	0,7
westliche Obersteiermark	20	54,2	1,0	24	56,5	1,1
Steiermark	209	53,5	1,2	210	53,0	1,2
Österreich	1390	46,9	1,5	1273	47,4	1,4

Datenquelle: Styria vitalis

Tabelle 23.2: Zahngesundheit bei 12-Jährigen nach Geschlecht und steirischen Regionen im Jahr 2008

Der Anteil der kariesfreien Kinder ist in der Steiermark mit 53 % bei den Buben und 54 % bei den Mädchen höher als im österreichischen Schnitt (Mädchen und Buben je 47 %). Ein gesünderes Gebiss weisen die steirischen Kinder auch in Hinblick auf den d₃mft-Index auf. Bei steirischen Mädchen und Buben sind jeweils durchschnittlich 1,2 Zähne nicht mehr vorhanden, kariös oder bereits behandelt, während im österreichischen Schnitt Mädchen einen d₃mft-Index von 1,5 und Buben von 1,4 haben. Das bedeutet, dass in dieser Altersgruppe das WHO-Ziel von 2020 schon erreicht wurde.

Betrachtet man die Zahngesundheit der 12-jährigen Kinder in den sechs steirischen NUTS-3-Regionen, so werden regionale Unterschiede sichtbar. Der niedrigste Anteil an Kindern mit kariesfreiem Gebiss wurde in der Region „östliche Obersteiermark“ identifiziert, hier haben nur 36 % der untersuchten Mädchen und 40 % der untersuchten Buben keine Karies. In dieser Region ist auch das WHO-Ziel eines d₃mft-Index aufgrund der Untersuchungsergebnisse noch nicht erreicht, dieser beträgt bei Mädchen 2,1 und bei Buben 1,9. Eine weitere Region, wo aufgrund der Ergebnisse der Zahnstaterhebung weniger als 50 % der Kinder ein kariesfreies Gebiss haben dürften, ist Liezen. Davon sind jedoch nur die Mädchen betroffen, während bei den Buben 64 % als kariesfrei bezeichnet werden können.

23.5 „Zahngesundheit“ nach sozioökonomischem Status

Für die Darstellung nach sozioökonomischem Status liegen auf Bundesländerebene für 6-jährige Kinder keine Daten vor. Im Rahmen der Zahnstaterhebung 2006 wurde besonderer Wert auf die Analyse des unterschiedlichen Zahnstatus von österreichischen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund gelegt (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 5). Die Ergebnisse der Zahnstaterhebung weisen darauf hin, dass 6-jährige Kinder mit Migrationshintergrund nicht nur

seltener ein kariesfreies Milchgebiss aufweisen (Kinder mit Migrationshintergrund: 30 %; Kinder ohne Migrationshintergrund: 53 %), sondern auch häufiger einen Behandlungsbedarf haben. Im Vergleich zu österreichischen Kindern haben diese auch einen höheren dmft-Index (Kinder mit Migrationshintergrund: 3,9; Kinder ohne Migrationshintergrund: 2,2) (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 36-38).

Im Rahmen der Zahnstuserhebung 2008 bei den 12-Jährigen wurde auch auf Bundesländerebene der Migrationsstatus erhoben, weshalb es hier möglich ist, für die Steiermark eine Aussage zu treffen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Aussagen auf Basis von sehr geringen Fallzahlen gemacht werden und diese daher nur einen Hinweis auf die Situation geben können.

Gliederungsmerkmal	ohne Migrationshintergrund			mit Migrationshintergrund		
	Anzahl	Prozent kariesfrei	d ₃ mft-Index	Anzahl	Prozent kariesfrei	d ₃ mft-Index
NUTS-3-Regionen						
Graz	53	58,4	1,3	76	40,7	1,7
Liezen	41	56,3	0,8	12	41,2	1,2
östliche Obersteiermark	52	38,6	1,9	30	27,2	2,7
Oststeiermark	59	60,9	1,0	7	70,7	0,9
West-/ Südsteiermark	37	59,4	0,7	8	49,5	1,5
westliche Obersteiermark	39	56,4	1,0	5	19,3	2,2
Steiermark	281	54,8	1,2	138	39,1	1,8
Österreich	1694	52,9	1,2	969	28,4	2,3

Datenquelle: Styria vitalis

Tabelle 23.3: Zahngesundheit bei 12-Jährigen nach Migrationshintergrund und steirischen Regionen im Jahr 2008

Sowohl auf Österreich- als auch auf Steiermarkebene ist zu erkennen, dass Kinder mit Migrationshintergrund eine schlechtere Zahngesundheit aufweisen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Während in der Steiermark 55 % der Kinder ohne Migrationshintergrund ein kariesfreies Gebiss haben, sind es bei den Kindern mit Migrationshintergrund nur 39 %. Auch der d₃mft-Index ist bei Kindern mit Migrationshintergrund sowohl in der Steiermark (1,8) als auch in Österreich (2,3) höher als bei Kindern ohne Migrationshintergrund (jeweils 1,2). Aufgrund der teilweise geringen Zahlen für die steirischen Regionen lassen sich nur Trends ablesen, die jedoch ebenfalls auf eine schlechtere Zahngesundheit der Kinder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu jenen ohne einen solchen hinweisen. Weitere Analysen zeigen, dass auch Kinder von Eltern ohne Matura häufiger von schlechterer Zahngesundheit betroffen sind, vor allem wenn es Kinder mit Migrationshintergrund sind (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 41).

23.6 „Zahngesundheit“ und Trend

Auch für die Darstellung einer zeitlichen Entwicklung liegen nur auf Österreichebene Daten vor. Die durch das ÖBIG durchgeführte Analyse zeigt auf, dass sich der Anteil der 6-jährigen Kinder, die ein kariesfreies Gebiss haben (1996: 47 %, 2006: 53 %), sowie der Anteil der Kinder, die ein völlig

gesundes Gebiss haben (1996: 7 %, 2006: 37 %), vergrößert. Zugleich ist der Anteil der Kinder, die einen Behandlungsbedarf aufweisen, etwas kleiner geworden, wenngleich er zwischen den letzten beiden Untersuchungen konstant geblieben ist (1996: 40 %, 2001 und 2006: 32 %) (Bodenwinkler, Sax, Kerschbaum & Städtler, 2007, S. 51). Auch für 12- und 18-Jährige lässt sich auf Österreichebene eine Verbesserung der Zahngesundheit im zeitlichen Verlauf feststellen (Sax, 2005, S. 7-8).

23.7 Zusammenfassung

In der Steiermark wurde 2006 das Ziel der WHO für 2000 bezüglich des Anteils der kariesfreien Kinder bei den 6-Jährigen erreicht, es herrscht jedoch noch weiterer Handlungsbedarf, um das Ziel für 2020 (80 % kariesfreie Kinder) zu erreichen. Bei den 12-Jährigen wurde bereits das WHO-Ziel für 2020, welches einen d_3mft -Index von maximal 1,5 vorsieht, erreicht. Tendenziell ist die Zahngesundheit der steirischen Kinder besser als jene der anderen österreichischen Kinder. Handlungsbedarf herrscht vor allem in ländlichen Gebieten, hier besonders in der Oststeiermark. Daten auf Österreichebene geben Hinweise darauf, dass sich die Zahngesundheit insgesamt verbessert, es jedoch großen Bedarf an Präventionsmaßnahmen für sozial benachteiligte Gruppen gibt. Dies zeigt sich auch bei den Daten zur Zahngesundheit der 12-Jährigen, wo Kinder mit Migrationshintergrund eine schlechtere Zahngesundheit aufweisen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Auf Grund der jeweils nur sehr geringen Fallzahlen sind diese Daten und Ergebnisse jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.

Literatur

- Bodenwinkler A., Sax, G., Kerschbaum, J. & Städtler, P. (2007). *Zahnstatus 2006. Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Sax, G. (2005). *Mundgesundheit in Österreich. Gesammelte Ergebnisse der Zahnstatuserhebungen 1996-2003*. Endbericht. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen.
- WHO. (1999). *Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.

Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten

Folgende Kapitel beziehen sich auf das Gesundheitsziel „Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten“ und sind wie folgt gegliedert:

24. Altersspezifische Gesamtmortalität

25. Ursachenspezifische Mortalität

26. Subjektiver Gesundheitszustand

27. Berichtete Beschwerden

28. Kinderbegleitung im Krankenhaus

24 Altersspezifische Gesamtmortalität

24.1 Bedeutung des Indikators „Altersspezifische Gesamtmortalität“

Als ein Indikator für die Qualität der gesundheitlichen Betreuung kann neben der Lebenserwartung und der Morbidität die Mortalität gesehen werden (Schubert & Horch, 2004, S. 34). Treten in einer Bevölkerung im Vergleich zu einer anderen verstärkt Todesfälle auf, so kann dies als Hinweis auf besonders hohe Gesundheitsrisiken gedeutet werden (LÖGD, 2006, S. 128) und es lassen sich Rückschlüsse auf die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von medizinischer Versorgung tätigen (WHO, 2005, S. 60). Die Sterblichkeit gibt jedoch auch einen Hinweis auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Schubert & Horch, 2004, S. 34). So treten zwischen verschiedenen sozioökonomischen Gruppen unterschiedliche Mortalitätsraten auf (WHO, 2005, S. 13). Hohe Mortalitätsraten bei Kindern und Jugendlichen können einen Anhaltspunkt für eine hohe Anzahl vermeidbarer Todesfälle darstellen (Rigby & Köhler, 2002, S. 46).

Durch die Umorientierung der Gesundheitsdienste in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention mit Bedacht auf die Erreichung benachteiligter Gruppen, wie in den Gesundheitszielen Steiermark verankert, kann ein wichtiger Beitrag für den Gesundheitserhalt einzelner Personen geleistet werden (Land Steiermark, 2007, S. 28). Diese Umorientierung kann auch helfen, Mortalitätsraten zu senken und somit die Lebenserwartung zu erhöhen (WHO, 2005, S. 16-18).

24.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „altersspezifische Gesamtmortalität“

Zur Darstellung der Kindersterblichkeit wird seitens der EU im Rahmen des Indikatorensets „CHILD“ neben der Säuglingssterblichkeit die Analyse der Gesamtmortalität der unter 20-Jährigen empfohlen. Diese soll pro 100.000 Personen für die Gesamtbevölkerung und nach Geschlechtern getrennt dargestellt werden, darüber hinaus ist eine Trennung nach sozioökonomischen Faktoren wünschenswert (Rigby & Köhler, 2002, S. 46).

Die Säuglingssterblichkeit soll durch die Zahl der gestorbenen Kinder bis zum Alter von einem Jahr auf 1.000 Lebendgeburten und nach Geschlecht getrennt dargestellt werden. Auch hier wird eine Darstellung der Zahlen nach sozioökonomischen Faktoren gewünscht (Rigby & Köhler, 2002, S.46).

Bei beiden Indikatoren ist eine Differenzierung nach sozioökonomischen Faktoren aufgrund der vorliegenden Daten nicht möglich. Um Zufallsschwankungen in der Sterblichkeit auszugleichen wurde für den Vergleich zwischen den Bundesländern ein Durchschnitt für die Jahre von 2004 bis 2008 berechnet.

24.3 „Altersspezifische Gesamtmortalität“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungs- merkmal	gesamt	weiblich	männlich
	rohe Rate pro 100.000 im Durchschnitt von 2004 bis 2008		
Bundesländer			
Burgenland	38,0	30,8	45,0
Kärnten	31,4	21,1	41,3
Niederösterreich	41,6	31,0	51,6
Oberösterreich	38,5	29,6	47,0
Salzburg	38,2	31,2	44,7
Steiermark	33,1	24,8	41,1
Tirol	33,5	25,2	41,5
Vorarlberg	39,6	32,0	46,8
Wien	47,4	41,5	53,0
Österreich	39,1	30,7	47,0

Datenquelle: Statistik Austria; Berechnung FH JOANNEUM

Tabelle 24.1: Gesamtmortalität nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Im Durchschnitt verstarben in den Jahren 2004 bis 2008 in der Steiermark 33 Personen im Alter von null bis 19 Jahren pro 100.000 Personen. Die Sterblichkeit liegt unter jener von Gesamtösterreich (39 Verstorbene pro 100.000 Personen im Alter von 0 bis 19 Jahren) und ist im Bundesländervergleich die zweitniedrigste Mortalitätsrate.

In allen Bundesländern lässt sich im Zeitraum von 2004 bis 2008 durchschnittlich eine höhere Sterblichkeit von männlichen Kindern und Jugendlichen im Alter von null bis 19 Jahren als von solchen weiblichen Geschlechts feststellen.

24.4 „Altersspezifische Gesamtmortalität“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungs- merkmal	gesamt	weiblich	männlich
	rohe Rate pro 100.000		
2000	47,15	38,12	55,71
2001	40,26	28,58	51,36
2002	39,78	30,67	48,39
2003	33,71	23,13	43,70
2004	36,42	29,80	42,67
2005	35,54	26,79	43,82
2006	33,07	20,45	45,05
2007	26,62	21,52	31,46
2008	33,87	25,13	42,18

Datenquelle: Statistik Austria; Berechnung FH JOANNEUM

Tabelle 24.2: Gesamtmortalität nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Verlauf

Betrachtet man die Gesamtmortalität gemäß den Empfehlungen von Rigby und Köhler für alle Personen bis 20 Jahre, so ist seit 2001 eine einigermaßen gleichbleibende Sterblichkeitsrate mit starken jährlichen Schwankungen zu beobachten, nur 2000 ist eine höhere Rate erkennbar. Generell ist jedoch die Sterblichkeit von männlichen Kindern und Jugendlichen höher als jene von weiblichen Personen dieses Alters.

24.5 „Säuglingssterblichkeit“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungs- merkmal	Bgl			Ktn			NÖ			OÖ			Sbg			Stmk			T			Vbg			W			Ö		
	g	w	m	g	w	m	g	w	m	g	w	m	g	w	m	g	w	m	g	w	m	g	w	m	g	w	m	g	w	m
Jahr	auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Geschlechts bei Mädchen und Buben, auf 1.000 Lebendgeborene bei Gesamt																													
1990	4,9	4,5	5,3	7,5	8,3	6,7	7,8	6,9	8,6	7,7	6,1	9,2	8,1	6,3	9,7	6,2	5,3	7,1	9,4	8,7	10,1	9,4	9,8	9,0	8,7	8,7	8,6	7,8	7,1	8,5
1991	8,1	9,3	7,1	7,4	4,9	9,8	7,2	5,4	9,0	8,0	7,4	8,5	5,7	5,0	6,3	5,9	5,5	6,2	8,0	7,5	8,4	8,8	6,7	10,9	8,5	7,9	9,0	7,5	6,5	8,4
1992	7,6	9,2	6,1	7,3	4,0	10,4	6,2	5,2	7,0	8,4	6,9	9,7	5,0	3,4	6,5	6,4	6,3	6,6	7,6	7,9	7,2	7,6	6,0	9,1	9,9	8,4	11,4	7,5	6,5	8,5
1993	5,1	5,2	5,0	5,9	5,8	6,1	6,3	4,7	7,8	6,9	5,4	8,5	5,5	5,4	5,7	5,2	4,3	6,1	7,3	6,2	8,4	4,4	4,8	4,0	8,1	7,6	8,6	6,5	5,6	7,3
1994	5,3	2,4	8,1	5,3	6,2	4,4	7,4	7,0	7,9	7,1	5,4	8,8	6,0	6,6	5,5	4,4	3,2	5,6	7,3	6,2	8,4	5,4	5,8	4,9	5,9	5,8	6,0	6,3	5,6	6,9
1995	4,8	4,8	4,8	4,4	2,3	6,4	5,3	4,3	6,3	5,6	6,6	4,7	6,3	6,7	6,0	2,0	1,7	2,3	5,1	3,3	6,8	7,1	7,8	6,4	7,7	6,4	8,9	5,4	4,9	5,9
1996	6,1	4,9	7,3	5,3	5,7	4,8	4,6	4,0	5,1	5,8	5,2	6,4	4,7	3,0	6,5	3,7	4,2	3,3	6,0	6,3	5,7	5,0	5,8	4,2	5,4	5,1	5,6	5,1	4,8	5,3
1997	4,5	3,4	5,5	4,4	4,6	4,2	4,4	4,3	4,6	6,0	4,8	7,1	5,4	4,8	6,0	4,6	4,9	4,4	3,4	3,7	3,2	4,2	5,2	3,3	4,6	5,7	3,5	4,7	4,7	4,7
1998	3,0	2,6	3,4	4,2	3,7	4,7	4,4	4,0	4,8	4,2	3,2	5,1	4,6	4,7	4,4	3,5	3,1	3,9	6,2	6,0	6,4	5,7	4,4	6,9	7,0	6,9	7,0	4,9	4,5	5,3
1999	3,1	4,5	1,8	3,6	4,3	3,0	5,1	5,1	5,1	4,2	3,4	5,0	2,7	2,3	3,1	3,3	3,3	3,2	3,9	4,9	3,0	7,1	8,0	6,3	5,1	4,7	5,5	4,4	4,3	4,4
2000	5,0	4,8	5,2	3,3	3,6	3,0	5,4	3,1	7,5	4,9	5,3	4,5	3,5	3,1	3,9	4,2	4,2	4,2	5,3	3,5	7,0	5,9	4,2	7,6	5,1	5,2	5,0	4,8	4,2	5,4
2001	5,4	0,9	9,7	5,0	4,5	5,5	4,1	3,3	4,8	4,7	3,6	5,7	4,0	2,0	6,1	3,3	2,3	4,3	4,9	4,5	5,2	6,5	4,7	8,2	6,3	5,0	7,6	4,8	3,7	6,0
2002	2,3	1,0	3,5	2,5	1,7	3,3	3,9	2,8	5,0	3,7	3,1	4,2	4,4	3,1	5,7	2,9	2,8	3,0	3,9	3,5	4,2	4,7	3,0	6,5	5,7	5,4	6,0	4,1	3,4	4,7
2003	6,0	6,4	5,6	2,3	3,0	1,6	4,6	3,6	5,5	4,7	4,5	4,8	4,4	5,6	3,3	3,1	2,0	4,2	3,1	1,8	4,3	3,4	3,2	3,7	6,3	6,0	6,6	4,5	4,0	4,9
2004	2,3	1,8	2,7	2,9	2,5	3,2	4,4	4,0	4,8	5,2	4,8	5,5	4,8	5,9	3,7	3,2	2,5	3,9	4,0	3,2	4,7	4,0	4,5	3,4	5,7	5,8	5,6	4,5	4,3	4,7
2005	3,7	5,6	1,8	2,9	1,7	4,1	3,6	3,3	3,9	3,7	2,7	4,6	4,5	4,7	4,4	3,5	3,5	3,6	3,9	4,1	3,7	5,0	6,8	3,4	5,7	5,4	6,1	4,2	4,0	4,4
2006	3,8	2,8	4,8	3,7	3,8	3,5	3,5	2,7	4,2	3,4	2,4	4,3	2,2	2,0	2,3	3,4	2,2	4,6	3,3	3,9	2,8	4,7	5,9	3,5	4,3	3,7	4,8	3,6	3,1	4,1
2007	4,1	3,8	4,4	2,1	2,2	2,0	4,4	4,0	4,8	3,4	2,8	4,0	2,4	2,0	2,7	2,5	2,4	2,5	2,3	2,8	1,8	3,2	2,1	4,4	5,4	4,6	6,3	3,7	3,3	4,1
2008	3,2	4,5	1,8	1,9	1,3	2,5	4,7	3,4	5,9	3,1	2,5	3,7	2,6	1,2	3,8	2,7	2,0	3,5	1,6	2,2	1,1	4,0	1,6	6,1	5,5	5,0	6,0	3,7	3,0	4,4
Ø 2004 -2008	3,4	3,7	3,1	2,7	2,3	3,1	4,1	3,5	4,7	3,8	3,1	4,4	3,3	3,2	3,4	3,1	2,5	3,6	3,0	3,2	2,8	4,2	4,2	4,1	5,3	4,9	5,8	3,9	3,5	4,3

Datenquelle: Statistik Austria: Demographisches Jahrbuch 2008, S. 169, 171, 249 und 251

Tabelle 24.3: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, im Bundesländervergleich und im zeitlichen Trend

g: gesamt

w: weiblich

m: männlich

Die Säuglingssterblichkeit – also die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr – ist seit 1990 in der Steiermark von 6,2 Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeburten auf 2,7 Gestorbene pro 1.000 Lebendgeburten im Jahr 2008 zurückgegangen, wobei dieser Rückgang jährlichen Schwankungen unterliegt. Um diese Schwankungen auszugleichen und einen Vergleich zwischen den Bundesländern und den Geschlechtern zu ermöglichen, wurde ein Durchschnitt für die Jahre 2004 bis 2008 berechnet. In diesem Zeitraum fällt die Säuglingssterblichkeit der Mädchen mit 2,5 Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeburten durchschnittlich geringer aus als bei Buben, wo sie bei 3,6 Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeburten liegt. Dies bestätigt, dass Geschlecht als beeinflussender Faktor für die Sterblichkeit gilt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 24.07.2008).

In den Jahren 2004 bis 2008 lag die Säuglingssterblichkeit in der Steiermark durchschnittlich etwas unter der Säuglingssterblichkeit im österreichischen Schnitt, wo sowohl die Sterblichkeit der männlichen (4,3 Gestorbene pro 1.000 Lebendgeburten) als auch der weiblichen Säuglinge (3,5 Gestorbene pro 1.000 Säuglinge) höher als in der Steiermark war.

24.6 Zusammenfassung

Insgesamt weisen die Gesamtsterblichkeitsraten von Kindern und Jugendlichen, wenn nur die Sterblichkeit der unter 20-Jährigen betrachtet wird, auf eine Stagnation der Sterblichkeit in den letzten acht Jahren hin. Die Sterblichkeit der Buben und männlichen Jugendlichen unter 20 Jahren liegt jedoch über jener der Mädchen. Dies gilt auch für die Säuglingssterblichkeit, wobei diese über die Zeit rückläufig ist. Im Bundesländervergleich ist die Sterblichkeit der Kinder und Jugendlichen bis 20 Jahre in der Steiermark in den Jahren 2004 bis 2008 durchschnittlich die zweitniedrigste.

Literatur

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (24.07.2008). *Säuglingssterblichkeit Kapitel 1.4.4 [Gesundheit in Deutschland, 2006]*. Download vom 24. Juli 2008 von http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=10567&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=17&p_news=&p_sprachz=D&p_uid=gastg&p_aid=76059827&hlp_nr=2&p_janein=J.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- LÖGD. (2006). *Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen, Band 1: Themenfelder 1 – 3, Adaptierte Fassung für NRW, 2005*. Bielefeld: LÖGD.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Schubert, I. & Horch, K. (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Statistik Austria. (2009). *Demographisches Jahrbuch 2008*. Wien: Statistik Austria.

WHO. (2005). *Der Europäische Gesundheitsbericht. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt*. Kopenhagen. WHO-Regionalbüro für Europa.

25 Ursachenspezifische Mortalität

25.1 Bedeutung des Indikators „Ursachenspezifische Mortalität“

Je nach Alter und Geschlecht sind unterschiedliche Haupttodesursachen beobachtbar. Dies ist ein Hinweis darauf, dass Todesursachen bedingt durch geschlechtsspezifische Lebensweisen variieren und u.a. vom jeweiligen Verhalten, von den Umwelteinflüssen und der Gesundheitsversorgung abhängig sind (LÖGD, 2006, S. 144).

Todesfälle aufgrund übertragbarer Krankheiten sind gegenwärtig seltener geworden, dennoch ist zu beachten, dass aufgrund verstärkter Mobilität ein höheres Auftreten dieser Todesursache möglich ist, weshalb es wichtig ist, die Mortalität aufgrund von Infektionserkrankungen zu beobachten (Rigby & Köhler, 2002, S. 47). Als häufige Todesursache für Kleinkinder werden angeborene Missbildungen und für Kinder zwischen ein und vier Jahren maligne Neubildungen genannt (Rigby & Köhler, 2002, S. 47). Als häufige Todesursache für Kinder und Jugendliche spielen jedoch auch Verletzungen und Vergiftungen eine wesentliche Rolle (WHO, 2005, S. 59; Rigby & Köhler, 2002, S. 47).

25.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Ursachenspezifische Mortalität“

Im Rahmen des Indikatorensets „CHILD“ wird empfohlen, aufgrund der oben beschriebenen Fakten die ursachenspezifische Mortalität für folgende Erkrankungen oder Gründe anzugeben (Rigby & Köhler, 2002, S. 47):

- 1) Infektionskrankheiten (ICD-10-Codes: A00-B99)
- 2) bösartige Neubildungen (ICD-10-Codes: C00-C97)
- 3) angeborene Missbildungen (ICD-10-Codes: Q00-Q99)
- 4) unbeabsichtigte Verletzungen (ICD-10-Codes: V01-X59, Y85–Y86)
- 5) Selbstmord und Selbstbeschädigung (ICD-10-Codes: X60-X84, Y87.0)
- 6) Körperverletzung, Totschlag und Mord (ICD-10-Codes: X85-Y09, Y87.1)
- 7) perinatale Sterblichkeit²⁴

Dabei sollen jeweils die Raten (Todesfälle pro 100.000 Personen) für die Gesamtbevölkerung und nach Geschlechtern getrennt für die Altersgruppen 1, 1-4, 5-9, 10-14 und 15-17 Jahre dargestellt werden.

Im vorliegenden Bericht werden Daten, die dem ISIS (Integriertes Statistisches Informationssystem) der Statistik Austria entnommen wurden, mit geringfügigen Abweichungen zu den Empfehlungen von Rigby und Köhler dargestellt.

Folgende Abweichungen haben sich aufgrund der Datenverfügbarkeit ergeben:

²⁴ Die perinatale Sterblichkeitsrate wird aus der Zahl der totgeborenen Feten, mit einem Geburtsgewicht von über 1.000 Gramm, sowie der Zahl der gestorbenen Neugeborenen zwischen Tag 0 und Tag 6 berechnet (Statistik Austria, 02.06.2008).

ad 4) unbeabsichtigte Verletzungen nur ICD-10-Codes V01-X59 ohne ICD-10-Codes Y85-Y86

ad 5) Selbstmord und Selbstbeschädigung nur ICD-10-Codes X60-X84 ohne ICD-Code Y87.0

ad 6) Körperverletzung, Totschlag und Mord nur ICD-10-Codes X85-Y09 ohne ICD-10-Code Y87.1

Weiters werden die Daten für folgende Altersgruppen dargestellt: 0-4 Jahre, 5-9 Jahre, 10-14 Jahre und 15-19 Jahre sowie für alle Altersgruppen (0-19 Jahre) gemeinsam. Die Daten stehen nach Geschlecht getrennt zur Verfügung. Für den Vergleich über die Bundesländer hinweg wurde ein Schnitt für die Jahre 2004-2008 berechnet, um Schwankungen in den Daten auszugleichen.

Für die perinatale Sterblichkeit liegen Daten nach Bundesländern – seit 2001 jedoch nicht mehr für Geschlechter – getrennt vor.

25.3 „Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungs- merkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	pro 100.000 Personen gleichen Alters und gleichen Geschlechts im Schnitt von 2004 bis 2008														
Bundesländer															
Burgenland	1,7	0,0	0,0	0,0	0,4	3,5	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kärnten	0,0	0,0	0,6	1,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	2,3	1,0
Niederösterreich	2,4	0,2	0,0	0,8	0,8	1,7	0,5	0,0	1,3	0,8	3,1	0,0	0,0	0,4	0,8
Oberösterreich	2,0	1,3	0,4	0,7	1,0	2,3	1,6	0,0	0,5	1,0	1,7	1,0	0,9	0,9	1,1
Salzburg	3,0	0,7	1,2	0,6	1,3	1,6	1,4	1,3	0,0	1,0	4,4	0,0	1,2	1,2	1,6
Steiermark	1,5	0,3	0,0	1,4	0,8	1,5	0,7	0,0	1,2	0,8	1,5	0,0	0,0	1,6	0,8
Tirol	2,3	0,5	0,0	0,0	0,6	4,7	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,2
Vorarlberg	1,0	0,0	0,0	0,8	0,4	2,0	0,0	0,0	1,7	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Wien	0,7	0,0	0,5	0,7	0,5	1,5	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	1,0	0,9	0,5
Österreich	1,7	0,4	0,3	0,8	0,8	2,0	0,6	0,1	0,7	0,8	1,4	0,3	0,5	0,9	0,7

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 25.1 Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

In der Steiermark verstarb zwischen 2004 und 2008 durchschnittlich ein Kind bzw. ein/e Jugendliche/r im Alter von null bis 19 Jahren pro 100.000 Personen an einer Infektionskrankheit. Damit liegt die Steiermark im österreichischen Schnitt, was in absoluten Zahlen maximal zwei Todesfällen pro Jahr aufgrund von Infektionskrankheiten entspricht. Zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen lassen sich dabei keine relevanten Unterschiede erkennen.

25.4 „Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
rohe Rate pro 100.000 Personen															
1995	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1996	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1997	1,5	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,7
1998	1,6	0,0	0,0	1,4	0,7	3,3	0,0	0,0	2,8	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1999	0,0	0,0	0,0	1,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	0,7
2000	1,7	0,0	0,0	0,0	0,4	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2001	0,0	0,0	2,9	0,0	0,8	0,0	0,0	5,9	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2002	0,0	0,0	4,3	0,0	1,1	0,0	0,0	2,9	0,0	0,8	0,0	0,0	5,6	0,0	1,5
2003	3,7	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,3	0,0	0,0	0,0	1,5
2004	0,0	0,0	0,0	1,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,8
2005	1,9	1,7	0,0	1,4	1,2	0,0	3,4	0,0	2,9	1,6	0,0	3,2	0,0	0,0	0,8
2006	0,0	0,0	0,0	1,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,8
2007	1,9	0,0	0,0	0,0	0,4	3,8	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2008	3,8	0,0	0,0	1,4	1,2	3,9	0,0	0,0	2,9	1,7	3,7	0,0	0,0	0,0	0,8

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 25.2: Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten nach Geschlecht und im zeitlichen Trend

In der Steiermark spielten Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten in den letzten Jahren bei beiden Geschlechtern bis 20 Jahre eine geringe Rolle. Es ist davon auszugehen, dass derartige Ereignisse nur vereinzelt auftreten, wobei jedoch keine Veränderungen über die Zeit sowie Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen festgestellt werden können.

25.5 „Todesfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungs- merkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	pro 100.000 Personen gleichen Alters und gleichen Geschlechts im Schnitt von 2004 bis 2008														
Bundesländer															
Burgenland	1,7	3,1	4,0	2,5	2,9	3,5	6,2	2,7	2,6	3,7	0,0	0,0	5,2	2,4	2,1
Kärnten	0,0	2,8	0,6	3,5	1,8	0,0	1,4	0,0	2,4	1,0	0,0	4,2	1,2	4,6	2,6
Niederösterreich	1,3	3,3	1,9	4,6	2,9	1,1	2,0	0,9	5,2	2,4	1,6	4,6	2,9	4,1	3,3
Oberösterreich	1,4	2,6	1,6	3,8	2,4	0,6	4,2	2,8	4,1	3,0	2,2	1,0	0,4	3,5	1,8
Salzburg	2,3	2,1	3,1	3,7	2,8	1,6	1,4	3,8	5,1	3,1	2,9	2,7	2,4	2,4	2,6
Steiermark	1,1	0,3	0,9	2,5	1,3	0,8	0,7	1,2	2,3	1,3	1,5	0,0	0,6	2,7	1,2
Tirol	2,8	2,1	1,8	2,3	2,2	1,2	2,1	0,9	0,9	1,3	4,4	2,0	2,7	3,6	3,2
Vorarlberg	2,0	3,7	1,7	3,4	2,7	2,0	3,8	1,7	3,5	2,7	1,9	3,6	1,6	3,3	2,6
Wien	1,2	3,6	3,0	3,5	2,8	1,0	4,2	2,5	1,4	2,3	1,4	3,0	3,4	5,6	3,4
Österreich	1,5	2,6	1,9	3,5	2,4	1,0	2,8	1,8	3,2	2,2	1,9	2,5	2,0	3,8	2,6

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 25.3: Todesfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Insgesamt verstarben zwischen 2004 und 2008 in der Steiermark 16 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen null und 19 Jahren an bösartigen Neubildungen, was einer rohen Rate von durchschnittlich etwa einer Person pro 100.000 Personen gleichen Alters im Jahr entspricht. Diese Zahl ist niedriger als der österreichische Schnitt. Für die Steiermark lassen sich keine eindeutigen Trends hinsichtlich existierender Unterschiede nach Geschlecht oder Alter ablesen.

25.6 „Todesfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungs- merkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	rohe Rate pro 100.000 Personen														
1995	8,9	1,5	2,7	4,2	4,3	6,1	0,0	2,8	5,8	3,7	11,5	2,8	2,7	2,7	4,9
1996	3,0	1,5	5,5	0,0	2,5	6,2	3,0	2,8	0,0	3,0	0,0	0,0	8,1	0,0	2,1
1997	4,6	1,5	1,4	5,6	3,3	6,4	0,0	0,0	2,9	2,2	3,0	2,8	2,8	8,2	4,2
1998	0,0	5,8	0,0	1,4	1,8	0,0	11,9	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	2,7	0,7
1999	1,6	0,0	0,0	0,0	0,4	3,4	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2000	5,1	2,9	7,2	4,1	4,8	3,5	3,0	5,9	2,8	3,8	6,6	2,8	8,5	5,3	5,8
2001	0,0	0,0	2,9	4,1	1,9	0,0	0,0	3,0	2,8	1,5	0,0	0,0	2,8	5,4	2,2
2002	1,8	0,0	2,9	2,8	1,9	3,8	0,0	5,9	5,7	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2003	1,9	1,6	2,9	2,8	2,3	0,0	3,2	3,0	2,9	2,4	3,6	0,0	2,8	2,7	2,3
2004	1,9	0,0	1,4	4,2	2,0	3,9	0,0	3,0	5,8	3,2	0,0	0,0	0,0	2,8	0,8
2005	0,0	0,0	0,0	1,4	0,4	0,0	0,0	0,0	2,9	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2006	1,9	0,0	0,0	1,4	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	2,8	1,6
2007	1,9	1,8	1,5	2,8	2,0	0,0	3,6	3,1	2,9	2,5	3,7	0,0	0,0	2,7	1,6
2008	0,0	0,0	1,5	2,8	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	5,4	2,4

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 25.4: Todesfälle aufgrund von bösartigen Neubildungen nach Geschlecht und im zeitlichen Verlauf

Die Anzahl der Todesfälle von unter 20-Jährigen aufgrund von malignen Neubildungen ist in der Steiermark seit 1995 konstant gering, wobei keine geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede feststellbar sind. Eine Ausnahme stellen die Kinder unter fünf Jahren dar, bei denen sich seit 1995 ein Rückgang der Todesfälle erkennen lässt.

25.7 „Todesfälle aufgrund von angeborenen Missbildungen“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungs- merkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	pro 100.000 Personen gleichen Alters und gleichen Geschlechts im Schnitt von 2004 bis 2008														
Bundesländer															
Burgenland	13,8	0,0	2,6	2,5	4,3	10,5	0,0	2,7	2,6	3,7	16,9	0,0	2,6	2,4	4,9
Kärnten	12,0	1,4	2,4	1,8	4,0	13,2	1,4	2,5	0,0	3,7	11,0	1,4	2,4	3,4	4,2
Niederösterreich	22,8	1,2	1,5	1,5	5,9	21,5	1,0	1,3	1,7	5,6	24,0	1,4	1,6	1,2	6,2
Oberösterreich	26,6	0,8	0,2	1,1	6,2	22,8	0,0	0,0	1,8	5,4	30,2	1,5	0,4	0,4	7,0
Salzburg	15,8	2,8	0,0	0,6	4,3	18,7	2,8	0,0	1,3	5,1	13,1	2,7	0,0	0,0	3,6
Steiermark	22,3	2,4	0,6	2,5	6,1	21,7	2,8	0,6	3,5	6,4	22,9	2,0	0,6	1,6	5,9
Tirol	23,2	1,0	0,0	0,5	5,5	27,9	0,0	0,0	0,0	6,1	18,8	2,0	0,0	0,9	4,9
Vorarlberg	28,7	5,5	2,5	0,8	8,7	34,3	1,9	1,7	0,0	8,7	23,3	8,9	3,2	1,6	8,7
Wien	25,4	1,0	2,0	1,2	7,4	25,3	0,0	1,5	0,5	6,8	25,5	2,0	2,4	1,9	7,9
Österreich	22,9	1,5	1,1	1,4	6,1	22,7	1,0	0,9	1,4	5,9	23,0	2,1	1,3	1,3	6,3

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 25.5: Todesfälle aufgrund von angeborenen Missbildungen nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Pro 100.000 Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen null und 19 Jahren verstarben in den Jahren 2004 bis 2008 in der Steiermark durchschnittlich sechs Kinder und Jugendliche aufgrund von angeborenen Missbildungen. Diese Mortalitätsrate liegt im österreichischen Schnitt. Vor allem Kinder bis fünf Jahre weisen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen höhere Mortalitätsraten auf, wobei kein Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern feststellbar ist. Bei Kindern bis fünf Jahre lag in der Steiermark die Sterblichkeit bei 22 Kindern pro 100.000 Kinder gleichen Alters.

25.8 „Todesfälle aufgrund von angeborenen Missbildungen“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	rohe Rate pro 100.000 Personen														
1995	16,3	0,0	0,0	1,4	4,3	9,2	0,0	0,0	2,9	2,9	23,1	0,0	0,0	0,0	5,6
1996	24,1	0,0	1,4	0,0	6,1	24,9	0,0	0,0	0,0	5,9	23,4	0,0	2,7	0,0	6,3
1997	35,5	0,0	2,8	1,4	9,4	28,8	0,0	2,9	2,9	8,2	41,9	0,0	2,8	0,0	10,6
1998	22,3	0,0	2,9	0,0	5,8	16,4	0,0	5,9	0,0	5,2	27,9	0,0	0,0	0,0	6,4
1999	28,0	1,5	1,4	1,4	7,4	30,5	0,0	0,0	0,0	6,8	25,7	2,8	2,8	2,7	7,9
2000	22,2	4,4	1,4	0,0	6,3	21,0	6,0	0,0	0,0	6,1	23,2	2,8	2,8	0,0	6,5
2001	12,3	1,5	1,4	1,4	3,8	14,3	3,1	0,0	2,8	4,6	10,3	0,0	2,8	0,0	2,9
2002	25,7	1,5	1,4	0,0	6,1	37,6	0,0	2,9	0,0	8,7	14,3	3,0	0,0	0,0	3,7
2003	18,7	1,6	1,4	0,0	4,6	3,8	0,0	0,0	0,0	0,8	32,8	3,0	2,8	0,0	8,3
2004	20,8	3,2	0,0	2,8	5,9	11,7	0,0	0,0	5,8	4,0	29,4	6,3	0,0	0,0	7,6
2005	34,0	1,7	0,0	0,0	7,5	27,1	3,4	0,0	0,0	6,5	40,5	0,0	0,0	0,0	8,5
2006	18,9	1,7	0,0	7,0	6,4	31,0	0,0	0,0	5,8	8,2	7,4	3,3	0,0	8,3	4,7
2007	15,1	1,8	1,5	2,8	4,8	19,2	3,6	3,1	5,8	7,4	11,1	0,0	0,0	0,0	2,4
2008	22,8	3,6	1,5	0,0	6,1	19,3	7,4	0,0	0,0	5,9	26,1	0,0	3,0	0,0	6,4

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 25.6: Todesfälle aufgrund von angeborenen Missbildungen nach Geschlecht und im zeitlichen Trend

Todesfälle aufgrund angeborener Missbildungen treten vor allem in den ersten 5 Lebensjahren auf, das zeigen auch die nach einzelnen Jahren betrachteten Daten für die Steiermark. Analysiert man die Daten nach zeitlichem Trend, so lassen sich keine eindeutigen Aussagen treffen.

25.9 „Todesfälle aufgrund von unbeabsichtigten Verletzungen (Unfällen)“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	pro 100.000 Personen gleichen Alters und gleichen Geschlechts im Schnitt von 2004 bis 2008														
Bundesländer															
Burgenland	5,2	0,0	2,6	31,3	10,8	7,0	0,0	0,0	12,9	5,1	3,4	0,0	5,2	48,8	16,2
Kärnten	8,0	1,4	1,2	21,2	8,3	1,6	1,4	1,2	12,1	4,4	14,1	1,4	1,2	29,8	12,0
Niederösterreich	5,6	2,2	4,2	25,1	9,7	3,9	1,5	2,1	12,0	5,1	7,3	2,8	6,1	37,4	14,1
Oberösterreich	4,3	2,1	3,6	24,3	9,1	3,5	1,6	3,2	10,9	5,0	5,0	2,5	3,9	37,1	13,0
Salzburg	7,5	4,8	2,5	25,3	10,3	1,6	4,3	3,8	12,7	5,8	13,1	5,4	1,2	37,3	14,6
Steiermark	3,0	2,0	2,4	21,7	7,9	2,3	2,1	1,2	11,0	4,4	3,7	2,0	3,4	31,8	11,2
Tirol	4,5	2,1	3,2	22,1	8,3	2,3	1,1	1,9	8,5	3,6	6,6	3,0	4,5	35,1	12,9
Vorarlberg	1,0	1,8	5,0	19,4	7,1	0,0	1,9	1,7	10,4	3,7	1,9	1,8	8,1	27,8	10,4
Wien	3,7	0,5	3,0	7,6	3,8	1,5	0,0	3,0	3,4	2,0	5,8	1,0	2,9	11,6	5,4
Österreich	4,6	1,9	3,2	20,8	8,0	2,6	1,4	2,3	9,9	4,2	6,5	2,3	4,0	31,3	11,6

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 25.7: Todesfälle aufgrund von unbeabsichtigten Verletzungen nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Zwischen 2004 und 2008 verstarben in der Steiermark aufgrund von Unfällen pro Jahr durchschnittlich acht Personen pro 100.000 Kinder und Jugendlichen zwischen null und 19 Jahre. In diesen Daten werden Transportmittelunfälle, Unfälle durch Vergiftungen und Sturz sowie sonstige Unfälle dargestellt. Unter Transportmittelunfälle werden nicht nur Verkehrsunfälle sondern auch andere Unfälle z. B. mit Beteiligung von Fußgängern dargestellt. Die Mortalitätsrate aufgrund von Unfällen lag in diesen Jahren im österreichischen Schnitt.

Buben weisen in der Steiermark in den Jahren 2004 bis 2008 eine durchschnittlich fast dreimal höhere Mortalität aufgrund von Unfällen auf als Mädchen. Die höchsten Mortalitätsraten finden sich bei beiden Geschlechtern in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen.

25.10 „Todesfälle aufgrund von unbeabsichtigten Verletzungen (Unfällen)“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungs- merkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	rohe Rate pro 100.000 Personen														
1995	7,4	1,5	13,7	42,3	16,4	3,1	3,0	8,4	5,8	5,1	11,5	0,0	18,8	77,0	27,2
1996	4,5	7,3	2,8	36,9	13,0	0,0	9,0	2,8	14,6	6,7	8,8	5,7	2,7	58,0	19,0
1997	7,7	2,9	4,2	68,6	21,4	6,4	3,0	2,9	37,3	12,7	9,0	2,8	5,5	98,4	29,7
1998	6,4	7,2	7,2	37,3	15,0	6,6	6,0	8,8	14,1	9,0	6,2	8,4	5,6	59,5	20,6
1999	8,2	8,7	8,7	38,3	16,5	0,0	12,0	5,9	16,8	9,1	16,1	5,6	11,3	58,9	23,7
2000	13,6	7,3	1,4	36,9	15,2	17,5	3,0	3,0	16,8	9,9	10,0	11,4	0,0	56,0	20,3
2001	5,3	0,0	10,1	31,7	12,4	3,6	0,0	11,8	11,3	7,0	6,8	0,0	8,5	51,1	17,6
2002	3,7	7,6	2,9	34,9	13,0	3,8	3,2	0,0	20,0	7,1	3,6	11,8	5,6	48,9	18,6
2003	3,7	1,6	7,2	26,8	10,5	0,0	0,0	3,0	23,2	7,2	7,3	3,0	11,1	30,2	13,6
2004	1,9	1,6	0,0	26,9	8,2	0,0	3,3	0,0	20,4	6,4	3,7	0,0	0,0	33,1	9,9
2005	1,9	0,0	1,4	19,8	6,3	0,0	0,0	0,0	14,5	4,1	3,7	0,0	2,8	24,8	8,5
2006	3,8	3,4	4,4	15,5	7,2	0,0	3,5	3,0	2,9	2,5	7,4	3,3	5,7	27,5	11,7
2007	3,8	0,0	1,5	28,1	9,3	3,8	0,0	0,0	8,6	3,3	3,7	0,0	2,9	46,5	14,9
2008	3,8	5,4	4,6	18,1	8,6	7,7	3,7	3,1	8,6	5,9	0,0	7,0	6,0	27,1	11,1

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 25.8: Todesfälle aufgrund von unbeabsichtigten Verletzungen nach Geschlecht und im zeitlichen Trend

Analysiert man die Anzahl der Verstorbenen aufgrund von Unfällen im zeitlichen Trend, so wird in der Steiermark ein Rückgang dieser Todesfälle seit 1995 sichtbar, der vor allem auf die Abnahme der Unfallsterblichkeit bei männlichen Kindern und Jugendlichen zu erklären sein dürfte.

25.11 „Todesfälle aufgrund von Selbstmord und Selbstbeschädigung“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungs- merkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	pro 100.000 Personen gleichen Alters und gleichen Geschlechts im Schnitt von 2004 bis 2008														
Bundesländer															
Burgenland	0,0	0,0	0,0	5,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,8	2,8
Kärnten	0,0	0,0	0,0	14,7	4,2	0,0	0,0	0,0	4,8	1,4	0,0	0,0	0,0	24,1	6,8
Niederösterreich	0,0	0,0	0,2	6,7	1,9	0,0	0,0	0,0	1,7	0,5	0,0	0,0	0,4	11,4	3,2
Oberösterreich	0,0	0,0	0,2	10,8	3,1	0,0	0,0	0,5	2,7	0,9	0,0	0,0	0,0	18,6	5,1
Salzburg	0,0	0,0	1,2	6,8	2,2	0,0	0,0	1,3	1,3	0,7	0,0	0,0	1,2	12,0	3,6
Steiermark	0,0	0,0	2,1	9,0	3,1	0,0	0,0	0,6	4,6	1,5	0,0	0,0	3,4	13,2	4,7
Tirol	0,0	0,0	0,5	8,7	2,5	0,0	0,0	0,0	3,8	1,0	0,0	0,0	0,9	13,5	3,9
Vorarlberg	0,0	0,0	0,0	8,4	2,2	0,0	0,0	0,0	3,5	0,9	0,0	0,0	0,0	13,1	3,5
Wien	0,0	0,0	0,2	6,4	1,7	0,0	0,0	0,0	4,3	1,1	0,0	0,0	0,5	8,3	2,3
Österreich	0,0	0,0	0,5	8,5	2,5	0,0	0,0	0,3	3,2	0,9	0,0	0,0	0,8	13,6	3,9

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 25.9: Todesfälle aufgrund von Selbstmord und Selbstbeschädigung nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Von 2004 bis 2008 verstarben in der Steiermark durchschnittlich pro Jahr insgesamt drei Personen pro 100.000 Personen im Alter von null bis 19 Jahren aufgrund von Selbstmord. Diese Rate liegt etwa im österreichischen Schnitt. Während diese Todesursache bei Kindern und Jugendlichen bis 15 Jahre kaum eine Rolle spielt, ist vor allem bei Jugendlichen von 15 bis 19 Jahren und hier wiederum vor allem bei Burschen eine höhere Selbstmordrate zu verzeichnen.

25.12 „Todesfälle aufgrund von Selbstmord und Selbstbeschädigung“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	rohe Rate pro 100.000 Personen														
1995	0,0	0,0	2,7	5,6	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,4	11,0	4,2
1996	0,0	0,0	2,8	14,2	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,4	27,6	8,4
1997	0,0	0,0	1,4	15,4	4,4	0,0	0,0	2,9	8,6	3,0	0,0	0,0	0,0	21,9	5,7
1998	0,0	0,0	0,0	12,4	3,3	0,0	0,0	0,0	5,6	1,5	0,0	0,0	0,0	18,9	5,0
1999	0,0	0,0	1,4	10,9	3,3	0,0	0,0	0,0	5,6	1,5	0,0	0,0	2,8	16,1	5,0
2000	0,0	0,0	1,4	10,9	3,3	0,0	0,0	3,0	2,8	1,5	0,0	0,0	0,0	18,7	5,1
2001	0,0	0,0	0,0	13,8	3,8	0,0	0,0	0,0	2,8	0,8	0,0	0,0	0,0	24,2	6,6
2002	0,0	0,0	2,9	11,2	3,8	0,0	0,0	2,9	5,7	2,4	0,0	0,0	2,8	16,3	5,2
2003	0,0	0,0	1,4	8,5	2,7	0,0	0,0	0,0	8,7	2,4	0,0	0,0	2,8	8,2	3,0
2004	0,0	0,0	1,4	14,1	4,3	0,0	0,0	0,0	5,8	1,6	0,0	0,0	2,8	22,0	6,9
2005	0,0	0,0	2,9	11,3	3,9	0,0	0,0	0,0	8,7	2,4	0,0	0,0	5,6	13,8	5,4
2006	0,0	0,0	0,0	8,5	2,4	0,0	0,0	0,0	2,9	0,8	0,0	0,0	0,0	13,8	3,9
2007	0,0	0,0	1,5	2,8	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	5,5	2,4
2008	0,0	0,0	4,6	8,4	3,7	0,0	0,0	3,1	5,8	2,5	0,0	0,0	6,0	10,8	4,8

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 25.10: Todesfälle aufgrund von Selbstmord und Selbstbeschädigung nach Geschlecht und im zeitlichen Trend

Im zeitlichen Verlauf lassen sich in der Steiermark seit 1995 keine eindeutigen Veränderungen bei den Todesfällen aufgrund von Selbstmorden feststellen.

25.13 „Todesfälle aufgrund von Körperverletzung, Totschlag und Mord“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungs- merkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	pro 100.000 Personen gleichen Alters und gleichen Geschlechts im Schnitt von 2004 bis 2008														
Bundesländer															
Burgenland	1,7	0,0	0,0	0,0	0,4	3,5	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Kärnten	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Niederösterreich	1,6	1,0	0,4	0,4	0,8	0,6	2,0	0,4	0,4	0,8	2,6	0,0	0,4	0,4	0,8
Oberösterreich	1,1	0,3	0,0	0,2	0,4	1,2	0,5	0,0	0,5	0,5	1,1	0,0	0,0	0,0	0,2
Salzburg	0,0	0,7	0,0	0,0	0,2	0,0	1,4	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Steiermark	0,4	1,4	0,6	0,6	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	0,2	0,7	2,0	1,1	1,1	1,2
Tirol	2,3	1,0	0,5	0,9	1,1	1,2	0,0	0,9	0,9	0,8	3,3	2,0	0,0	0,9	1,5
Vorarlberg	0,0	0,0	0,0	0,8	0,2	0,0	0,0	0,0	1,7	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Wien	1,0	0,3	0,2	0,9	0,6	2,0	0,5	0,0	0,5	0,8	0,0	0,0	0,5	1,4	0,5
Österreich	1,0	0,6	0,2	0,5	0,6	0,9	0,8	0,2	0,4	0,5	1,1	0,5	0,3	0,6	0,6

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 25.11: Todesfälle aufgrund von Körperverletzung, Totschlag und Mord nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Todesfälle aufgrund von Körperverletzung, Totschlag und Mord treten im Vergleich zu anderen in diesem Kapitel behandelten Todesfällen in Österreich eher selten auf. In der Steiermark verstarb in den Jahren 2004 bis 2008 aufgrund von Körperverletzung bzw. Mord pro Jahr jährlich durchschnittlich ein Kind bzw. ein/e Jugendliche/r pro 100.000 Personen gleichen Alters. Im Hinblick auf Alter und Geschlecht lassen sich keine Unterschiede feststellen.

25.14 „Todesfälle aufgrund von Körperverletzung, Totschlag und Mord“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal	gesamt					weiblich					männlich				
	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre	unter 5 Jahre	5 bis 9 Jahre	10 bis 14 Jahre	15 bis 19 Jahre	0 bis 19 Jahre
	rohe Rate pro 100.000 Personen														
1995	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1996	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1997	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1998	1,6	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	0,7
1999	1,6	0,0	0,0	4,1	1,5	0,0	0,0	0,0	5,6	1,5	3,2	0,0	0,0	2,7	1,4
2000	1,7	1,5	0,0	0,0	0,7	3,5	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	2,8	0,0	0,0	0,7
2001	3,5	0,0	0,0	0,0	0,8	3,6	0,0	0,0	0,0	0,8	3,4	0,0	0,0	0,0	0,7
2002	0,0	0,0	1,4	0,0	0,4	0,0	0,0	2,9	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2003	1,9	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	0,8
2004	0,0	1,6	1,4	1,4	1,2	0,0	3,3	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	2,8	2,8	1,5
2005	1,9	1,7	1,4	1,4	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	3,2	2,8	2,8	3,1
2006	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2007	0,0	1,8	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,8
2008	0,0	1,8	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,8

Datenquelle: Statistik Austria; Bearbeitung: FH JOANNEUM

Tabelle 25.12: Todesfälle aufgrund von Körperverletzung, Totschlag und Mord nach Geschlecht und im zeitlichen Trend

Die Analyse des zeitlichen Verlaufs von Todesfällen aufgrund von Körperverletzung, Totschlag und Mord zeigt keine Veränderungen. Aufgrund der Datenlage ist anzunehmen, dass solche Ereignisse nur vereinzelt auftreten, wobei jedoch keine Veränderungen über die Zeit sowie Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen beobachtet werden können.

25.15 „Perinatale Sterblichkeit“ im Bundesländervergleich und Trend

Gliederungsmerkmal	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich
	In der 1. Lebenswoche Gestorbene und Totgeborene (perinatale Sterblichkeit)									
2001	4,1	5,2	6,1	6,1	4,6	5,5	5,2	8,0	8,2	6,2
2002	4,2	5,6	6,3	6,0	7,9	6,5	5,3	6,7	7,4	6,4
2003	6,9	4,6	5,5	7,0	4,6	5,3	5,4	6,3	8,7	6,4
2004	5,4	6,4	5,9	5,5	6,1	6,2	4,1	7,9	7,0	6,1
2005	5,0	1,7	5,5	6,4	6,4	4,1	6,2	6,3	7,9	5,9
2006	6,6	6,3	4,7	5,9	4,0	6,3	4,5	7,5	7,5	6,0
2007	6,0	4,3	7,0	4,8	5,0	5,5	3,9	5,1	7,7	5,9
2008	5,0	4,0	5,6	4,7	4,7	4,4	3,4	5,8	7,4	5,4

Datenquelle: Statistik Austria

Tabelle 25.13: Perinatale Sterblichkeit im Bundesländervergleich und im zeitlichen Trend

Die perinatale Sterblichkeit lag in der Steiermark in den letzten Jahren durchgehend unter sieben Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen, wobei sich die Zahl zwischen 4,1 und 6,5 bewegt und 2008 bei 4,4 Gestorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen lag. Damit lag die perinatale Sterblichkeit etwa im österreichischen Schnitt.

25.16 Zusammenfassung

In der Steiermark spielen Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten, malignen Neubildungen und Körperverletzung, Totschlag bzw. Mord eine sehr geringe Rolle. Die meisten Todesfälle bei Kindern und Jugendlichen sind durch Unfälle, gefolgt von angeborenen Missbildungen, verursacht, bei unter Fünfjährigen liegen die Todesfälle durch angeborene Missbildungen an erster Stelle. In der Gruppe der 15- bis 19-jährigen Jugendlichen werden die meisten Todesfälle durch unbeabsichtigte Verletzungen hervorgerufen, auch die Anzahl der Selbstmorde pro 100.000 Personen ist in dieser Gruppe am größten. Dies bedeutet, dass neben der Unfallvorbeugung auch die Prävention von Selbstmorden ein Ziel sein sollte. Bezüglich der angeborenen Missbildungen wird die Notwendigkeit einer weiteren Beobachtung des Trends, einer weiteren Analyse der Ursachen und der besonders betroffenen Gruppen anhand des Fehlbildungsregisters offensichtlich. Darauf aufbauend müssen in der Folge bevölkerungswirksame Präventionsstrategien entwickelt werden.

Literatur

- LÖGD. (2006). *Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen, Band 1: Themenfelder 1 – 3, Adaptierte Fassung für NRW, 2005*. Bielefeld: LÖGD.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Statistik Austria. (10.06.2008). *Säuglingssterblichkeit seit 2001 nach Lebensdauer und Bundesländern*. Download vom 11. Juni 2008 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html.
- Statistik Austria. (02.06.2008). *Ausgewählte demographische Indikatoren des Jahres 2007 für die Bundesländer*. Download vom 21. Juli 2008 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/demographische_indikatoren/023578.html.
- WHO. (2005). *Der Europäische Gesundheitsbericht. Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.

26 Subjektiver Gesundheitszustand

26.1 Bedeutung des Indikators „Subjektiver Gesundheitszustand“

Die Einschätzung der eigenen Gesundheit durch die befragte Person liefert Informationen über das allgemeine Wohlbefinden, da nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch körperliche, soziale und psychische Aspekte indirekt miterfasst werden (Klimont, Kytir & Leitner, 2007, S. 13). Dadurch spiegelt dieser Indikator eine ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit wider, die nicht mehr rein von einem Gegensatz Gesundheit – Krankheit ausgeht, sondern vielmehr die Bedeutung von biologisch-organischen, psychischen und sozialen Einflüssen auf den Gesundheitszustand verdeutlicht (Dür & Griebler, 2007, S. 15). Die Angaben zur Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes hängen sehr stark mit dem Befinden der/des Befragten zum Zeitpunkt der Befragung ab, eine Verkühlung oder eine depressive Stimmung können ebenso einen Einfluss auf das Antwortverhalten haben wie ein Unfall oder die Tatsache, dass man gerade darüber informiert wurde, dass man an einer schweren Krankheit leidet (Dür et al., 2004, S. 6). Vor allem im Zusammenhang mit Jugendlichen weist die Verwendung des Indikators „Gute bzw. schlechte Gesundheit“ einige Vorteile auf. Zum einen werden Jugendliche im Sinne des Empowerments darum gebeten, ihre eigene Sichtweise und Definition ihres Gesundheitszustandes einzubringen. Darüber hinaus wird die Fokussierung auf diesen Indikator empfohlen, da Mortalitäts- und Morbiditätsdaten eine verknäppte Darstellung der Situation sein können. Zwar werden aus diesen Daten wichtige Informationen gewonnen, dennoch sind die entsprechenden Raten in der Bevölkerungsgruppe der Jugendlichen aufgrund ihres Alters sehr gering. Zum anderen bringt der Indikator der subjektiven Gesundheit den Vorteil, dass die Grundgesamtheit aus allen Jugendlichen besteht und nicht nur jene aufscheinen, die in klinischen Statistiken vermerkt sind (Torsheim, Välimaa & Danielson, 2004, S. 55). Die Validität der Ergebnisse wird als hoch angesehen, Studien bei Erwachsenen haben gezeigt, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes mit objektiven Gesundheitsdaten übereinstimmen (Torsheim, Välimaa & Danielson, 2004, S. 55).

26.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Subjektiver Gesundheitszustand“

Zur Erhebung der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes wurden die Jugendlichen im Rahmen der HBSC-Studie gefragt: „Wie würdest Du Deinen Gesundheitszustand beschreiben?“ Als Antwortmöglichkeit standen die Kategorien „ausgezeichnet, gut, eher gut und schlecht“ zur Verfügung (Dür & Griebler, 2007, S. 16). Das Hauptaugenmerk ist bei der Analyse der Daten vor allem auf jene Kinder und Jugendlichen zu legen, die angaben, dass sie ihre Gesundheit als „eher gut“ oder „schlecht“ einschätzen. Es ist davon auszugehen, dass diese Jugendlichen einem besonderen Risiko ausgesetzt sind (Torsheim, Välimaa & Danielson, 2004, S. 56).

26.3 „Subjektiver Gesundheitszustand“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal alle Altersgruppen	Gesamt				Mädchen				Buben			
	Ausgezeichnet	Gut	Eher gut	Schlecht	Ausgezeichnet	Gut	Eher gut	Schlecht	Ausgezeichnet	Gut	Eher gut	Schlecht
	in Prozent											
Alle Altersgruppen												
Steiermark	45,6	42,4	10,9	1,1	36,7	46,3	15,7	1,3	54,1	38,6	6,3	0,9
11-Jährige												
Bundesländer												
Burgenland					59,3	35,8	4,9	0,0	62,9	30,3	6,7	0,0
Kärnten					46,2	39,7	11,5	2,6	60,3	31,5	6,8	1,4
Niederösterreich					45,1	50,4	4,5	0,0	59,1	28,5	8,0	4,4
Oberösterreich					38,8	51,9	8,1	1,3	52,1	41,9	4,8	1,2
Salzburg					53,2	41,6	5,2	0,0	65,5	31,0	3,6	0,0
Steiermark	57,0	35,5	6,5	1,1	47,3	40,9	9,7	2,2	66,7	30,1	3,2	0,0
Tirol					49,3	47,8	3,0	0,0	66,7	27,2	4,9	1,2
Vorarlberg					55,4	40,2	4,3	0,0	60,8	34,3	3,9	1,0
Wien					52,3	34,1	13,6	0,0	42,4	46,7	9,8	1,1
Österreich					46,7	45,2	7,4	0,7	57,2	35,3	5,8	1,7
13-Jährige												
Bundesländer												
Burgenland					42,4	50,0	7,6	0,0	48,6	37,5	5,6	8,3
Kärnten					32,6	54,7	11,6	1,1	52,1	38,5	7,3	2,1
Niederösterreich					36,1	51,7	9,5	2,7	49,6	38,1	10,1	2,2
Oberösterreich					42,1	49,5	6,5	1,9	48,3	41,4	8,6	1,7
Salzburg					43,1	49,2	4,6	3,1	44,8	44,8	7,5	3,0
Steiermark	47,5	42,5	9,7	0,4	39,5	46,8	12,9	0,8	54,8	38,5	6,7	0,0
Tirol					51,6	35,2	13,2	0,0	58,1	33,3	6,5	2,2
Vorarlberg					27,5	49,5	19,8	3,3	52,1	40,6	5,2	2,1
Wien					31,1	59,4	6,6	2,8	49,0	38,5	6,7	5,8
Österreich					37,6	50,0	10,5	2,0	51,0	39,0	8,2	1,8
15-Jährige												
Bundesländer												
Burgenland					25,4	55,9	16,1	2,5	31,0	53,1	14,2	1,8
Kärnten					29,7	50,0	18,8	1,6	39,1	56,5	4,3	0,0
Niederösterreich					19,4	58,1	20,9	1,6	40,5	48,8	9,5	1,2
Oberösterreich					25,4	52,3	17,7	4,6	41,2	45,8	11,5	1,5
Salzburg					28,8	54,8	15,1	1,4	45,5	40,9	11,4	2,3
Steiermark	30,4	49,7	17,5	2,3	20,5	51,8	26,5	1,2	39,8	47,7	9,1	3,4
Tirol					29,3	56,0	14,7	0,0	41,7	45,2	11,9	1,2
Vorarlberg					24,5	57,8	13,7	3,9	42,2	51,6	4,7	1,6
Wien					19,4	51,5	26,2	2,9	44,2	45,3	7,0	3,5
Österreich					23,6	53,3	20,4	2,8	40,3	48,5	9,5	1,7

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 26.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2006

Zwölf Prozent der befragten steirischen Kinder schätzen ihre Gesundheit als „eher gut“ bzw. „schlecht“ ein, wobei 17 % der Mädchen und sieben Prozent der Buben in der Steiermark einen schlechten

Gesundheitszustand angeben (siehe Tabelle 26.1). Mehr als die Hälfte (54 %) der steirischen Buben gibt einen ausgezeichneten Gesundheitszustand an, bei Mädchen sind es hingegen nur 37 %.

Eine Betrachtung nach Geschlecht und Alter zeigt, dass sowohl bei Buben als auch bei Mädchen mit zunehmendem Alter eine schlechtere Einschätzung des Gesundheitszustandes vorherrscht, wobei die Beurteilung durch die Mädchen immer schlechter als durch die Buben ausfällt.

Im Bundesländervergleich ist der Anteil der Mädchen, die ihre Gesundheit als „eher gut“ bzw. „schlecht“ einschätzen, einer der höchsten von allen Bundesländern (bei den Elfjährigen der dritthöchste, bei den 13- und 15-Jährigen der zweithöchste). Bei den Buben zeigt sich demgegenüber ein ganz anderes Muster. Der Anteil derer, die einen schlechten Gesundheitszustand angeben, ist bei den 11- und 13-Jährigen der niedrigste im Bundesländervergleich, nur bei den 15-Jährigen liegt er im Mittelfeld.

26.4 „Subjektiver Gesundheitszustand“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Gesamt				Mädchen				Buben			
	Ausgezeichnet	Gut	Eher gut	Schlecht	Ausgezeichnet	Gut	Eher gut	Schlecht	Ausgezeichnet	Gut	Eher gut	Schlecht
nach SÖS	in Prozent											
Gesamt	45,8	42,7	10,2	1,2	36,7	47,7	14,2	1,4	54,6	38,0	6,4	1,0
gering	35,4	35,4	26,2	3,1	21,6	43,2	35,1	0,0	53,6	25,0	14,3	7,1
mittel	41,6	47,8	9,8	0,8	34,1	52,0	12,2	1,6	49,2	43,4	7,4	0,0
hoch	52,3	39,8	6,8	1,1	43,8	44,6	9,9	1,7	59,3	35,9	4,1	0,7

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 26.2: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht in der Steiermark und sozioökonomischem Status im Jahr 2006

Nach sozioökonomischem Status (SÖS)²⁵ der Kinder und Jugendlichen betrachtet, zeigt sich klar ein sozialer Gradient (siehe Tabelle 26.2): Je höher der sozioökonomische Status ist, desto besser wird der Gesundheitszustand eingeschätzt, sowohl bei Buben als auch bei Mädchen. Drei von zehn steirischen Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischem Status geben einen „eher guten“ bzw. „schlechten“ Gesundheitszustand an, bei den Mädchen sind es 35 %, bei den Buben 21 %. Dem gegenüber stehen die Kinder und Jugendlichen mit hohem sozioökonomischem Status, die nur zu acht Prozent angeben, einen „schlechten“ Gesundheitszustand zu haben, wobei Mädchen dieser Gruppe zu zwölf Prozent und Buben zu fünf Prozent einen „schlechten“ Gesundheitszustand angeben.

²⁵ Für die Darstellung des SÖS wurde die Familienwohlstandsskala herangezogen. Deren Berechnung wird im Kapitel Methodik dargestellt.

26.5 „Subjektiver Gesundheitszustand“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Mädchen				Buben			
	Ausgezeichnet	Gut	Eher gut	Schlecht	Ausgezeichnet	Gut	Eher gut	Schlecht
Jahr	in Prozent							
11-Jährige								
1998	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	33,6	56,6	9,8	0,0	50,4	45,3	4,3	0,0
2006	47,3	40,9	9,7	2,2	66,7	30,1	3,2	0,0
13-Jährige								
1998	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	26,2	61,2	9,7	2,9	44,0	50,5	4,6	0,9
2006	39,5	46,8	12,9	0,8	54,8	38,5	6,7	0,0
15-Jährige								
1998	-	-	-	-	-	-	-	-
2002	27,8	55,7	15,5	1,0	39,6	47,3	11,0	2,2
2006	20,5	51,8	26,5	1,2	39,8	47,7	9,1	3,4

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 1998, Dür et al. (2000), WHO-HBSC-Survey 2002, Dür/Mravlag (2002) und WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 26.3: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Im Vergleich zu den Daten von 2002 gibt 2006 tendenziell ein größerer Anteil an Jugendlichen an, einen „schlechten“ oder „eher guten“ Gesundheitszustand zu haben (siehe Tabelle 26.3). Vor allem bei den Mädchen ist eine Verschlechterung der Einschätzung zu sehen, am stärksten bei den 15-jährigen Mädchen, wo sich der Anteil, der eine schlechte Einschätzung des Gesundheitszustandes angibt, von 16 % auf 28 % erhöht hat.

26.6 Zusammenfassung

Nach Geschlecht differenziert betrachtet, zeigt sich, dass Mädchen – unabhängig vom Alter – ihre Gesundheit schlechter als im österreichischen Durchschnitt einschätzen, während 11- und 13-jährige steirische Buben ihre Gesundheit besser einschätzen als im österreichischen Durchschnitt und 15-jährige Buben mit ihrer Einschätzung wiederum etwas unter dem österreichischen Schnitt liegen. Mit zunehmendem Alter und mit schlechterem sozioökonomischem Status nimmt der Anteil derjenigen ab, die ihre Gesundheit als exzellent und sehr gut beschreiben. Das heißt, Mädchen, ältere Jugendliche und sozial Benachteiligte sind als Zielgruppen für Maßnahmen zur Steigerung der subjektiven Gesundheit besonders zu beachten.

Literatur

- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. WHO-HBSC-Surveys 2006*. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Dür, W., Fürth, K., Fellner, K., Gottwald, R., Griebler, R., Indra, K. & Wimmer, M. (2004). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen in der Steiermark*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- Klimont, J., Kytir, J. & Leitner, B. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Torsheim, T., Välimaa, R. & Danielson, M. (2004). *Health and well-being*. In: C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen: *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, S. 55-62.

27 Berichtete Beschwerden

27.1 Bedeutung des Indikators „Berichtete Beschwerden“

Neben der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes wie in Kapitel 26 dargestellt, sind auch auftretende Beschwerden aus Sicht der Kinder und Jugendlichen von Interesse (Dür & Griebler, 2007, S. 19). Bei den subjektiven Beschwerden handelt es sich um Selbstauskünfte und nicht um medizinische Diagnosen, dennoch sind diese als relevant anzusehen, da durch diese Daten die psychische und somatische Dimensionen der Gesundheit erfasst werden (Dür & Mravlag, 2002, S. 18). Diesen zwei Dimensionen wird seitens der Jugendlichen und Kinder, wenn diese nach ihren gesundheitlichen Beschwerden befragt werden, immer ein sehr hoher Stellenwert zugewiesen (Torsheim, Välimaa & Danielson, 2004, S. 56).

Psychosomatische Beschwerden tendieren dazu, gehäuft aufzutreten, wobei davon auszugehen ist, dass es Kinder und Jugendliche gibt, deren alltägliches Leben durch diese Beschwerden schwerst beeinträchtigt ist. Neben schlechterem schulischem Abschneiden und erhöhter Nachfrage nach Primärversorgungsleistungen kann dies zu einem erhöhten Verbrauch von Medikamenten führen (Torsheim, Välimaa & Danielson, 2004, S. 56). Dies verweist auf die Relevanz dieser Thematik für ein gesundheitsförderndes Gesundheitssystem, wie in den Gesundheitszielen Steiermark verdeutlicht wird (Land Steiermark, 2007, S. 26-27).

27.2 Berechnung/Darstellung des Indikators „Berichtete Beschwerden“

Die subjektiven Beschwerden werden im Rahmen der HBSC-Studien nach der HBSC-Symptom-Checkliste abgefragt (Torsheim, Välimaa & Danielson, 2004, S. 55), welche das Auftreten und die Häufigkeit von verschiedenen körperlichen und psychischen Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen misst (Dür & Griebler, 2007, S. 18).

Dabei werden die Kinder und Jugendlichen befragt, wie oft sie in den letzten sechs Monaten folgende Beschwerden hatten: Kopfschmerzen, Magen-/Bauchschmerzen, Rücken-/Kreuzschmerzen, fühle mich allgemein schlecht, bin gereizt und schlecht gelaunt, fühle mich nervös, kann schlecht einschlafen, fühle mich benommen/schwindlig. Die Antworten wurden auf einer fünfteiligen Skala erfasst: fast jeden Tag, mehrmals pro Woche, fast jede Woche, fast jeden Monat, selten oder nie (Dür & Griebler, 2007, S. 18).

Von besonderem Interesse ist dabei der Prozentsatz jener Kinder und Jugendlichen, die angeben, die Beschwerden fast täglich oder mehrmals pro Woche zu haben, da davon auszugehen ist, dass dieses gehäufte Auftreten einen viel stärkeren Einfluss auf das Wohlbefinden der Befragten hat, als wenn diese nur ein paar Mal im Monat oder seltener die Beschwerden haben (Torsheim, Välimaa & Danielson, 2004, S. 55).

Aus diesem Grund werden im Folgenden nur diese Prozentsätze der Kinder und Jugendlichen analysiert, wobei Daten aus den drei Befragungswellen 1998, 2002 und 2006 der HBSC-Studie zur Verfügung stehen.

27.3 „Berichtete Beschwerden“ nach Geschlecht und im Bundesländervergleich

Gliederungsmerkmal alle Altersgruppen	Gesamt								Mädchen								Buben							
	Kopfschmerzen	Magen-/Bauchschmerzen	Rücken-/Kreuzschmerzen	Fühle mich allgemein schlecht	Bin gereizt oder schlecht gelaunt	Fühle mich nervös	Kann schlecht einschlafen	Fühle mich benommen, schwindlig	Kopfschmerzen	Magen-/Bauchschmerzen	Rücken-/Kreuzschmerzen	Fühle mich allgemein schlecht	Bin gereizt oder schlecht gelaunt	Fühle mich nervös	Kann schlecht einschlafen	Fühle mich benommen, schwindlig	Kopfschmerzen	Magen-/Bauchschmerzen	Rücken-/Kreuzschmerzen	Fühle mich allgemein schlecht	Bin gereizt oder schlecht gelaunt	Fühle mich nervös	Kann schlecht einschlafen	Fühle mich benommen, schwindlig
in Prozent																								
Alle Altersgruppen	11,0	9,2	6,3	5,8	11,2	9,4	15,2	5,4	15,8	10,7	6,4	8,1	14,8	8,1	17,8	8,4	6,6	7,8	6,3	3,8	7,8	10,7	12,8	2,5
Steiermark																								
11-Jährige																								
Bundesländer								8,5	12,2	3,7	3,7	11,1	9,9	20,7	7,4	7,9	3,4	7,9	1,1	7,9	6,7	19,1	5,6	
Burgenland								11,5	6,4	5,2	3,9	14,1	11,7	17,9	1,3	10,3	5,9	5,9	5,9	7,4	7,4	11,9	1,5	
Kärnten								12,9	12,0	6,0	6,0	11,3	16,0	4,6	9,7	8,2	6,0	3,7	11,9	10,4	16,3	5,1		
Niederösterreich								8,1	9,3	3,1	2,5	5,6	6,2	17,3	3,1	8,4	4,2	6,0	4,2	4,8	6,0	15,0	7,2	
Oberösterreich								11,4	7,6	5,1	2,5	7,6	8,9	16,5	6,3	3,5	2,4	3,5	2,4	4,7	2,4	9,4	3,5	
Salzburg								11,0	9,9	4,4	8,8	8,8	5,6	17,6	7,7	4,2	10,6	3,2	2,1	4,3	10,6	11,6	4,2	
Steiermark	7,5	10,3	3,8	5,4	6,5	8,2	14,5	5,9	7,6	9,1	3,0	0,0	6,3	1,5	17,9	0,0	6,3	3,8	7,7	0,0	7,8	7,7	8,6	3,8
Tirol								16,3	6,6	4,4	4,3	14,1	7,6	20,4	9,7	11,0	6,9	8,0	4,0	13,1	15,2	17,8	7,0	
Vorarlberg								11,5	9,2	8,0	4,6	10,5	19,5	18,2	6,8	11,8	6,5	15,1	5,4	12,9	11,8	24,5	7,5	
Wien								11,3	8,9	5,0	4,5	8,3	9,3	17,7	5,2	8,0	5,8	6,2	3,2	8,2	8,3	14,9	5,4	
Österreich																								
13-Jährige																								
Bundesländer								19,4	10,4	7,5	3,0	11,9	10,4	14,9	6,0	9,9	7,0	11,6	7,4	8,6	7,1	18,3	5,6	
Burgenland								13,7	12,6	12,6	6,3	20,0	12,6	29,5	11,6	8,3	4,2	6,3	5,2	12,5	9,4	13,7	6,3	
Kärnten								16,4	14,4	11,0	5,5	13,0	15,8	22,4	9,5	11,3	7,1	11,3	6,4	15,6	9,9	16,9	7,7	
Niederösterreich								15,1	11,3	9,4	7,5	13,2	10,4	15,1	10,4	6,8	3,4	11,1	5,2	9,4	10,3	19,7	9,4	
Oberösterreich								15,4	9,4	7,8	6,2	13,8	7,7	13,8	7,7	6,3	1,6	7,8	9,4	7,8	6,3	16,7	10,6	
Salzburg								16,9	8,9	4,8	4,0	13,7	7,3	14,5	6,5	8,1	5,2	5,9	3,0	6,7	8,9	13,3	0,8	
Steiermark	12,4	6,9	5,4	3,5	10,0	8,1	13,9	3,5	5,5	6,6	4,4	4,4	8,8	8,8	12,1	6,6	11,8	3,3	4,3	1,1	5,5	5,4	14,0	6,5
Tirol								20,9	16,5	12,1	9,9	16,7	8,8	25,3	11,0	6,3	2,1	10,4	3,2	11,5	5,2	13,5	6,3	
Vorarlberg								16,0	15,1	11,3	9,5	17,9	17,9	20,8	8,5	16,3	5,8	6,7	4,8	9,6	11,5	15,4	7,7	
Wien								15,0	12,5	9,4	6,4	14,3	11,9	18,5	8,8	9,7	4,5	8,4	5,0	10,5	9,2	15,8	5,8	
Österreich																								
15-Jährige																								
Bundesländer								13,6	10,2	12,7	10,2	20,3	14,4	20,3	7,6	1,8	5,3	7,0	6,1	7,9	7,0	16,7	5,3	
Burgenland								15,4	12,3	10,8	6,2	12,3	13,8	10,8	7,7	6,4	0,0	8,5	2,1	10,6	2,1	6,4	0,0	
Kärnten								22,5	16,3	13,2	13,2	14,7	12,4	17,8	11,7	6,0	3,6	13,1	8,4	11,9	9,5	16,7	4,8	
Niederösterreich								19,2	10,0	9,2	5,4	18,5	13,8	16,9	16,9	10,7	5,3	6,2	3,8	9,9	9,9	15,3	1,5	
Oberösterreich								21,6	16,2	9,5	10,8	17,6	14,9	20,3	12,2	4,5	0,0	13,6	6,8	4,5	2,3	13,6	15,9	
Salzburg								19,5	14,5	11,0	13,4	22,9	12,0	22,9	12,0	6,7	8,9	10,0	6,7	13,3	13,3	13,3	3,3	
Steiermark	12,8	11,6	10,5	9,9	17,9	12,7	17,9	7,5	20,0	5,3	8,0	4,0	10,7	8,0	22,7	10,7	3,6	2,4	7,1	1,2	9,5	7,1	8,3	7,1
Tirol								14,7	6,9	9,8	9,8	14,7	7,8	17,6	5,9	0,0	1,5	4,6	3,1	6,2	3,1	18,5	1,5	
Vorarlberg								25,2	19,4	23,3	11,7	21,6	14,6	22,3	18,4	2,3	4,7	8,2	5,8	15,1	7,0	14,0	5,8	
Wien								20,7	12,8	12,9	10,1	17,6	12,8	19,4	13,2	5,7	4,5	8,6	4,8	10,1	8,0	13,2	3,9	
Österreich																								

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 27.1: Berichtete Beschwerden nach Geschlecht und im Bundesländervergleich im Jahr 2006

15 % der steirischen Kinder geben am häufigsten an, täglich oder mehrmals pro Woche nicht einschlafen zu können, je elf Prozent geben an, mehrmals wöchentlich Kopfschmerzen zu haben oder gereizt bzw. schlecht gelaunt zu sein. Die wenigsten geben an, dass sie sich benommen/schwindlig fühlen (5 %).

Eine Analyse nach Geschlecht zeigt, dass Mädchen stärker von den thematisierten Beschwerden betroffen sind als Buben. Diese Tendenz ist sowohl in der Steiermark als auch auf Österreichebene zu beobachten. Steirische Mädchen geben am häufigsten an, folgende Beschwerden mehrmals wöchentlich zu haben: nicht einschlafen zu können (18 %), Kopfschmerzen zu haben (16 %) und

gereizt oder schlecht gelaunt zu sein (15 %). Steirische Buben geben auch am häufigsten an, an Einschlafstörungen zu leiden (13 %), die zweithäufigste Beschwerde ist in dieser Gruppe Nervosität (11 %).

Im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt berichten 11- und 13-jährige steirische Mädchen und Buben tendenziell seltener, an regelmäßigen Beschwerden zu leiden. Eine Analyse der berichteten Beschwerden nach Altersgruppen zeigt weiters, dass mit zunehmendem Alter tendenziell der Anteil an Kindern steigt, der regelmäßige Beschwerden angibt.

Einschlafstörungen stellen bei fast allen Altersgruppen sowohl bei Mädchen als auch bei Buben die häufigste regelmäßige Beschwerde sowohl in der Steiermark als auch auf Österreichebene dar. Bei steirischen 15-jährigen Mädchen leidet jede vierte regelmäßig daran (23 %), weiters leidet jede vierte an Gereiztheit und Nervosität (23 %) und jede fünfte an Kopfschmerzen (20 %), wobei die ersten beiden Beschwerden häufiger als im österreichischen Schnitt genannt wurden. Die 15-jährigen steirischen Buben leiden weniger häufiger an regelmäßigen Krankheiten, geben allerdings häufiger an, gereizt oder schlecht gelaunt, nervös zu sein und Magen-/Bauchschmerzen zu haben als andere österreichische Burschen.

27.4 „Berichtete Beschwerden“ nach Geschlecht und sozioökonomischem Status

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Gesamt									Mädchen						Buben								
	Kopfschmerzen	Magen-/Bauchschmerzen	Rücken-/Kreuzschmerzen	Fühle mich allgemein schlecht	Bin gereizt oder schlecht gelaunt	Fühle mich nervös	Kann schlecht einschlafen	Fühle mich benommen, schwindlig	Kopfschmerzen	Magen-/Bauchschmerzen	Rücken-/Kreuzschmerzen	Fühle mich allgemein schlecht	Bin gereizt oder schlecht gelaunt	Fühle mich nervös	Kann schlecht einschlafen	Fühle mich benommen, schwindlig	Kopfschmerzen	Magen-/Bauchschmerzen	Rücken-/Kreuzschmerzen	Fühle mich allgemein schlecht	Bin gereizt oder schlecht gelaunt	Fühle mich nervös	Kann schlecht einschlafen	Fühle mich benommen, schwindlig
nach SÖS	in Prozent																							
Gesamt	10,4	8,8	6,3	5,4	10,7	9,2	14,5	5,0	14,3	9,3	6,1	7,2	13,6	7,5	16,8	8,2	6,7	8,4	6,4	3,7	8,1	10,8	12,4	2,0
gering	18,5	10,8	13,8	12,3	16,9	12,3	16,9	12,3	24,3	8,1	16,2	16,2	21,6	10,8	21,6	21,6	10,7	14,3	10,7	7,1	10,7	14,3	10,7	0,0
mittel	9,8	9,3	5,3	6,1	11,8	12,2	11,8	5,3	11,5	9,0	3,3	6,6	12,3	9,0	15,6	5,7	8,1	9,7	7,3	5,6	11,4	15,4	8,1	4,8
hoch	9,0	7,9	5,3	3,0	8,2	5,6	16,5	3,0	14,2	9,9	5,9	5,0	12,4	5,0	16,5	6,6	4,8	6,2	4,8	1,4	4,8	6,2	16,4	4,8

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 27.2: Berichtete Beschwerden nach Geschlecht in der Steiermark und sozioökonomischem Status im Jahr 2006

Werden die Kinder, die angeben, an regelmäßigen Beschwerden zu leiden, nach ihrem sozioökonomischen Status (SÖS)²⁶ betrachtet, so ist ein klarer sozialer Gradient zu sehen. Bei fast allen thematisierten Beschwerden ist ein Ansteigen des Anteils der Kinder, die regelmäßig an Beschwerden leiden, mit sinkendem SÖS festzustellen. Dies betrifft vor allem Kopfschmerzen, Rücken-/Kreuzschmerzen, allgemeines Unwohlbefinden, Gereiztheit und Benommenheit/Schwindel, wobei die Unterschiede bei Mädchen stärker ausgeprägt, jedoch bei beiden Geschlechtern sichtbar sind.

²⁶ Für die Darstellung des SÖS wurde die Familienwohlstandsskala herangezogen. Deren Berechnung wird im Kapitel Methodik dargestellt.

Einschlafstörungen treten bei Kindern aus allen sozioökonomischen Gruppen auf, wobei jene mit mittlerem SÖS weniger als die beiden anderen Gruppen davon betroffen sind.

Die größten Unterschiede zwischen Mädchen und Buben treten bei Benommenheit/Schwindel auf: sowohl zwischen den Geschlechtern als auch zwischen den verschiedenen sozioökonomischen Gruppen. Mädchen mit geringem SÖS geben zu 22 %, jene mit hohem SÖS zu sieben Prozent an, regelmäßig an Benommenheit/Schwindel zu leiden. Demgegenüber gaben fünf Prozent der Buben mit mittlerem SÖS an, daran zu leiden, während bei Buben mit niedrigem und hohem SÖS keiner diese Beschwerde angab.

27.5 „Berichtete Beschwerden“ nach Geschlecht und Trend

Gliederungsmerkmal – Steiermark – alle Altersgruppen	Mädchen								Buben							
	Kopfschmerzen	Magen-/Bauchschmerzen	Rücken-/Kreuzschmerzen	Fühle mich allgemein schlecht	Bin gereizt oder schlecht gelaunt	Fühle mich nervös	Kann schlecht einschlafen	Fühle mich benommen, schwindlig	Kopfschmerzen	Magen-/Bauchschmerzen	Rücken-/Kreuzschmerzen	Fühle mich allgemein schlecht	Bin gereizt oder schlecht gelaunt	Fühle mich nervös	Kann schlecht einschlafen	Fühle mich benommen, schwindlig
Jahr	in Prozent															
11-Jährige																
1998	12,7	2,0	3,0	4,0	4,0	3,0	8,9	4,0	9,5	3,5	2,4	1,2	6,0	9,6	10,8	2,4
2002	15,3	13,8	4,1	14,0	23,0	17,1	18,9	5,7	9,3	5,1	2,6	7,7	15,1	14,4	18,6	5,1
2006	11,0	9,9	4,4	8,8	8,8	5,6	17,6	7,7	4,2	10,6	3,2	2,1	4,3	10,6	11,6	4,2
13-Jährige																
1998	16,8	8,4	9,4	5,6	17,8	17,0	16,8	8,4	7,5	2,8	4,7	0,0	7,6	7,6	6,7	4,8
2002	16,3	18,4	6,8	9,7	9,7	6,8	14,6	9,7	6,3	1,8	5,4	1,8	9,1	7,3	13,8	3,6
2006	16,9	8,9	4,8	4,0	13,7	7,3	14,5	6,5	8,1	5,2	5,9	3,0	6,7	8,9	13,3	0,8
15-Jährige																
1998	20,2	11,3	14,5	8,9	13,7	16,1	10,5	13,7	4,9	2,9	5,8	1,0	6,8	6,8	7,8	2,9
2002	13,4	9,3	6,2	5,2	14,4	7,2	8,2	4,1	6,3	2,1	3,2	4,2	15,8	5,2	11,6	2,1
2006	19,5	14,5	11,0	13,4	22,9	12,0	22,9	12,0	6,7	8,9	10,0	6,7	13,3	13,3	13,3	3,3

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 1998, Dür et al. (2000), WHO-HBSC-Survey 2002, Dür/Mravlag (2002) und WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Tabelle 27.3: Berichtete Beschwerden nach Geschlecht in der Steiermark und im zeitlichen Trend

Analysiert man die berichteten Beschwerden im zeitlichen Verlauf, so kann nur schwer ein Trend erkannt werden. Es ist eher von einer Zunahme der regelmäßigen Beschwerden bei beiden Geschlechtern auszugehen, wenngleich dies nicht auf alle Beschwerden zutrifft.

27.6 Zusammenfassung

Steirische Kinder und Jugendliche leiden im Schnitt seltener an regelmäßigen Beschwerden als im österreichischen Durchschnitt, wenngleich die Unterschiede nicht sehr groß sind. Eine Ausnahme stellen die 15-Jährigen dar, wo einige Beschwerden von steirischen Jugendlichen öfters genannt wurden als von anderen österreichischen Jugendlichen. Steirische Mädchen leiden in der Regel öfter

an regelmäßigen Beschwerden als steirische Buben. Die häufigsten regelmäßigen Beschwerden sind Einschlafstörungen sowie bei Mädchen Kopfschmerzen und Gereiztheit und bei Buben Nervosität.

Mit zunehmendem Alter steigen bei Mädchen die Anteile, die angeben, an den thematisierten Beschwerden zu leiden. Kinder mit niedrigem SÖS leiden häufiger an den befragten Beschwerden, eine Ausnahme bilden Einschlafstörungen, wo kein klarer sozialer Gradient erkennbar ist. Im zeitlichen Verlauf ist kein einheitlicher Trend erkennbar. Das heißt, Bedarf für zielgruppenspezifische Maßnahmen herrscht vor allem bei Mädchen (besonders den 15-Jährigen) sowie bei Kindern mit niedrigem SÖS.

Literatur

- Dür, W. & Griebler, R. (2007). *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. WHO-HBSC-Surveys 2006*. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Dür, W. & Mravlag, K. (2002). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends von 1990 bis 2001*. Reihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien.
- Land Steiermark. (2007). *Gesundheitsziele Steiermark. Ein Projekt im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark. FH JOANNEUM Gesundheitsmanagement im Tourismus in Kooperation mit HealthCarePueringer*. Graz: Gesundheitsplattform Steiermark.
- Torsheim, T., Välimaa, R. & Danielson, M. (2004). *Health and well-being*. In: C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. B. Rasmussen. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, S. 55-62.

28 Kinderbegleitung im Krankenhaus

28.1 Bedeutung des Indikators „Kinderbegleitung im Krankenhaus“

Ein stationärer Aufenthalt im Krankenhaus bedeutet für ein Kind ein Entreißen aus der gewohnten Umgebung und das Unterbringen an einem Ort mit fremden Menschen und Eindrücken. Das Kind muss sich medizinischen Prozeduren unterwerfen und ist mit unbekanntem Apparaten und Instrumenten konfrontiert, dessen Funktionen und Bedeutung es nicht verstehen kann (Troschke, 1974, S. 141). Eine Begleitung durch eine Vertrauensperson, im Normalfall eines Elternteils, ist aus folgenden Gründen wichtig:

- Durch Mitaufnahme eines Elternteils soll der Krankenhausaufenthalt des Kindes weniger stressvoll verlaufen.
- Eltern können durch ihre Anwesenheit die Interessen des Kindes bestmöglich vertreten.
- Durch die Begleitung wird der Elternteil in einem professionellen Umfeld geschult, mit der Krankheit des Kindes angemessen umzugehen (Rigby & Köhler, 2002, S. 84).

Die Isolation des Kindes von seinen Bezugspersonen kann zu psychischen Traumata während und nach dem Krankenhausaufenthalt führen (Troschke, 1974, S. 78). Studien zeigten Kennzeichen von Störungen wie anormales Ess- und Schlafverhalten, Ausscheidungsstörungen, Aggressivität, Ängstlichkeit, Zurückgezogenheit, Hyperaktivität, erhöhte Reizbarkeit und Empfindlichkeit (Prugh, Staub, Sands, Kirschbaum & Lenihan, 1953, S. 79-88). Diese Verhaltensstörungen unterschiedlicher Art, Dauer und Intensität werden psychischer Hospitalismus genannt.

Das Wissen über die Gefahren des psychischen Hospitalismus und seiner Folgen führte zur Diskussion über die Bedeutung der Mutter-Kind-Bindung im Krankenhaus.

Basierend auf der European Association for Children in Hospital (EACH), Charta für Kinder im Krankenhaus, hat jedes Kind das Recht auf Anwesenheit einer Begleitperson vor, während und nach einem Krankenhausaufenthalt (AKIK, 2005, S. 5-7). Die Umsetzung dessen wird in Österreich durch den Verein KiB children care, der Mitglied der European Association for Children in Hospital ist, unterstützt.

In Österreich gelten alle unter 15-Jährigen als Kinder. Für diese Zielgruppe soll laut Österreichischem Strukturplan eine kindergerechte Umgebung im Krankenhaus gewährleistet werden (ÖBIG, 2006, S. 43). In der Steiermark liegt ein Beschluss des Steiermärkischen Landtages vom 21. Jänner 2003 vor, in dem die Steiermärkische Landesregierung aufgefordert wird,

- bestmögliche Rahmenbedingungen für die Begleitmöglichkeiten von Kindern im Krankenhaus zu schaffen und
- in Hinkunft im Gesundheitsbericht zu erheben, wie sich die Mitaufnahme der Mutter bzw. des Vaters auf den Genesungsprozess des im Krankenhaus aufgenommenen Kindes auswirkt (Landtagsbeschluss Nr. 921, 2003).

Im Rahmen des vorliegenden Kapitels wird die aktuelle Situation der Kinderbegleitung in den steirischen, fondsfinanzierten Landeskrankenhäusern erhoben und auf die Frage der Auswirkungen der Kinderbegleitung auf die Gesundheit des Kindes eingegangen.

28.2 Darstellung des Indikators „Kinderbegleitung im Krankenhaus“

Zur Auskunft über die aktuelle Situation der Kinderbegleitung in den fondsfinanzierten Krankenanstalten wurde eine Fragebogenerhebung (n = 25 Krankenhäuser) durchgeführt. Zudem wurde eine Recherche über die rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen zur Kinderbegleitung vorgenommen. Für die Darstellung der Auswirkungen der Kinderbegleitung auf die Gesundheit des Kindes wurden eine Literaturrecherche und 20 qualitative Interviews mit ExpertInnen (ÄrztInnen, Krankenschwestern, PsychiaterInnen, SozialarbeiterInnen sowie VertreterInnen der in Österreich tätigen Vereine für Kinderbegleitung) sowie je fünf begleitenden und nicht begleitenden Eltern an der Universitätsklinik Graz durchgeführt.

28.3 Kinderbegleitung im Krankenhaus in der Steiermark

a) Inanspruchnahme der Begleitbetten, Infrastruktur und Raumausstattung, 2006, Steiermark

Krankenanstalt	Zahl der begleiteten, aufgenommenen Kinder ²⁷	%-Anteil zu Gesamtaufnahmen ²⁸	Abteilung	Form (bezogen auf alle Abteilungen)
Universitätsklinik Graz	8.175	56,7	Kinderchirurgie Kinder und Jugendliche Sonstige (HNO, Augen, Kiefer)	Kr* Muki** Skl*** Kl****
LKH Leoben	3.231	65,7	Kinder und Jugendliche	Muki
LKH Stolzalpe	410	69,6	Kinder- und Rheumaorthopädie	Muki
LKH Bad Aussee	70	56,5	Chirurgische Abteilung Medizinische Abteilung	Skl
LKH Hartberg	25	11,4	Chirurgische Abteilung Medizinische Abteilung	Kr
LKH Judenburg/Knittelfeld	25	13,0	Chirurgische Abteilung Abteilung für Unfallchirurgie	Kr
LKH Wagna	17	8,25	Chirurgische Abteilung Medizinische Abteilung	Kr

²⁷ Anzahl der Aufnahmen im Alter von < 15 Jahren, die im Jahr 2006 von einem Elternteil begleitet wurden, basierend auf Eigenangaben der Krankenhäuser

²⁸ Anteil der begleiteten Aufnahmen im Alter von < 15 Jahren im Jahr 2006 an allen erfassten Aufnahmen im Alter von < 15 Jahren im jeweiligen Krankenhaus

Krankenanstalt	Zahl der begleiteten, aufgenommenen Kinder ²⁷	%-Anteil zu Gesamt- aufnahmen ²⁸	Abteilung	Form (bezogen auf alle Abteilungen)
LKH Fürstenfeld	10	11,2	Chirurgische Abteilung	Kr Muki
LKH Bruck	5	6,1	Abteilung für Unfallchirurgie Chirurgische Abteilung	Kr
LKH Deutschlandsberg	4	3,2	Abteilung für Innere Medizin Chirurgische Abteilung	Kr
LKH Weiz	3	6,3	Abteilung für Innere Medizin Chirurgische Abteilung	Kr
LKH Voitsberg	3	4,3	Chirurgische Abteilung	Skl Kr
LKH Feldbach	k.A.****	k.A.	Chirurgische Abteilung Unfallchirurgie	Kr
LKH Mariazell/Mürzzuschlag	k.A.	k.A.	Chirurgische Abteilung	k.A.
LKH Rottenmann	k.A.	k.A.	Chirurgische Abteilung	k.A.
Elisabethinen Graz	580	60	In allen Abteilungen möglich (vorwiegend HNO)	Kr
Diakonissenkrankenhaus Schladming	271	51,6	In allen Abteilungen möglich	Muki Skl
Marienkrankehaus Vorau	k.A.	k.A.	Chirurgische Abteilung	Kr

* Krankenbetten ** Mutter-Kind-Einheiten *** Sonderklassenbetten

**** Klappbetten

***** k.A. – grundsätzlich möglich, aber keine genaue Angabe

Tabelle 28.1: Anzahl der begleiteten Kinder in den fondsfinanzierten Krankenanstalten absolut und im %-Vergleich zu der Gesamtzahl der aufgenommenen Kinder im Jahr 2006

In den steirischen KAGes-Krankenhäusern wurden gesamt ca. 54 % aller aufgenommenen Kinder von einer Begleitperson begleitet. Die Universitätsklinik in Graz sowie die Landeskrankenhäuser Leoben und Stolzalpe haben Abteilungen mit dem Schwerpunkt auf Kinder- und Jugendheilkunde. Mit dieser Schwerpunktlegung wird versucht die hohe Qualität der Versorgung sicherzustellen. Im Jahr 2006 wurden in den Schwerpunktabteilungen rund 91 % aller aufgenommenen unter 15-Jährigen und fast 100 % aller unter 3-Jährigen in KAGes-Krankenhäusern versorgt (eigene Berechnungen, nicht in Tabelle abgebildet). In den LKH Leoben und Stolzalpe wurden ca. zwei Drittel der aufgenommenen Kinder im Jahr 2006 begleitet. In der Universitätsklinik Graz wurden mehr als 50 % der PatientInnen begleitet.

Alle übrigen Krankenhäuser sind nicht spezialisiert auf die Behandlung von Kindern, bieten aber die Möglichkeit, eine Begleitperson aufzunehmen. In den Krankenhäusern ohne Schwerpunkt sind es zumeist die chirurgischen Abteilungen, in denen Kinderbegleitung möglich ist und auch genützt wird. Diese Krankenhäuser verzeichnen allerdings nur einen geringen Anteil an den gesamten steirischen Krankenhausaufnahmen von Kindern (ca. 9 %) und haben damit einen geringen Versorgungsanteil.

In den KAGes-LKH Graz-West, Hörgas, Bad Radkersburg und dem LSF sowie in den Institutionen der Barmherzigen Brüder Graz und Graz-Eggenberg ist keine Begleitung möglich. In den LKH Graz-West, Hörgas und Bad Radkersburg ist aufgrund der spezifischen Ausrichtung der Krankenhäuser und der Behandlung von konservativen Fällen (siehe auch Punkt b.) ebenfalls keine Begleitung möglich. Im LSF werden an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ausnahmesituationen Begleitpersonen mit aufgenommen, allerdings ist dies aufgrund des Alters des Klientels (8 bis 18 Jahre) in den meisten Fällen nicht notwendig. Eine Verbesserung der Kinder- und Jugendgerechtigkeit sowie ein Ausbau der Begleitmöglichkeiten ist im Rahmen des Umbaus vorgesehen (Stellungnahme KAGes vom 13. Juni 2008).

- **Infrastruktur und Raumausstattung**

Primär werden gewöhnliche Krankbetten für die Begleitpersonen zur Verfügung gestellt. In einigen Krankenanstalten werden für begleitende Eltern mit einer entsprechenden Versicherung Nächtigungen in Sonderklassebetten angeboten. Darüber hinaus können zusätzlich Klappbetten beansprucht werden. Aus der Befragung ging hervor, dass Hauptunterbringungsart Zweibettzimmer sind. Die Möglichkeit der Unterbringung in Vierbettzimmern ist ebenfalls vorhanden. Eine besondere Form stellen Mutter-Kind-Einheiten dar, welche den Eltern-Kind-Kontakt besonders fördern. In der Regel gibt es in diesen Zimmern neben Betten für Mutter und Kind einen Esstisch für beide sowie eine Waschgelegenheit bzw. eine Toilette für die Begleitperson. Bei Bedarf kann ein Fernseher oder ein Kühlschrank im Zimmer aufgestellt werden. Laut Österreichischem Strukturplan 2006 müssen in den Schwerpunktkrankenhäusern für Kinder und Jugendliche kindergerechte Gestaltung und Ausstattung der Räumlichkeiten auf jeden Fall gegeben sein (ÖBIG, 2006, S. 43). Diese Vorgaben werden in den KAGes-Schwerpunktkrankenhäusern – laut Angaben der KAGes – eingehalten. An anderen Standorten ist dies aufgrund der KAGes-internen Aufnahmeregelung für Kinder nicht notwendig (siehe Punkt b.). Der weitere Ausbau der Begleitbetten an der Universitätsklinik in Graz ist durch den Zubau einer Begleitbettenstation geplant (Stellungnahme KAGes vom 13. Juni 2008).

- b) Rechtliche und ökonomische Hintergründe der Kinderbegleitung in der Steiermark**

Regelungen über die Aufnahme von Begleitpersonen und deren Gebührenverrechnung sind im Steiermärkischen Krankenanstaltengesetz (KALG) verankert. Oftmals ist die Aufnahme einer Begleitperson von der freien Bettenkapazität abhängig, jedoch muss laut Gesetz das Kind auf die Mitbetreuung durch die aufgenommene Person angewiesen sein. Im Bedarfsfall ist die Aufnahme abzuklären und ärztlich zu begründen (KAGes, 2002, S. 4). Innerhalb der KAGes ist per Richtlinie vorgesehen, dass Kinder unter 6 Jahren grundsätzlich nur in Schwerpunktabteilungen behandelt werden dürfen. Kinder im Alter zwischen 6 und 14 Jahren dürfen im Fall von definierten Standardeingriffen zur Beobachtung auch außerhalb der Schwerpunktabteilungen aufgenommen

werden, allerdings nicht für konservativ-medizinische Problemstellungen (Stellungnahme KAGes vom 13. Juni 2008).

- **Pflegegebühren**

Die Begleitung des Kindes bis zum vollendeten dritten Lebensjahr ist seit 2005 kostenlos. Die Begleitgebühr wird unter Berücksichtigung des Lebensalters der PatientInnen, der sozialen Schutzbedürftigkeit sowie der zu erbringenden Leistung für die Begleitperson festgesetzt. Sofern soziale Schutzbedürftigkeit der Begleitperson vorliegt, kann je nach Ausmaß eine Befreiung oder eine 50%ige Reduktion der Gebühren beansprucht werden. Die soziale Schutzbedürftigkeit bezieht sich auf das Einkommen der Begleitperson und ist nach dem ASVG-Richtsatz geregelt (StGKK, 2007, S. 3). Liegt das Einkommen unter dem ASVG-Richtsatz, wird der/die AntragstellerIn von der Nächtigungsgebühr befreit. Wenn das Einkommen das Anderthalbfache des ASVG-Richtsatzes nicht übersteigt, ist eine Gebühr im Ausmaß von 50 % zu entrichten. Der Antrag auf Gebührenbefreiung bzw. Reduktion muss durch den/die AntragstellerIn erfolgen und ist der Verwaltungsdirektion des jeweiligen Krankenhauses zu melden (KAGes, 2002, S. 5). Nächtigungsgebühren der Begleitperson einschließlich Frühstück können zwischen EUR 7,90 und EUR 27,70 pro Tag variieren. Zusätzliche Verpflegung zum Frühstück beläuft sich auf EUR 8,10 pro Tag (KALG 66/1999, LGBl. 14, §1).

- **Pflegefreistellung und Familienhospiz-Karenz**

In Österreich gibt es bei Erkrankung des Kindes ein Recht auf Pflegefreistellung. Diese darf sofort nach Beginn des Arbeitsverhältnisses für die Dauer von einer Wochenarbeitszeit innerhalb eines Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wenn das Kind noch nicht zwölf Jahre alt ist und es ein zweites Mal innerhalb eines Kalenderjahres unbedingt die dauerhafte Pflege eines Elternteils braucht, so kann noch eine zweite Woche Pflegefreistellung für die Dauer einer Wochenarbeitszeit beansprucht werden (KiB, 2007).

Wenn ein Kind an einer sehr schweren Erkrankung leidet, welche einen Langzeitaufenthalt im Krankenhaus erfordert, gibt es die Möglichkeit der Familienhospiz-Karenz. Alle Berufstätigen können bis zu sechs Monate Pflegekarenz beanspruchen und sind während dieser Zeit arbeitslosen-, kranken- und pensionsversichert sowie kündigungsgeschützt (BMWA, 2007).

- **Zusätzliche finanzielle Unterstützung**

Die Vereine KiB children care und muki – Verein Mutter und Kind im Krankenhaus bieten Familien durch Einzahlung eines Mitgliedschaftsbeitrages finanzielle Unterstützung. Die Begleitkosten können im Bedarfsfall vollständig übernommen werden.

c) Auswirkungen der Kinderbegleitung auf die Gesundheit des begleiteten Kindes

Jahr	AutorInnen	N ²⁹	Alter	Krankheit	Ergebnisse ³⁰
1968	Brain, D.J. & Maclay, I.	E ³¹ = 101 K ³² = 96	2-6 J.	Tonsillektomie	<ul style="list-style-type: none"> • Emotional angepasstes Verhalten (zufriedenstellend: E = 77, K = 41; bedingte Anpassung: E = 21, K = 42; nicht zufriedenstellend: E = 3, K = 13): • signifikante Reduktion der Inzidenz postoperativer Infektionen bei begleiteten Kindern
1969	Branstetter, E.	E = 10 K = 20	14 M. – 3 J.	verschiedene Krankheiten, kein chirurgischer Eingriff	<ul style="list-style-type: none"> • Emotional angepasstes Verhalten (weniger Abhängigkeit; weniger Aggression; weniger wütendes und aufgebrachtes Verhalten; glücklicher) • Mehr soziale Interaktion mit der Umwelt (spielten mehr; waren neugieriger; selbstständiger)
1969	Fagin, C.M.	E = 30 K = 30	1-3 J.	verschiedene Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Emotional angepasstes Verhalten (weniger emotionale Abhängigkeit von der Mutter; weniger regressives Verhalten) • Besseres Schlafverhalten • Angepasstes Essverhalten (weniger heikel; mehr Appetit) • Weniger Probleme beim Urinieren nach einer Operation
1986	Cleary, J., Gray, O.P., Hall, D.J., Rowlandson, P.H., Sainsbury, C.P.Q. & Davies, M.M.	E = 16 K = 10	0-2 J.	Geburtsfehler	<ul style="list-style-type: none"> • Emotional angepasstes Verhalten (weniger Schreien durch Spielen, Beruhigung, Stillen) • Mehr soziale Interaktion und Kontakt zur Familie
1988	Saile, H.	E = 42 K = 38	1-4,6 J.	chirurgischer Eingriff	<ul style="list-style-type: none"> • Emotional angepasstes Verhalten (Aggressivität; Trennungsängstlichkeit; Anhänglichkeit) bei bis zu 3 Jahre alten Kindern

²⁹ Zahl der in der Untersuchung erfassten Kinder

³⁰ Ergebnisse beziehen sich auf die Auswirkungen in den Experimentalgruppen, also der begleiteten Kinder

³¹ E = Experimentalgruppe: Gruppe der begleiteten Kinder

³² K = Kontrollgruppe: Gruppe der nicht begleiteten Kinder

Jahr	AutorInnen	N ²⁹	Alter	Krankheit	Ergebnisse ³⁰
1998	Polmin, K., Bäck, M., Egger, J. & Kurz, R.	E = 37 K = 37	1-4,6 J.	verschiedene Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Emotional angepasstes Verhalten (weniger Trennungsangst; weniger Abhängigkeit)
2005	Moser, S.O.	E = 10 K = 10	14 M. - 9 J.	verschiedene Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Emotional angepasstes Verhalten (weniger Weinen, Schreien, Protestieren; bessere Laune; ruhiger, weniger nervös und zimperlich; weniger frech; keine Verleugnung der eigenen Person) • Mehr soziale Interaktion • Besseres Essverhalten und bessere Flüssigkeitsaufnahme • Weniger Schlafstörungen
1986	Thompson, R.H.	Review	verschiedene Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern als Auslöser für freie Gefühlsausbrüche bei begleiteten Kindern (dadurch aggressiveres Verhalten) • Hohes Sicherheitsgefühl bei begleiteten Kindern • Keine signifikanten Unterschiede zwischen begleiteten und unbegleiteten Kindern, wenn die Kinder routinemäßigen Aufnahmeuntersuchungen, Routinebehandlungen, Betäubungen und Injektionen ausgesetzt waren 	
1993	Palmer, S.J.	Review	verschiedene Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion von Verhaltensstörungen durch Krankenhausaufenthalt • Stressreduktion bei begleiteten Kindern (Senkung des Blutdrucks, niedrigere Pulsfrequenz und Körpertemperatur) • Erhöhtes Sicherheitsgefühl bei begleiteten Kindern sowie Ausbleiben der Trennungsangst und stärkere Eltern-Kind-Bindung • Verbesserte Flüssigkeitsaufnahme, weniger Probleme beim Urinieren nach einer Operation 	

Tabelle 28.2: Zusammenfassung der Ergebnisse analysierter Studien

Die Anzahl der Studien zu diesem Themenkomplex ist sehr gering und die Literatur ist verhältnismäßig alt. Durch Einführung liberaler Besuchszeiten und der Begleitmöglichkeiten sind Studien zum Vergleich von begleiteten und unbegleiteten Kindern schwer durchführbar.

Laut Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheit als Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheit oder Gebrechen definiert (WHO, 1948). Die Ergebnisse wurden in die drei Einzelbereiche aufgesplittet. Basierend auf den Resultaten aus der Literaturstudie und den qualitativen Interviews ergaben sich folgende Auswirkungen einer stationären Mitaufnahme eines Elternteils auf die Gesundheit des Kindes:

- Seelisches Wohlbefinden
 - Begleitete Kinder reagieren emotional angepasster auf den Krankenhausaufenthalt. Dies wirkt sich auch noch nach dem Aufenthalt aus, da emotionale Anpassung als Prophylaxe von Traumen wirken kann.
 - Vertrauen und Urvertrauen können intensiviert werden und erhalten bleiben.
 - Angst- und Stressgefühle der Kinder können reduziert werden.
 - Kinder können ihre Gefühle gegenüber der Vertrauensperson besser äußern und müssen Emotionen nicht zurückhalten und aufstauen.
- Soziales Wohlbefinden
 - Die Begleitung ermöglicht eine 24-h-Betreuung und Pflege der PatientInnen durch die begleitende Person.
 - Die Eltern-Kind-Interaktion bleibt erhalten oder kann verstärkt werden.
 - Eine Begleitperson kann Sicherheit in der veränderten sozialen Umgebung geben.
 - Die vertraute Normalsituation (Kind wird auch zu Hause von Eltern versorgt) bleibt bestehen.
- Körperliches Wohlbefinden
 - Die psychosoziale Betreuung kann sich indirekt auswirken.

Die Ergebnisse der Literaturstudie sowie der Interviews weisen darauf hin, dass Angst- und Stressgefühle des Kindes durch die Begleitung vermindert werden können. Gleichzeitig geht sowohl aus den Studien als auch aus den qualitativen Interviews hervor, dass die Übertragung von Angst oder Stress der Begleitperson auf das Kind das größte Problem der Kinderbegleitung darstellt. Große Unsicherheit und Unruhe der Begleitperson können zu einem Vertrauens- und Sicherheitsverlust des Kindes führen. Der emotionale Zustand und die Persönlichkeit des mitaufgenommenen Elternteils spielen daher eine wesentliche Rolle.

Die oben genannten Auswirkungen der Kinderbegleitung auf die Gesundheit des Kindes gingen aus den Ergebnissen der Interviews und der Literaturrecherche hervor. Im Folgenden werden zu berücksichtigende Aspekte aufgelistet, die sich aufgrund der Interviewergebnisse zusätzlich herauskristallisiert haben:

- Die Begleitung durch eine vertraute Bezugsperson wirkt sich insbesondere auf das seelische und soziale Wohlbefinden des Kindes aus. Die Behandlung der körperlichen Symptome im

Krankenhaus kann daher durch die psychosoziale Unterstützung der Begleitperson optimiert werden.

- Das Alter soll nicht allein ausschlaggebender Faktor bei der Entscheidung der Mitaufnahme der Begleitperson sein. Persönlichkeit und Charakter des Kindes, Art und Schweregrad der Erkrankung sowie frühere Krankenhauserfahrungen müssen berücksichtigt werden.
- Die familiäre Situation (z.B. Geschwister, Erfahrung mit dem Alleinsein, ...) und die Erziehung wirken sich auf die Reaktion des Kindes auf den Krankenhausaufenthalt aus.
- Die emotionale Lage und Persönlichkeit der Begleitperson spielen eine ausschlaggebende Rolle über positive oder negative Beeinflussung des Kindes, da Angst- oder Stressgefühle der Begleitperson auf das Kind übertragen werden können.
- Eine gute Vorbereitung des Kindes durch ehrliche Erklärungen der Eltern über die geplante Krankenaufnahme ist unbedingt notwendig.
- Das gewohnte soziale Umfeld zu Eltern, Geschwistern, FreundInnen und geliebten Personen soll erhalten bleiben und unterstützt werden.
- Kinderfreundliche Räume mit heimischer Atmosphäre, Spielmöglichkeiten, Kindergarten, Schule, Betreuungspersonen wie Zeichentanten, LehrerInnen und Klinikclowns tragen zur Förderung des Wohlbefindens des erkrankten Kindes bei.
- Freundlichkeit, verständliche und kindergerechte Aufklärung und Information über Prozeduren und den Zustand des Kindes durch das Krankenhauspersonal sind notwendig.

28.4 Zusammenfassung

Jedes Kind, das auf die Mitbetreuung durch eine Bezugsperson angewiesen ist, hat lt. Gesetz das Recht auf die Mitaufnahme einer Begleitperson. Die entstehenden Gebühren für die Kinderbegleitung sind von der Begleitperson zu tragen, allerdings sind diese nach dem ASVG-Richtsatz bemessen und somit sozial gestaffelt. Etwas mehr als die Hälfte aller aufgenommenen Kinder unter 15 Jahren werden in der Steiermark von einer Begleitperson begleitet. Vor allem in den Schwerpunktkrankenhäusern für Kinder und Jugendliche ist der Anteil der begleiteten Kinder in diesem Bereich anzusetzen. Die Auswirkung der Kinderbegleitung auf das seelische, soziale und körperliche Wohlbefinden des Kindes ist abhängig von persönlichen und äußeren Umständen (Merkmale des Kindes, der Begleitperson, des Krankenhauses und familiäre Umstände), allerdings weisen die wissenschaftliche Literatur sowie steirische ExpertInnen und Eltern größtenteils auf positive Auswirkungen hin.

Basierend auf den Ergebnissen wird empfohlen, ausreichende Kapazität an Begleitbetten sicherzustellen sowie Maßnahmen zur Ermutigung und Aufklärung zu Begleitmöglichkeiten sowie zur bestmöglichen Integration der Eltern in den Krankenhausalltag zu setzen. Darüber hinaus sollte auf einen flächendeckend guten Zugang zu Kinderbegleitung geachtet werden, wie auch der niederschwellige Zugang und der Zugang für benachteiligte Gruppen (z.B. einkommensschwache Gruppen, MigrantInnen etc.) sichergestellt werden sollten. Diese benachteiligten Gruppen sollten vonseiten der Verwaltungsdirektion und des Personals bestmögliche Unterstützung erhalten, um ihre Rechte auf Gebührenbefreiung bzw. -reduktion geltend zu machen.

Literatur

- AKIK Aktionskomitee Kind im Krankenhaus Bundesverband e.V. (2005). *Erläuterungen zur Charta für Kinder im Krankenhaus „EACH-Charta“*. Download vom 25. März 2007 von http://www.akik.de/files/charta_erlaeuterungen.pdf.
- Brain, D.J. & Maclay, I. (1968). *Controlled Study of Mothers and Children in Hospital*. British Medical Journal, 1, S. 278-280.
- Branstetter, E. (1969). *The young Child's Response to Hospitalization: Separation Anxiety or Lack of Mothering Care?* American Journal of Public Health. 59(1), S. 92-97.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit. (2007). *Familienhospizkarenz*. Download vom 20. Juni 2007 von <http://www.bmwa.gv.at/NR/rdonlyres/E730F709-5148-4210-8D12-AF85E5CA0134/0/FHKFolder2007.pdf>.
- Fagin, C.M. (1969). *Mothers and Children in Hospital*. British Medical Journal, 2, S. 311.
- KAGes. (2002). *Regelung – Aufnahme von Begleitpersonen*. ArbU 0012.7195 der Steiermärkischen Krankenanstalten Ges.m.b.H. vom 21. August 2002.
- KALG. (1999). *Das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz*. 1957 idF LGBl. Nr. 78/1957. Download vom 20. Februar 2007 von <http://www.ris.bka.gv.at/lgbl-steiermark/>
- KALG. (2005). *Das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz*. 1999 idF LGBl. Nr. 60/2004. Download vom 20. Februar 2007 von <http://www.ris.bka.gv.at/lgbl-steiermark/>
- KALG. (2005). *Das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz*. 1999 idF LGBl. Nr. 2/2005. Download vom 20. Februar 2007 von <http://www.ris.bka.gv.at/lgbl-steiermark/>.
- Moser, S.O. (2005). *Die Eltern als Medizin. Medizinische und psychologische Auswirkungen der elterlichen Kinderbegleitung im Krankenhaus*. Dissertation. Medizinische Universität Graz.
- Palmer, S.J. (1993). *Care of sick Children by Parents: A meaningful Role*. Journal of Advanced Nursing, 18, S. 185-191.
- Polmin, K., Bäck, M., Egger, J. & Kurz, R. (1998). *Rooming-in-Modell. Beeinflusst die Mitaufnahme bzw. Nichtmitaufnahme der Mütter den Krankenhausaufenthalt von Kleinkindern?* Monatsschrift Kinderheilkunde, 146, S. 797-800.
- Prugh, D.G., Staub, E.M., Sands, H.H., Kirschbaum, R.M. & Lenihan, E.A. (1953). *A Study of the emotional Reactions of Children and Families to Hospitalization and Illness*. American Journal of Orthopsychiatry, 23, S. 70-106.
- Rigby, M. & Köhler, L. (Hrsg.). (2002). *European Union Community Health Monitoring Programme. Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission*. Staffordshire, Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme.
- Saile, H. (1988). *Rooming-in bei Krankenaufenthalten von Kindern*. Klinische Psychologie, 17(1), S. 8-20.
- Spielhofer, K., Abel-Pfeiffer, M. & Willig, W. (1988). *Lesebuch für Entwicklungspsychologie, Pädagogik, Kind im Krankenhaus*. Balingen: Selbstverlag W. Willig.
- Steiermärkische Gebietskrankenkasse. (2007). *Leistungsrechtliche Werte in der Sozialversicherung*. Download vom 26. März 2007 von <http://www.stgkk.at/mediaDB/116970.PDF>.
- Steiermärkischer Landtag. Beschluss Nr. 921 aus der 35. Sitzung der XIV. Gesetzgebungsperiode vom 21. Jänner 2003.

Thompson, R.H. (1986). *Where we stand: Twenty Years of Research on Pediatric Hospitalization and Health Care*. *Child Health Care*, 14, S. 200-210.

Troschke, J. (1974). *Das Kind als Patient im Krankenhaus. Eine Auswertung der Literatur zum psychischen Hospitalismus*. München: Ernst Reinhardt.

ANHANG

	11-Jährigen		13-Jährigen		15-Jährigen	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
HBSC 2006/2007 Steiermark	95	93	135	124	90	83
Indikator 11 Mutter	93	85	118	113	87	82
Indikator 11 Vater	94	91	120	114	88	82
Indikator 12	93	92	121	115	89	83
Indikator 13	92	93	120	115	89	83
Indikator 14	95	93	135	124	89	83
Indikator 15	87	87	127	118	83	77
Indikator 16	95	93	135	124	89	83
Indikator 17	95	93	135	124	89	83
Indikator 18	93	93	134	123	87	83
Indikator 19 Lebensprävalenz	n.a	n.a	n.a	n.a	83	82
Indikator 19 Jahresprävalenz	n.a	n.a	n.a	n.a	83	82
Indikator 19 Monatsprävalenz	n.a	n.a	n.a	n.a	82	82
Indikator 26	93	93	135	124	88	83
Indikator 27 Kopfschmerzen	95	91	135	124	90	82
Indikator 27 Magen-/ Bauchschmerzen	94	91	135	124	90	83
Indikator 27 Rücken- / Kreuzschmerzen	95	90	135	124	90	82
Indikator 27 Fühle mich allgemein schlecht	95	91	134	124	90	82
Indikator 27 Gereiztheit	94	91	135	124	90	83
Indikator 27 Nervösität	94	90	135	124	90	83
Indikator 27 Einschlafstörungen	95	91	135	124	90	83
Indikator 27 Benommenheit	95	91	133	124	90	83
Burgenland	90	82	72	67	114	118
Kärnten	74	78	98	95	53	75
Niederösterreich	147	148	154	157	109	193
Oberösterreich	178	171	166	155	140	151
Salzburg	95	90	91	99	49	88
Steiermark	95	93	135	124	90	83
Tirol	81	67	102	103	84	96
Vorarlberg	103	93	97	91	65	102
Wien	159	150	127	126	137	158
HBSC 2002 Steiermark	121	124	111	104	96	97
HBSC 1998 Steiermark	86	102	106	107	103	124

n.a = nicht abgefragt

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 1998, Dür et al. (2000), WHO-HBSC-Survey 2002, Dür/Mravlag (2002) und WHO-HBSC-Survey 2006, Dür/Griebler (2007)

Hinweis: Die Zahlen zeigen, wie viele Jugendliche, welchen Alters und Geschlecht befragt wurden und eine Antwort bei der jeweiligen Frage gegeben haben. Wobei nur für die Steiermark und die Befragung von 2006/2007 für jeden Indikator die Datengrundlage in dieser Stratifizierung ausgewiesen wird. Für die anderen Bundesländer und Befragungen aus den Jahren 2002 und 1998 wird nur die Zahl der insgesamt Befragten ausgewiesen.

IMPRESSUM

Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark

Konzept:	Mag. ^a Gerlinde Grasser, MScPH ¹
Berichtverfassung:	Mag. ^a Elisabeth Wieseneder ¹ Mag. ^a Gerlinde Grasser, MScPH ¹
Statistische Auswertung:	DI Dr. ⁱⁿ Sigrid Kern ² , DI Josef Holzer ² (Kapitel 3,4,5,6,7,20) Mag. Robert Griebler ³ (Kapitel 11,12,13,14,15,16,18,19,21,26,27)
Mitautorinnen:	Mag. ^a (FH) Sabine Mann (Kapitel 28) ¹ Corinna Schaffer, BA (Kapitel 9) ¹
Endlektorat:	Mag. Stefan Schwar ⁴ Mag. Bernd Eicher ⁴
Endredaktion:	Dr. Thomas Amegah, MAS(ÖGD), MPH ⁵ MMag. ^a Andrea Koller ⁶
Gesamtkoordination und Projektleitung:	Dr. Thomas Amegah, MAS(ÖGD), MPH ⁵
Medieninhaber, Herausgeber und Verleger:	Amt der Steiermärkischen Landesregierung Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen Friedrichgasse 9, 8010 Graz Tel.: +43 316 877 3521, e-Mail: FA8B@stmk.gv.at web: www.sanitaetsdirektion.steiermark.at
Copyright:	Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen, Graz

Vervielfältigung und Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Zustimmung des Herausgebers
Download des Berichts: www.sanitaetsdirektion.steiermark.at, www.gesundheit.steiermark.at

¹ FH JOANNEUM, Kompetenzzentrum für Gesundheitsberichterstattung am Studiengang
Gesundheitsmanagement im Tourismus, Bad Gleichenberg

² Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 1C - Landesstatistik, Graz

³ Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research, Wien

⁴ Ad Literam, Graz

⁵ Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen, Graz

⁶ Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Büro Landesrätin Dr.ⁱⁿ Bettina Vollath, Graz