



# Wiener Jugend- gesundheitsbericht 2002

Vienna Youth

Health Report 2002



**Bereichsleitung für  
Gesundheitsplanung  
und Finanzmanagement**



# **Wiener Jugend- gesundheitsbericht 2002**

Vienna Youth  
Health Report 2002

**IMPRESSUM**

<b>PROJEKTLEITUNG:</b>	Mag. Ingrid KROMER
<b>KONZEPT:</b>	Mag. Ingrid KROMER Günther OGRIS MA
<b>BERICHTERSTELLUNG:</b>	Mag. Sonja KOPETZKY Mag. Ingrid KROMER Mag. Christine REIDL Mag. Heide TEBBICH Mag. Martina WEIXLER Dr. Reinhard ZUBA
<b>ENGLISCHE ÜBERSETZUNG:</b>	Sylvi RENNERT
<b>LEKTORAT:</b>	Mag. Linda STIFT
<b>PROJEKTKOORDINATION UND ENDREDAKTION:</b>	Mag. Monika CSITKOVICS
<b>GRAFISCHE PRODUKTION:</b>	Bernhard AMANSHAUSER
<b>UMSCHLAGGESTALTUNG:</b>	Mag. Robert SABOLOVIC
<b>FOTO:</b>	Carlos de MELLO
<b>MEDIENINHABER, HERAUSGEBER UND VERLEGER:</b>	Magistrat der Stadt Wien Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement Gesundheitsberichterstattung Schottenring 24, A-1010 Wien Tel.: +43-1-53114-76177 e-mail: bar@bgf.magwien.gv.at Hersteller: Adolff Holzhausen Nfg., 1140 Wien

## VORWORT

In den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts begann die Stadt Wien, den Gesundheitszustand der Wiener Bevölkerung zielgruppenspezifisch zu erheben. Es entstanden dabei Spezialberichte zur Gesundheit der Wiener Frauen, Männer, SeniorInnen, MigrantInnen und Kinder. Mit diesen Berichten wurden gesundheitliche Problembereiche der einzelnen Bevölkerungsgruppen sowie deren Ursachen aufgezeigt, um in der Folge zielgenaue gesundheitspolitische Maßnahmen setzen zu können. In den bereits laufenden Projekten der Wiener Gesundheitsförderung wie „Ein Herz für Wien“, „Bewegtes Lernen“, „Wiener Netzwerk – Gesundheitsfördernde Schulen“, etc. finden die Ergebnisse der diversen Studien ihren Niederschlag.

Eine bisher noch ausständige Gruppe stellen die Wiener Jugendlichen dar. Um diese Lücke zu schließen, wurde das Institut für Jugendforschung mit der Erstellung des Wiener Jugendgesundheitsberichtes 2002 beauftragt. Der nun vorliegende Bericht beschreibt ausführlich die gesundheitliche Lage der Wiener Jugendlichen, darüber hinaus gibt er einen Überblick über den Suchtmittelkonsum, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten und das Sexualverhalten der 15- bis 24-jährigen Wienerinnen und Wiener. Zudem wird der Themenbereich „gesundheitliche Einflussfaktoren“, welcher sich mit gesundheitlichen Rahmenbedingungen wie Familie, Schule und Peergruppenkontakte beschäftigt, einer Analyse unterzogen. Die für die Gesundheit einer Bevölkerung nicht unbedeutende demographische und sozioökonomische Lage wird dem Bericht vorangestellt.

Jugendliche und junge Erwachsene lösen sich von den Wert- und Normvorstellungen der Eltern und Peergruppen gewinnen entscheidenden Einfluss auf Den-

ken und Handeln. Die Jugend ist jene Zeit, in der Benachteiligungen aus der Kindheit überwunden oder auch vertieft werden können, in der eine gesunde Lebensweise angestrebt oder ungesunde Verhaltensweisen zur Gewohnheit werden können. In dieser Lebensphase zeigt es sich, ob zum Erwachsensein Rauchen, Drogenkonsum, Risikosport oder Hungerkuren gehören oder ob Selbstbewusstsein, Ausgleichssport, gesunde Ernährung und Körperpflege das Erwachsenenbild bestimmen.

Der Wiener Jugendgesundheitsbericht zeigt auf, dass gesundheitliche Probleme bei Jugendlichen heterogen verteilt auftreten. Vor allem nach Geschlecht, sozialer Lage und Nationalität kommt es zu unterschiedlichen Betroffenheiten: So weisen MigrantInnen einen mangelhaften Zahnstatus auf; auch ist ihr Bewegungsverhalten – vor allem bei Mädchen – besorgniserregend. Schülerinnen wiederum berichten häufiger von Stress als Schüler. Einen erhöhten Alkoholkonsum jedoch weisen Jugendliche und junge Erwachsene nach dem Einstieg ins Berufsleben auf. Eine Verbesserung des Wissensstandes bezüglich Sexualität ist bei HauptschülerInnen und SchülerInnen des Polytechnischen Lehrganges anzustreben.

Ich werde den Wiener Jugendgesundheitsbericht zum Anlass nehmen, schon laufende präventive und gesundheitsfördernde Projekte für Jugendliche auf die neu gewonnen Erkenntnisse abzustimmen bzw. auszuweiten sowie neue bedarfsorientierte Projekte zu initiieren.

Ich hoffe, dass der vorliegende Bericht für Sie von Interesse ist.

Wien, September 2002

Die amtsführende Stadträtin für  
Gesundheits- und Spitalswesen



Dr. Elisabeth Pittermann-Höcker

## INHALT

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	23
SUMMARY AND CONCLUSIONS	29
EINLEITUNG: JUGEND UND GESUNDHEIT	33
<b>1 SOZIODEMOGRAPHISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE DATEN VON JUGENDLICHEN IN WIEN</b>	<b>37</b>
1.1 BEGRIFFSDEFINITION: WER IST DIE JUGEND?	37
1.1.1 Entwicklungspsychologische Zugänge zum Jugendbegriff	37
1.2 SOZIODEMOGRAPHIE	39
1.2.1 Bevölkerungsstruktur	40
1.2.2 Demographische Bereicherungsquote	46
1.2.3 Tod im Jugendalter	47
1.2.4 Mutterschaft im Jugendalter	49
1.2.5 Eheschließungen 14- bis 24-Jähriger in Wien	50
1.3 SOZIOÖKONOMIE	52
1.3.1 Schulbildung nach Alter und Geschlecht	53
1.3.2 Haushaltseinkommen	55
1.3.3 Wohnungssituation	57
1.3.4 Teilnahme am Erwerbsleben	58
1.3.5 Bildung	62
1.4 LITERATUR	63
<b>2 GESUNDHEITSRELEVANTE EINFLUSSFAKTOREN BEI JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN</b>	<b>67</b>
2.1 FAMILIE UND GESUNDHEIT	68
2.1.1 Familiäre Einflussfaktoren	68
2.1.2 Belastungen in der Kindheit	74
2.2 SCHULE UND GESUNDHEIT	75
2.2.1 Zufriedenheit mit der Schule	75
2.2.2 Bullying	76
2.3 GESUNDHEITSRELEVANTE FAKTOREN IN DER AUSBILDUNGS- UND ARBEITSWELT	76
2.4 PEERGRUPPEN UND GESUNDHEIT	78
2.4.1 Die Bedeutung von FreundInnen für Jugendliche und junge Erwachsene	78
2.4.2 Peergruppenkontakte und Gesundheit	79
2.4.3 Riskantes Verhalten mit legalen Drogen	79
2.5 LITERATUR	81
<b>3 EPIDEMIOLOGIE</b>	<b>85</b>
3.1 ALLGEMEINES	85
3.1.1 Quellmaterial zu Sekundäranalysen	85
3.1.2 Statistik	85

<b>3.2 SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND</b>	<b>87</b>
3.2.1 Geschlechtsspezifische Wahrnehmungsdifferenzen	88
3.2.2 Subjektive Selbsteinschätzung	91
3.2.3 Stress und leichte Beschwerden	94
3.2.4 Gesundheitliches Wohlbefinden im Zeitverlauf	99
<b>3.3 OBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND</b>	<b>101</b>
3.3.1 Beschwerden und Symptome	103
3.3.2 Chronische Erkrankungen bei Jugendlichen	111
3.3.3 Zahngesundheit	115
3.3.4 Krankheitsbehandlung: Arzneimittel und Arztbesuche	121
3.3.5 Unfälle	123
3.3.6 Todesursachen	127
3.3.7 Behinderungen und Einschränkungen	131
<b>3.4 LITERATUR</b>	<b>132</b>
<b>4 SUCHTMITTELKONSUM JUGENDLICHER</b>	<b>135</b>
<b>4.1 ALLGEMEINES</b>	<b>135</b>
4.1.1 Psychosoziale Funktionen des Drogenkonsums	135
4.1.2 Empirische Daten für Wien zwischen 1995 und 2002	136
<b>4.2 WISSEN UND EINSTELLUNGEN ZU LEGALEN UND ILLEGALEN DROGEN</b>	<b>137</b>
<b>4.3 KONSUM LEGALER SUBSTANZEN IM JUGENDALTER</b>	<b>139</b>
4.3.1 Österreich im internationalen Vergleich	141
4.3.2 Nikotin	143
4.3.3 Alkohol	148
<b>4.4 KONSUM ILLEGALER SUBSTANZEN</b>	<b>154</b>
4.4.1 Cannabis	155
4.4.2 Ecstasy, Amphetamine und biogene Drogen	158
4.4.3 Opiate	160
4.4.4 Kokain	160
4.4.5 Zusammensetzung, Reinheit von illegalen Substanzen	160
4.4.6 Drogenbezogene Todesfälle	161
4.4.7 Jugendliche in Wiener Suchtkrankenhilfesystemen	162
<b>4.5 LITERATUR</b>	<b>165</b>
<b>5 ERNÄHRUNGS- UND BEWEGUNGSVERHALTEN</b>	<b>169</b>
<b>5.1 ERNÄHRUNGSVERHALTEN</b>	<b>169</b>
5.1.1 Österreichische Ernährungsgewohnheiten	170
5.1.2 Ernährungsgewohnheiten der Wiener Jugendlichen	174
5.1.3 Ernährungswissen	177
5.1.4 Prävention	177
5.1.5 Ess-Störungen	178
<b>5.2 BEWEGUNGSVERHALTEN</b>	<b>188</b>
5.2.1 Sportvereine	194
5.2.2 Extremsport – Trendsport	194
5.2.3 Sportunfälle	195
5.2.4 Haltungsschäden	195
5.2.5 Prävention	196
<b>5.3 LITERATUR</b>	<b>197</b>

<b>6 JUGENDSEXUALITÄT IN DER EMPIRISCHEN FORSCHUNG</b>	<b>203</b>
<b>6.1 SEXUALWISSEN UND SEXUALVERHALTEN</b>	<b>206</b>
6.1.1 Einführung in das Thema	206
6.1.2 Geschlechtsspezifische Sozialisation und jugendliches Sexualverhalten	207
6.1.3 Sexuelle Erfahrungen und Sexualverhalten von Jugendlichen	210
6.1.4 Missbrauchserfahrungen – erzwungene sexuelle Aktivitäten	216
6.1.5 Aufklärung und Verhütung	217
6.1.6 AIDS und HIV-Infektionen	224
<b>6.2 TEENAGER-MÜTTER</b>	<b>229</b>
6.2.1 Beratungs- und Betreuungsangebote für jugendliche Mütter	231
6.2.2 Schwangerschaftsabbrüche	233
<b>6.3 LITERATUR</b>	<b>236</b>



## GRAFIKVERZEICHNIS

### 1 SOZIODEMOGRAPHISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE DATEN VON JUGENDLICHEN IN WIEN

Grafik 1:	Verstorbene Jugendliche nach Alter und Geschlecht, Wien 2000	48
Grafik 2:	Eheliche und uneheliche Geburten nach dem Alter der Mutter, Wien 2000	49
Grafik 3:	Haushaltseinkommen/EÄ nach Alter und Geschlecht in Wien	57
Grafik 4:	Arbeitslosigkeit nach Alter und Geschlecht	59
Grafik 5:	Dauer der Arbeitslosigkeit nach Geschlecht	60

### 2 GESUNDHEITSRELEVANTE EINFLUSSFAKTOREN BEI JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN

Grafik 1:	Zufriedenheit der 16- bis 24-Jährigen mit der Wohnungsgröße	73
Grafik 2:	Sehr/ziemlich zufrieden mit der Anerkennung durch den Beruf	77
Grafik 3:	Entwicklung der Bedeutung von FreundInnen in Wien	78

### 3 EPIDEMIOLOGIE

Grafik 1:	Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Alter und Geschlecht	89
Grafik 2:	Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft	90
Grafik 3:	Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht	92
Grafik 4:	Beurteilung des Gesundheitszustandes nach Erwerbstätigkeit	93
Grafik 5:	Leiden unter Stress nach Erwerbsstatus und Geschlecht	95
Grafik 6:	Leiden unter Stress nach Erwerbsstatus und Staatsbürgerschaft	96
Grafik 7:	Häufigste Beschwerden nach Geschlecht	98
Grafik 8:	Konstant hohes Wohlbefinden nach Nationalität und Erwerbsstatus	100
Grafik 9:	Häufigste Beschwerden der letzten zwei Wochen nach Geschlecht	104
Grafik 10:	Beschwerdenanzahl nach Staatsbürgerschaft, Erwerbsstatus und Geschlecht	107
Grafik 11:	Allergien nach Staatszugehörigkeit und Geschlecht	111
Grafik 12:	Leiden unter chronischer Krankheit/Verletzung nach Geschlecht und Staatszugehörigkeit	112
Grafik 13:	Anteil der Jugendlichen mit allen Zähnen nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	116
Grafik 14:	Zahnarztbesuch nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	118
Grafik 15:	Sanierungsbedarf der Zähne nach der Häufigkeit der Arztbesuche	120
Grafik 16:	Arztbesuche in den letzten drei Monaten nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft	123
Grafik 17:	Freizeitunfall im letzten Jahr nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft	125
Grafik 18:	Verunglückte nach Altersgruppen und Verkehrsbeteiligung in Österreich	126
Grafik 19:	Verunglückte 15- bis 24-Jährige im Straßenverkehr	127
Grafik 20:	Verstorbene Jugendliche nach Geschlecht in Wien 2000	128
Grafik 21:	Todesursachen der Wiener Jugendlichen, 2000	129
Grafik 22:	Getötete nach Altersgruppen und Verkehrsbeteiligung in Österreich	130
Grafik 23:	Suizide von Wiener Jugendlichen	131

### 4 SUCHTMITTELKONSUM JUGENDLICHER

Grafik 1:	15-jährige SchülerInnen, die täglich rauchen; Zeitvergleich:1990, 1994, 1998	144
Grafik 2:	Tägliches Rauchen nach Schultyp	146
Grafik 3:	15-Jährige, die bereits viermal oder öfter berauscht waren	149
Grafik 4:	Täglicher oder mehrmals wöchentlicher Alkoholkonsum nach Schultypen	151
Grafik 5:	Cannabiserfahrung und mind. gelegentlicher Cannabiskonsum nach Schultyp	156
Grafik 6:	Einstellung zu Haschisch im zeitlichen Vergleich	157
Grafik 7:	Erfahrung mit Ecstasy nach Alter und Geschlecht	159
Grafik 8:	Anzahl der Drogenopfer in Wien im zeitlichen Verlauf (alle Altersgruppen)	161

**5 ERNÄHRUNGS- UND BEWEGUNGSVERHALTEN**

Grafik 1:	Täglich bis mehrmals wöchentlich konsumierte Lebensmittel nach Erwerbsstatus	175
Grafik 2:	Täglich bis mehrmals wöchentlich konsumierte Lebensmittel nach Geschlecht	176
Grafik 3:	Täglich bis mehrmals wöchentlich konsumierte Lebensmittel nach Staatsbürgerschaft	176
Grafik 4:	Body Mass Index der 18- bis 24-jährigen WienerInnen nach Geschlecht	180
Grafik 5:	Verteilung der Anrufe auf unterschiedliche Personengruppen	183
Grafik 6:	Verteilung der Diagnosen Ess-Störungen nach direkter und indirekter Betroffenheit	184
Grafik 7:	Body Mass Index (BMI) nach Geschlecht bei SchülerInnen	185
Grafik 8:	Sport- und Bewegungsverhalten (mehrmals wöchentlich bis alle 1–2 Wochen ausgeübt nach Geschlecht) der 16- bis 24-Jährigen WienerInnen	189
Grafik 9:	Anteil der Jugendlichen, die keine Bewegung machen, nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	190
Grafik 10:	Jugendliche, die keinen Sport betreiben, nach Erwerbstätigkeit	192
Grafik 11:	Jugendliche, die keinen Sport betreiben, nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft	193

**6 JUGENDSEXUALITÄT IN DER EMPIRISCHEN FORSCHUNG**

Grafik 1:	Koituserfahrungen von 12- bis 25-Jährigen	212
Grafik 2:	Ansprechpersonen bei sexuellen Fragen	218
Grafik 3:	Quellen der Kenntnisse über Sexualität	219
Grafik 4:	Einschätzung der eigenen Aufgeklärtheit bei 14- bis 19-Jährigen	220
Grafik 5:	Anteil der Jugendlichen mit Informationsbedarf über folgende sexuelle Themen	222
Grafik 6:	Anteil der Jugendlichen, die vor dem ersten GV über Verhütung sprachen	223
Grafik 7:	Verhütungsmittel beim ersten GV und bei späteren GV	223
Grafik 8:	AIDS-Neuerkrankungen bei 15- bis 24-Jährigen in Österreich – zeitlicher Verlauf	225
Grafik 9:	Teenager-Mütter in Wien	229
Grafik 10:	„Legale Interruptio“ laut Spitalsentlassungsstatistik bei 15- bis 24-Jährigen in Wien	235

## TABELLENVERZEICHNIS

### 1 SOZIODEMOGRAPHISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE DATEN VON JUGENDLICHEN IN WIEN

Tabelle 1:	Anteil Jugendlicher an der Gesamtbevölkerung Österreichs 1991 und 2001	41
Tabelle 2:	Außenwanderung Wiens 1986–1998: Jahresmittelwerte	42
Tabelle 3:	Außenwanderung Wiens nach Alter und Staatsbürgerschaft: 1994–1998	42
Tabelle 4:	Nichtwohnsitz in Wien 2000 nach Alter, Geschlecht, Staatsbürgerschaft	43
Tabelle 5:	Ordentliche Studierende an Wiener Universitäten, WS 2000	44
Tabelle 6:	Erwerb der Staatsbürgerschaft 2000 mit Hauptwohnsitz Wien	44
Tabelle 7:	Anteil der Jugendlichen an Wiens Wohnbevölkerung 2000	45
Tabelle 8:	Anteil ausländischer Jugendlicher an Wiens Wohnbevölkerung 2000	46
Tabelle 9:	Altersverteilung der Wiener Wohnbevölkerung und der in Wien lebenden AusländerInnen 2000	46
Tabelle 10:	Demographische Bereicherungsquote weiblicher Jugendlicher	47
Tabelle 11:	Demographische Bereicherungsquote männlicher Jugendlicher	47
Tabelle 12:	Verstorbene Jugendliche, Wien 2000	48
Tabelle 13:	Geburten nach dem Alter der Mutter, Wien 2000	49
Tabelle 14:	Geburten nach dem Religionsbekenntnis der Mutter, Wien 2000	50
Tabelle 15:	Eheschließungen 14- bis 24-Jähriger, Wien 2000	51
Tabelle 16:	Schulbildung nach Alter und Geschlecht	54
Tabelle 17:	Altersverteilung nach Schulbildung und Geschlecht	55
Tabelle 18:	Haushalts-Nettoeinkommen gesamt nach Geschlecht	55
Tabelle 19:	Haushaltseinkommen/EÄ nach Alter und Geschlecht	56
Tabelle 20:	Wohnungsgröße nach Alter und Geschlecht	57
Tabelle 21:	Derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben nach Alter und Geschlecht	59
Tabelle 22:	Dauer der Arbeitslosigkeit Jugendlicher nach Geschlecht	60
Tabelle 23:	Lehrlinge in Wien 2000 unterteilt nach Gewerbe und Geschlecht	61
Tabelle 24:	Vorgemerkte Lehrstellensuchende 1996–2000 in Wien	62
Tabelle 25:	Bestandene Reifeprüfungen, Befähigungsprüfungen	62
Tabelle 26:	Entwicklung des Anteils an Erstinskribierenden nach Geschlecht 1995–2000	63
Tabelle 27:	Anteil ausländischer Erstinskribierender nach Geschlecht WS 1995–2000	63

### 2 GESUNDHEITSRELEVANTE EINFLUSSFAKTOREN BEI JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN

Tabelle 1:	Die Bedeutung der Familie als Lebensbereich	68
Tabelle 2:	Anzahl der von Scheidungen betroffenen Kinder in Wien und Österreich 2000	69
Tabelle 3:	Treffen diese Aussagen auf Ihre Kindheit und Erziehung zu?	70
Tabelle 4:	Anzahl der Kinder in Haushalten in Wien und Österreich	71
Tabelle 5:	Kinderanzahl pro Familie in Wien und Österreich	72
Tabelle 6:	Zufriedenheit mit der Größe der Wohnung der 16- bis 24-Jährigen	73
Tabelle 7:	Bedeutung des Lebensbereiches Schule für 16- bis 24-Jährige	75
Tabelle 8:	Anteil der ausländischen Haupt- und AHS-UnterstufenschülerInnen in Wien	76
Tabelle 9:	Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Beruf der 16- bis 24-Jährigen	77
Tabelle 10:	Die Bedeutung von FreundInnen als wichtiger Lebensbereich für 16- bis 24-Jährige	78
Tabelle 11:	Zufriedenheit der Kontakte zu FreundInnen und Bekannten	79
Tabelle 12:	Alter des Rauchbeginns	80

### 3 EPIDEMIOLOGIE

Tabelle 1:	Zielgruppe nach Altersgruppe, Staatsbürgerschaft und Geschlecht	85
Tabelle 2:	Zielgruppe nach Erwerbsstatus, Staatsbürgerschaft und Geschlecht	85
Tabelle 3:	Erwerbsstatus nach Staatsbürgerschaft	86
Tabelle 4:	Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Alter und Geschlecht	88
Tabelle 5:	Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Geschlecht und Altersgruppen	89

Tabelle 6:	Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft	90
Tabelle 7:	Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Erwerbsstatus und Staatsbürgerschaft	91
Tabelle 8:	Subjektiver Gesundheitszustand nach Staatszugehörigkeit, Geschlecht und Erwerbsstatus	92
Tabelle 9:	Beurteilung des Gesundheitszustandes nach Geschlecht	93
Tabelle 10:	Beurteilung des Gesundheitszustandes nach Erwerbstätigkeit	93
Tabelle 11:	Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Lehrlingen nach Geschlecht	94
Tabelle 12:	Leiden unter Stress nach Erwerbsstatus und Geschlecht	94
Tabelle 13:	Leiden unter Stress nach Erwerbsstatus und Staatsbürgerschaft	95
Tabelle 14:	Leiden unter Stress nach Staatsbürgerschaft, Geschlecht und Erwerbstätigkeit	96
Tabelle 15:	Berufliche Belastungen bei Lehrlingen nach Geschlecht	97
Tabelle 16:	Beschwerden ohne Bettlägrigkeit nach Geschlecht	97
Tabelle 17:	Beschwerden ohne Bettlägrigkeit nach Altersgruppen und Geschlecht	98
Tabelle 18:	Gesundheitliches Wohlbefinden im Verlauf der Zeit (nach Bildern)	99
Tabelle 19:	Gesundheitliches Wohlbefinden im Verlauf der Zeit nach Staatsbürgerschaft und Erwerbsstatus	99
Tabelle 20:	Beschwerden während der vergangenen zwei Wochen nach Geschlecht	103
Tabelle 21:	Häufigste Beschwerden während der vergangenen zwei Wochen bei Mädchen nach Altersgruppen	104
Tabelle 22:	Beschwerden während der vergangenen zwei Wochen nach Staatsbürgerschaft	105
Tabelle 23:	Anzahl der Beschwerden nach Alter und Geschlecht	106
Tabelle 24:	Beschwerdenanzahl nach Staatsbürgerschaft, Erwerbsstatus und Geschlecht	106
Tabelle 25:	Gehäuft auftretende Krankheiten bei Lehrlingen nach Geschlecht	108
Tabelle 26:	Befunde der Stellungsuntersuchung des Geburtsjahrganges 1982, Wien	109
Tabelle 27:	Allergien bei jungen Männern	110
Tabelle 28:	Allergien bei jungen Frauen	110
Tabelle 29:	Allergien nach Staatszugehörigkeit und Geschlecht	111
Tabelle 30:	Chronische Erkrankungen nach Staatszugehörigkeit und Geschlecht	112
Tabelle 31:	Psychiatrische Krankheiten nach Geschlecht	113
Tabelle 32:	Krankheiten der Atmungsorgane nach Geschlecht	113
Tabelle 33:	Krankheiten der Verdauungsorgane nach Alter und Geschlecht	113
Tabelle 34:	Krankheiten der Urogenitalorgane nach Geschlecht	114
Tabelle 35:	Hautkrankheiten nach Geschlecht	114
Tabelle 36:	Krankheiten des Bewegungsapparates nach Geschlecht	114
Tabelle 37:	Zahngesundheit nach Geschlecht	115
Tabelle 38:	Zahngesundheit nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	115
Tabelle 39:	Kariesschäden nach Schulbildung und Anzahl der Zähne bei Achtzehnjährigen in Österreich	116
Tabelle 40:	Behandlungsbedarf nach Ausbildungsart bei Achtzehnjährigen in Österreich	117
Tabelle 41:	Zahnarztbesuch nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	117
Tabelle 42:	Zahnarztbesuch bei Achtzehnjährigen nach Geschlecht in Österreich	118
Tabelle 43:	Grund für Zahnarztbesuch mit Häufigkeit bei Achtzehnjährigen in Österreich	118
Tabelle 44:	Zahnbehandlung nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	119
Tabelle 45:	Sanierungsbedarf bei Achtzehnjährigen mit Zahnarztbesuch in Österreich	119
Tabelle 46:	Art der Zahnregulierung nach Geschlecht bei Achtzehnjährigen in Österreich	120
Tabelle 47:	Art der Zahnregulierung nach Ausbildungsart bei Achtzehnjährigen	121
Tabelle 48:	Einnahme von Medikamenten in den letzten 2 Wochen nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	121
Tabelle 49:	Ärztlich verordnete Medikamente nach Geschlecht in den letzten 4 Wochen	122
Tabelle 50:	Nicht ärztlich verordnete Medikamente nach Geschlecht in den letzten 4 Wochen	122
Tabelle 51:	Arztbesuch im letzten Jahr wegen Beschwerden	122
Tabelle 52:	Arztbesuch in den letzten 3 Monaten nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft	123
Tabelle 53:	Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Alter und Geschlecht	124
Tabelle 54:	Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	124
Tabelle 55:	Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	125
Tabelle 56:	Verunglückte 15- bis 24-Jährige nach Verkehrsbeteiligung in Österreich	126

Tabelle 57: Verunglückte und Getötete 15- bis 24-Jährige nach Alter und Geschlecht	127
Tabelle 58: Verstorbene Jugendliche in Wien 2000	128
Tabelle 59: Todesursachen der 15- bis 24-jährigen WienerInnen nach Geschlecht, 2000	129
Tabelle 60: Selbstmord und Selbstmordversuche Jugendlicher in Wien 2000	131
Tabelle 61: Behinderungen und Einschränkungen nach Geschlecht	132
Tabelle 62: Verwendung von Hilfsmitteln nach Geschlecht	132

## 4 SUCHTMITTELKONSUM JUGENDLICHER

Tabelle 1: 15-jährige SchülerInnen, die täglich rauchen	142
Tabelle 2: 15-jährige SchülerInnen, die schon zweimal oder öfter betrunken waren nach Nationalität	143
Tabelle 3: Erfahrung mit Nikotin im Kindes- und Jugendalter	144
Tabelle 4: Tabakkonsum bei 15-jährigen Wiener SchülerInnen	145
Tabelle 5: Nikotinkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener 1993 bis 2001	145
Tabelle 6: Unterschiede beim Nikotinkonsum nach Schultyp	146
Tabelle 7: Nikotinkonsum der 16- bis 24-Jährigen nach Geschlecht im Altersgruppenvergleich	147
Tabelle 8: Nikotinkonsum der 15-jährigen WienerInnen im Bundesländervergleich	147
Tabelle 9: Trinkfrequenz alkoholischer Getränke 1993 bis 2001 (14–29 Jahre)	149
Tabelle 10: Erfahrungen mit Alkohol nach Alter und Geschlecht	150
Tabelle 11: Alkoholkonsum nach Schultyp (13- bis 18-Jährige)	151
Tabelle 12: Trinkfrequenz von alkoholischen Getränken 15-jähriger WienerInnen	152
Tabelle 13: Trinkfrequenz alkoholischer Getränke bei 15-jährigen im Bundesländervergleich	152
Tabelle 14: Täglicher Konsum alkoholischer Getränke 16- bis 24-jähriger WienerInnen	153
Tabelle 15: Cannabiskonsum nach Schultyp (13- bis 18-Jährige)	156
Tabelle 16: Cannabiskonsum nach Alter und Geschlecht	156
Tabelle 17: Erfahrungen mit Cannabis 1993 bis 2001	157
Tabelle 18: Einstellungen zu Haschisch 1995 bis 2001	157
Tabelle 19: Einstiegsalter für Cannabis 1997 bis 2001	158
Tabelle 20: Erfahrungen mit Ecstasy und Amphetaminen 1997 bis 2001	158
Tabelle 21: Erfahrung mit Ecstasy im Altersvergleich	159

## 5 ERNÄHRUNGS- UND BEWEGUNGSVERHALTEN

Tabelle 1: Die drei beliebtesten Zwischenmahlzeiten nach Geschlecht	170
Tabelle 2: Basisdaten für die Energieaufnahme nach Geschlecht	171
Tabelle 3: Aufnahme an Energie und Hauptnährstoffen in Energieprozent nach Geschlecht	171
Tabelle 4: Aufnahme an Fettsäuren (FS) nach Geschlecht	172
Tabelle 5: Aufnahme an Cholesterin nach Geschlecht	172
Tabelle 6: Aufnahme von Vitaminen und Mineralstoffen nach Geschlecht	173
Tabelle 7: Täglicher Konsum gesunder und ungesunder Nahrungsmittel nach Geschlecht	174
Tabelle 8: BMI für Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr	179
Tabelle 9: Perzentile für den BMI (in kg/m <sup>2</sup> ) von Jungen im Alter von 14 bis 18 Jahren	180
Tabelle 10: Perzentile für den BMI (in kg/m <sup>2</sup> ) von Mädchen im Alter von 14 bis 18 Jahren	181
Tabelle 11: Epidemiologisches Risiko	182
Tabelle 12: Unterschiede zwischen Magersucht und Ess-Brech-Sucht	182
Tabelle 13: Angaben zu Figur und Körpergewicht nach Geschlecht	184
Tabelle 14: Auswirkungen der Bewertung des Körpergewichts nach Geschlecht	185
Tabelle 15: Maßnahme zur Gewichtsreduktion nach Geschlecht	186
Tabelle 16: Schätzungen der Häufigkeiten von Ess-Störungen in Wien 1991	186
Tabelle 17: Stationäre und ambulante Behandlungsmöglichkeiten bei Ess-Störungen in Wien	186
Tabelle 18: Bewegungsausmaß nach Geschlecht	190
Tabelle 19: Bewegungsausmaß nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht	190
Tabelle 20: Ausübung ausgewählter Sportarten nach Geschlecht	191
Tabelle 21: Ausübung ausgewählter Sportarten nach Erwerbsstatus	192

Tabelle 22: Ausübung ausgewählter Sportarten nach Staatsbürgerschaft	193
Tabelle 23: Sportvereinsmitglieder nach Staatsbürgerschaft sowie Geschlecht bzw. Erwerbstatus	194
Tabelle 24: Gegenüberstellung der Motiv-Angaben für die Ausübung von Extremsport	195
Tabelle 25: Schädigungen der Wirbelsäule nach Geschlecht – Basisuntersuchung	196

## 6 JUGENDSEXUALITÄT IN DER EMPIRISCHEN FORSCHUNG

Tabelle 1: Heterosexuelle Erfahrungen der 12- bis 25-Jährigen	211
Tabelle 2: Pettingerfahrten Wiener Jugendlicher nach Altersgruppen und Schultypen	211
Tabelle 3: Koituserfahrungen von 12- bis 25-Jährigen	212
Tabelle 4: Koituserfahrung der 14- bis 19-Jährigen WienerInnen nach Alter und Schulbildung	213
Tabelle 5: Gründe für keine Koituserfahrungen bei Wiener Jugendlichen	214
Tabelle 6: Einstellung zur Selbstbefriedigung bei Wiener Jugendlichen	215
Tabelle 7: Gleichgeschlechtliche sexuelle Erfahrungen bei Wiener Jugendlichen	216
Tabelle 8: Erzwungene sexuelle Aktivitäten bei 15- bis 20-Jährigen in Österreich	216
Tabelle 9: Ansprechpersonen bei sexuellen Fragen der Wiener Jugendlichen	217
Tabelle 10: Kenntnisse über Sexualität bei Wiener Mädchen und Burschen	218
Tabelle 11: Sexuelle Aufklärung bei Wiener Mädchen und Burschen	219
Tabelle 12: Kenntnis über die fruchtbaren Tage der Frau bei Wiener Jugendlichen	220
Tabelle 13: Offene Themenbereiche zu Sexualität bei Wiener Jugendlichen	221
Tabelle 14: Verhütungsverhalten bei Wiener Jugendlichen	222
Tabelle 15: Gemeldete AIDS-Fälle in Österreich (Lebende)	225
Tabelle 16: Gemeldete AIDS-Fälle in Österreich (Verstorbene)	225
Tabelle 17: Gemeldete AIDS-PatientInnen nach Risikogruppen (Stichtag 31. 4. 2000)	226
Tabelle 18: AIDS als Thema, das Jugendliche in Österreich beschäftigt	227
Tabelle 19: Lebendgeborene seit 1991 nach dem Alter der Mutter	229
Tabelle 20: Geburtenraten bei 15- bis 19-Jährigen im internationalen Vergleich (1995)	231
Tabelle 21: Inanspruchnahme von Geburtsvorbereitungsangeboten in Wien	232
Tabelle 22: Bedürfnis nach Information während der Schwangerschaft	233
Tabelle 23: Gesetzliche Regelung und Häufigkeit des Schwangerschaftsabbruchs	234
Tabelle 24: „Legale Interruptio“ laut Spitalsentlassungsstatistik 1990–1995–1998	234
Tabelle 25: Schwangerschaftsabbrüche nach Alter in Spitälern der Gemeinde Wien, 1997–1999	235

# ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

## ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die hier vorgestellten Zusammenfassungen und Schlussfolgerungen haben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und sind aus der für Wien vorhandenen Datenlage abgeleitet. Sie konzentrieren sich nicht auf seltene Krankheiten, sondern vor allem auf jene gesundheitsrelevanten Themen und Probleme, von denen große Gruppen Jugendlicher und junger Erwachsener betroffen sind. Ausführlichere Zusammenfassungen sind im Bericht den einzelnen Kapiteln vorangestellt.

### Vorschläge zur Gesundheitsplanung für Jugendliche in Wien

Bei der Erstellung eines Gesundheitsplanes für Wien sollten die folgenden Grundsätze und Überlegungen berücksichtigt werden:

**Heterogene Struktur und mehrfache Benachteiligungen.** Bei der Planung von Gesundheitsdienstleistungen für Jugendliche und junge Erwachsene muss die heterogene Struktur der jungen Menschen berücksichtigt werden, die vor allem durch soziale Schichtung und Migrationsbewegungen entsteht. Dabei kommt es zu mehrfachen Benachteiligungen (z. B. Zustand der Zähne, Bewegungsmangel) – Mädchen aus dem Arbeitermilieu in Zuwandererfamilien sind aufgrund von Geschlecht, sozialer Schicht und Migrationsstatus mehrfach benachteiligt. MigrantInnen leben häufiger in einem krankheitsfördernden Umfeld; Stress und Unsicherheit belasten die Gesundheit. Junge einheimische Männer aus Akademikerhaushalten, die selbst eine „höhere“ Ausbildung machen, bringen viel kulturelles und soziales Kapital mit, das ihnen den Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen erleichtert.

Die spezielle Betroffenheit von mehrfach benachteiligten Gruppen und ob die Gesundheitsdienstleistungen die jeweils betroffenen Personengruppen erreichen, kann in der Gesundheitsplanung nur mit großen Stichproben (und/oder disproportionaler Stichprobenstruktur mit relativer Überrepräsentation spezieller Zielgruppen) untersucht werden.

**Geschlechtsspezifische Unterschiede.** In vielen gesundheitsrelevanten Dimensionen unterscheiden sich junge Frauen und junge Männer (z. B. Stress). Ganz generell sind die 14- bis 20-jährigen Frauen mit ihrer Ge-

sundheit deutlich unzufriedener als die jungen Männer. Die unterschiedliche Betroffenheit von Frauen und Männern – sowohl in körperlichen als auch in subjektiven Wahrnehmungen – sollte generell sowohl in Evaluationen als auch in Konzeptionen von Gesundheitsdienstleistungen berücksichtigt werden.

**Peergroups.** In der Konzeption neuer Maßnahmen der Gesundheitsförderung und in der Evaluation laufender gesundheitsfördernder Maßnahmen sollte der starke Einfluss der Gleichaltrigen-Gruppen auf Jugendliche Berücksichtigung finden. Maßnahmen und Konzepte sollten dahingehend überprüft werden, inwieweit der wechselseitige Einfluss von Jugendlichen berücksichtigt wird.

### Vorschläge für Präventionsmaßnahmen bei Jugendlichen

**Stress.** Schülerinnen klagen deutlich mehr über Stress als Schüler. Die Ursachen warum Mädchen in Ausbildung häufiger unter Stress leiden als Burschen sind unbekannt. Das Erlernen des Umgangs mit Stress und Stressprävention ist also bereits im Schulwesen notwendig, wobei die höhere Belastung der Schülerinnen berücksichtigt werden sollte.

**Zahnhygiene.** Zahnvorsorge-Maßnahmen sollten durch die gezielte Ansprache von jungen Migrantinnen ergänzt werden, da bei diesen der schlechteste Zustand der Zähne zu verzeichnen ist.

**Rauchen.** Laut Wiener Gesundheitssurvey rauchen mehr als die Hälfte der 14- bis 24-Jährigen in Wien täglich, in den HBSC-Daten (15-Jährige) ist der Prozentsatz mit 20 Prozent deutlich geringer. Auch wenn Wiener Jugendliche weniger Rauchen als jene aus anderen Bundesländern, ist die Prävalenz im internationalen Vergleich relativ hoch. Da das Jugendalter (ab 13 Jahren) als Einstiegsalter anzusehen ist, sollten sich Nichtraucher-Kampagnen vor allem auf diese Zielgruppe konzentrieren. Der starke Einfluss der Peergroups auf das Rauchverhalten sollte bei der Planung berücksichtigt werden.

**Alkohol.** Der regelmäßige Alkoholkonsum durch Jugendliche ist in Wien seltener als in anderen Bundesländern. Trotzdem sollte beachtet werden, dass zehn Pro-



zent der jungen Männer zwischen 14 und 24 Jahren mehr als einen Liter Bier täglich trinken – und dies sind vor allem Jugendliche und junge Erwachsene, die mit dem Berufseinstieg zu trinken beginnen. Maßnahmen zur Reduktion regelmäßigen, täglichen Alkoholkonsums sollten sich also vor allem auf die Phase des Berufseinstieges konzentrieren.

**Illegale Drogen.** Die Ansicht, dass Cannabis gefährlich ist, ist in den letzten Jahren deutlich gesunken, die Prävalenz von Cannabis-Probierkonsum ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Der Konsum „härterer“ illegaler Drogen ist deutlich seltener als der Cannabis- oder Alkoholkonsum – ein Anstieg der Erfahrungen mit harten Drogen ist nicht zu verzeichnen. Der Vergleich von repräsentativen Untersuchungen und der Untersuchung von Szenen zeigt, dass es sich hierbei vor allem um in Szenen organisierte und durch soziale Netzwerke verbreitete Verhaltensweisen handelt – bei regelmäßigem Konsum harter Drogen handelt es sich überdurchschnittlich oft um mehrfach sozial benachteiligte Personen.

**Gewalterfahrung in der Kindheit.** Jugendliche die in der Kindheit oft Gewalt erfahren haben, neigen überproportional zu Alkoholkonsum und weisen z. B. im Durchschnitt einen signifikant höheren Body Mass Index auf, sind aber auch überdurchschnittlich häufig in Strafprozesse involviert. Der Prävention von Gewalterfahrungen in der Kindheit muss besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, da durch die Einschränkung von Gewalt an Kindern nicht nur Gesundheitsrisiken in der Jugend, sondern auch langfristig gesundheitlichen und sozialen Schädigungen vorgebeugt werden kann.

**Ernährung.** Nach den vorliegenden Daten ist Mangelernährung (Untergewicht und Vitaminmangel) als Massenphänomen bei jungen Frauen anzusehen. Berücksichtigt man die Prävalenzen ist nicht Übergewicht, sondern Untergewicht das Hauptproblem, und zwar vor allem bei Mädchen. Bei 35 Prozent der jungen Frauen (14–24 Jahre) wurde Untergewicht bei weiteren sechs Prozent starkes Untergewicht festgestellt (Wiener Gesundheitssurvey). Darüber hinaus ist die Vitaminbilanz bei den jungen Frauen oft im negativen Bereich – und deutlich schlechter als bei den jungen Männern. Junge Frauen sind zwar überdurchschnittlich an gesunder Ernährung interessiert und auch besser informiert als junge Männer, dies führt aber letztlich nicht zu einer

gesünderen Ernährung der jungen Frauen. In der Prävention sollte vor allem auf selbstbewusstseinsfördernde Maßnahmen für Mädchen gesetzt werden.

**Bewegungsmangel.** Bewegungsmangel ist bei Jugendlichen ebenfalls vor allem ein Problem von jungen Frauen und dabei vor allem von jungen Migrantinnen. Die Möglichkeiten für junge Migrantinnen sich in Sportvereinen zu integrieren sollten systematisch ausgebaut werden. In der Intensivierung des Schulsportes und einer verstärkten Orientierung des Schulsports an der Kompensation von Defiziten liegt ein großes Potenzial für die Prävention.

**Einseitige Körperbelastungen und Haltungsschäden.** Ständiges Stehen oder Sitzen ist die häufigste körperliche Belastung von berufstätigen jungen Menschen; Rückenschmerzen, aber auch Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich gehören zu den häufigsten Symptomen bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die gezielte Förderung von Entspannungstechniken und Ausgleichsgymnastik in Berufen mit einseitigen körperlichen Belastungen (wie z. B. Handel und im Schulunterricht) könnte in diesem Bereich helfen, kurzfristig das Schmerzempfinden zu reduzieren und langfristig den Folgen von Haltungsschäden vorzubeugen.

**Selbstbewusstsein stärken.** Mädchen fühlen sich beim ersten Geschlechtsverkehr besonders unsicher – auch hier zeigt sich ein geringes Selbstvertrauen und eine Unsicherheit mit dem eigenen Körper – ähnlich wie beim Ernährungsverhalten. Präventionsprogramme für Mädchen sollten vor allem darauf abzielen, Selbstvertrauen und Körperbewusstsein der Mädchen zu stärken. Dabei sollten die Fähigkeiten, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu verbalisieren und sich im Anlassfall auch gegen ein sexuelles Angebot abzugrenzen und „nein“ zu sagen und das „nein“ durchzusetzen, gestärkt werden.

Diese Programme sollten schwerpunktmäßig für Hauptschülerinnen, Berufsschülerinnen und berufstätige junge Frauen angeboten werden, da diese deutlich stärker gefährdet sind, sexuelle Nötigung oder Gewalt zu erfahren.

**Aufklärung.** Die Informationsmöglichkeiten der Jugendlichen zu sexuellen Fragen sind als relativ gut anzusehen, was nicht heißt, dass große Teile der Jugend-

lichen keine unbeantworteten Fragen haben und keine Unsicherheit spüren. Informationen zur sexuellen Aufklärung sollten für Jugendliche allgemein leicht zugänglich sein.

Unter Hauptschülerinnen und Schülerinnen in Polytechnischen Lehrgängen ist der tatsächliche Kenntnisstand über Verhütung unterdurchschnittlich. Die Informationsarbeit im Bereich der sexuellen Aufklärung sollte also dahingehend überprüft werden, inwieweit diese Zielgruppe besser erreicht werden könnte.

**Schwangerschaften/Abtreibung im Jugendalter.** Das Thema Elternschaft scheint aus dem familiären und öffentlichen Diskurs mit Heranwachsenden ausgeblendet zu sein, denn welches Mädchen, welcher

Bursche bekommt schon in der Schule oder zu Hause konkrete Informationen darüber? Junge Menschen sind auf die mit der Zeugung eines Kindes verbundenen Anforderungen und Lebensveränderungen nicht vorbereitet. Pauschalen elterlichen Warnungen und Problemvisionen im Zusammenhang mit einer frühen Elternschaft steht eine gesellschaftliche Idealisierung der Elternschaft in Bezug auf die Gefühlswelt und auf eine sinnstiftende Lebensperspektive gegenüber.

**Sexualpädagogische Angebote für Burschen.** Informationsdefizite treten vor allem bei Burschen auf, wenn es um Verhütungs- und Vaterschaftsverantwortung geht. Sexualpädagogische Angebote in Schulen sollten speziell auf männliche Jugendliche abgestimmt werden.

*SUMMARY  
AND  
CONCLUSIONS*

## SUMMARY AND CONCLUSIONS

The following summaries and conclusions do not claim to be comprehensive and are derived from the available data for Vienna. They do not focus on comparatively rare diseases, but on health-related topics and problems that affect large groups of young people. More comprehensive summaries can be found in the report preceding each chapter.

### Proposals for Public Health Planning for Young People in Vienna

A health plan for Vienna should include the following principles and deliberations:

**Heterogeneous structure and multiple disadvantages.** When planning public health care services for young people, the heterogeneous structure of this age group, mainly due to social differences and migration movements, must be taken into account. This leads to multiple disadvantages (e.g. dental health, lack of physical exercise) – girls from working class families with a migrant background are multiply disadvantaged because of their sex, social and migration status. Migrants often live in an environment that favours diseases, stress and insecurity place a strong strain on their health. Young Austrian men from families with a higher level of education who themselves go into higher education have a great amount of cultural and social capital that facilitate their access to public health services.

In health planning, large samples (and/or a disproportional sample structure with a relative overrepresentation of special target groups) are required to get information on the situation of multiply disadvantaged groups and whether health services reach the affected groups.

**Gender specific differences.** Young women and men differ in a number of health relevant topics (e.g. stress). Young women in the age group 14-20 are notably less satisfied with their state of health than young men. The different situation of women and men – both in physical and subjective perception – should be generally taken into account in evaluation as well as in the planning of health services.

**Peer Groups.** The strong influence of peer groups should be taken into consideration in the planning of health measures and the evaluation of current health promot-

ing measures. Programmes and plans should be reevaluated to see to what extent the reciprocal influence of young people is included.

### Proposals for Prevention Programmes for Young People

**Stress.** Female students complain about stress significantly more frequently than male students. The reasons why girls suffer from more stress in education than boys are unknown. Learning of stress management and prevention therefore must start in the schools, while taking into account the higher stress levels of girls.

**Dental Health.** Prevention programmes should be complemented by directly approaching young migrant women, as they have the poorest dental health status.

**Smoking.** According to the Vienna Health Survey, more than 50 percent of 14-24 year-olds smoke daily, while the data from the HBSC survey (15 year-olds) indicate a significantly lower figure (20 percent). Despite the fact that young people in Vienna smoke less than those from other provinces, the prevalence is rather high when compared to other countries. As the teenage years (from age 13) are seen as starting age, non-smoking campaigns should be aimed especially at this target group. The strong influence of peer groups on smoking habits must be considered in planning.

**Alcohol.** Regular alcohol consumption among young people in Vienna is less frequent than in other provinces. Nonetheless, it must be taken into account that 10 percent of young men in the age group 14-24 drink more than a litre of beer a day – particularly young people who start drinking when they enter working life. Programmes aimed at the reduction of regular daily alcohol consumption should accordingly concentrate on first-job holders.

**Illegal Drugs.** In the last years, cannabis is being regarded as ever less dangerous. The prevalence of experimental consumption of cannabis has increased significantly. The use of “harder” illegal substances is by far less frequent than the consumption of cannabis or alcohol – no increase in experiences with hard drugs can be noted. A comparison of representative surveys and the investigation of subcultures shows that these habits are largely or-

ganized in scenes and spread through social networks – regular consumption of hard drugs is far above average among people who are socially disadvantaged in multiple ways.

**Childhood Violence.** Young people who experienced violence as children have a disproportionately high alcohol consumption prevalence and have a significantly higher average body mass index. They are also significantly more often involved in criminal activities. Top priority must be given to the prevention of violence during childhood, as the reduction of violence against children not only helps to prevent health risks at a young age, but also long term social and health problems.

**Nutrition.** According to the present data, malnutrition (underweight and vitamin deficiency) must be considered a mass phenomenon among young women. In terms of prevalence, the main problem is underweight, not obesity, especially among/for girls. 35 percent of young women (14-24 years) were underweight and further 6 percent were excessively underweight (Vienna Health Survey). Further, the vitamin balance is negative for many young women – and considerably worse than for young men. Though young women are significantly more interested in healthy nutrition and also better informed, they do not eat healthier. Prevention should focus on self-esteem building measures for girls.

**Lack of Physical Activity.** Too little exercise is also chiefly a problem of young women, especially migrants. The possibilities to integrate young migrant women into sports clubs should be extended systematically. The reinforcement of physical education at school and an orientation of it towards the compensation of deficits hold great potential for prevention.

**Unilateral strain and postural damages.** Permanent standing or sitting is the most common strain for working young people. Backaches as well as shoulder and neck pain are the most common symptoms among young people. The specific promotion of relaxation techniques and exercises for compensation could help in occupations with unilateral strain on the body (such as in sales or at school) to reduce pain in the short term

and to prevent consequences of postural damages in the long term.

**Strengthening of self-esteem.** Girls are particularly insecure at their first intercourse – this indicates low self-esteem and high insecurity with their own body, just as their nutritional behaviour. Prevention programmes for girls should particularly aim at strengthening the girls' self-esteem and body awareness. In this context, the ability to express one's wishes and necessities and the capability of rejecting a sexual proposal should be enhanced, the ability to say "no" and to enforce this "no".

These measures should be targeted at secondary and vocational school students as well as at young working women, as they are more likely to experience sexual coercion or violence.

**Sexual education.** The information opportunities on sexuality-related questions for young people today can be regarded as relatively good, which however does not mean that a large proportion of young people do not have unanswered questions or feel insecure.

The knowledge of girls in secondary schools and those attending the prevocational year on contraception is below average. The information campaigns should therefore be reassessed in order to find a better way of reaching this target group.

**Teenage pregnancies and abortions.** Parenting does not seem to be a topic that is addressed in discussions with young people by their parents or by society - which girl or boy acquires practical, concrete information and instructions concerning parenthood at home or at school? Young people are not prepared for the challenges and changes in life brought by the birth of a child. General warnings and fears by the parents concerning early parenthood are challenged by society's idealization of being a parent concerning emotional fulfillment and a meaningful perspective on life.

**Sexual pedagogical programmes for boys.** There is a lack of information among boys regarding contraception and the assuming of responsibility connected to fatherhood.

# EINLEITUNG

## EINLEITUNG: JUGEND UND GESUNDHEIT

Gesundheit wurde in Wien schon zu Beginn der ersten Republik als gesamtheitliches Konzept verstanden. Individueller Notstand wurde als soziales Faktum erfasst und behandelt, Fürsorge und Ärzte arbeiteten zusammen, um soziale und gesundheitliche Schäden in ihrer Wechselwirkung zu beseitigen.<sup>1</sup> Gesundheit und Jugend waren damals sowohl im Bund unter Staatssekretär Ferdinand HANUSCH (1866-1923) als auch in Wien unter Stadtrat Julius TANDLER (1869–1936) in einem gemeinsamen Ressort.

Julius TANDLER führte Schulärzte und Schulzahnklinien ein und initiierte Erziehungsberatungen, Kinderfreibäder, Sportplätze oder Erziehungsheime. Unter TANDLER wurden Jugendfürsorge, Armenwesen und Gesundheitswesen unter dem Gesichtspunkt einer öffentlichen Sozialfürsorge konzeptuell aufeinander bezogen und neu organisiert.

1986 definierte die WHO in der Charta von Ottawa Gesundheit in diesem umfassenden Sinn – als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden.

Dieser umfassenden Definition von Gesundheit versucht dieser Bericht zumindest ansatzweise gerecht zu werden – indem er nicht nur über Krankheiten berichtet, sondern auch viele soziale und psychische Faktoren berücksichtigt.

Dieser Bericht beschäftigt sich mit einem ganz besonderen Lebensabschnitt. Junge Menschen lösen sich von den Vorstellungen und Normen der Eltern; Peergroups gewinnen entscheidenden Einfluss auf das Verhalten und gemeinsam mit Gleichaltrigen wird Erwachsensein neu definiert. In diesem Lebensabschnitt entscheidet es sich, ob zum Erwachsensein Rauchen, Drogenkonsum, Risikosport, Hungerkuren und Bewegungsmangel gehören oder Selbstbewusstsein, Ausgleichssport, Zärtlichkeit, gesunde Ernährung, Körperpflege und auch die intellektuelle Beschäftigung mit dem eigenen Körper.

Die Jugend ist jene Zeit, in der Benachteiligungen aus der Kindheit überwunden oder auch vertieft werden können, in der eine gesunde Lebensführung angestrebt oder ungesunde Verhaltensweisen zur Gewohnheit werden können.

Wie gesund sind die Wiener Jugendlichen? So einfach diese Frage auch klingt, sie lässt sich derzeit kaum zuverlässig beantworten, denn bislang gibt es keine umfassende Erhebung über den Gesundheitszustand oder das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen. Der vorliegende Bericht versucht eine erste Antwort auf diese Frage zu geben, wenn er auch nur punktuelle Informationen zu verschiedenen Bereichen des gesundheitlichen Geschehens, die in den letzten Jahren in den unterschiedlichsten Forschungsprojekten bearbeitet wurden, zusammenträgt.

Der vorliegende Jugendgesundheitsbericht befasst sich mit der Situation von 14- bis 24-jährigen Mädchen und Burschen, jungen Frauen und Männern in Wien und wurde anhand von Sekundäranalysen erarbeitet. Neben der Zusammenstellung von demographischen Daten zum physischen, psychischen und sozialen Ist-Zustand von jungen Menschen in Wien wurde auch deren subjektives Gesundheitsempfinden und Risikoverhalten betrachtet.

Das erste Kapitel stellt anhand soziodemographischer und sozioökonomischer Daten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Wien „Jugend in Bewegung“ und die „Ausbildung als kulturelles Kapital“ in den Mittelpunkt des Beitrages.

Im zweiten Kapitel werden die individuellen und subjektiven Einflussfaktoren auf das Gesundheitsempfinden bzw. auf den Gesundheitsstatus der jungen WienerInnen dargestellt und der Einfluss von Familie, FreundInnen, Schule und Ausbildung besonders hervorgehoben.

<sup>1</sup> Siehe z. B. ECTS-Informationspaket der Akademie für Sozialarbeit in Wien im Kapitel über die Geschichte der Sozialakademie.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit der gesundheitlichen Lage von Jugendlichen, wobei subjektiver und objektiver Gesundheitszustand erhoben wurde, und weist auf die deutlichen Differenzen zwischen den Geschlechtern, Bildungsschichten und/oder Staatszugehörigkeiten hin.

Der Suchtmittelkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Wien wird im vierten Kapitel dokumentiert und inkludiert legale Drogen und illegale Substanzen.

Das fünfte Kapitel widmet sich dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten und beschreibt Übergewicht und Haltungsschäden als weit verbreitete gesundheitliche Probleme bei jungen Menschen in Wien.

Im sechsten Kapitel wird Jugendsexualität in der empirischen Forschung dargestellt; sowohl Sexualwissen und Sexualverhalten von Jugendlichen als auch der Themenbereich Teenager-Schwangerschaften werden thematisiert.

Was die Gesellschaft und im Besonderen das Gesundheitssystem der Stadt Wien für Kinder und Jugendliche in dieser Lebensphase zu erbringen hat, ist dafür Sorge zu tragen, dass sich die heranwachsende Generation angemessen entwickeln kann. Die WHO definiert dies als „... allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, und

sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Um diese Selbstbestimmung der Lebensführung jedoch tatsächlich ausüben zu können, ist Bildung und das Wissen um die Grundlagen selbiger Voraussetzung. Die Gesellschaft muss demnach alle Anstrengungen unternehmen, um die allgemeinen Voraussetzungen für eine gesunde Lebensführung zu ermöglichen. Dann ist auch der/die einzelne Jugendliche in der Lage seine/ihre persönliche Lebensführung nach dem Stand des Wissens gesund zu gestalten.

Ein Schritt in diese Richtung ist der vorliegende erste Wiener Jugendgesundheitsbericht, der als erste Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung über die nachwachsende Generation und als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen und Prioritätensetzungen dienen soll.

Weiters sollen damit auch jugendliche Gesundheitsrisiken identifiziert werden, für welche die Entwicklung von Präventionskonzepten und Präventionsprogrammen möglich und notwendig sind.

Wir danken allen MitarbeiterInnen und AutorInnen, denen es gelungen ist, die vorliegenden Daten mit Erkenntnissen und Erfahrungen aus ihren bisherigen Forschungstätigkeiten im Jugendbereich zu verknüpfen und daraus einen ersten umfassenden Überblick der gesundheitlichen Lage der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Wien zu geben.

Günther OGRIS MA

Wissenschaftlicher Leiter des Österreichischen Instituts für Jugendforschung

Mag. Ingrid KROMER

Projektleiterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Österreichischen Institut für Jugendforschung

Wien, Juni 2002



I.  
SOZIODEMOGRAPHISCHE UND  
SOZIOÖKONOMISCHE DATEN  
VON JUGENDLICHEN IN WIEN

*SOCIODEMOGRAPHIC AND  
SOCIOECONOMIC DATA ON  
YOUNG PEOPLE IN VIENNA*

<b>1</b>	<b>SOZIODEMOGRAPHISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE DATEN VON JUGENDLICHEN IN WIEN</b>	<b>37</b>
1.1	BEGRIFFSDEFINITION: WER IST DIE JUGEND?	37
1.1.1	Entwicklungspsychologische Zugänge zum Jugendbegriff	37
1.2	SOZIODEMOGRAPHIE	39
1.2.1	Bevölkerungsstruktur	40
1.2.2	Demographische Bereicherungsquote	46
1.2.3	Tod im Jugendalter	47
1.2.4	Mutterschaft im Jugendalter	49
1.2.5	Eheschließungen 14- bis 24-Jähriger in Wien	50
1.3	SOZIOÖKONOMIE	52
1.3.1	Schulbildung nach Alter und Geschlecht	53
1.3.2	Haushaltseinkommen	55
1.3.3	Wohnungssituation	57
1.3.4	Teilnahme am Erwerbsleben	58
1.3.5	Bildung	62
1.4	LITERATUR	63

## 1 SOZIODEMOGRAPHISCHE UND SOZIOÖKONOMISCHE DATEN VON JUGENDLICHEN IN WIEN

*Mag. Sonja KOPETZKY/Dr. Reinhard ZUBA*

### 1.1 Begriffsdefinition: Wer ist die Jugend?

Die Altersgruppendefinitionen in der Jugendforschung sind nicht unumstritten (vgl. FRIESL et al., 1999, S. 10). Viele Jugendtheorien gehen heute davon aus, dass die Jugend um das zwölfte Lebensjahr herum beginnt und sich weit bis über das Ende des dritten Lebensjahrzehnts hinaus fortsetzt. Als Definitions- und Einschließungskriterium wird neben bekannten Dimensionen (z. B. Ausbildungsphase) auch die Integration in die modernen Jugendkulturen herangezogen. Das bedeutet, dass einer Person das Attribut „jugendlich“ zugewiesen werden kann, wenn sie in der Welt der Jugendkulturen lebt, sich mit dieser auseinandersetzt und sich Symbole und Handlungsweisen von Jugendkulturen aneignet. Vor allem durch die verlängerte Verweildauer im Bildungsprozess bedingt, ist heute ein großer Teil der 20- bis 30-Jährigen noch in jugendkulturellen Kontexten integriert und damit kulturell der Jugend zuzuzählen. Aufgrund dieser Überlegung und Einschätzung tendiert zumindest die sozialwissenschaftlich ausgerichtete Jugendforschung zu einer Altersgruppendefinition, die alle 11- bis 29-Jährigen einschließt.

Diese Altersgruppe differenziert sich in drei Untergruppen: Häufig als „Kids“ bezeichnet werden die 11- bis 14-Jährigen; als „Jugendliche“ gelten die 15- bis 19-Jährigen; „Junge Erwachsene“ ist eine gängige Bezeichnung der 20- bis 29-Jährigen. Diese grobe Differenzierung ist notwendig, da es neben den bestehenden kulturellen Gemeinsamkeiten auch Unterscheidungen gibt, die an den oben dargestellten Binnengrenzen verlaufen und deren Explorierung und Darstellung für das Verständnis der Untersuchungsgruppe von großer Bedeutung ist.

In erster Linie handelt es sich um Forschungskonventionen, welche die Vergleichbarkeit von Daten, die aus verschiedenen Studien hervorgehen, sicherstellen sollen. Aus diesem Grund hat es sich eingebürgert, Jugendstudien auf die Altersgruppen der 14- bis 24-Jährigen einzugrenzen.

#### 1.1.1 Entwicklungspsychologische Zugänge zum Jugendbegriff

In Bezug auf die Begriffsdefinitionen von Pubertät und Adoleszenz gibt es in der Literatur unterschiedliche Bedeutungszuschreibungen (vgl. KROMER & TEBBICH, 1998, S. 14 f). Das Wort „Pubertät“ (lat.: *pubertas*) bedeutet wörtlich Mannbarkeit und meint die Geschlechtsreife von Mädchen und Burschen. „Adoleszenz“ heißt wörtlich Heranwachsen (lat.: *adolescere*) und bezeichnet die Zeit nach der eingetretenen, aber noch nicht abgeschlossenen Geschlechtsreife. Pubertät und Adoleszenz werden so definiert, dass die Adoleszenz die Bewältigung der sozialen und emotionalen Folgen der Pubertät meint. Heute scheint es aber nicht mehr adäquat zu sein, biologische und soziologische Aspekte, körperliche Reife und Gesamtentwicklung der Persönlichkeit, Pubertät und Adoleszenz so strikt zu trennen. Das Jugendalter allgemein wird in der klassischen Entwicklungspsychologie als Phase des Übergangs von der Kindheit zum Erwachsenenalter, als eine krisenhafte, mit allgemeiner Destabilisierung des Selbstwertgefühls verbundene Zeit beschrieben. In dieser so genannten problematischen und kritischen Lebensphase – die als eine abgeschlossene Entwicklungsstufe gilt und in der eine stufenspezifische Aufgabe erfolgreich zu bewältigen ist – stehen abweichendes Verhalten, Gefährdungen und Krisen im Vordergrund, welchen körperliche Veränderungen zugrunde liegen. Es wird deutlich, dass es sich hier um eine sehr biologisch-orientierte grundlegende Modellvorstellung handelt, die eine Phasenhaftigkeit menschlicher Entwicklung impliziert.

Neuere Ansätze der Entwicklungspsychologie konzentrieren sich auf die System-Umwelt-Beziehung und beschreiben das Aufwachsen der Kids in einem ökologischen Kontext (vgl. BAÄCKE nach KROMER & TEBBICH, 1998, S. 15). Das Jugendalter wird als Inbegriff für das Zusammenspiel biologischer, sozialer und psychischer Veränderungen gesehen, wie es in den verschiedenen Lebensaltern vorkommt. Phasen- und Stu-

fenkonzeptionen mit starren Altersgrenzen für die Entwicklungsschritte werden angesichts der großen Variationen in der Entwicklung Jugendlicher einer Altersstufe aufgegeben. Die biologische Bedingtheit pubertärer Entwicklung ist nur ein Faktum für die Bewältigung von Aufgaben. Vielmehr spielen die Umwelt, also Familie, Peers, bis hin zur Kultur, Tradition, Gesellschaft, etc., innerhalb der ein Individuum heranwächst, eine bedeutende Rolle.

BAACKE, als ein Vertreter des sozialökologischen Ansatzes, beschreibt die Phase der Pubertät als jenen Zeitraum, in dem Heranwachsende besonders einschneidende physiologisch-biologische Veränderungen durchmachen und mit ihnen korrelierende psychische und soziale Entwicklungen beginnen. Dabei handelt es sich um eine längere und differenzierte Phase mit zeitlich offenen Grenzen nach oben und unten; das heißt, Altersangaben können insofern nur unge-

fähre Grenzen markieren (vgl. BAACKE nach KROMER & TEBBICH, 1998, S. 16).

FRIEDRICH (1999), Kinder- und Jugendpsychiater am AKH-Wien, definiert Pubertät wie folgt: „Die Pubertät ist jenes Lebensalter, in dem die körperliche Umwandlung des Kindes zum Erwachsenen einsetzt, fortschreitet und letztendlich in der geschlechtsreifen körperlichen Ausprägung von Frau und Mann ihren Abschluss findet. Unter Adoleszenz ist jene Metamorphose zu verstehen, die Geist, Gemüt und Sozialisation eines Menschen verändert, das Gefühlsleben in Sturm und Drang versetzt und schließlich ausformt, sodass Reifestadien erreicht werden, die einem Menschen erlauben, Selbst- und Fremdverantwortung zu übernehmen, glücks- und liebesfähig zu sein und selbstkritisch an seiner eigenen Fähigkeit zur Toleranz zu arbeiten“ (vgl. Kindergesundheitsbericht Wien 2000, S. 350).

## 1.2 Soziodemographie

### Zusammenfassung

Der Anteil der Jugendlichen (15–24 Jahre) an der **österreichischen** Gesamtbevölkerung sank zwischen 1991 und 2001 von 15 Prozent auf zwölf Prozent. Charakteristisch für das Jugendalter ist der Männerüberschuss: Auf 100 Frauen zwischen 15 und 24 Jahren kamen 2001 fast 104 Männer. In keiner Altersgruppe ist der Männerüberschuss größer. Dabei spielen zwei Faktoren eine wichtige Rolle: Einerseits kommen mehr männliche als weibliche Säuglinge auf die Welt, andererseits kamen im Rahmen der Zuwanderung der späten 80er und frühen 90er mehr männliche als weibliche Immigranten nach Österreich. Damit wurde die höhere Sterblichkeit männlicher Säuglinge und Kinder mehr als wettgemacht.

In **Wien** ist der Anteil der Jugendlichen (15–24 Jahre) an der Gesamtbevölkerung geringer als im österreichischen Bundesgebiet und beträgt lediglich elf Prozent. Von den rund 181.000 Jugendlichen sind 50,6 Prozent männlichen Geschlechts. Der AusländerInnenanteil beträgt insgesamt 18 Prozent, bei den 14- bis 24-Jährigen zwischen 18 und 28 Prozent.

Aufgrund der gestiegenen beruflichen Anforderungen ist die Jugend in Bewegung geraten. Innerhalb der Jugendlichen finden starke **Wanderungs- und Austauschbewegungen** statt, die durch Landflucht, Immigration und Emigration charakterisiert sind. Gerechnet auf die Gesamtbevölkerung im Vergleichszeitraum 1986–1998 zeigt sich, dass mit Ausnahme Niederösterreichs (hier profitieren vor allem die Umlandgemeinden von Zuzügen aus Wien) und des Burgenlandes (ausgeglichener Saldo) in allen Bundesländern bis zu doppelt so viele Menschen ihre Heimatregion verlassen und nach Wien ziehen, als umgekehrt von Wien in diese Länder wegziehen.

Beim Wanderungssaldo kommt es zu einer Zunahme bei den ausländischen MitbürgerInnen. Quer durch alle Altersgruppen kommen mehr AusländerInnen nach Wien, als diese die Stadt verlassen.

### Summary: Sociodemography

*From 1991 to 2001, the proportion of young people (15-24 year-olds) of the **Austrian** total population decreased from 15 to 12 percent. It is characteristic for this age group that there are more males than females: for every 100 women there are 104 men, a ratio higher than in any other age group. Two important factors account for this: usually, more boys than girls are born, and, during the late 1980s and early 1990s, more male than female immigrants came to Austria. This more than compensated for the higher infant and child mortality among the male population.*

*In **Vienna**, the proportion of young people (14-24 year-olds) is lower than the Austrian average, they account for only eleven percent of the total population. Of the 181,000 young people, 50.6 percent are male. 18 percent of the total population and 18-28 percent of the age group 14-24 are immigrants.*

*Due to the higher professional expectations, young people have become more mobile. There are strong **migratory and exchange** movements, characterized by a drift from the countryside, immigration and emigration. In terms of the total population, it can be observed for the reference period 1986-1998 that in all federal provinces except for Lower Austria (where especially the municipalities around Vienna profit from in-migration from the city) and Burgenland (which has a balanced net migration) up to twice as many people leave their home region for Vienna than people move from Vienna to these provinces.*

*The net migration shows an increase in the immigrant population. Across all age groups, more immigrants come to Vienna than leave the city.*

Am stärksten ist der Anstieg bei den 20- bis 24-Jährigen, gefolgt von den 25- bis 29-Jährigen und den 15- bis 19-Jährigen.

Bei den InländerInnen kommt es lediglich in drei Altersgruppen zu einem positiven Wanderungssaldo; zusammengefasst bei der Gruppe der 15- bis 29-jährigen Burschen und Mädchen. An der Spitze liegen auch hier die 20- bis 24-Jährigen. Offensichtlich werden von den inländischen Jugendlichen, die nach Wien ziehen, vor allem die Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten der Großstadt geschätzt – nach einem längeren Zeitraum zieht es einen größeren Teil davon zurück in ihre Heimatregion.

In den **kommenden Jahrzehnten** werden Zahl und Anteil der Jugendlichen vorerst zunehmen (zwischen 2000 und 2010), danach aber wieder rückläufig sein (zwischen 2010 und 2025). Ursache für den prognostizierten Rückgang ist die geringere Geburtenanzahl in der jüngeren Vergangenheit und in der Gegenwart. Hinzu kommt, dass sich der demographische Alterungsprozess auch am oberen Ende der Alterspyramide fortsetzen wird. Mehr alte Menschen verringern ebenfalls den Anteil der Jungen. Mehr Jugendliche als heute wird es in Zukunft voraussichtlich nur in Wien geben – nicht zuletzt aufgrund des positiven Wanderungssaldos bei ImmigrantInnen.

Dies lässt sich auch an der Entwicklung der **Geburten** ablesen: Gegenwärtig hat jedes vierte neugeborene Wiener Kind eine ausländische Staatsbürgerschaft. Der Beitrag der Zuwanderung aus dem Ausland zur steigenden Geburtenzahl ist somit klar erkennbar. Die Fertilität der Ausländerinnen ist wesentlich höher, aber ebenso rückläufig wie jene der Inländerinnen. Gegenwärtig (2000) beträgt die Gesamtfertilitätsrate der Ausländerinnen 1,8; jene der Inländerinnen 1,1 Kinder.

*The increase is highest among 20-24 year-olds, followed by the age groups 25-29 and 15-19. Among*

*Austrian citizens, only three age groups have a positive migration balance, namely from 15-29 for both men and women, headed by the age group 20-24. Apparently young people from other parts of Austria moving to Vienna value the education/training and employment opportunities of the capital, but after a longer period of time, many are drawn back to their home regions.*

*In the **coming decades**, the young population will first increase (between 2000 and 2010) and then decrease again (between 2010 and 2025) both in numbers and in proportion. The reason for this expected decline is the lower birth rate in the last years. Another factor is that the demographical aging process will also continue at the upper end of the age pyramid. An increase in the adult and elderly population also lowers the percentage of young people. The young population is only expected to grow in Vienna – particularly because of the positive migration balance among foreigners.*

*This is also reflected by the evolution of the **birth rate**: today, one in four newborn children in Vienna have a foreign citizenship. This clearly demonstrates the contribution of immigration from other countries to the rising birth rate. The fertility among immigrant women is considerably higher but still regressive, just as among Austrian women. Currently, the total fertility rate of immigrant women is 1.8 children, that of Austrian women is 1.1.*

### 1.2.1 Bevölkerungsstruktur

1991 hatte Österreich 7,8 Millionen EinwohnerInnen (KYTIR & MÜNZ, 1994, S. 7 f). Inzwischen sind es 8,1 Millionen. Rund 15 Prozent der Wohnbevölkerung wa-

ren 1991 Jugendliche im Alter zwischen 15 und 24 Jahren, im Jahr 2001 sank der Jugendanteil auf zwölf Prozent. Der Anteil der Kinder unter 15 Jahren lag 1991 bei 17 Prozent und hat sich auch gegenwärtig nicht verändert. Fast die Hälfte der Wohnbevölkerung (48 Pro-

zent) war 1991 zwischen 25 und 59 Jahre alt, im Jahr 2001 hatte diese Altersquote einen Anteil von über 50 Prozent. 20 Prozent waren 1991 bereits über 60, heute sind es 21 Prozent. Die Wiener Bevölkerung hat sich im Vergleichszeitraum nur geringfügig verändert: von 1,5 Millionen auf 1,6 Millionen EinwohnerInnen.

Charakteristisch für das Jugendalter ist der Männerüberschuss: Auf 100 Frauen zwischen 15 und 24 Jahren kamen 2001 fast 104 Männer. In keiner Altersgruppe ist der Männerüberschuss größer. Dabei spielen zwei Faktoren eine wichtige Rolle: einerseits kommen mehr männliche als weibliche Säuglinge auf die Welt, andererseits kamen im Rahmen der Zuwanderung der späten 80er und frühen 90er mehr männliche als weibliche Immigranten nach Österreich. Damit wurde eine höhere Sterblichkeit männlicher Säuglinge und Kinder mehr als wett gemacht.

### 1.2.1.1 Entwicklung des Jugendanteils an der österreichischen Gesamtbevölkerung im 20. Jahrhundert

Die Zahl der Jugendlichen, die heute in den Grenzen der Republik Österreich leben bzw. lebten, hat sich trotz aller dramatischen Umbrüche während des 20. Jahrhunderts nur wenig verändert: Im Jahr 1900 lag sie bei 1,12 Millionen. Bis 1923 erreichte sie mit 1,25 Millionen ein erstes Maximum; damals standen die geburtenstarken Jahrgänge aus der Zeit nach der Jahrhundertwende im Jugendalter (KYTIR & MÜNZ, 1994, S. 8 f). 1951 lag die Zahl der 15- bis 24-Jährigen – als Spätfolge des zweiten

Weltkrieges und der Geburtenausfälle der Weltwirtschaftskrise – bei nur 926.000. Zwei Jahrzehnte nach dem Babyboom erreichte die Zahl der 15- bis 24-Jährigen 1981 mit 1,26 Millionen ihr zweites Maximum. 1991 gab es mit 1,15 Millionen (vgl. Tabelle 1) wieder etwa so viele Jugendliche wie zu Beginn des Jahrhunderts. Dass diese Altersgruppe während des 20. Jahrhunderts nicht stärker schrumpfte, hat mindestens zwei Ursachen: einerseits die deutlich reduzierte Kindersterblichkeit, andererseits die Zuwanderung Minderjähriger (mit bzw. zu ihren Eltern) und junger Erwachsener aus dem Ausland. Im Gegensatz zu ihrer Zahl hat sich das relative Gewicht der 15- bis 24-Jährigen an der Gesamtbevölkerung verringert (vgl. Tabelle 1). Denn die Wohnbevölkerung des heutigen Österreich wuchs im 20. Jahrhundert von 6,0 Millionen (1900) auf 7,8 Millionen (1991) und überschritt zu Beginn des 21. Jahrhunderts (2001) die 8-Millionen-Marke (vgl. Tabelle 1).

1900 betrug der Anteil der 15- bis 24-Jährigen an der Gesamtbevölkerung 18,7 Prozent. 1923 erreichte er mit 19,1 Prozent seinen bisherigen Höchststand. Nach einem Zwischentief um die Jahrhundertmitte (1951: 13,4 Prozent) erreichte die Babyboom-Generation der Ende der 50er und in der ersten Hälfte der 60er Jahre Geborenen im Jahr 1981 einen Jugendanteil von 16,7 Prozent. 1991 stellten die Jugendlichen nur noch 14,8 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung, im Jahr 2001 sank der Anteil Jugendlicher an der Gesamtbevölkerung auf zwölf Prozent.

Tabelle 1: Anteil Jugendlicher an der Gesamtbevölkerung Österreichs 1991 und 2001

1991 (Gesamtbevölkerung)			2001 (Gesamtbevölkerung)		
männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt
3.753.989 (48 %)	4.041.797 (52 %)	7.795.786	3.907.244 (48 %)	4.158.221 (52 %)	8.065.465
Anteil Jugendlicher (15- bis 24-Jähriger) an der Gesamtbevölkerung					
1991			2001		
männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt
587.947 (8 %)	563.001 (7 %)	1.150.948 (15 %)	490.173 (6 %)	471.762 (6 %)	961.935 (12 %)

Quelle: Statistik Austria, Jahrbuch 2002, S. 48

### 1.2.1.2 Jugend in Bewegung

Aufgrund der gestiegenen beruflichen Anforderungen ist die Jugend in Bewegung geraten. Das lässt sich vordergründig nicht aus den Zahlen ablesen (siehe Kapitel 1.2.1.3); außer dass der Anteil der Jugendlichen in der österreichischen Gesamtbevölkerung rückläufig ist und in Wien nochmals unter dem Bundesdurchschnitt liegt. Innerhalb der Jugendlichen finden allerdings starke Wanderungs- und Austauschbewegungen statt, die durch Landflucht, Immigration und Emigration charakterisiert sind.

Gerechnet auf die Gesamtbevölkerung im Vergleichszeitraum 1986–1998 zeigt sich, dass mit Ausnahme Niederösterreichs (hier profitieren vor allem die Umlandgemeinden von Zuzügen aus Wien) und des Burgenlandes (ausgeglichenen Saldo) in allen Bundesländern bis zu doppelt so viele Menschen ihre Heimatregion verlassen und nach Wien ziehen, als umgekehrt von Wien in diese Länder wegziehen.

Tabelle 2: Außenwanderung Wiens 1986–1998: Jahresmittelwerte

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg
Zuzüge von ... nach Wien	1.666	1.242	12.342	2.006	854	2.115	615	417
Wegzüge aus Wien nach ...	1.578	645	15.220	1.029	519	1.080	369	223
Wegzugsquoten bezogen auf Zuzüge	0,95	0,52	1,23	0,51	0,61	0,51	0,60	0,54

Quelle: Bevölkerungsevidenz des Magistrats; Berechnungen der MA 66, Mag. RITTER; Angaben in Absolutzahlen und Quoten

Laut einer Detailanalyse nach Altersgruppen und Staatsbürgerschaft im Vergleichszeitraum 1994–1998 liegen die 20- bis 24-Jährigen beim Zuzug nach Wien in Absolutzahlen an zweiter Stelle, beim Wegzug an dritter Stelle. Das ist jene Altersgruppe, in der die

meisten ausländischen Jugendlichen nach Wien gekommen sind. Insgesamt noch mobiler ist lediglich die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen, die punkto Außenwanderung in beiden Fällen an der Spitze liegt (Tabelle 3).

Tabelle 3: Außenwanderung Wiens nach Alter und Staatsbürgerschaft: 1994–1998

Altersgruppen	Zuziehende nach Wien			Wegziehende aus Wien			Wanderungssaldo		
	InländerInnen	AusländerInnen	gesamt	InländerInnen	AusländerInnen	gesamt	InländerInnen	AusländerInnen	gesamt
unter 5	892	1.156	2.047	1.831	719	2.550	- 939	+ 436	- 503
5 bis unter 10	601	1.100	1.701	1.140	635	1.775	- 539	+ 464	- 74
10 bis unter 15	487	1.054	1.541	809	485	1.294	- 322	+ 569	+ 247
15 bis unter 20	1.422	1.886	3.308	1.338	913	2.251	+ 83	+ 973	+ 1.056
20 bis unter 25	3.901	4.418	8.319	2.806	2.466	5.272	+ 1.095	+ 1.952	+ 3.048
25 bis unter 30	5.180	4.389	9.569	4.380	2.862	7.242	+ 800	+ 1.527	+ 2.327
30 bis unter 35	3.317	3.214	6.531	4.150	2.422	6.572	- 833	+ 792	- 41
35 bis unter 40	2.064	2.117	4.181	2.792	1.721	4.513	- 729	+ 396	- 333
40 bis unter 45	1.307	1.627	2.934	1.760	1.270	3.029	- 452	+ 357	- 95
45 bis unter 50	1.069	1.110	2.179	1.522	851	2.373	- 453	+ 259	- 194
50 bis unter 55	873	684	1.556	1.378	491	1.869	- 505	+ 192	- 313
55 bis unter 60	593	474	1.068	1.120	356	1.475	- 526	+ 119	- 408
60 bis unter 65	270	361	631	532	288	819	- 261	+ 73	- 188
65+	692	464	1.156	1.675	427	2.102	-983	38	-946
zusammen	22.668	24.053	46.720	27.233	15.905	43.137	- 4.565	+ 8.148	+ 3.583

Quelle: MA 14 – Bevölkerungsevidenz; Berechnungen der MA 66, Mag. RITTER; Angaben in Absolutzahlen



Interessant ist auch der Vergleich nach Staatsbürgerschaft beim Wanderungssaldo: Insgesamt kommt es zu einer Zunahme bei den ausländischen MitbürgerInnen. Quer durch alle Altersgruppen kommen mehr AusländerInnen nach Wien, als diese die Stadt verlassen. Am stärksten ist der Anstieg bei den 20- bis 24-Jährigen, gefolgt von den 25- bis 29-Jährigen und den 15- bis 19-Jährigen. Bei den InländerInnen kommt es lediglich in drei Altersgruppen zu einem positiven Wanderungssaldo; zusammengefasst bei der Gruppe der 15- bis 29-jährigen Burschen und Mädchen. An der Spitze liegen hier wieder die 20- bis 24-Jährigen.

Offensichtlich werden von den inländischen Jugendlichen, die nach Wien ziehen, vor allem die Ausbildungs-

und Arbeitsmöglichkeiten der Großstadt geschätzt – nach einem längeren Zeitraum zieht es einen größeren Teil davon zurück in ihre Heimatregion. Bei den ausländischen Jugendlichen ist eine größere Bereitschaft erkennbar, sich dauerhaft in Wien einzurichten und sesshaft zu werden. Der insgesamt positive Wanderungssaldo in Wien ist zu einem Gutteil den ausländischen MitbürgerInnen zuzuschreiben.

Die stärkere Bereitschaft ausländischer Jugendlicher, sich dauerhaft in Wien einzurichten, wird auch bei der Altersstruktur von Burschen und Mädchen deutlich, die Wien nicht als Hauptwohnsitz angegeben haben.

Tabelle 4: Nichtwohnsitz in Wien 2000 nach Alter, Geschlecht, Staatsbürgerschaft (in %)

	Geschlecht		Staatsbürgerschaft			Saldo Staatsbürgerschaft
	männlich	weiblich	InländerInnen	AusländerInnen	gesamt	
unter 14	2,8	3,0	2,6	3,7	2,9	1,78
14–19	3,2	5,5	4,4	4,1	4,3	2,72
20–24	9,4	14,3	12,0	11,2	11,8	2,70
25 und darüber	84,6	77,2	81,0	81,0	81,0	2,54
gesamt	139.381	129.226	192.676	75.931	268.607	2,54

Quelle: MA 14 – Bevölkerungsevidenz; Berechnungen der MA 66, Mag. RITTER; Angaben in Prozent und Absolutzahlen

Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung, ist vor allem der Anteil weiblicher Jugendlicher im Alter von 20 bis 24 Jahren überdurchschnittlich hoch. Zwischen InländerInnen und MigrantInnen gibt es wenig Differenzen hinsichtlich ihres prozentuellen Anteils zur eigenen Bevölkerungsgruppe; ein Saldo nach Staatsbürgerschaft kommt jedoch zu interessanten Ergebnissen: Das Verhältnis zwischen InländerInnen und AusländerInnen, die ihren Hauptwohnsitz nicht in Wien haben, beträgt durchschnittlich 2,5:1. Auf jede/n AusländerIn kommen 2,5 inländische MitbürgerInnen, die nicht in Wien hauptgemeldet sind. In der Altersgruppe der 14-

bis 24-Jährigen liegt das Verhältnis über dem Schnitt (2,71).

Mobilität in der Ausbildung bedeutet auch einen hohen Anteil ausländischer MitbürgerInnen an den Wiener Universitäten. Durchschnittlich sind 16 Prozent aller Studierenden MigrantInnen; besonders hoch ist der Anteil an den Universitäten der Künste (61 Prozent) und an der TU Wien (19 Prozent). An den sonstigen wissenschaftlichen Universitäten beträgt der AusländerInnenanteil zwischen zehn und 13 Prozent (Tabelle 5).

Tabelle 5: Ordentliche Studierende an Wiener Universitäten<sup>1</sup>, WS 2000

Universitäten	In- und AusländerInnen	AusländerInnen	InländerInnen	AusländerInnenanteil (in %)
Universität Wien	77.445	9.053	68.392	13
TU Wien	19.250	3.135	16.115	19
BOKU Wien	5.422	526	4.896	11
Vet.med. Wien	2.249	203	2.046	10
WU Wien	22.295	3.075	19.220	16
Universitäten d. Wiss. gesamt	221.505	27.856	193.649	14
Akademie der bildenden Künste Wien	910	216	694	31
Universität für angewandte Kunst Wien	1.043	258	785	33
Universität für Musik und darst. Kunst Wien	2.412	1.017	1.395	73
Universitäten der Künste gesamt	7.742	2.939	4.803	61
Universitäten insgesamt	227.948	30.677	197.271	16

1) Studierende, die an mehreren Universitäten studieren, sind nur einmal gezählt.

Quelle: BmBWK, Abt. VII/B/1; Gesamtevidenz der Studierenden (GES); Angaben in Prozent und Absolutzahlen

Schließlich sollen auch jene Jugendlichen nicht unerwähnt bleiben, die, mit Hauptwohnsitz Wien, im Jahr 2000 die österreichische Staatsbürgerschaft erworben

haben. Insgesamt blieb dieser Anteil, im Verlaufszeitraum 1996–2000 mit durchschnittlich 9.500 Personen ziemlich konstant.

Tabelle 6: Erwerb der Staatsbürgerschaft 2000 mit Hauptwohnsitz Wien

Alter	Männer	Frauen	gesamt
unter 19 Jahre	1.772	1.714	3.486
19–29 Jahre	800	1.105	1.905
30–44 Jahre	1.755	1.504	3.259
45–59 Jahre	384	352	736
60 und mehr Jahre	44	39	83
gesamt	4.755	4.714	9.469

Quelle: MA 61 und Statistik Austria – Direktion Bevölkerung; aus: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, S. 86; Angaben in Absolutzahlen

Bei der Altersgruppe bis 18 Jahre ist der Anteil der Bur-schen höher; bei den 19- bis 29-Jährigen dominieren mit 58 Prozent der neuen österreichischen Staatsbürge-rInnen die Frauen.

### 1.2.1.3 Anteil der Jugendlichen an Wiens Wohnbevölkerung

Innerhalb Österreichs weist die Altersstruktur der Wohnbevölkerung ein klares Ost-West-Gefälle auf (KYTIR & MÜNZ, 1994, S. 10 ff). In der Ostregion ist die Bevölkerung im Schnitt älter als im Rest des Landes.

Daher liegt auch der Anteil der Jugendlichen in Wien (15 bis 24 Jahre) mit elf Prozent unter dem Bundes-durchschnitt. Die mit Abstand älteste Bevölkerung und den kleinsten Jugendanteil hat nach wie vor die Bun-deshauptstadt Wien. Aus Tabelle 7 ist ersichtlich, dass zwischen den 14- und 20-Jährigen die männlichen Ju-gendlichen überwiegen. Ihr Prozentsatz bewegt sich zwischen 50 und 52 Prozent; weibliche Jugendliche ha-ben zwischen 14 und 20 Jahren einen Anteil zwischen 48 und 50 Prozent und liegen somit um durchschnitt-lich zwei Prozentpunkte hinter den männlichen Ju-gendlichen.

Bei den 20-Jährigen vollzieht sich ein Wandel: Der Anteil männlicher Jugendlicher beginnt zu sinken und reduziert sich sukzessive pro ansteigendem Lebensjahr um durchschnittlich 0,5 Prozentpunkte. Die Anzahl weiblicher Jugendlicher hingegen beginnt ab

dem 21. Lebensjahr zu steigen. Insgesamt liegt der Anteil weiblicher 14- bis 24-Jähriger an der Population Jugendlicher in Wien mit 51 Prozent höher als der Anteil männlicher mit 49 Prozent.

Tabelle 7: Anteil der Jugendlichen an Wiens Wohnbevölkerung 2000

Alter (in Jahren)	männlich (absolut)	weiblich (absolut)	gesamt (absolut)	männlich (in %)	weiblich (in %)
14	7.853	7.377	15.230	51,6	48,4
15	7.833	7.266	15.099	51,9	48,1
16	7.942	7.377	15.319	51,8	48,2
17	7.916	7.474	15.390	51,4	48,6
18	8.127	7.810	15.937	51,0	49,0
19	8.549	8.111	16.660	51,3	48,7
20	8.467	8.354	16.821	50,3	49,7
21	8.367	8.462	16.829	49,7	50,3
22	8.588	8.652	17.240	49,8	50,2
23	8.747	9.116	17.863	49,0	51,0
24	9.427	9.535	18.962	49,7	50,3
14- bis 24-Jährige	91.816	89.534	181.350	50,6	49,4
Gesamtbevölkerung	769.499	845.939	1.615.438	47,6	52,4

Quelle: MA 66 – Dezernat für Bevölkerungsstatistik; erfasst sind alle Jugendliche mit Hauptwohnsitz sowie alle polizeilich Gemeldeten mit weiteren Wohnsitzen

Die Zuwanderung nach Österreich war und ist auf die urbanen Zentren und auf einige Industrieregionen konzentriert (KYTIR & MÜNZ, 1994, S. 35 f). In fast allen Bundesländern liegt der Anteil der AusländerInnen an allen Jugendlichen unter dem Bundesschnitt. Nur Wien und Vorarlberg liegen deutlich darüber. In Wien sind fast die Hälfte der ausländischen Jugendlichen BürgerInnen Ex-Jugoslawiens, rund ein Drittel TürkInnen und der Rest BürgerInnen eines anderen Staates. Aus Tabelle 8 ist ersichtlich, dass der Anteil ausländischer 14- bis 24-jähriger Jugendlicher 18 Pro-

zent an der Gesamtpopulation der Jugendlichen in Wien ausmacht. Am höchsten ist der Anteil der 24-jährigen ausländischen Jugendlichen mit 28 Prozent, gefolgt von den unter 23-Jährigen mit 27 Prozent. Bei den 20-jährigen ausländischen Jugendlichen wird die 20 Prozent-Grenze erstmals überschritten. Zwischen 14 und 19 Jahren hält sich der Anteil ausländischer Jugendlicher konstant zwischen 18 und 20 Prozent, zwischen 20 und 24 Jahren ist aus Tabelle 8 eine Steigerung von sechs Prozentpunkten ersichtlich.

Tabelle 8: Anteil ausländischer Jugendlicher an Wiens Wohnbevölkerung 2000

Alter (in Jahren)	InländerInnen (absolut)	AusländerInnen (absolut)	insgesamt	Anteil AusländerInnen (in %)
14	12.367	2.863	15.230	18,8
15	12.297	2.802	15.099	18,6
16	12.466	2.853	15.319	18,6
17	12.554	2.836	15.390	18,4
18	13.059	2.878	15.937	18,1
19	13.347	3.313	16.660	19,9
20	13.170	3.651	16.821	21,7
21	12.831	3.998	16.829	23,8
22	12.890	4.350	17.240	25,2
23	13.076	4.787	17.863	26,8
24	13.721	5.241	18.962	27,6
Wien, Gesamtbevölkerung	1.323.721	291.717	1.615.438	18,0

Quelle: MA 66 – Dezernat für Bevölkerungsstatistik

Der Vergleich der Altersverteilung zwischen AusländerInnen und der Wiener Gesamtbevölkerung ergibt, dass AusländerInnen zu über 57 Prozent der Altersgruppe 16 bis 44 Jahre angehören, während zu dieser

Altersgruppe nur 44 Prozent der Wiener Gesamtbevölkerung gehören (vgl. Tabelle 9). Umgekehrt sind nur sieben Prozent der AusländerInnen älter als 59 Jahre (Gesamtbevölkerung: 21 Prozent).

Tabelle 9: Altersverteilung der Wiener Wohnbevölkerung und der in Wien lebenden AusländerInnen 2000

	Alter in Jahren (in %)					
	0–14	15–29	30–44	45–59	60–74	75 +
Wiener Wohnbevölkerung	14,6	17,5	26,2	20,3	13,2	8,2
AusländerInnen	16,3	23,5	33,6	19,3	5,9	1,3

Quelle: MA 66 – Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001

### 1.2.2 Demographische Bereicherungsquote

In den kommenden Jahrzehnten werden Zahl und Anteil der Jugendlichen vorerst zunehmen (zwischen 2000 und 2010), danach aber wieder rückläufig sein (zwischen 2010 und 2025). Ursache für den prognostizierten Rückgang ist die geringere Geburtenanzahl in der jüngeren Vergangenheit und in der Gegenwart. Hinzu kommt, dass sich der demographische Alterungsprozess auch am oberen Ende der Alterspyramide fortsetzen wird (KYTIR & MÜNZ, 1994, S. 14 f). Mehr alte Menschen verringern ebenfalls den Anteil der Jungen. Mehr Jugendliche als heute wird es in Zukunft voraussichtlich nur in Wien geben.

Trotz dieser Abnahme zwischen 2010 und 2025 ist im Gesamtüberblick zwischen 2000 und 2025 bei den weiblichen 14- bis 24-jährigen Jugendlichen in Wien ein Zuwachs von vier Prozent und bei den männlichen ein Zuwachs von fünf Prozent zu erwarten (vgl. Tabelle 10 und 11).

Der Grund, warum die Anzahl der Jugendlichen im Gesamtüberblick zwischen 2000 und 2025 in Wien eine steigende Tendenz haben wird, liegt darin, dass die Bundeshauptstadt den Alterungsschub, der im übrigen Österreich noch bevorsteht, bereits hinter sich hat. Eine etwas jüngere Altersstruktur, gestiegene Kinderzahlen und ein gewisses Maß an Zuwanderung werden hier für eine Stabilisierung bzw. Erhöhung des Jugendanteils sorgen.

Tabelle 10: Demographische Bereicherungsquote weiblicher Jugendlicher

Alter (in Jahren)	Stand 2000	Anstieg 2000–2010 (in %)	Rückgang 2010–2025 (in %)	Anstieg/Rückgang 2000–2025 (in %)
14	7.517	8,0	-5,8	2,2
15	7.417	12,3	-9,0	3,3
16	7.353	17,3	-12,8	4,5
17	7.571	16,5	-14,5	2,0
18	7.929	12,5	-13,2	-0,7
19	8.181	10,4	-10,4	0,0
20	8.194	12,1	-7,6	4,5
21	8.364	13,5	-6,3	7,2
22	8.752	11,4	-4,3	7,0
23	9.243	8,4	-2,4	6,1
24	10.010	3,7	-1,1	2,5
Summe	83.014	11,5	-7,8	3,7

Quelle: Statistik Austria; Steigerung/Rückgang auf Wert 2000 (100 %)

Tabelle 11: Demographische Bereicherungsquote männlicher Jugendlicher

Alter in Jahren	Stand 2000	Anstieg 2000–2010 (in %)	Rückgang 2010–2025 (in %)	Anstieg/Rückgang 2000–2025 (in %)
14	7.921	7,0	-4,7	2,2
15	7.809	12,7	-9,0	3,7
16	7.860	16,3	-12,9	3,4
17	8.000	15,9	-13,7	2,2
18	8.344	12,1	-13,0	-0,9
19	8.557	9,8	-10,9	-1,1
20	8.330	13,7	-9,5	4,2
21	8.204	18,1	-8,9	9,2
22	8.371	19,3	-8,6	10,7
23	8.740	17,2	-7,1	10,1
24	9.579	10,3	-5,5	4,8
Summe	91.715	13,8	-9,4	4,5

Quelle: Statistik Austria; Steigerung/Rückgang auf Wert 2000 (100 %)

Zu fragen bleibt, ob eine verstärkte Zuwanderung diese Entwicklung stoppen könnte. Eine Antwort darauf gibt die IFD/ÖROK-Prognose (KYTIR & MÜNZ, 1994, S. 16 f). Sie vergleicht die Auswirkungen unterschiedlich starker Zuwanderung. Bei fast ausbleibender Wanderung würde die Zahl der Jugendlichen in Österreich am schnellsten schrumpfen. Eine jährliche Zuwanderung von 25.000 Personen würde diese Altersgruppe bis 2031 auf drei Viertel verringern. Aber selbst bei einer sehr starken Zuwanderung von 50.000 Personen pro Jahr würde die Zahl der Jugendlichen in Österreich schrumpfen. Da die Einwohnerzahl bei stärkerer Zuwanderung schneller wächst, ist der Rückgang des Jugendanteils an der Gesamtbevölkerung selbst bei

konstant hoher Zuwanderung langfristig nicht vermeidbar.

### 1.2.3 Tod im Jugendalter

Die Zahl der verstorbenen Jugendlichen hat sich trotz sinkender Geburtenhäufigkeit im 20. und zu Beginn des 21. Jahrhunderts nur wenig verändert (KYTIR & MÜNZ, 1994, S. 12 f). Dies hat demographische Gründe. Die Sterblichkeit im Jugendalter ist quantitativ von verhältnismäßig geringer Bedeutung; heute überleben 99 von 100 ÖsterreicherInnen ihr Jugendalter. Der Tod im Jugendalter erregt dennoch ein hohes Maß an gesellschaftlicher Aufmerksamkeit. Dies beweist die me-

diale Berichterstattung über SchülerInnenselbstmorde, Drogentote im Jugendalter sowie über Sport- und Verkehrsunfälle von Angehörigen dieser Altersgruppe. Die Gründe dafür liegen im „spektakulären Charakter“ dieser Todesfälle. Der Tod im Jugendalter ist eben nicht nur ein „Sterben vor der Zeit“, sondern in der Regel auch ein gewaltsamer Tod. Fast drei Viertel aller Fälle gehen auf das Konto von Unfällen, Vergiftungen und Selbstmorden (vgl. Kap. 3.3.6).

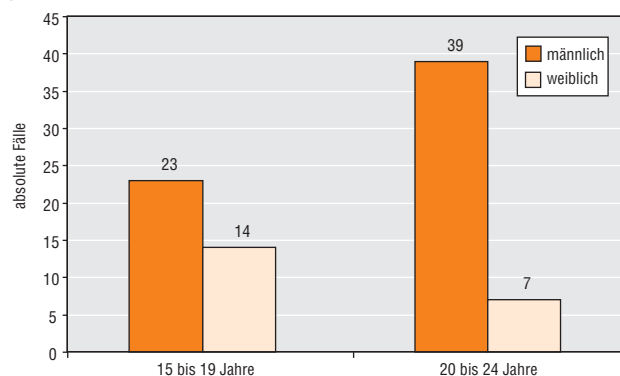
Risikoreiches Verhalten, das zu Sport-, Freizeit- und Verkehrsunfällen mit Todesfolge führt, ist dafür verantwortlich, dass das Mortalitätsrisiko vor allem der männlichen Jugendlichen zwischen dem 18. und 24. Lebensjahr stark ansteigt (vgl. Tabelle 12). Männliche Jugendliche nehmen mit 74 Prozent beinahe drei Viertel der Mortalitätsrate ein. Bei jungen Frauen ist das Sterberisiko in jüngeren Jahren (15–19) höher, allerdings auf einem weitaus niedrigeren Niveau von insgesamt 26 Prozent (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Verstorbene Jugendliche, Wien 2000

Alter in Jahren	männlich (absolut)	weiblich (absolut)	gesamt (absolut)	männlich (in %)	weiblich (in %)
14	0	1	1	0,0	100,0
15	1	1	2	50,0	50,0
16	3	2	5	60,0	40,0
17	2	1	3	66,7	33,3
18	9	5	14	64,3	35,7
19	8	5	13	61,5	38,5
20	8	3	11	72,7	27,3
21	6	1	7	85,7	14,3
22	3	1	4	75,0	25,0
23	12	2	14	85,7	14,3
24	10	0	10	100,0	0,0
gesamt	62	22	84	73,8	26,2

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001, S. 67

Grafik 1: Verstorbene Jugendliche nach Alter und Geschlecht, Wien 2000



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001, S. 67

### 1.2.4 Mutterschaft im Jugendalter

Gleichzeitig mit dem Rückgang der Fertilitätsrate ist im selben Zeitraum (1961–2000) auch das durchschnittliche Alter von Frauen bei der Geburt ihrer Kinder (Fruchtbarkeitsalter) von 26,7 auf 28 Jahre gestiegen (Gesundheitsbericht Wien 2001, S. 38). Als Hauptgründe für den Anstieg des Fruchtbarkeitsalters können die längeren Ausbildungszeiten – sowohl von Männern als auch von Frauen – sowie die berufliche Etablierung von Frauen vor der Geburt ihrer Kinder angeführt werden.

Tabelle 13 veranschaulicht, dass Neugeborene, deren Mütter zwischen 15 und 20 Jahre alt sind, zu 61 Prozent aus unehelichen Partnerschaftsverhältnissen stammen. Daraus kann man den Schluss ziehen, dass es in dieser Altersgruppe zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil an ungewollten Schwangerschaften kommt.

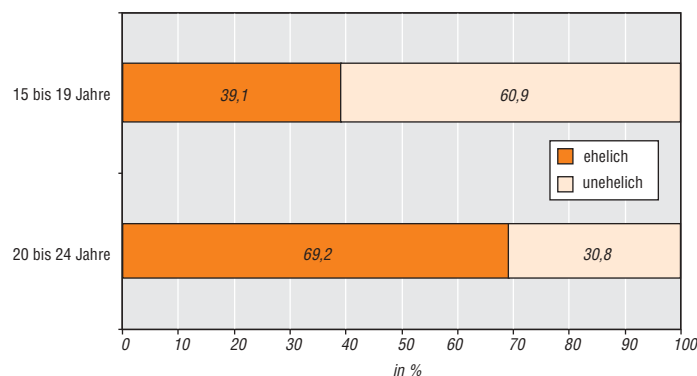
Bei Müttern, die zwischen 20 und 25 Jahre alt sind, zeigt Tabelle 13 eine mehr als dreieinhalb Mal so hohe Anzahl der verzeichneten Geburten. Die Anzahl der Geburten aus unehelichen Partnerschaftsverhältnissen hat sich um die Hälfte reduziert und liegt bei nur mehr 31 Prozent.

Tabelle 13: Geburten nach dem Alter der Mutter, Wien 2000

Alter der Mutter in Jahren	insgesamt	ehelich männlich (in %)	unehelich männlich (in %)	ehelich weiblich (in %)	unehelich weiblich (in %)	unehelich gesamt (in %)
15- unter 20	822	19,8	32,6	19,2	28,3	60,9
20- unter 25	3.001	35,8	15,6	33,3	15,2	30,8

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001, S. 55

Grafik 2: Eheliche und uneheliche Geburten nach dem Alter der Mutter, Wien 2000



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001, S. 55

Gegenwärtig hat jedes vierte neugeborene Wiener Kind eine ausländische Staatsbürgerschaft (Wiener Frauengesundheitsbericht, 1996, S. 25). Der Beitrag der Zuwanderung aus dem Ausland zur steigenden Geburtenzahl ist somit klar erkennbar. Die Fertilität der Ausländerinnen ist wesentlich höher, aber ebenso rückläufig wie jene der Inländerinnen. Gegenwärtig (2000) ist die Gesamtfertilitätsrate der Ausländerinnen mit 1,8 Kindern pro Frau bedeutend höher als jene der Inländerinnen (1,1 Kinder).

Ausländerinnen haben im Durchschnitt weniger uneheliche Geburten als Inländerinnen, bei gleichfalls steigender Tendenz. Anders ist das aber bei der größten Ausländerinnengruppe Wiens, den Frauen der Bundesrepublik Jugoslawien (Serbien und Montenegro). Hier liegt die Unehelichenquote zurzeit bei etwa 33 Prozent (serbisch-orthodoxes Religionsbekenntnis), während sie bei den übrigen Ausländerinnen, insbesondere jenen mit islamischem Religionsbekenntnis, weniger als fünf Prozent beträgt (vgl. Tabelle 14). Vor allem die zweit-

größte Ausländerinnengruppe, die Türkinnen, bringt nur selten uneheliche Kinder zur Welt. Die Unehelich-

keit innerhalb der ausländischen Wiener Bevölkerung ist somit sehr stark differenziert.

Tabelle 14: Geburten nach dem Religionsbekenntnis der Mutter, Wien 2000

Jahr, Merkmal	Lebendgeborene				insgesamt
	männlich		weiblich		
	ehelich	unehelich	ehelich	unehelich	
2000	5.823	2.102	5.591	2.031	15.547
nach dem Religionsbekenntnis der Mutter (absolut)					
römisch-katholisch	2.615	1.199	2.481	1.152	7.447
evangelisch	247	95	243	131	716
altkatholisch	10	1	9	5	25
mosaisch	51	9	53	3	116
islamisch	1.360	92	1.335	97	2.884
serbisch-orthodox	427	203	372	189	1.191
sonstiges	193	36	200	30	459
ohne Religionsbekenntnis und unbekannt	920	467	898	424	2.709
nach dem Religionsbekenntnis der Mutter (in %)					
römisch-katholisch	44,9	57,0	44,4	56,7	47,9
evangelisch	4,2	4,5	4,3	6,5	4,6
altkatholisch	0,2	0,0	0,2	0,2	0,2
mosaisch	0,9	0,4	0,9	0,1	0,7
islamisch	23,4	4,4	23,9	4,8	18,6
serbisch-orthodox	7,3	9,7	6,7	9,3	7,7
sonstiges	3,3	1,7	3,6	1,5	3,0
ohne Religionsbekenntnis und unbekannt	15,8	22,2	16,1	20,9	17,4

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001, S. 55

### 1.2.5 Eheschließungen 14- bis 24-Jähriger in Wien

Nach der Blütezeit der traditionellen Lebensform der Ehe in den 60er Jahren, die durch einen historischen Höhepunkt der Heiratshäufigkeit und dem Babyboom einerseits und wenigen unehelichen Geburten und Scheidungen andererseits gekennzeichnet war, kam es in den Folgejahren zu einer stärkeren Verbreitung anderer Lebensgemeinschaften (Wiener Frauengesundheitsbericht, 1996, S. 27 f). Die gegenwärtige Heiratshäufigkeit ist jedenfalls so gering, dass mit relativ hohen Anteilen von zeitlebens ledig bleibenden Männern und insbesondere Frauen zu rechnen ist (Schätzungen sprechen von bis zu 30 Prozent). Seit dem Beginn der 80er Jahre ist das Alter bei der Eheschließung in Wien im Mittel bei Frauen um vier und bei Männern um drei Jahre gestiegen.

Trotz eines deutlich reduzierten Altersunterschieds ist heute eine Braut mit einem mittleren Alter von 28,4 Jahren immer noch um 2,4 Jahre jünger als ein „mittlerer“ Bräutigam mit 30,8 Jahren. Wie aus Tabelle 15 zu erkennen ist, ist die Heiratshäufigkeit weiblicher 14- bis 24-jähriger Jugendlicher höher, weil Frauen zum Zeitpunkt ihrer Heirat jünger sind als Männer. Bei der Erstheirat liegt das mittlere Alter der Frauen gegenwärtig bei 26,5 Jahren und damit um 1,9 Jahre unter jenem der Männer. Dies erklärt die in Tabelle 15 ersichtlichen niedrigen Prozentsätze der Eheschließungen 14- bis 24-jähriger Jugendlicher. Im Vergleich zu Gesamtösterreich heiraten ledige Wienerinnen etwas später (im Mittel um ein halbes Jahr) und etwas weniger häufig (um vier Prozent). Andererseits ist die Zahl der Wiederverheiratungen viel größer: Während im Bundesmittel der Anteil der Erst-Ehen von Frauen an allen Eheschließungen 80 Prozent beträgt, liegt er in Wien nur bei 70 Prozent. Aus diesem Grund ist auch das Hei-



ratsalter bei der Gesamtheit der Eheschließenden, also unter Einschluss der Wiederverheiratungen, in Wien um mehr als ein Jahr höher als im österreichischen Durchschnitt.

Tabelle 15: Eheschließungen 14- bis 24-Jähriger, Wien 2000

Alter (in Jahren)	männlich (in %)	weiblich (in %)
15- bis unter 16	0,0	0,0
16- bis unter 17	0,0	0,2
17- bis unter 18	0,0	0,7
18- bis unter 19	0,4	1,5
19- bis unter 20	1,1	2,6
20- bis unter 21	1,3	2,6
21- bis unter 22	1,9	3,4
22- bis unter 23	2,2	3,7
23- bis unter 24	2,8	3,7
24- bis unter 25	3,2	4,5
gesamt (alle Altersgruppen, absolut)	9.007	9.007

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001, S. 63

### 1.3 Sozioökonomie

#### Zusammenfassung

Die Analysen zeigen als Grundtrend sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern eine anteilmäßige Zunahme der Personen mit höheren **Ausbildungsabschlüssen** (d. h. mittlere Ausbildung, Matura oder universitäre Ausbildung) mit Abnahme des Lebensalters. Darin spiegelt sich ein positiver Generationentrend wider: Die jüngere Generation erhält heute eine umfangreichere Ausbildung als frühere Generationen. Weiters ist der in den höheren Altersgruppen zu beobachtende gravierende Geschlechterunterschied bei Personen, welche nur eine Mindestausbildung (Pflichtschule) genossen haben, in der jüngeren Generation (Altersgruppe 25–44 Jahre) praktisch verschwunden.

Zu beachten ist, dass in der Altersgruppe 16–24 Jahre viele Personen ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben und infolgedessen den unteren Ausbildungsgruppen zugerechnet werden, auch wenn sie sich aktuell bereits in einem höheren Ausbildungssystem befinden.

Die Verschulung der Jugendphase verkürzt die Lebensarbeitszeit und verlängert die finanzielle Abhängigkeit von den Eltern. Gleichzeitig wächst mit höherer Bildung die Chance, später in eine privilegierte berufliche Position zu gelangen. Denn im Wettbewerb um attraktive Arbeitsplätze verbessert formale Qualifikation die eigene Position in der „Warteschlange“. Personen mit geringerem Bildungsabschluss rangieren dabei hinter Personen mit höherem Abschluss, denn solche Abschlüsse gelten in der Regel als Hinweis auf erhöhte Lernfähigkeit, Leistungsfähigkeit und Anpassungsbereitschaft. Formale Bildung hat daher – neben der Vermittlung beruflicher Qualifikationen – in unserem Beschäftigungssystem einen erhöhten Stellenwert.

In Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter zeigen sich große Differenzen in der Teilnahme am **Erwerbsleben**.

#### Summary: Socioeconomics

*The basic trend among both women and men is a rising proportion of people with higher **qualifications** (from lower secondary schools, secondary academic schools, or university degree) with sinking age. This reflects a positive generation trend: the younger generation today receives a more comprehensive education and training than earlier generations. Furthermore, the dramatic gender gap among persons with only compulsory schooling that is visible in the older age groups, has practically disappeared among the younger generation (age group 25-44).*

*It must also be pointed out that among the 16-24 year-olds, many have not yet completed their education and are therefore assigned to the lower education segments, even if they are currently acquiring a higher education.*

*The long education and training time for young people today shortens their working life and makes them longer financially dependant on their parents. At the same time, however, higher education provides the opportunity to achieve a privileged professional position. In the competition for attractive jobs, a formal qualification is beneficial. People with a lower degree rank behind those with a higher degree; such a degree is generally seen as evidence for higher learning capacity, productivity and adaptability. A formal education therefore is of great importance in our employment system, not only for acquiring qualifications.*

*There are large age and gender differences in the participation in **working life**.*

Während im jungen und mittleren Erwachsenenalter die überwiegende Mehrheit der Männer vollzeitbeschäftigt ist, trifft dies nicht einmal auf die Hälfte der Frauen zu. Dieser Unterschied ist v. a. durch den höheren Anteil an teilzeit- oder geringfügig beschäftigten Frauen zu erklären, einen geringeren Einfluss übt auch der Hausfrauenanteil aus.

Von **Arbeitslosigkeit** waren in den letzten drei Jahren insgesamt 18 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen betroffen. Laut Mikrozensus beträgt der Anteil der arbeitslosen Burschen bei den 15- bis 19-Jährigen 3,7 Prozent und bei den 20- bis 24-Jährigen 6,2 Prozent. Bei den Mädchen sind überhaupt nur 1,3 Prozent der 15- bis 19-Jährigen und 3,1 Prozent der 20- bis 24-Jährigen ohne Arbeit. Hinsichtlich der Erfahrung von Arbeitslosigkeit fällt auf, dass die jüngeren Personen besonders stark betroffen sind, und zwar fast ein Drittel in der Altersgruppe 16 bis 24 Jahre. Eine genauere Analyse unter Einbeziehung der Dauer der Arbeitslosigkeit zeigt, dass jüngere Arbeitnehmer öfter Phasen der Arbeitslosigkeit erleben, sie können aber andererseits schneller den Weg zurück ins Berufsleben finden als ältere Arbeitslose. Bedenklich bleibt trotzdem, dass sogar über ein Drittel der Arbeitslosen der jungen Altersgruppen länger als ein Jahr keine angemessene Beschäftigung finden kann.

*While among the young and middle-aged, a large majority of men are in full-time employment, this holds true for less than 50 percent of the women. This difference is mostly due to a higher proportion of women in part-time or short-time (less than 15 hours a week) employment, and, to a lesser part, to those women who stay at home.*

*In the last three years, in total 18 percent of men and 15 percent of women were **unemployed**. According to the Austrian Mikrozensus survey, 3.7 percent of 15-19 year-old and 6.7 percent of 20-24 year-old young men were unemployed, while for young women, the respective figures are only 1.3 percent for the age group 15-19 and 3.1 percent for 20-24 year-olds. Young people are particularly affected by unemployment - almost a third of the age group 16-24. A more exact analysis including the duration of unemployment shows that young people more frequently experience phases of unemployment but are also faster in finding a new job than older unemployed people. However, it is alarming that more than a third of the unemployed in this age group need more than a year to find adequate employment.*

Die soziale Stellung/Position einer Person besteht wesentlich in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Wohlstand (vgl. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S. 65 f). Zu diesem Wohlstand gehören heute als wichtigste soziale Ressourcen insbesondere das infrastrukturelle Angebot an beruflichen Ausbildungsmöglichkeiten, an Arbeitsplätzen sowie am Einkommen. Der Zugang zu diesen Ressourcen konnte in Studien als eine der bedeutendsten Gesundheitsdeterminanten nachgewiesen werden. Daher wird in den nächsten Abschnitten ausführlich die Verteilung dieser sozialen Ressourcen in der Bevölkerung und insbesondere bei der jugendlichen Zielgruppe untersucht.

### 1.3.1 Schulbildung nach Alter und Geschlecht

Es wurde in sozialespidemiologischen Studien wiederholt nachgewiesen, dass die Ausbildung einer Person eine wesentliche Ressource sowohl für die Gesundheit als auch für ein gesundheitsförderliches Verhalten darstellt. Der Anteil an dieser Ressource, den eine soziale Schicht aufweist, ist folglich ein Teil dieses Gesundheitspotenzials dieser Schicht.

Das Ausbildungsniveau wurde in aufsteigender Reihenfolge in vier Gruppen eingeteilt: Zur ersten Gruppe „Pflichtschule“ gehören nur Personen mit der gesetzlichen Mindestschulbildung, zur zweiten Gruppe „Lehre“ Personen mit Lehrabschluss, zur dritten Gruppe

„mittlere Ausbildung“ gehören Abschlüsse von berufsbildenden mittleren Schulen und höheren Schulen, allgemeinbildenden höheren Schulen (Gymnasien) und Akademien (z. B. Sozialakademie), und zur vierten Gruppe gehören Personen mit Hochschul- oder Universitätsausbildung.

Die Analysen zeigen als Grundtrend sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern eine anteilmäßige Zunahme der Personen mit höheren Ausbildungsabschlüssen (d. h. mittlere Ausbildung, Matura oder universitäre Ausbildung mit Abnahme des Lebensalters (vgl. Tabelle 16). Darin spiegelt sich ein positiver Generationentrend wider: Die jüngere Generation erhält

heute eine umfangreichere Ausbildung als frühere Generationen. Weiters ist der in den höheren Altersgruppen zu beobachtende gravierende Geschlechterunterschied bei Personen, welche eine Mindestausbildung (Pflichtschule) genossen haben, in der jüngeren Generation (Altersgruppe 25–44 Jahre) praktisch verschwunden.

Zu beachten ist, dass in der Altersgruppe „16–24 Jahre“ viele Personen ihre Ausbildung noch nicht abgeschlossen haben und infolgedessen den unteren Ausbildungsgruppen zugerechnet werden, auch wenn sie sich aktuell bereits in einem höheren Ausbildungssystem befinden.

Tabelle 16: Schulbildung nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Schulbildung (in %)			
	Pflichtschule	Lehre	mittlere Ausbildung	Universität
<b>Männer</b>				
16–24	63,6	18,9	16,7	0,7
25–44	15,6	32,1	33,6	18,7
45–59	10,4	47,7	30,1	11,7
60–74	9,6	53,7	28,3	8,5
75 +	16,1	41,1	28,8	14,1
gesamt	19,4	38,1	29,5	12,9
<b>Frauen</b>				
16–24	56,8	11,5	30,7	1,0
25–44	18,0	20,5	44,1	17,4
45–59	22,3	33,8	34,7	9,2
60–74	31,8	30,4	33,7	4,1
75 +	51,9	22,1	23,5	2,5
gesamt	28,7	24,5	36,7	10,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S. 66

Der auffallend hohe Anteil an Personen mit Pflichtschulbildung in den höheren Altersklassen, besonders unter den Frauen, legt die Hypothese nahe, dass eine frühe Benachteiligung bei der Ausbildung nicht mehr aufgeholt werden kann.

Wie setzen sich die vier Ausbildungsgruppen hinsichtlich ihrer Altersstruktur zusammen? Laut Tabelle 17 überwiegen in den beiden höheren Ausbildungsgruppen (mittlere Ausbildung und Universitätsausbildung) die jungen Erwachsenen.

Tabelle 17: Altersverteilung nach Schulbildung und Geschlecht

Schulbildung	Alter in Jahren (in %)				
	16–24	25–44	40–59	60–74	75 +
<b>Männer</b>					
Pflichtschule	40,8	33,4	13,1	7,2	5,5
Lehre	6,2	35,1	30,8	20,7	7,2
mittlere Ausbildung	7,1	47,3	25,1	14,1	6,5
Universität	0,7	60,1	22,3	9,6	7,3
gesamt	12,5	41,6	24,6	14,7	6,7
<b>Frauen</b>					
Pflichtschule	20,3	24,8	19,1	16,6	19,2
Lehre	4,8	33,0	33,9	18,6	9,6
mittlere Ausbildung	8,6	47,5	23,2	13,8	6,8
Universität	1,0	67,9	22,4	6,0	2,6
gesamt	10,3	39,5	24,5	15,0	10,7

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S.66

### 1.3.2 Haushaltseinkommen

Der in den modernen überwiegend monetär strukturierten Wirtschaftssystemen und Gesellschaften entscheidende einzelne Faktor für die Teilhabe am gesellschaftlichen Wohlstand ist das Einkommen und Vermögen einer Person (Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S. 67 ff). In Österreich ist in Erhebungen die Frage nach dem Einkommen traditionell als heikel zu beurteilen. Diese Frage führt zu meist hohen Raten der Antwortverweigerung.

Die Einkommensfragen wurden daher im vorliegenden Bericht in Form von vorgegebenen 145 EURO –

Intervallen als Antwortkategorien gestellt. Einerseits aus diesem Grund und andererseits wegen des Problems, dass nichtperiodische Einkommensanteile oftmals nicht angegeben werden, dürfen die in Tabelle 18 angegebenen EURO – Werte nur als grobe Näherung an das tatsächliche Einkommen interpretiert werden. Dies stellt für die vorliegende Untersuchung jedoch keine ernst zu nehmende Einschränkung dar, da es hier nicht auf die Schätzung der genauen Einkommenshöhe ankam, sondern auf die Reihung in Einkommensgruppen – von der untersten Einkommensgruppe („Schicht 1“) bis zur höchsten Einkommensgruppe („Schicht 4“).

Tabelle 18: Haushalts-Nettoeinkommen gesamt nach Geschlecht

Geschlecht	Haushalts-Nettoeinkommen gesamt (in %)			
	– € 872,– (ATS 12.000,–)	– € 1.744,– (ATS 24.000,–)	– € 2.907,– (ATS 40.000,–)	> € 2.907 (> ATS 40.000,–)
Männer	9,4	31,1	38,5	21,0
Frauen	15,0	34,6	34,7	15,8
gesamt	12,3	32,9	36,5	18,3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S. 68

Aus Tabelle 18 ist ersichtlich, dass Frauen erheblich öfter in Haushalten der untersten Haushalts-Nettoeinkommensgruppe (– € 872,–) leben als Männer. Bei Ver-

wendung dieser Variable zur Einschätzung der Einkommenslage ist allerdings nicht berücksichtigt, wie viele Personen im jeweiligen Haushalt leben und auf wie viele

Personen sich daher das Einkommen aufteilt. Aus diesem Grund ist es zweckmäßiger, das gesamte Haushaltseinkommen auf die Haushaltsgröße zu beziehen.

Es ist verständlich, dass der finanzielle Aufwand nicht für alle Haushaltsmitglieder gleich hoch zu veranschlagen ist. Um den Aufwand zumindest grob zu charakterisieren, wurde dafür das so genannte Erwachsenenäquivalent (EÄ) eingeführt. Es gibt für das EÄ unterschiedliche Äquivalenzskalen.

Die Berechnungen folgen hier der Äquivalenzskala der EU, welche auch als „modifizierte OECD-Skala“ bezeichnet wird. Die EU-Skala gewichtet den ersten Erwachsenen im Haushalt mit dem Faktor 1,0; jede weitere erwachsene Person mit 0,5 und Kinder mit 0,3. Alle weiteren das Einkommen betreffenden Analysen in diesem Bericht werden dem Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent als Einkommensindikator zugrunde gelegt. Die Kategorisierung des Wertebereichs erfolgt durch Festlegung von Grenzwerten (cut-off-points) im Merkmalsbereich (in EURO und dazu vergleichsweise in Schilling), wobei versucht wurde, eine ungefähre Perzentilaufteilung der vier Gruppen mit Anteilen in der Anordnung 15 Prozent – 35 Prozent – 35 Prozent – 15 Prozent

zu erreichen, d. h. „Schicht 1“ entspricht den untersten 15 Prozent der Einkommen, „Schicht 2“ den folgenden 35 Prozent, „Schicht 3“ den 35 Prozent der oberhalb des Medians liegenden Einkommen, und „Schicht 4“ den obersten 15 Prozent der Einkommen. In welchen soziodemographischen Gruppen finden sich die kleinsten, in welchen die größten Einkommen?

Aus Tabelle 19 ist ersichtlich, dass die jungen Menschen im Alter von 16–24 Jahren zum Großteil den beiden untersten Einkommensgruppen „Schicht 1“ und „Schicht 2“ zuzurechnen sind. Diese Ergebnisse sind aber auf einen Methoden-Effekt zurückzuführen: Familien mit einem oder mehreren Kindern bzw. Jugendlichen werden damit leichter zu den ärmeren Schichten gezählt. Ist nur eine Person im Haushalt voll berufstätig, und ist der Ehepartner für den Haushalt zuständig und die Jugendlichen noch in der schulischen Ausbildung, dann entsteht auf der Basis der Äquivalenz-Skala schnell dieser Eindruck. Es ist damit auch fragwürdig, ob StudentInnen, die noch von den Einkommen der Eltern leben, in ihrer lebensspezifischen Situation zu den ärmeren Schichten des Landes zu zählen sind. Das kulturelle Kapital dieser Personen wird beim Erwachsenenäquivalent nicht berücksichtigt.

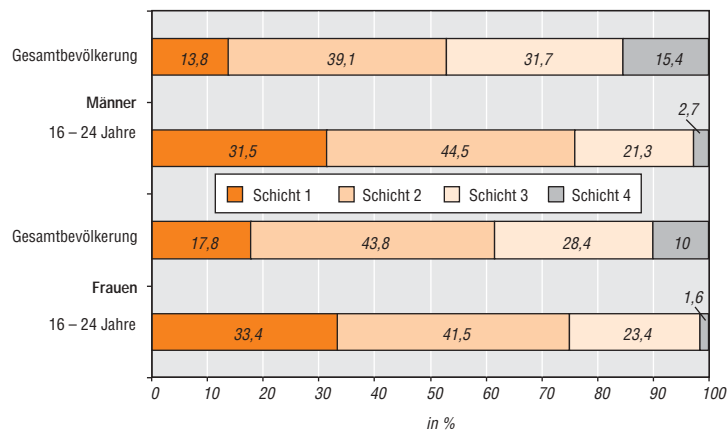
Tabelle 19: Haushaltseinkommen/EÄ<sup>1</sup> nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Haushalts-Nettoeinkommen/EÄ <sup>1</sup> (in %)			
	Schicht 1	Schicht 2	Schicht 3	Schicht 4
<b>Männer</b>				
16–24	31,5	44,5	21,3	2,7
25–44	16,7	36,4	33,5	13,5
45–59	9,0	32,3	36,2	22,6
60–74	2,9	49,5	30,0	17,6
75 +	10,1	51,4	23,0	15,6
gesamt	13,8	39,1	31,7	15,4
<b>Frauen</b>				
16–24	33,4	41,5	23,4	1,6
25–44	16,3	46,3	28,8	8,7
45–59	12,2	36,1	35,8	15,8
60–74	15,8	49,7	24,9	9,5
75 +	27,0	47,3	17,0	8,7
gesamt	17,8	43,8	28,4	10,0

1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala: Schicht 1 = – € 727,- / ATS 10.000,-; Schicht 2 = – € 1.308,- / ATS 18.000,-; Schicht 3 = – € 1.890,- / ATS 26.000,-; Schicht 4 = > € 1.890,- / ATS 26.000,-

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S. 69

Grafik 3: Haushaltseinkommen/EÄ<sup>1)</sup> nach Alter und Geschlecht in Wien



1) Netto-Haushaltseinkommen pro Erwachsenenäquivalent nach EU-Skala: Schicht 1 = – € 727,-/ ATS 10.000,-; Schicht 2 = – € 1.308,-/ ATS 18.000,-; Schicht 3 = – € 1.890,-/ ATS 26.000,-; Schicht 4 = > € 1.890,-/ ATS 26.000,-

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S.69

### 1.3.3 Wohnungssituation

Auch in der heutigen Zeit ist die Wohnsituation gerade der unteren sozialen Schichten oftmals mit gesundheitlichen Belastungen durch hohe Wohndichte, Lärm, Feuchtigkeit, Schädlinge, etc. verbunden (vgl. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S. 93). Die erhobenen Kenngrößen lassen allerdings nur eine grobe Einschätzung der tatsächlichen gesundheitlichen Wohnbelastung zu. Ein entscheidender Faktor für die Charakterisierung der Wohnsituation ist die in einem Haushalt zur Verfügung stehende Wohnfläche. Es ist zur Beurteilung der individuellen Wohnsituation sinnvoll, die Wohnfläche des Haushalts auf die Anzahl

der im Haushalt lebenden Personen zu beziehen. Es wird dafür das Erwachsenenäquivalent (EÄ) verwendet, welches bereits im vorigen Kapitel zur Beschreibung der Einkommenssituation eingeführt wurde.

Tabelle 20 veranschaulicht, dass die Wohnungsgröße, angegeben in Quadratmetern, bei den 16- bis 24-Jährigen am geringsten ist. Mit zunehmendem Lebensalter verbessert sich die Wohnsituation hinsichtlich der verfügbaren Wohnfläche pro Erwachsenenäquivalent kontinuierlich. Entscheidend dafür ist sicherlich primär die Abnahme der Anzahl der im Haushalt lebenden Personen mit Zunahme des Lebensalters.

Tabelle 20: Wohnungsgröße nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wohnungsgröße/EÄ <sup>1)</sup> in m <sup>2</sup> (Mittelwerte)	
	Männer	Frauen
16–24	45,37	41,66
25–44	48,81	47,06
45–59	52,67	56,09
60–74	57,50	60,69
75 +	61,76	59,92
gesamt	51,46	52,13

1) Die Wohnungsgröße ist auf das Erwachsenenäquivalent (EÄ) bezogen.

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S. 93

Die räumliche Ablösung Jugendlicher von ihren Eltern findet derzeit in der Regel erst im dritten Lebensjahrzehnt statt (KYTIR & MÜNZ, 1994, S. 37 f). Grund dafür sind verlängerte Ausbildungszeiten (Schule, Studium) bis ins dritte Lebensjahrzehnt sowie der damit verbundene verzögerte Eintritt ins Berufsleben. Diese Faktoren verlängern die Phase ökonomischer Abhängigkeit von den Eltern.

Unterschiede in der Lebenslage bestehen allerdings bei den 15- bis 19-Jährigen, die entweder eine Lehre oder eine spezifische Schulausbildung (AHS-Oberstufe, BHS, Fachschulen) absolvieren. Tendenziell zeigt sich im Vergleich zu den vergangenen Jahrzehnten eine Abnahme der Lehrlingszahl.

### 1.3.4 Teilnahme am Erwerbsleben

Jugendliche haben heute auf dem Arbeitsmarkt schlechtere Chancen als vor ca. 30 Jahren. Schon während der Hochkonjunktur der 80er Jahre wurde die Sockelarbeitslosigkeit nicht abgebaut. Nun werden vor allem ältere ArbeitnehmerInnen und schon länger in Österreich beschäftigte AusländerInnen aus dem Arbeitsmarkt verdrängt, während ein kleinerer, aber wachsender Teil der Jugendlichen dort erst gar nicht Fuß fassen kann. Aus sozialpolitischen Gründen verdienen die genannten Gruppen mehr Aufmerksamkeit.

Die Verschulung der Jugendphase verkürzt die Lebensarbeitszeit und verlängert die finanzielle Abhängigkeit von den Eltern. Gleichzeitig wächst mit höherer Bildung die Chance, später in eine privilegierte berufliche Position zu gelangen. Denn im Wettbewerb um attraktive Arbeitsplätze verbessert formale Qualifikation die eigene Position in der „Warteschlange“. Personen mit geringerem Bildungsabschluss rangieren dabei hinter Personen mit höherem Abschluss, denn solche Abschlüsse gelten in der Regel als Hinweis auf erhöhte Lernfähigkeit, Leistungsfähigkeit und Anpassungsbereitschaft. Formale Bildung hat daher – neben der Vermittlung beruflicher Qualifikationen – in unserem Beschäftigungssystem einen erhöhten Stellenwert.

Die berufliche Erstplatzierung ist für die weitere Laufbahn entscheidend. Bessere Startbedingungen wirken

sich in der Regel während des gesamten Berufslebens auf Einkommenshöhe und Aufstiegschancen aus. Eine nachträgliche Korrektur eines schlechten Berufseinstiegs lassen die Mechanismen des Arbeitsmarktes nur in Ausnahmefällen zu.

Für die Jugendlichen von heute besteht kein Anlass zu Pessimismus. Trotz eines deutlich reduzierten Wirtschaftswachstums haben die geburtenschwachen Jahrgänge, die derzeit und in den kommenden Jahren ihr Berufsleben beginnen, aufgrund ihrer im Durchschnitt gestiegenen Qualifikation gute Chancen auf eine adäquate berufliche Erstplatzierung. Es gibt allerdings Ausnahmen: Vor allem ausländische Jugendliche und Jugendliche, die in peripheren Regionen aufwachsen, haben nach wie vor deutlich schlechtere Chancen am Arbeitsmarkt.

Das Ausmaß der Teilnahme am Erwerbsleben generell sowie die bei der Teilnahme eingenommene berufliche Position sind Schlüsselfaktoren für die Integration in die Gesellschaft (Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S. 72). Mit beiden Faktoren sind sowohl soziale Ressourcen wie z. B. Einkommen, Ansehen und Anerkennung als auch Belastungen wie Stress oder gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen verbunden. Vielfach konnte ein Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand nachgewiesen werden, welcher unabhängig von Bildungsstand und Einkommen wirksam ist.

In Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter zeigen sich große Differenzen in der Teilnahme am Erwerbsleben (Tabelle 21). Während im jungen und mittleren Erwachsenenalter die überwiegende Mehrheit der Männer vollzeitbeschäftigt ist, trifft dies nicht einmal auf die Hälfte der Frauen zu. Dieser Unterschied ist vor allem durch den höheren Anteil an teilzeit- oder geringfügig beschäftigten Frauen zu erklären, einen geringeren Einfluss übt auch der Hausfrauanteil aus.

Bei Frauen wie Männern sind laut Wiener Gesundheits-survey besonders die jüngeren Altersgruppen, insbesondere 16- bis 24-jährige Jugendliche (männliche Jugendliche mit 9,2 Prozent, weibliche mit 7,1 Prozent), von Arbeitslosigkeit auffallend stark betroffen.

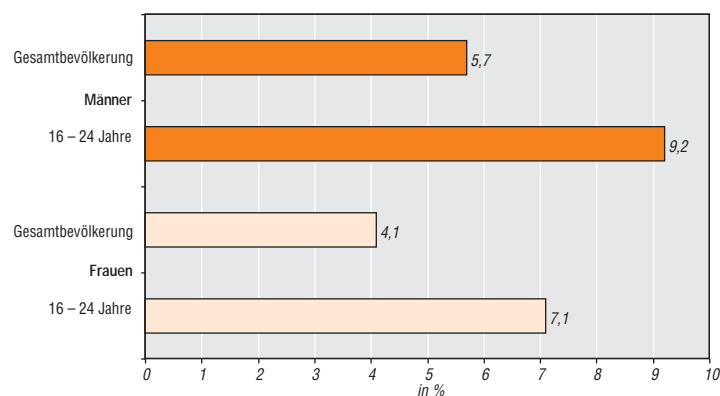


Tabelle 21: Derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	derzeitige Teilnahme am Erwerbsleben (in %)						
	voll-beschäftigt	teilzeit-beschäftigt	geringfügig beschäftigt	Hausfrau, Hausmann	SchülerIn, StudentIn	arbeitslos	PensionistIn, RentnerIn
<b>Männer</b>							
16-24	47,2	8,5	0,7	0,0	34,4	9,2	0,0
25-44	79,0	6,6	1,0	0,4	6,1	6,3	0,6
45-59	75,5	2,0	1,0	0,6	0,1	7,3	13,5
60-74	7,3	0,8	0,0	0,2	0,0	1,0	90,8
75 +	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	98,3
gesamt	58,4	4,5	0,7	0,3	6,9	5,7	23,5
<b>Frauen</b>							
16-24	27,5	6,8	2,1	8,1	48,3	7,1	0,0
25-44	48,3	21,2	2,7	16,0	5,7	6,0	0,1
45-59	45,8	15,0	1,4	14,6	0,3	3,7	19,2
60-74	2,4	1,1	0,3	3,8	0,0	0,6	91,8
75 +	2,8	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	93,5
gesamt	33,8	12,9	1,7	11,7	7,3	4,1	28,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, S. 73

Grafik 4: Arbeitslosigkeit nach Alter und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, S. 73

Trotz großer Stichprobe (n=4.000) ist es möglich, dass es aufgrund der leichteren Erreichbarkeit der arbeitslosen Jugendlichen zu einer Verzerrung gekommen ist. Laut Mikrozensus (n=69.456)<sup>2</sup> beträgt der Anteil der arbeitslosen Burschen bei den 15- bis 19-Jährigen 3,7

Prozent und bei den 20- bis 24-Jährigen 6,2 Prozent. Bei den Mädchen sind überhaupt nur 1,3 Prozent der 15- bis 19-Jährigen und 3,1 Prozent der 20- bis 24-Jährigen ohne Arbeit.

<sup>2</sup> Im Rahmen dieser Bevölkerungsstichprobe wurden in Wien 0,53 Prozent der Wohnungen und ihrer BewohnerInnen erfasst und deren Ergebnisse hochgerechnet.

### 1.3.4.1 Dauer der Arbeitslosigkeit 16- bis 24-Jähriger

Von Arbeitslosigkeit waren in den letzten drei Jahren insgesamt 18 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen betroffen (Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S. 75). Hinsichtlich der Erfahrung von Arbeitslosigkeit fällt auf, dass die jüngeren Personen besonders stark betroffen sind, und zwar fast ein Drittel in der Altersgruppe 16–24 Jahre. Innerhalb der letzten drei Jahre waren von den 16- bis 24-jährigen männli-

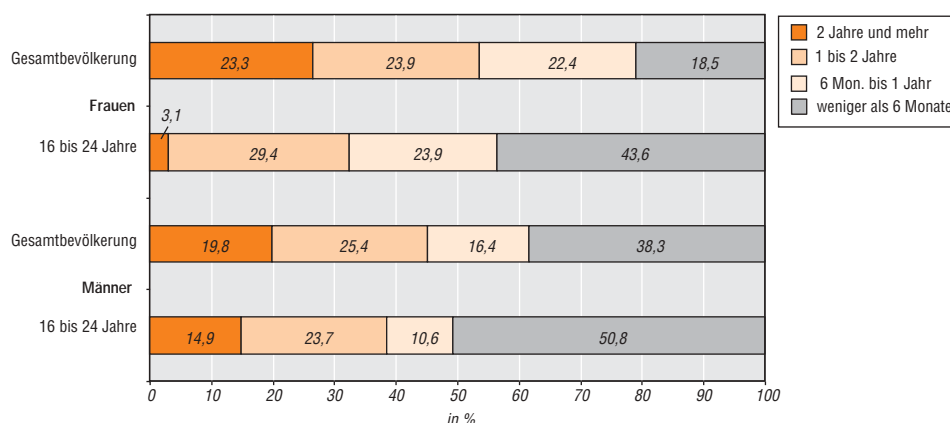
chen Jugendlichen 29 Prozent und von den weiblichen 28 Prozent von Arbeitslosigkeit betroffen. Eine genauere Analyse unter Einbeziehung der Dauer der Arbeitslosigkeit (vgl. Tabelle 22) zeigt, dass jüngere Arbeitnehmer öfter Phasen der Arbeitslosigkeit erleben, sie können aber andererseits schneller den Weg zurück ins Berufsleben finden als ältere Arbeitslose. Bedenklich bleibt trotzdem, dass sogar über ein Drittel der Arbeitslosen der jungen Altersgruppen länger als ein Jahr keine angemessene Beschäftigung finden kann.

Tabelle 22: Dauer der Arbeitslosigkeit Jugendlicher nach Geschlecht

Alter (Jahre)	Dauer der Arbeitslosigkeit (in %)				
	2 Jahre und mehr	1 bis unter 2 Jahre	6 Monate bis unter 1 Jahr	3 bis unter 6 Monate	weniger als 3 Monate
<b>Männer</b>					
16–24	14,9	23,7	10,6	20,2	30,6
gesamt	19,8	25,4	16,4	21,6	16,7
<b>Frauen</b>					
16–24	3,1	29,4	23,9	28,4	15,2
gesamt	23,3	23,9	22,4	18,5	11,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S. 76

Grafik 5: Dauer der Arbeitslosigkeit nach Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S. 76

### 1.3.4.2 Lehrlinge in Wien 2000 nach ausgewählten Berufsgruppen

Durch die Expansion des Bildungssystems (Ausbau berufsbildender mittlerer und höherer Schulen, höhere Bildungsbeteiligung, steigende SchülerInnen- und StudentInnenzahlen) innerhalb der letzten drei Dekaden charakterisiert sich der relative Bedeutungsverlust der Berufsschulen im Rahmen des dualen Ausbildungssystems (Lehre). Die Bildungschancen Jugendlicher sind insgesamt nicht nur regional unterschiedlich verteilt (Stadt-Land-Gefälle), sondern hängen auch von der sozialen Stellung ihrer Eltern ab.

In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen sind in Wien 21 Prozent der Jugendlichen Lehrlinge. Hier gibt es größere geschlechtsspezifische Differenzen: Ein Viertel der Burschen (25,4 Prozent), aber nur 16 Prozent der Mädchen sind diesem Berufsstatus zuzuordnen (vgl. Mikrozensus 2000 für Wien; Wirtschaftskammer Wien: Lehrlinge 2000).

Tabelle 23 veranschaulicht, dass sich im Jahr 2000 in Wien generell mehr männliche Jugendliche in einer Lehrausbildung befanden als weibliche. In Anbetracht der unterschiedlichen Gewerbe fällt auf, dass speziell die Sektoren Industrie (85 Prozent) und Transport, Verkehr, Telekommunikation (84 Prozent) einen dramatisch hohen Anteil männlicher Lehrlinge aufweisen. Auch bei den Bereichen Gewerbe, Handwerk, Dienstleistung (71 Prozent), Betriebe der gewerblichen Wirtschaft (65 Prozent) ist der Anteil männlicher Lehrlinge mindestens bzw. fast doppelt so hoch. Das Gewerbe Tourismus und Freizeitwirtschaft hat einen Männeranteil von 63 Prozent, also um 27 Prozentpunkte mehr als bei Frauen (37 Prozent). Relativ ausgeglichen bezüglich der Geschlechterspezifität ist der Banken- und Versicherungsbereich mit einem männlichen Anteil von 48 Prozent und einem leicht höheren weiblichen Anteil von 52 Prozent. Einzig beim Handel (62 Prozent) und bei den nicht kammerzugehörigen Betrieben (58 Prozent) haben Frauen eine eindeutige Mehrheit gegenüber den Männern.

**Tabelle 23:** Lehrlinge in Wien 2000 unterteilt nach Gewerbe und Geschlecht

Gewerbe	gesamt (absolut)	männlich (in %)	weiblich (in %)
Betriebe der gewerblichen Wirtschaft	14.598	65,3	34,7
Gewerbe, Handwerk, Dienstleistung	7.544	70,6	29,4
Industrie	1.652	84,8	15,2
Handel	2.820	37,6	62,4
Bank und Versicherung	342	47,7	52,3
Transport, Verkehr, Telekommunikation	766	83,8	16,2
Tourismus und Freizeitwirtschaft	1.474	63,4	36,6
nicht kammerzugehörige Betriebe	1.852	42,0	58,0

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001, S. 228

### 1.3.4.3 Vorgemerkte Lehrstellensuchende 1996–2000 in Wien

Bei den vorgemerkten Lehrstellensuchenden (vgl. Tabelle 24) ist im Verlauf der Jahre 1996–2000 eine Steigerung des Anteils männlicher Lehrlinge und ein

Rückgang bei den weiblichen Lehrlingen ersichtlich. Durch den Zuwachs männlicher und die rücklaufende Tendenz weiblicher Lehrstellensuchender zwischen 1998 und 2000 lag im Jahr 2000 der Anteil bei den Männern mit 64 Prozent fast doppelt so hoch als der weibliche Anteil mit nur 36 Prozent (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24: Vorgemerzte Lehrstellensuchende 1996–2000 in Wien

Jahr (jeweils Dezember)	männlich (absolut)	weiblich (absolut)	gesamt (absolut)	männlich (in %)	weiblich (in %)
1996	950	673	1.623	58,5	41,5
1997	851	618	1.469	57,9	42,1
1998	944	710	1.654	57,1	42,9
1999	1.088	680	1.768	61,5	38,5
2000	1.086	611	1.697	64,0	36,0

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001, S. 229

### 1.3.5 Bildung

#### 1.3.5.1 Entwicklung der MaturantInnenzahlen von 1996–2000

Der Anteil an Wiener MaturantInnen erhöhte sich zwischen 1996 und 2000 von 6.322 auf 7.124 Schülerinnen und Schüler. Im Vergleich aller bestandenen Reifeprüfungen und Schultypen erhöhte sich der Anteil speziell an den allgemein bildenden höheren Schulen (AHS) von 49,5 Prozent (1996) auf 55 Prozent im Jahr 2000 (vgl. Tabelle 25). Bemerkenswert ist der verhältnismäßig hohe

Prozentsatz (58 Prozent) an weiblichen Absolventen. Bei den technischen und gewerblichen höheren Schulen ist dagegen der weibliche Anteil (13,2 Prozent) um fast zwei Drittel geringer als der Männeranteil (39,2 Prozent).

Technische und kaufmännische Schulen sowie Schulen der Land- und Forstwirtschaft verzeichnen im Vergleichszeitraum einen Rückgang im Vergleich zu den übrigen Schulen, während die höheren Schulen für wirtschaftliche Berufe sowie die höheren Anstalten für Lehrer- und Erzieherfortbildung ziemlich unverändert bleiben.

Tabelle 25: Bestandene Reifeprüfungen, Befähigungsprüfungen

Jahrgang, Geschlecht, Schulerfolg	Anteil der MaturantInnen (in %)						
	allgemein bildende höhere Schulen	technische und gewerbl. höhere Schulen	kaufmännische höhere Schulen	höhere Schulen für wirtschaftl. Berufe	Land- und forstwirtschaftl. höhere Schulen	höhere Anstalten für Lehrer- u. Erzieherbildg.	höhere Schulen zusammen (absolut)
1996	49,5	27,3	13,6	5,7	0,6	3,6	6.322
1997	52,8	24,2	12,2	6,1	0,4	4,3	6.881
1998	51,8	24,3	12,5	5,6	0,2	5,6	7.056
1999	56,2	22,6	12,4	5,1	0,2	3,4	7.489
2000	55,0	24,6	10,7	5,4	0,4	3,9	7.124
2000 männlich	50,5	39,2	8,6	1,1	0,5	0,1	3.136
2000 weiblich	58,5	13,2	12,3	8,8	0,3	6,9	3.988

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001, S. 273

#### 1.3.5.2 Entwicklung des Anteils an Erstinskribierenden (1995–2000)

Die ständig wachsende Bedeutung des Bildungs- und Ausbildungssystems für junge Menschen lässt sich an den StudentInnenzahlen deutlich ablesen. Tabelle 26 veranschaulicht die Entwicklung der Erstinskribierenden von 1995–2000 an der Wiener Universität. Auffallend im Jahr 2000/2001 ist der um 20 Prozentpunkte höhere Frau-

enanteil von insgesamt 59 Prozent. Die Anzahl erstinskribierter weiblicher Hochschulstudierende stieg von 1995–2000 um knappe fünf Prozentpunkte. Der männliche Anteil an Erstinskribierenden verzeichnet jedoch einen Rückgang zwischen 1995 (46 Prozent) und 2000 (41 Prozent) von fünf Prozentpunkten. Erstinskribierende mit ausländischer Herkunft weisen einen knappen Zuwachs von zwei Prozentpunkten auf und hatten somit im Jahr 2000 einen Anteil von 20 Prozent an der Wiener Universität.

Tabelle 26: Entwicklung des Anteils an Erstinskribierenden nach Geschlecht 1995–2000

Wintersemester	gesamt (absolut)	männlich (in %)	weiblich (in %)	Anteil ausländischer Studierender (in %)
1995/1996	14.417	45,5	54,5	17,8
1996/1997	13.120	44,5	55,5	18,1
1997/1998	12.380	41,0	59,0	19,7
1998/1999	13.756	41,5	58,5	20,3
1999/2000	14.257	40,8	59,2	20,0

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001, S. 278

Bei ausländischen Erstinskribierenden weisen wiederum weibliche Hochschüler einen höheren Anteil auf, und zwar um zehn Prozentpunkte (vgl. Tabelle 27). Wie bei den inländischen erstinskribierenden (vgl. Tabelle 27) männlichen Hochschülern ist auch bei den auslän-

dischen ein Rückgang von fünf Prozentpunkten zu verzeichnen; ausländische weibliche Erstinskribierende hingegen hatten im Jahr 2000 an der Universität Wien eine Zuwachsrate von fünf Prozentpunkten .

Tabelle 27: Anteil ausländischer Erstinskribierender nach Geschlecht WS 1995–2000

Wintersemester	gesamt (absolut)	männlich (in %)	weiblich (in %)
1995/1996	2.571	44,9	55,1
1996/1997	2.372	46,7	53,3
1997/1998	2.438	43,3	56,7
1998/1999	2.796	45,0	55,0
1999/2000	2.854	40,2	59,8

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001, S. 278

## 1.4 Literatur

- FRIESL, C.; HAHN, M.; HEINZELMAIER, B. & KLEIN, C.: Erlebniswelten und Gestaltungsräume. Die Ergebnisse des Dritten Berichts zur Lage der Jugend in Österreich; Bd. 5, herausgegeben vom Österreichischen Institut für Jugendforschung (ÖIJ). Verlag Zeitpunkt, Graz – Wien 1999.
- GESUNDHEITSBERICHT WIEN 2001, Bericht B1/2001, Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.), Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung. Wien 2001.
- KINDERGESUNDHEITSBERICHT WIEN 2000: Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion, Dezernat II – Gesundheitsplanung. Wien 2001.
- KYTIR, J. & MÜNZ, R.: Jugend in Österreich. Fakten – Trends – Prognosen. Forschungsbericht des Instituts für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. Wien 1994.
- KROMER, I. & TEBBICH, H.: ZwischenWelten. Das Leben der 11- bis 14-Jährigen; Bd. 3, herausgegeben vom Österreichischen Institut für Jugendforschung (ÖIJ). Graz – Wien 1998.
- STATISTISCHES JAHRBUCH DER STADT WIEN 2001: Stadt Wien, MA 66. Wien 2001.
- STATISTISCHES JAHRBUCH ÖSTERREICHS 2002: Statistik Austria (Hrsg.). Verlag Österreich GmbH., Wien 2001.
- WIENER GESUNDHEITS- UND SOZIALSURVEY 2001: Studie S1/2001. Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.), Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung. Wien 2001.
- WIENER FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 1996: Magistratsabteilung 15 der Stadt Wien (Hrsg.), Gesundheitswesen Referat III/1, Gesundheitsberichterstattung. Wien 1996.

## II. GESUNDHEITSRELEVANTE EINFLUSSFAKTOREN BEI JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN

*HEALTH RELEVANT  
INFLUENCES ON  
YOUNG PEOPLE*

<b>2</b>	<b>GESUNDHEITSRELEVANTE EINFLUSSFAKTOREN BEI JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN</b>	<b>67</b>
2.1	FAMILIE UND GESUNDHEIT	68
2.1.1	Familiäre Einflussfaktoren	68
2.1.2	Belastungen in der Kindheit	74
2.2	SCHULE UND GESUNDHEIT	75
2.2.1	Zufriedenheit mit der Schule	75
2.2.2	Bullying	76
2.3	GESUNDHEITSRELEVANTE FAKTOREN IN DER AUSBILDUNGS- UND ARBEITSWELT	76
2.4	PEERGRUPPEN UND GESUNDHEIT	78
2.4.1	Die Bedeutung von FreundInnen für Jugendliche und junge Erwachsene	78
2.4.2	Peergruppenkontakte und Gesundheit	79
2.4.3	Riskantes Verhalten mit legalen Drogen	79
2.5	LITERATUR	81

## 2 GESUNDHEITSRELEVANTE EINFLUSSFAKTOREN BEI JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN

Mag. Martina WEIXLER

### Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit individuellen und subjektiven Einflussfaktoren auf das Gesundheitsempfinden bzw. auf den Gesundheitsstatus der 16- bis 24-jährigen Wienerinnen und Wiener und untersucht vor allem den Einfluss von Familie, FreundInnen, Schule und Ausbildung.

Die **Familie** hat einerseits Einfluss auf die subjektive Gesundheit durch den sozioökonomischen Status und andererseits durch die Qualität der Beziehung zwischen den Eltern untereinander bzw. zwischen Eltern und Kindern. Der Erziehungsstil und die Methoden, die Erziehungsziele zu erreichen, können das gesundheitliche Befinden beeinflussen. Auch die Zunahme von Trennungen der Eltern haben tiefgreifende Veränderungen der Lebenssituation zur Folge und können negative Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche haben. Weiters beeinflusst die Wohnsituation das Gesundheitsverhalten von jungen Menschen. Je zufriedener sie mit ihrer Wohnsituation sind, desto häufiger achten sie auf ihre Gesundheit. Besonders auffallend sind hier die Unterschiede zwischen in- und ausländischen Jugendlichen.

Im **Schulbereich** spielen die Qualität der Schule, das Verhältnis zu den LehrerInnen sowie das Verhältnis zu den MitschülerInnen eine wichtige Rolle in Bezug auf das persönliche Wohlbefinden.

Die Wahl des **Arbeitsplatzes** oder der Lehrstelle und die Anerkennung durch den Beruf haben wesentlichen Einfluss auf die persönliche Zufriedenheit und in weiterer Folge auf das eigene Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit. Die auffallendsten Unterschiede gibt es zwischen in- und ausländischen Jugendlichen, wobei die jungen AusländerInnen mit ihrer Arbeitssituation in einem hohen Ausmaß nicht besonders glücklich sind.

### Summary: Health Relevant Influences on Young People

*This chapter evaluates the individual and subjective influences on the health and health assessment of 16-24 year-old Viennese and stresses the influence of family, friends, school and education.*

*The **family** influences subjective health via the socio-economic status on the one hand and the quality of the relationship between the parents and between parents and children on the other hand. The way of upbringing and the educational methods used can influence subjective health assessment. The increase of divorces and separations of parents lead to a massive change of the circumstances of life and can have a negative influence on children and young people. The housing situation also influences the health behaviour of young people. The more satisfied they are with their housing situation, the more they take care of their health. Here, the difference between Austrian and foreign young people is significant.*

*In **education**, the quality of the school and the relationships with the teachers and the fellow students have a strong influence on personal well-being.*

*Electing a **job** or an apprenticeship and the recognition brought by the job have a strong influence on self-satisfaction and accordingly on well-being and satisfaction with life. The largest discrepancies can be found among foreign and Austrian young people, young foreigners frequently not being very satisfied with their job situation.*



Neben der Familie bildet der **Freundeskreis** die wichtigste soziale Bezugsgruppe für junge Menschen und es wirkt daher positiv auf den psychischen Gesundheitszustand, wenn man in einer Gleichgesinntengruppe akzeptiert und anerkannt ist.

*Apart from the family, **friends** are the most important social reference group for young people; acceptance and recognition from a group of people with similar interests have a positive influence on the psychological health.*

Individuelle Ressourcen wie persönliche Kompetenzen, die Beziehungen zu Familie und Freunden, alltägliche Belastungen, die Schule oder der Arbeitsplatz, das örtliche und soziale Umfeld oder sozioökonomische Rahmenbedingungen sind entscheidende gesundheits-

beeinflussende Faktoren. Inwiefern spezielle individuelle Bedingungen den Gesundheitsgrad bzw. das Gesundheitsbewusstsein positiv oder negativ beeinflussen, wird in diesem Teil des Berichts untersucht.

## 2.1 Familie und Gesundheit

Die Familie als grundlegendes soziales Gebilde unserer Gesellschaft ist nach wie vor jener Ort, der die Lebenschancen von Kindern und Jugendlichen entscheidend mitbestimmt. Die spätere Lebenssituation von jungen Menschen wird durch das Aufwachsen in der familiären Wirklichkeit in materieller und auch psychischer Hinsicht beeinflusst. Werthaltungen und Lebenskonzepte stehen in engem Zusammenhang mit der Herkunftsfamilie. Von der vielzitierten „Krise der Familie“ kann anhand von Ergebnissen aus der Österreichischen Jugendwertestudie nicht gesprochen werden, obwohl es neben der Familie andere Instanzen (vor allem den

Freundeskreis) gibt, die Einfluss auf die Sozialisation von Kindern und Jugendlichen haben: Nichtsdestotrotz gaben rund 95 Prozent der befragten Wienerinnen und Wiener an, dass Familie für sie einen „sehr bzw. ziemlich wichtigen“ Stellenwert hat. Verglichen mit den Ergebnissen der im Jahr 1990 durchgeführten Jugendwertestudie kann gesagt werden, dass der Faktor „Familie“ als Lebensbereich durchaus stabil geblieben ist. Der Wert Familie ist in Wien im Vergleich mit anderen Bundesländern sogar überdurchschnittlich gestiegen (vgl. Ö. Jugendwertestudie, 1990/2000).

Tabelle 1: Die Bedeutung der Familie als Lebensbereich (in %)

Lebensbereich Familie	1990	2000
Wien: finde ich sehr wichtig	55	67
Österreich: finde ich sehr wichtig	67	69

Quelle: Österreichische Jugendwertestudie, 1990/2000

### 2.1.1 Familiäre Einflussfaktoren

Die eigene Herkunftsfamilie spielt für junge Menschen in zweierlei Hinsicht eine wichtige Rolle: Zum einen ist sie eine „Gefühlsgemeinschaft“, die sowohl Ort der Geborgenheit und Unterstützung als auch Ort traumatischer Erfahrungen sein kann. Zum anderen ist die Familie für Heranwachsende eine Wohnform und Versorgungseinrichtung.

Die traditionelle Form der Familie ist heute nicht mehr allgemein verbindlich. Vielmehr existieren heute verschiedene Formen des familiären Zusammenlebens: neben der traditionellen Kernfamilie wachsen viele Kinder und Jugendliche in so genannten Patchworkfamilien oder Ein-Elternfamilien auf. Durch veränderte Lebensbedingungen wurden Beziehungs- und Familienstrukturen neu definiert (vgl. KROMER & TEBBICH, 1998, S. 27 f.). Während es 1971 noch

1.065.000 Ehepaare mit Kindern (dies entspricht 55 Prozent der Familien insgesamt) gab, reduzierte sich diese Zahl bis 1991 auf rund 50 Prozent des Gesamtanteils von Familien. Einer Prognose der Statistik Austria zufolge wird der Anteil der Ehepaare mit Kindern bis zum Jahr 2030 nur noch 36 Prozent betragen. Der Anteil der allein erziehenden Eltern hat sich hingegen von 1971 bis 1991 um fast vier Prozentpunkte erhöht. 1991 wuchsen etwas mehr als 451.000 Kinder oder etwas weniger als jeder Fünfte bei allein Erziehenden auf. Die Tendenz ist steigend und glaubt man der Prognose der Statistik Austria, so wird im Jahr 2030 mehr als jedes vierte bzw. fast jedes dritte Kind von nur einem Elternteil erzogen werden (vgl. Statistik Austria 2002, S. 61). Paare, die in Lebensgemeinschaften oder anderen Familienformen zusammenleben und Kinder haben, sind in den oben genannten Zahlen nicht enthalten.

Die Familie stellt neben dem Freundeskreis die wichtigste soziale Bezugsgruppe für Kinder und Jugendliche dar. Da die familiäre Sozialisation nicht an Bedeutung verloren hat, stehen die psychische, soziale und somatische Gesundheit, die Bewältigungsmechanismen und die persönlichen Ressourcen in engem Zusammenhang mit der Institution Familie. Familiäre Beziehungen können sich daher positiv als auch negativ auf gesundheitliche Faktoren auswirken.

### 2.1.1.1 Scheidungen

Insgesamt ließen sich im Jahr 2000 in Österreich 19.552 und in Wien 5.671 Ehepaare scheiden. Bei rund 80 Prozent der Scheidungen waren beide österreichische StaatsbürgerInnen. Von der amtlichen Trennung ihrer Eltern waren in Österreich 22.271 Kinder und in Wien 5.038 betroffen.<sup>3</sup>

Tabelle 2: Anzahl der von Scheidungen betroffenen Kinder in Wien und Österreich 2000

betroffene Kinder von Ehescheidungen	2000	
	Wien	Österreich
Kinder unter 14 Jahren	3.346	13.941
Kinder zw. 14 und 19 Jahre	823	4.103
19 Jahre und mehr	869	4.227

Quelle: Statistik Austria 2002

Bei der Betrachtung der Zahlen ist unbedingt zu berücksichtigen, dass hier Kinder, die die Trennung ihrer in einer Lebensgemeinschaft lebenden Eltern erleben, überhaupt nicht erfasst sind.

Liebe und Partnerschaft erleben viele Kinder und Jugendliche als große Belastung, nämlich dann, wenn sie unter der Trennung ihrer Eltern leiden bzw. gelitten haben. Scheidungen und Trennungen haben in den letzten Jahren zugenommen und sind ein sichtbarer Indikator für die Zerbrechlichkeit von Beziehungen und für die zunehmende Individualisierung unserer Gesellschaft. Die Folgen der Trennung – egal ob von verheira-

teten oder nicht verheirateten Eltern – für die betroffenen Kinder und Jugendlichen variieren stark und sind abhängig von Alter, Geschlecht, vom Temperament, der Eltern-Kind-Beziehung, vom sozioökonomischen Status, vom Verlauf der Trennung und der weiteren Beziehung der Eltern zueinander (vgl. Wiener Kindergesundheitsbericht, 2000, S. 106 ff.). Die Schwierigkeit, mit der Kinder und Jugendliche konfrontiert werden, ist die Tatsache, dass nicht sie, sondern ihre Eltern die handelnden Personen sind, und sie keine Entscheidungen treffen können, obwohl sie direkt und unmittelbar davon betroffen sind und in einer neuen Konstellation weiterleben müssen.

<sup>3</sup> Als Kinder gelten nach dem Begriff der Familienstatistik alle mit ihren Eltern im selben Haushalt lebenden leiblichen, Stief- und Adoptivkinder, die selbst noch nicht verheiratet sind bzw. selbst noch keine Kinder haben – ohne Rücksicht auf Berufstätigkeit und Alter. Als Kinder gelten auch mit ihren Großeltern lebende Enkelkinder, falls die Eltern nicht im selben Haushalt wohnen (vgl. Statistik Austria 2002, S. 61).

Es gibt eine Reihe von Einflussfaktoren auf das subjektive Wohlbefinden von Kindern und auch eine Vielzahl an Möglichkeiten, wie man als Erwachsener dafür Sorge tragen kann, dass Kinder und Jugendliche in solchen Krisensituationen nicht traumatisiert, sondern entlastet werden. Für junge Menschen gilt dasselbe wie für Erwachsene: Eine Krise birgt auch die Chance, sich weiter zu entwickeln und reifer, überlegter und glücklicher zu werden (vgl. KROMER, 1998, S. 36).

### 2.1.1.2 Erziehung und Klima in der Familie

Gleichgültigkeit, Verständnislosigkeit, Inkonsequenz oder Überbesorgtheit der Eltern können schon früh negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen haben. Auch die Beziehungen zwischen den Eltern können sich positiv oder negativ auf das Kind und seinen gesundheitlichen Status auswirken.

Während der letzten Jahre und Jahrzehnte haben sich im Zuge gesellschaftlicher Veränderungen und Wertewandelprozessen die Erziehungsziele und damit auch die Erziehungsstile gewandelt. Seit dem Ende der 60er Jahre kann eine allgemeine Liberalisierung im Erziehungsverhalten festgestellt werden (vgl. KROMER &

TEBBICH, 1998, S. 40). Kinder und Jugendliche werden heute verstärkt zu Selbstständigkeit erzogen als in der Vergangenheit. Eine mögliche Unterscheidung der Erziehungsstile ist folgende:

- der autoritative Stil
- der autoritäre Stil
- der permissive oder erlaubende Stil
- der vernachlässigende Stil.

Beim autoritativen Stil versuchen Eltern durch Aufmerksamkeit, Kommunikation und persönlichkeitspezifisches Verhalten positiv auf das Kind einzuwirken und angemessen auf Konflikte und Schwierigkeiten, die es in jeder Familie gibt, zu reagieren. Bei permissiv erzogenen Kindern wurde festgestellt, dass jene eher Schwierigkeiten mit dem Verhalten in der Schule haben oder zu emotionalen Ausbrüchen neigen, weil sie keine klaren Grenzen gesetzt bekommen haben. Die Mischung aus Anspruch und Anteilnahme am Leben der Kinder scheint Auswirkungen auf andere Bereiche zu haben: Demnach sind autoritativ erzogene Kinder lebensstüchtiger, selbstbewusster und seltener aggressiv. Trotzdem geben viele junge Menschen an, in ihrer Kindheit und Jugend mit autoritären Aussagen und Drohungen ihrer Eltern konfrontiert gewesen zu sein.

Tabelle 3: Treffen diese Aussagen auf Ihre Kindheit und Erziehung zu? (in%)

Zustimmung zu folgenden Aussagen	männlich	weiblich	InländerInnen	AusländerInnen	Schüler-/ StudentInnen	Berufstätige
Wenn das so weitergeht, kommst du ins Erziehungsheim	9	10	12	5	8	11
Durften Sie Ihre Eltern kritisieren?	47	51	57	34	55	39
Duldeten Ihre Eltern Widerspruch?	35	44	48	24	48	28
Bekamen Sie manchmal eine Ohrfeige?	16	17	16	18	13	18

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001

Drei Besonderheiten sind aus dem Antwortverhalten der befragten 16- bis 24-Jährigen zu erkennen:

- geschlechtsspezifische Erziehungsunterschiede: Mädchen oder junge Frauen durften ihre Eltern öfter kritisieren als Burschen, und Eltern lassen demnach wesentlich häufiger bei Töchtern als bei Söhnen Widerspruch zu.
- Nicht österreichische StaatsbürgerInnen durften ihre Eltern wesentlich seltener kritisieren und ihnen widersprechen als österreichische Kinder und Jugendliche.

- Eltern von SchülerInnen und StudentInnen lassen Kritik und Widerspruch sehr viel stärker zu als Eltern von bereits berufstätigen Jugendlichen.

Nach wie vor stehen im Hintergrund der Entwicklung von Mädchen und Burschen – bewusst oder unbewusst – Stereotypen von Weiblichkeit und Männlichkeit. Mädchen und Burschen werden immer noch für verschiedene Rollen „konditioniert“. Die Familie als zentrales Bezugssystem für Kinder und Jugendliche entscheidet wesentlich über die Entfaltung und Entwicklung. Die Einstellungen und die Arbeitsaufteilung

gen zwischen den Eltern, die Rollen- bzw. Charaktervorstellungen von Mann und Frau und deren gesellschaftliche Macht und Bewertung sind wesentliche Momente für die familiäre Sozialisation (vgl. KROMER, 1998, S. 22 ff.).

Das Gesprächsklima, die Beziehungen innerhalb der Familie und die soziale Unterstützung derselben sind wichtige Faktoren für das Erwachsenwerden. Der Umgang zwischen den Eltern, aber auch der Umgang zwischen Vater, Mutter und Kindern, die gemeinsame Bewältigung von Problemen oder das Erhalten von Hilfestellungen können das Familienleben positiv beeinflussen. Die Zufriedenheit des Familienlebens wird vor allem von der Ausbildung der Eltern, aber auch dem Haushaltseinkommen beeinflusst. In Bezug auf das Haushaltseinkommen findet man die Unzufrieden-

ten in den unteren Haushaltseinkommensgruppen, während die Jugendlichen in Familien mit hohem Einkommen am zufriedensten mit ihrem Familienleben sind.

### 2.1.1.3 Geschwisteranzahl/Einzelkind

Die Erforschung der Beziehung zwischen Geschwistern ist in der Familien- und Jugendforschung selten Untersuchungsgegenstand gewesen. Es steht aber außer Zweifel, dass Geschwister im Sozialisationsprozess eines Kindes eine bedeutsame Rolle spielen (vgl. KROMER & TEBBICH, 1998, S. 44 f.). Die Qualität und somit der positive wie auch negative Einfluss der Geschwisterbeziehung hängt von verschiedenen Faktoren, beispielsweise Geschlecht oder Altersabstand ab. Studienergebnisse sind diesbezüglich sehr widersprüchlich.

Tabelle 4: Anzahl der Kinder in Haushalten in Wien und Österreich<sup>1</sup>

Anzahl der Kinder	Wien		Österreich	
	1991	2000	1991	2000
Kinder aller Altersstufen	359.553	369.900	2.455.596	2.420.900
Familien mit Kindern insgesamt	238.691	237.100	1.420.943	1.420.600
davon:				
Familien mit 1 Kind	145.468	133.900	699.568	677.800
Familien mit 2 Kindern	72.219	80.100	497.050	540.800
Familien mit 3 Kindern	16.052	18.300	161.368	158.800
Familien mit 4 und mehr Kindern	4.952	4.800	62.957	43.100

1) Statistik Austria: Eine Familie bilden Ehepaare mit oder ohne Kinder(n) bzw. Elternteile mit Kindern.

Quelle: Statistik Austria 2002, S. 61

Die Anzahl der im selben Haushalt mit den Eltern lebenden Kinder aller Alterstufen hat sich in Wien zwischen 1991 und 2000 um rund 10.000 erhöht. In Wien ist dieser Anstieg vor allem auf MigrantInnenfamilien zurückzuführen. In prozentuellen Zahlen bedeutet dies, dass in 90 Prozent aller Wiener Familien ein bis

zwei Kinder leben (vgl. Österreich: 86 Prozent). Aus diesen Zahlen geht der Trend zu Kleinfamilien ganz deutlich hervor. Die Anzahl der Familien in Wien mit drei oder mehr Kindern ist in den letzten zehn Jahren konstant niedrig geblieben.

Tabelle 5: Kinderanzahl pro Familie in Wien und Österreich (in %)

Kinderanzahl pro Familie	Wien		Österreich	
	1991	2000	1991	2000
Familie mit 1 Kind	60,94	56,47	49,23	47,71
Familie mit 2 Kindern	30,26	33,78	34,98	38,07
Familie mit 3 Kindern	6,73	7,72	11,36	11,18
Familie mit 4 und mehr Kindern	2,07	2,02	4,43	3,03

Quelle: Statistik Austria 2002, S. 61

### 2.1.1.4 Sozioökonomischer Status

Die wichtigsten Faktoren, um am gesellschaftlichen Wohlstand teilhaben zu können, sind heute der Zugang zu (beruflichen) Ausbildungsmöglichkeiten, zu Arbeitsplätzen sowie zu Einkommen. Diese drei Faktoren haben Ergebnissen verschiedener Studien zufolge starken Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand bzw. das Gesundheitsverhalten, sind aber für die Erfassung des sozioökonomischen Status von Kindern und Jugendlichen problematisch, da diese aufgrund ihrer ökonomischen Unselbstständigkeit in Bezug auf Beruf und Einkommen nicht herangezogen werden können. Dasselbe gilt für das Kriterium Bildung, da viele ihre Ausbildung noch nicht beendet haben.

Insgesamt gibt es 420.000 arme Haushalte in Österreich, die vor allem aus Mehrgenerationenfamilien, AlleinerzieherInnenhaushalten und kinderreichen Familien bestehen. Rund ein Drittel aller Armen in Österreich sind Kinder (vgl. WHO-HBSC Survey, 1998, S. 26).

Ausgehend von einem mehrdimensionalen Verständnis von Kinder- und Jugendarmut zeigen sich folgende relevante Ergebnisse (vgl. SCHERMANN, 1998):

1. Jugendliche, die in Armut aufwachsen, berichten über eine signifikant höhere Ängstlichkeit, Hilflosigkeit und geringeres Selbstvertrauen.
2. Unterdurchschnittliche Beteiligung an der jugendlichen Alltagswelt und der damit verbundene Rückzug aus den Sozialkontakten hat maßgeblichen Einfluss auf die Sozialisation.
3. Jugendliche mit niedrigem sozialen Status sind von schulischen Problemlagen wie Nachhilfe, Schulwechsel, Versetzungsgefährdung, Klassenwiederholung, Nichtaufnahme an der Wunschschule

deutlich häufiger betroffen als Jugendliche aus Familien mit höherem Status.

4. Kinder/Jugendliche von einkommensschwachen Familien gehen häufiger in die Sonderschule bzw. gehen eher in die Hauptschule als in das Gymnasium.
5. Neben sozialpsychologischen und sozialökologischen Komponenten der Gesundheitsforschung im Jugendalter sind die sozialökonomischen besonders ernst zu nehmen.
6. Jugendliche antizipieren negative Zuschreibungen aufgrund sozialer Deprivation und reagieren mit Rückzug und Verleugnung familiärer Armut.
7. Ein Vergleich der Bewältigungsmuster von Armut betroffener Jugendlicher zeigt am ehesten noch die Unterstützung durch das familiäre/elterliche Netzwerk.
8. Der förderliche Einfluss des Schulklimas stellt die Ressourcen Geborgenheit und Selbstwertstabilisierung bereit.
9. Sozialisation durch (relativen) Mangel begünstigt die Internalisierung ungünstiger Lebensstile, die oft ins Erwachsenenalter übernommen werden.

Von Armut betroffene und armutsgefährdete Kinder und Jugendliche haben beeinträchtigte Zukunftschancen und vor allem eingeschränkte Möglichkeiten, am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilzuhaben. Soziale Teilhabe in modernen Gesellschaften hat sich „materialisiert“ und ist heute stark von der monetären individuellen Situation abhängig. So werden Jugendliche, die bei verschiedenen jugendrelevanten Themen wie Musik oder Computerspielen nicht mitreden oder mitmachen können, leicht ausgegrenzt (vgl. Österreichisches Institut für Jugendforschung, Pressedienst 2001).

2.1.1.5 Die Wohnsituation

Auch heute noch ist die Wohnsituation gerade der unteren sozialen Schichten oft mit gesundheitlichen Belastungen wie Lärm, hoher Wohndichte oder Feuchtigkeit verbunden. Ein weiterer Grund für das individuelle Wohlbefinden ist die Quadratmeteranzahl, die jedem Haushaltsmitglied zur Verfügung steht. Weit mehr InländerInnen als AusländerInnen sind mit ihrer Wohnqualität zufrieden. So sind in Wien etwa nur 14 Prozent der jungen Frauen und 16 Prozent der jungen Männer mit österreichischer Staatsbürgerschaft wenig bis gar nicht zufrieden mit der Qualität ihrer Wohnung, während dies unter ausländischen jungen Männern und Frauen rund ein Drittel ist. AusländerInnen steht durchschnittlich auch erheblich weniger Wohnraum zur Verfügung als InländerInnen, was zur Folge hat, dass rund die Hälfte mit der Größe ihrer Wohnung wenig bis über-

haupt nicht zufrieden ist (vgl. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001).

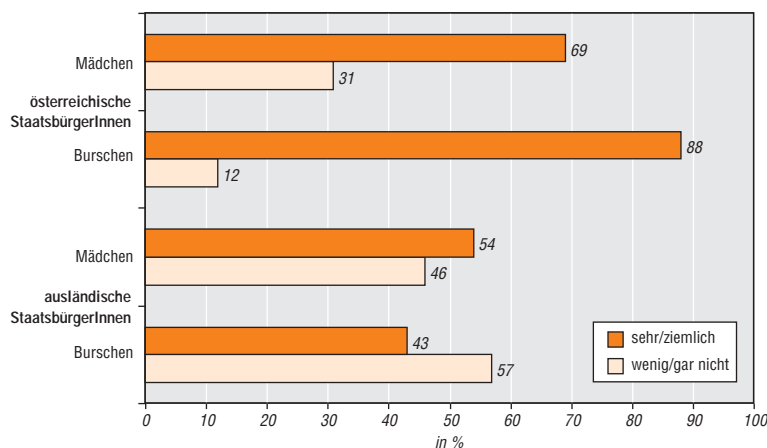
Das Achten auf die eigene Gesundheit ist für Jugendliche wichtiger, die mit ihrer Wohnsituation sehr oder ziemlich zufrieden sind. Für 56 Prozent, die sehr zufrieden mit ihrer Wohnung sind, ist die eigene Gesundheit sehr wichtig. Dieser Prozentsatz wird kleiner je unzufriedener die Wohnsituation erlebt wird. Nur zwei Prozent, die mit ihrer Wohnung gar nicht zufrieden sind, achten sehr auf ihre Gesundheit. Dasselbe gilt auch für die Zufriedenheit mit der Größe der Wohnung und dem Achten auf die eigene Gesundheit. Da weit mehr InländerInnen mit der Quadratmeteranzahl ihrer Wohnung zufrieden sind, muss daraus geschlossen werden, dass auch sie mehr auf ihre Gesundheit achten als AusländerInnen, die noch dazu in Wohnungen leben, in denen sie größeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind.

Tabelle 6: Zufriedenheit mit der Größe der Wohnung der 16- bis 24-Jährigen

Zufriedenheit mit der Größe der Wohnung (in %)					
österreichische StaatsbürgerInnen					
Burschen			Mädchen		
sehr/ziemlich	88	wenig/gar nicht	12	sehr/ziemlich	69
				wenig/gar nicht	31
ausländische StaatsbürgerInnen					
Burschen			Mädchen		
sehr/ziemlich	43	wenig/gar nicht	57	sehr/ziemlich	54
				wenig/gar nicht	46

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001

Grafik 1: Zufriedenheit der 16- bis 24-Jährigen mit der Wohnungsgröße



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001

### 2.1.2 Belastungen in der Kindheit

Eine positive kindliche Sozialisation scheint als individuelle Ressource von großer Bedeutung für spätere gesundheitliche Entwicklungen. Elf Prozent der 16- bis 24-jährigen Männer und fünf Prozent der Frauen desselben Alters gaben an, oft oder gelegentlich in ihrer Kindheit körperliche Gewalt erfahren zu haben. Auch aus anderen Aussagen ist erkennbar, dass körperliche Gewalt eher an Burschen ausgeübt wird, während Eltern bei Mädchen eher verbale bzw. psychische Gewalt ausüben. Demnach hören Mädchen die drohenden oder negativen Aussagen wie „Mach das nicht noch einmal, sonst ...“, „Ich kann dich gar nicht mehr lieb haben“ oder „Du bist kein liebes Kind, sonst würdest du deinen Eltern nicht so viel Kummer bereiten“ (vgl. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001) öfter als Jungen.

Wenn Kinder und Jugendliche körperliche Gewalt erfahren, so verläuft dies nicht geschlechtsneutral, da Burschen angeben, dass die Gewalt zu zwei Drittel vom Vater ausgeht, zu 40 Prozent von der Mutter und zu jeweils zehn Prozent von Geschwistern und anderen Nahestehenden. Mädchen wiederum bekommen zu 58 Prozent die Gewalt der Mutter zu spüren und weniger als die Hälfte vom Vater. Während Gewalt von Geschwistern gleich hoch ist wie bei den Burschen, geben nur vier Prozent der Mädchen an, Gewalt von anderen

Nahestehenden zu erfahren. Gewalt, die von Geschwistern ausgeht, ist bei nicht österreichischen StaatsbürgerInnen etwas höher als bei österreichischen. Ausländische Väter wenden auch etwas häufiger Gewalt an als inländische. Auffallend ist aber das Ergebnis, dass bei ausländischen Kindern die Großeltern wesentlich häufiger Gewalt anwenden als bei inländischen. Dies kann vor allem darauf zurückgeführt werden, dass bei ausländischen Familien in Österreich oftmals mehr als zwei Generationen zusammenleben und Großeltern daher mehr Kontakt und folglich eher Konflikte mit ihren Enkelkindern haben als Großeltern, die mit ihren Enkelkindern nicht in einem Haushalt wohnen. Neben Wohnverhältnissen wie Lage, Sicherheit und Ansehen, kann ein weiterer Grund für die Unzufriedenheit sein, dass in ausländischen Familien oft mehr Familienmitglieder auf kleinem Raum wohnen als in inländischen (vgl. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001).

Alkoholkonsum und körperliche Gewalt in der Familie erfahren zu haben steht in engem Zusammenhang: Wenn es um ein hohes Ausmaß von täglichem, durchschnittlichem Trinken von Bier geht, fällt die Tatsache, als Kind körperlicher Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein, stark ins Gewicht. So trinken mehr als neun Prozent von denjenigen mehr als einen halben Liter täglich, die oft körperliche Gewalt in der Familie erfahren haben, während von denjenigen, die nie Gewalt ausgesetzt gewesen sind, nur vier Prozent diese Menge Bier konsumieren.

## 2.2 Schule und Gesundheit

Neben der Familie und dem Freundeskreis nimmt die Schule im Leben von Kindern und Jugendlichen einen bedeutenden Stellenwert ein, da sie einen Großteil ihrer Jugend dort zubringen. Die Schule ist für immer mehr

Heranwachsende zu einem zentralen Ort der Lebensplanung geworden. Schule wird heute von jungen Menschen nicht nur als Lernort verstanden, sondern gewinnt als Lebensort immer größere Bedeutung.

Tabelle 7: Bedeutung des Lebensbereiches Schule für 16- bis 24-Jährige (in %)

Lebensbereich Schule/Ausbildung	2000
sehr wichtig	50,7
ziemlich wichtig	38,4
nicht so wichtig	7,3
überhaupt nicht wichtig	3,1

Quelle: Österreichische Jugendwertestudie 2000; fehlende Prozent auf 100: missing

Neben den Eltern muss auch die Schule immer öfter sozialisatorische Aufgaben übernehmen. Nicht zuletzt auch als Folge der sinkenden Geschwisterzahlen nimmt die Schule als Sozialisationsinstanz eine bedeutende Rolle ein und ist neben der Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten auch als Treffpunkt für Heranwachsende sehr wichtig. Hier werden Erfahrungen und Erlebnisse ausgetauscht und soziale Beziehungen geknüpft, die auch außerhalb der Schule bedeutsam sind (vgl. KROMER & TEBBICH, 1998, S. 69 f.). Neben der Weitergabe von inhaltlichen Kenntnissen und Kompetenzen ergab eine Untersuchung der Sozialwissenschaftlichen Studiengesellschaft, dass die Schule auch Selbstwertgefühl, Pflichtbewusstsein oder gute Umgangsformen vermitteln soll. Weiters soll die Schule auch jungen Menschen ein Gesundheitsbewusstsein vermitteln (vgl. Sozialwissenschaftliche Studiengesellschaft 2001, Heft 4).

### 2.2.1 Zufriedenheit mit der Schule

Diverse Studien kommen zum Ergebnis, dass neben dieser sozialen Komponente der Schule die Zufriedenheit mit einigen anderen Faktoren eng verknüpft ist: der Qualität der Schule, den angebotenen und vorhandenen Leistungen und kompetenten LehrerInnen. Die österreichische Jugendwertestudie kommt zum Schluss, dass der Großteil der SchülerInnen zufrieden

mit ihrer Schule ist, wobei diese generelle Zufriedenheit von der Zufriedenheit mit dem Lehrpersonal und dem Unterricht beeinflusst wird. Auch das Verhältnis zwischen SchülerInnen und LehrerInnen hat Einfluss auf das positive oder negative Erleben der Schule. Haben Jugendliche in dieser Beziehung keine schwerwiegenden Probleme, so wird auch die Belastung, täglich in die Schule gehen zu müssen, geringer als bei jenen, die Schwierigkeiten mit LehrerInnen oder den geforderten Leistungen haben.

Bildung hat einen wesentlichen Einfluss auf die spätere Berufswahl und damit auf die soziale Position, die ein Mensch innerhalb einer Gesellschaft einnimmt. Dementsprechend streben immer mehr Menschen einen höheren Schulabschluss an. In Wien ist die Tendenz zu beobachten, dass immer mehr VolksschülerInnen in die AHS-Unterstufe wechseln und immer weniger Schüler und Schülerinnen die Hauptschule besuchen. Im Schuljahr 2000/2001 war der Anteil der AHS-UnterstufenschülerInnen höher als jener der HauptschülerInnen. Obwohl sich die AHS als Schulform im urbanen Bereich durchzusetzen scheint, ist der Anteil der ausländischen AHS-SchülerInnen um zwei Drittel geringer als in den Hauptschulen. Der Zugang zur AHS ist daher für österreichische Jugendliche selbstverständlicher und leichter als für junge AusländerInnen.



Tabelle 8: Anteil der ausländischen Haupt- und AHS-UnterstufenschülerInnen in Wien

SchülerInnen 2000/2001	gesamt	davon AusländerInnen absolut	davon AusländerInnen (in %)
Hauptschule	31.043	9.228	29,7
dar. weiblich	14.082	4.242	30,1
AHS-Unterstufe	31.674	3.060	9,7
dar. weiblich	16.407	1.651	10,1

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001

Der Anteil der Mädchen ist in der AHS etwas höher als der Anteil der Burschen, während es in der Hauptschule etwas mehr Schüler als Schülerinnen gibt.

### 2.2.2 Bullying

Ein wichtiger Indikator für die Qualität des Klassenklimas ist die Häufigkeit von verbalen und physischen Aggressionen zwischen SchülerInnen. Es gibt nicht nur Konflikte zwischen SchülerInnen und LehrerInnen, die

sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken, sondern auch untereinander sind SchülerInnen oft in Auseinandersetzungen verwickelt. Konfliktformen reichen dabei von verbalen Streit über Handgreiflichkeiten bis zu Schlägereien, wobei grundsätzlich in allen Auseinandersetzungen mehr männliche als weibliche Jugendliche involviert sind (vgl. Ö. Jugendwertestudie 1990/2000). Es scheint, dass Mädchen in Schulsituationen angepasster agieren als Burschen.

## 2.3 Gesundheitsrelevante Faktoren in der Ausbildungs- und Arbeitswelt

Der Beruf ist weit mehr als eine ökonomische Notwendigkeit. Neben dem Zugang zu materiellen Ressourcen muss auch der soziale Wert des Zugangs zu immateriellen Gratifikationen für den Sozialstatus und die Gesundheit berücksichtigt werden. Besonders das subjektive Erleben materieller und immaterieller Ressourcen besitzt für die Gesellschaft große Bedeutung.

Aufgrund des dualen Ausbildungssystems in Österreich ist der Anteil an wenig qualifizierten Arbeitskräften im Vergleich zu anderen Ländern relativ gering. Aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen nimmt aber die Zahl der geringfügig Beschäftigten bzw. die Anzahl der Jobs mit geringer sozialer Absicherung zu. Der Faktor der Weiterbildung bzw. des lebenslangen Lernens, die Bereitschaft neue und zusätzliche Qualifikationen zu erwerben oder überhaupt in einen anderen Beruf zu wechseln, wird in Zukunft eine wesentliche Voraussetzung für eine gelingende berufliche Laufbahn sein.

Die Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen erweist sich als sehr inhomogen, da ein Großteil die Ausbildung noch nicht abgeschlossen hat und daher keiner Arbeit nachgeht. Diejenigen, die sich nach der Pflichtschulzeit für eine Arbeit entscheiden, nehmen in Wien kontinuierlich ab. Die Situation am Lehrstellenmarkt ist für WienerInnen nicht besonders positiv, wobei Frauen stärker benachteiligt sind als Männer. Nach wie vor ist das Interesse an „klassischen“ Berufen hoch, obwohl diese ohnehin bereits stark überlaufen sind. Es besteht daher oft die Gefahr, dass Jugendliche einen Ausbildungsplatz annehmen, der nicht ihren Interessen bzw. ihrer Lebensplanung entspricht (vgl. Gesundheit von Lehrlingen in Wien 2001/1, S. 25 ff.).

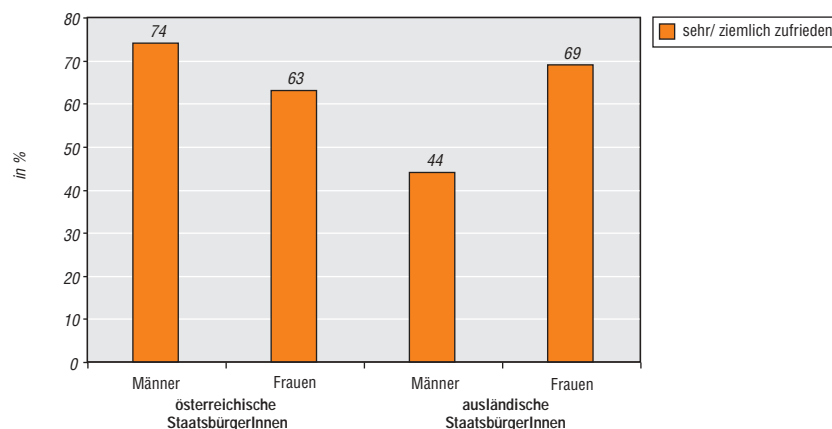
Die Wahl des Berufes, egal ob als Lehrling, MaturantIn oder AkademikerIn ist aber deshalb so wichtig, weil es zwischen gelungener Berufswahl, Arbeits- und damit auch Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden einen engen Zusammenhang gibt.

Tabelle 9: Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Beruf der 16- bis 24-Jährigen

Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Beruf (in %)			
österreichische StaatsbürgerInnen		ausländische StaatsbürgerInnen	
sehr/ziemlich zufrieden	wenig/nicht zufrieden	sehr/ziemlich zufrieden	Wenig/gar nicht zufrieden
<b>Männer</b>			
74	24	44	56
<b>Frauen</b>			
63	36	69	23

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; Fehlende Werte auf 100: missing

Grafik 2: Sehr/ziemlich zufrieden mit der Anerkennung durch den Beruf



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, dass die Zufriedenheit mit der Anerkennung durch den Beruf bei österreichischen StaatsbürgerInnen generell hoch ist. Während bei Frauen etwas mehr als ein Drittel der 16- bis 24-jährigen Berufstätigen wenig bis gar nicht zufrieden sind, beträgt dieser Anteil bei den gleichaltrigen Männern rund ein Viertel. Bei ausländischen Jugendlichen hingegen, die in diesem Alter bereits arbeiten, ist mehr als die Hälfte der jungen Männer wenig bis gar nicht mit der Anerkennung durch ihren Beruf zufrieden. Mehr als zwei Drittel der ausländischen jungen Frauen hingegen scheinen mit der Anerkennung ihres Berufes durchaus zufrieden zu sein.

Neben den Wohnverhältnissen zählen auch die Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz zu den traditionellen sozialepidemiologischen Gesundheitsdeterminanten (vgl. Wiener Gesundheitssurvey 2001, S. 88). Obwohl das Arbeitsleben im Laufe des letzten Jahrhun-

derts Veränderungen durchlaufen hat, bildet es noch heute einen der sozialen Hauptfaktoren in der Entwicklung von Krankheit und Gesundheit.

Befragt man ArbeiterInnen/Angestellte wie oft sie ein so hohes Arbeitspensum zu leisten haben, dass es ihnen Schwierigkeiten macht, die gestellte Aufgabe zu bewältigen, so geben sowohl rund die Hälfte der inländischen als auch der ausländischen 16- bis 24-jährigen Burschen und Männer an, oft bzw. gelegentlich ein so hohes Arbeitspensum zu haben, während dies bei Mädchen und jungen Frauen bei rund jeder Fünften bzw. jeder Sechsten vorkommt. Es kann weiters festgestellt werden, dass je größer das Einkommen ist, um so kleiner der Anteil der Personen wird, die nie ein so hohes Arbeitspensum zu bewältigen haben. Da man aber vor allem erst mit zunehmendem Alter höheres Einkommen hat, trifft dies für Menschen, die am Beginn ihres Arbeitslebens stehen, nur bedingt zu.

## 2.4 Peergruppen und Gesundheit

### 2.4.1 Die Bedeutung von FreundInnen für Jugendliche und junge Erwachsene

In einer unübersichtlichen und komplexen Welt scheint das Bedürfnis nach Überschaubarkeit, emotionaler Geborgenheit und Aufgehobenseins stark gefragt zu sein. Die Familie und der Freundeskreis sind für junge Menschen die wichtigsten sozialen Bezugsgruppen und sehr attraktive Lebensräume. Während der Wert

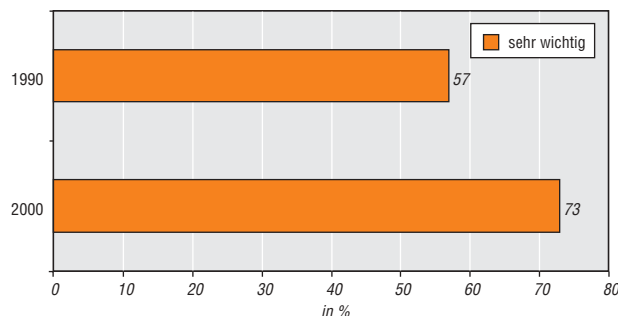
Familie in den letzten zehn Jahren bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen stabil geblieben ist, ist die Bedeutung der FreundInnen gestiegen. FreundInnen, Gleichaltrigen- und Gleichgesinntengruppen sowie jugendspezifische Freizeitszenen geben Orientierung, Sicherheit, Geborgenheit und vor allem Unterstützung bei persönlichen Problemen und sind letztlich der Ort jugendlicher Identitätsbildung.

Tabelle 10: Die Bedeutung von FreundInnen als wichtiger Lebensbereich für 16- bis 24-Jährige (in %)

Lebensbereich Freunde	1990	2000
Wien: sehr wichtig	57	73
Österreich: sehr wichtig	53	72

Quelle: Österreichische Jugendwertestudie, 1990-2000

Grafik 3: Entwicklung der Bedeutung von FreundInnen in Wien



Quelle: Österreichische Jugendwertestudie, 1990-2000

Aus der oben abgebildeten Tabelle ist deutlich die große Zunahme der Bedeutung der Freunde und Freundinnen bei den 16- bis 24-Jährigen zu erkennen, die unter anderem auch darin gesehen werden kann, dass Einstellungen und Kompetenzen, die ein junger Mensch unter den modernen Lebensbedingungen

braucht, heute weder von der Familie noch von der Schule allein vermittelt werden können.

Die Zufriedenheit mit der Beziehung zu seinen FreundInnen trägt zum individuellen Wohlbefinden bei und gibt Sicherheit, akzeptiert zu werden.

Tabelle 11: Zufriedenheit der Kontakte zu FreundInnen und Bekannten

	Kontakte zu FreundInnen und Bekannten (in %)	
	österreichische StaatsbürgerInnen	ausländische StaatsbürgerInnen
sehr zufrieden	60	45
ziemlich zufrieden	34	44
wenig zufrieden	5	10
gar nicht zufrieden	1	1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige

Mehr als die Hälfte der österreichischen befragten Jugendlichen sind sehr zufrieden mit den Kontakten zu ihren FreundInnen und Bekannten, während dies nur 45 Prozent der ausländischen Jugendlichen desselben Alters sagen.

#### 2.4.2 Peergruppenkontakte und Gesundheit

Allgemein wird heute davon ausgegangen, dass sich die Qualität der Peergruppenkontakte positiv auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirkt. Viele FreundInnen zu haben, diese oft zu treffen und die Möglichkeit, leicht neue FreundInnen und Bekannte kennenzulernen, sind günstige Voraussetzungen für Kinder und Jugendliche, sich gesund zu fühlen (vgl. Wiener Kindergesundheitsbericht, 2000, S. 123). Die Bedeutung von FreundInnen und Bekannten ist in der Phase der Abnabelung von der Herkunftsfamilie am größten. Auch die geschlechtsspezifische Zusammensetzung der Peergroup ändert sich mit dem Alter: Während die Jüngeren gleichgeschlechtliche Freundesgruppen bevorzugen, ändert sich dies mit zunehmendem Alter und es entstehen gemischtgeschlechtliche Gruppen, mit denen man seine Freizeit verbringt (vgl. KROMER & TEBBICH, 1998, S. 81ff.).

#### 2.4.3 Riskantes Verhalten mit legalen Drogen

Es gehört zu den unumstrittenen Erkenntnissen der heutigen Gesundheitsforschung, dass regelmäßiger

Konsum von Alkohol und Zigaretten negative Auswirkungen auf Herz-, Lungen- und Kreislauffunktionen hat und die individuelle Leistungsfähigkeit verringert. In den für Erwachsene akzeptierten internationalen Diagnosesystemen wird Missbrauch und Abhängigkeit über das Vorliegen bestimmter Kriterien definiert. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Verwendung der Kriterien schwierig. Da Kindern vor der Pubertät die physiologischen und psychologischen Voraussetzungen (niedriges Körpergewicht bzw. fehlendes Bewusstsein über die Konsequenzen des Konsums) für einen verantwortlichen Umgang fehlen, ist jeglicher Gebrauch als Missbrauch zu bezeichnen (vgl. RAITHEL, 2001, S. 131). Die Abgrenzung zwischen Gebrauch und Missbrauch ist deshalb schwierig, da Kinder und Jugendliche den verantwortlichen Umgang mit psychoaktiven Substanzen erst erlernen müssen, was angesichts der weiten Verbreitung und der großen Akzeptanz in unserer Gesellschaft sehr schwierig ist. Verantwortlicher Umgang bedeutet unter anderem, über die Wirkungsweisen und Folgen des Konsums Bescheid zu wissen, in verschiedenen Situationen (Straßenverkehr, Schwangerschaft, etc.) auf den Konsum zu verzichten bzw. in tolerierbaren und überschaubaren Mengen zu konsumieren. Bei der Befragung im Rahmen des Wiener Gesundheitssurveys gaben mehr als die Hälfte der 16- bis 24-jährigen Befragten an, täglich zu rauchen, während nur 40 Prozent angaben, überhaupt nicht zu rauchen. Der Einstieg in das Zigarettenrauchen beginnt bei den meisten Jugendlichen zwischen dem 13. und 16. Lebensjahr.

Tabelle 12: Alter des Rauchbeginns (in %)

	8–11 J.	12 J.	13 J.	14 J.	15 J.	16 J.	17 J.	18 J.	18 + J.
Burschen	5	4	11	16	23	20	12	6	3
Mädchen	3	4	9	18	23	19	9	12	3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001

Während es heute keine besonderen geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Rauchen mehr gibt, dürfte der Erwerbsstatus Einfluss darauf haben, ob ein Jugendlicher regelmäßig raucht, Gelegenheitsraucher ist oder überhaupt nicht zur Zigarette greift: Von den befragten SchülerInnen und StudentInnen gaben 40 Prozent an täglich und acht Prozent unregelmäßig zu rauchen. Unter den berufstätigen Jugendlichen scheint der Konsum von Zigaretten weit verbreiteter zu sein, da mehr als zwei Drittel täglich rauchen und vier Prozent dies in unregelmäßigen Abständen tun. Das Risiko, dass junge Menschen, die keine höhere (Schul-)Ausbildung durchlaufen, zu rauchen beginnen, ist demnach sehr viel höher als für Jugendliche, die weiter zur Schule gehen. Im Gegensatz zum Alkoholkonsum hängt das Rauchen nicht unmittelbar mit dem sozioökonomischen Status der Familie zusammen. Der Anteil jener, die nicht rauchen, ist in allen sozialen Schichten relativ gleich hoch. Einziger erwähnenswerter Unterschied scheint das Haushaltseinkommen zu sein, da der Anteil der täglichen RaucherInnen mit höherem Haushaltseinkommen steigt. Das Achten auf die eigene Gesundheit, die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen und eine gesunde Ernährung nehmen für NichtraucherInnen einen viel größeren Stellenwert ein als für (Gelegenheits-)RaucherInnen, wie Studienergebnisse zeigen (vgl. Wiener Gesundheitssurvey, 2001). Demnach ist für 83 Prozent der 16- bis 24-Jährigen das Achten auf die eigene Gesundheit sehr bzw. ziemlich wichtig, wohingegen dies für nur 63 Prozent der täg-

lichen RaucherInnen und 74 Prozent der GelegenheitsraucherInnen zutrifft. Dasselbe kann für eine gesunde Ernährung und für regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen gesagt werden, wenngleich die Prozentsätze nicht so stark differieren. Obwohl RaucherInnen ihren Nikotinkonsum eigentlich durch gesunde Ernährung oder bewusste gesundheitsunterstützende Maßnahmen zu kompensieren versuchen sollten, besitzen eher NichtraucherInnen ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein.

Das Rauchverhalten steht auch im Zusammenhang mit dem Freundeskreis oder der Peergroup. Ergebnisse des WHO-HBSC Surveys ergaben, dass das Zigarettenrauchen mit der Anzahl der FreundInnen und der Anzahl der Treffen mit diesen steigt. Eine wesentliche Rolle nehmen dabei die so genannten „besten FreundInnen“ ein, von denen man bei Problemen und in Krisensituationen Hilfe und Unterstützung erhält und mit denen man gemeinsam neue Lebensinteressen entwickelt und realisiert (vgl. WHO-HBSC Survey, 1998, S. 48). Diese Aussagen bestätigt auch das Ergebnis des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys 2001: Jugendliche, die ihre FreundInnen täglich oder mehrmals die Woche treffen, rauchen zu je einem Drittel täglich oder unregelmäßig, während nur ein Fünftel überhaupt nicht raucht. Bei ein- bis zweimaligen Treffen der FreundInnen pro Monat sind die Ergebnisse der täglichen RaucherInnen, der Gelegenheits- und NichtraucherInnen mit je rund einem Fünftel gleich.

## 2.5 Literatur

- DÜR, W.; HALBMEYER E.; MRALAG, K.; SCHUSS, I. & STIDL T.: Schule und Ungleichheit in Österreich. Auswertung der Daten des WHO-HBSC-Surveys 1998 zum Verhältnis von sozialer Ungleichheit und Gesundheit bei Jugendlichen. Wien 2000.
- GESUNDHEITSBERICHT WIEN 2001, Bericht B1/2001, Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.), Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement. Wien 2001.
- KINDERGESUNDHEITSBERICHT WIEN 2000, MA-L/Dezernat für Gesundheitsplanung (Hrsg.). Wien 2000.
- KROMER, I., 1998: In: KRIEGER, W. & SIEBERER, B. (Hrsg.): Zeitgemäße Wege der Kinderpastoral. München 1998.
- KROMER, I. & TEBBICH, H.: ZwischenWelten, Das Leben der 11- bis 14- Jährigen; Bd. 3, herausgegeben vom Österreichischen Institut für Jugendforschung (ÖIJ). Graz – Wien 1998.
- ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR JUGENDFORSCHUNG: Österreichische Jugendwertestudie, im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen und des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur. Wien 2000.
- ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR JUGENDFORSCHUNG: Pressedienst 15. Juni 2001, Wien 2001.
- RAITHEL, J. (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Opladen 2001.
- ROLLET, B.: Gesundheit von Lehrlingen in Wien: In: Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 2001/1, MA-L/Dezernat für Gesundheitsplanung (Hrsg.). Wien 2001
- SCHERMANN, N.: Bewältigung von Armut im Jugendalter und pädagogische Perspektiven. Vortrag im Rahmen der Ersten Österreichischen Jugendarmutstagung „Frostige Zeiten?“ in Salzburg. 1998.
- SOZIALWISSENSCHAFTLICHE STUDIENGESELLSCHAFT (SWS): SWS Rundschau Heft 4/2001. Wien 2001.
- STATISTISCHES JAHRBUCH ÖSTERREICHS: Statistik Austria (Hrsg.), Verlag Österreich GmbH., Wien 2001.
- WIENER GESUNDHEITS- UND SOZIALSURVEY: Studie S1/2001. Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.), Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement. Wien 2001.

III.  
EPIDEMIOLOGIE

*EPIDEMIOLOGY*

<b>3</b>	<b>EPIDEMIOLOGIE</b>	<b>85</b>
3.1	<b>ALLGEMEINES</b>	<b>85</b>
3.1.1	Quellmaterial zu Sekundäranalysen	85
3.1.2	Statistik	85
3.2	<b>SUBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND</b>	<b>87</b>
3.2.1	Geschlechtsspezifische Wahrnehmungsdifferenzen	88
3.2.2	Subjektive Selbsteinschätzung	91
3.2.3	Stress und leichte Beschwerden	94
3.2.4	Gesundheitliches Wohlbefinden im Zeitverlauf	99
3.3	<b>OBJEKTIVER GESUNDHEITZUSTAND</b>	<b>101</b>
3.3.1	Beschwerden und Symptome	103
3.3.2	Chronische Erkrankungen bei Jugendlichen	111
3.3.3	Zahngesundheit	115
3.3.4	Krankheitsbehandlung: Arzneimittel und Arztbesuche	121
3.3.5	Unfälle	123
3.3.6	Todesursachen	127
3.3.7	Behinderungen und Einschränkungen	131
3.4	<b>LITERATUR</b>	<b>132</b>



### 3 EPIDEMIOLOGIE

Dr. Reinhard ZUBA

#### 3.1 Allgemeines

##### 3.1.1 Quellmaterial zu Sekundäranalysen

Eine Fülle an vorhandenen Studien ermöglichte es dem Autor, im Rahmen epidemiologischer Analysen Näheres über den Gesundheitszustand der 14- bis 24-Jährigen in Erfahrung zu bringen. Im folgenden Abschnitt wurden folgende Studien vorrangig herangezogen (in Klammer jeweils die Zielgruppe und die Fallzahl):

- Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001 – Stadt Wien (16- bis 24-Jährige; n = 452)
- Sonderprogramm Gesundheit – Statistik Austria – Mikrozensus 1999-3 (14- bis 24-Jährige; n = 242)
- Zahnstatus 1998 in Österreich – Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (18-Jährige; n = 500)
- Wiener Lehrlingsuntersuchung 1999 des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungen (n = 1.029)

- Stellungenuntersuchungsergebnisse 2000 – Bundesministerium für Landesverteidigung (Geburtsjahrgang 1982)
- Unfallstatistik 2000 – Kuratorium für Verkehrssicherheit (15- bis 24-Jährige, Gesamtzahlen)
- Todesursachenstatistik für Wien 2000 – MA 66

##### 3.1.2 Statistik

An der Erhebung des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys nahm auch eine ausreichende Zahl ausländischer Jugendlicher teil. Dies ermöglichte in Detailfragen eine Analyse nach Zugehörigkeit zu einer Staatsbürgerschaft. 244 österreichische (bzw. eingebürgerte) und 144 ausländische Jugendliche gaben Auskunft über ihre gesundheitliche Situation.

Tabelle 1: Zielgruppe nach Altersgruppe, Staatsbürgerschaft und Geschlecht

Altersgruppe	ÖsterreicherInnen		ImmigrantInnen	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
16–20 Jahre	88	77	44	39
21–24 Jahre	69	55	33	46

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), Absolutzahlen

Außerdem wurde bei einzelnen Fragestellungen auch nach dem Erwerbsstatus der Zielgruppe, getrennt nach Staatsbürgerschaft, analysiert. Geringfügig Beschäftigte

(n = 6), Arbeitslose (n = 37) und Hausmänner/-frauen (n = 17) sind in dieser Erhebung nicht vertreten.

Tabelle 2: Zielgruppe nach Erwerbsstatus, Staatsbürgerschaft und Geschlecht

Erwerbsstatus	ÖsterreicherInnen		ImmigrantInnen	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
SchülerIn/StudentIn	46	65	34	40
erwerbstätig	89	44	38	32

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 388), Absolutzahlen

Dabei wurde von der Annahme ausgegangen, dass die befragten SchülerInnen und StudentInnen sozioökonomisch einem höheren Status entsprechen, da sie zumindest eine weiterführende Schulausbildung absolvierten. Die Berufstätigen wurden hypothetisch einem niedrigeren Status zugeordnet. Deshalb wurden auch

bei den Berufstätigen all jene aussortiert, die als qualifizierte Angestellte, Freiberufler und mittlere Beamte tätig waren oder sind ( $n = 40$ ). Die in der Stichprobe verbliebenen Jugendlichen ( $n = 205$ ) verteilten sich bezüglich des Erwerbsstatus (mindestens Teilzeitbeschäftigung) wie folgt:

**Tabelle 3:** Erwerbsstatus nach Staatsbürgerschaft

Stellung im Beruf	ÖsterreicherInnen	ImmigrantInnen	gesamt
ungelernte ArbeiterIn	8	19	27
angelernete ArbeiterIn	7	15	22
FacharbeiterIn	13	7	20
VorarbeiterIn	1	1	2
Industrie-/WerkmeisterIn	1	–	1
einfache Angestellte	40	15	55
Selbstständige, bis 1 MitarbeiterIn	3	–	3
mithelfende Familienangehörige	1	–	1
Lehrlinge	57	12	69
PraktikantInnen	4	–	4
einfache Beamte	1	–	1
gesamt	167	78	205

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; 16- bis 24-Jährige,  $n = 205$  (ohne qualifizierte Angestellte, Freiberufler und mittlere Beamte;  $n = 40$ ), Absolutzahlen

### 3.2 Subjektiver Gesundheitszustand

#### Zusammenfassung

Obwohl die Jugendlichen entwicklungsbedingt zur gesündesten Altersgruppe in der Bevölkerung zählen, gibt es doch zum Teil deutliche Differenzen zwischen den Geschlechtern, Bildungsschichten und/oder nach Staatszugehörigkeit.

Mädchen sind mit ihrer Gesundheit weniger **zufrieden** als Burschen (sehr zufrieden: Frauen: 28 Prozent, Männer: 37 Prozent). Diese geschlechtsspezifischen Differenzen treten vor allem bei den Schülerinnen in der Altersgruppe der 16- bis 20-Jährigen auf. Das wird einerseits auch durch objektiv wahrgenommene Beschwerdensymptome dokumentiert, andererseits kann dafür eine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Wahrnehmung verantwortlich gemacht werden. Junge Männer sind weniger als junge Frauen bereit, über körperliche Beschwerden zu sprechen. Differenziert nach Staatsbürgerschaft sind überdurchschnittlich viele ausländische Mädchen mit ihrer Gesundheit wenig bzw. gar nicht zufrieden (22 Prozent).

Zufriedenheit mit der Gesundheit ist allerdings nicht gleichbedeutend mit der **Beurteilung des Gesundheitszustandes**: Dieser wird von 21- bis 24-jährigen Burschen aus Österreich und aus Immigrantenfamilien besonders positiv beurteilt; die österreichischen Mädchen liegen am Ende der Skala. Die 16- bis 20-jährigen Mädchen geben dabei eine überdurchschnittlich negative Beurteilung ab.

Die österreichischen weiblichen Schüler sind auch jene, die am meisten über **Stress** klagen. Ausländische Mädchen berichten dagegen vor allem über Stress am Arbeitsplatz. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sie großteils niedrig qualifizierte Berufstätigkeiten ausüben müssen. Unabhängig von der Staatsbürgerschaft leiden generell fast dreimal so viele Schülerinnen an Stress als Schüler.

Als gesundheitliche **Beschwerden**, die nicht zum Krankenstand führen, werden von den Burschen vor allem Rückenschmerzen (neun Prozent), von den Mädchen Kopfschmerzen und Migräne (14 Prozent) angegeben.

#### Summary: Subjective Health

*While young people belong to the age group with the best state of health, significant differences can be found depending on gender, education and/or nationality.*

*Girls are less **satisfied** with their state of health than boys (very satisfied: women: 28 percent, men: 37 percent). The incidence of these gender specific differences is particularly high among female students in the age group 16-20. This is documented by objectively visible symptoms on one hand, while on the other hand, a gender specific perception can also be made responsible for this. Young men are less prepared to speak about physical ailments than young women. When nationality is included as a criterion, it becomes evident that the number of girls with migrant background who are less satisfied or not satisfied at all with their state of health, is above average (22 percent).*

*Satisfaction with one's state of health however is not equal to the perceived **state of health**: young men aged 21-24, both Austrians and migrants, make a very positive assessment, while Austrian young women are at the other end of the spectrum. The negative assessment is above average among girls aged 16-20.*

*It is also Austrian female students who most complain about **stress**. Migrant girls, on the other hand, complain mostly about stress at the workplace. This could be due to the fact that they mostly have to do unskilled labour. Across nationalities, female students suffer from stress nearly three times as often as male students.*

*The most common physical **ailments** that do not lead to sick leave are backaches for boys (9 percent) and headaches and migraine for girls (14 percent).*

Bei den Lehrlingen fühlen sich vor allem Mädchen (zwölf Prozent) gesundheitlich beeinträchtigt (Burschen: acht Prozent). Als Hauptbelastung wird ständiges Stehen und Sitzen empfunden. Jeder fünfte Bursche und mehr als ein Drittel der Mädchen haben diesen Punkt am häufigsten angekreuzt.

*Female apprentices feel a greater negative influence on their health than their male counterparts (girls: 12 percent, boys: 8 percent). Permanent sitting or standing upright is considered the main strain. One in five boys and more than a third of the girls rated this as the main complaint.*

### 3.2.1 Geschlechtsspezifische Wahrnehmungsdifferenzen

#### 3.2.1.1 Mädchen sind weniger zufrieden als Burschen

Die Beschreibung der subjektiven Gesundheit der Wiener Bevölkerung beginnt mit der Analyse der Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand. Obwohl doch deutlich mehr als 80 Prozent der 16- bis 24-

Jährigen mit ihrer gesundheitlichen Situation sehr oder ziemlich zufrieden sind (entspricht auch dem durchschnittlichen Gesamtwert) gibt es doch Differenzen zwischen den Geschlechtern. Ein gutes Drittel der Männer (37,3 Prozent) ist sehr zufrieden, aber nur ein Viertel der Frauen (27,9 Prozent). Umgekehrt ist der Anteil der jungen Frauen, die mit ihrer gesundheitlichen Situation wenig zufrieden sind, doppelt so hoch wie jener der männlichen Vergleichsgruppe.

Tabelle 4: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?				Mittelwert
	(in %)				
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden	
<b>Männer</b>					
16-24	37,3	52,3	8,6	1,9	1,75
25-44	33,4	55,4	10,1	1,1	1,79
45-59	33,5	48,7	13,7	4,1	1,89
60-74	30,5	55,0	12,6	1,9	1,86
75 +	23,9	51,9	13,2	11,0	2,11
gesamt	32,8	53,1	11,4	2,7	1,84
<b>Frauen</b>					
16-24	27,9	55,4	15,9	0,8	1,90
25-44	38,6	48,9	10,0	2,5	1,76
45-59	31,3	48,1	12,6	8,0	1,97
60-74	29,2	48,8	16,6	5,5	1,98
75 +	22,4	43,9	18,5	15,2	2,27
gesamt	32,6	48,8	13,1	5,5	1,92

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S. 175

Am meisten sind die 16- bis 20-jährigen Burschen (41 Prozent) mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden. Hier ist aber auch der Kontrast zu den gleichaltrigen Mädchen am größten: Lediglich ein Viertel (25 Prozent) ist der gleichen Meinung. Zwischen 21 und 24 Jahren gibt es bei

Burschen und Mädchen nur geringfügige Differenzen (Tabelle 5). In einer Mittelwertanalyse wird deutlich, dass vor allem Schülerinnen mit ihrer gesundheitlichen Situation unzufrieden sind (2,04<sup>4</sup>), während ihre männlichen Kollegen am zufriedensten sind (1,53). Bei

<sup>4</sup> 1 = sehr zufrieden, 4 = gar nicht zufrieden

den Berufstätigen gibt es dagegen in der Altersgruppe der 16- bis 20-Jährigen kaum Differenzen. In einem späteren Abschnitt (Tabelle 16) wird ersichtlich, dass von Mädchen tatsächlich eine größere Anzahl an Beschwerden angegeben wird. Neben dieser objektiven Wahrnehmung ist auch ein geschlechtsspezifischer Zugang zur Symptomwahrnehmung erkennbar. Männer sind weniger als Frauen bereit, über körperliche Beschwerden zu sprechen; dies wird von STILLION (1985) mit der Unvereinbarkeit von Krankenrolle und männlichem Selbstbild begründet.

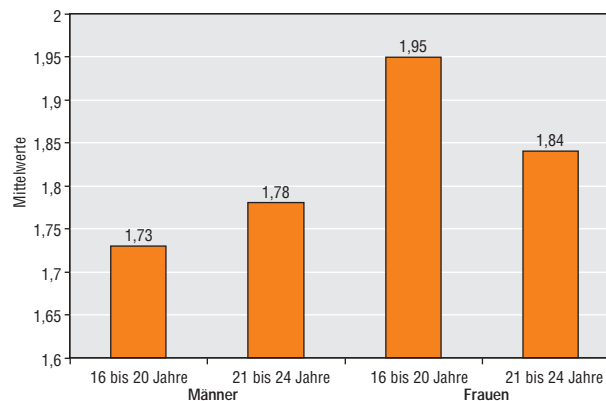
Eine unterschiedliche Wahrnehmung zeigt sich bereits im Jugendalter: So berichten mehr Mädchen als Jungen von psychosomatischen Beschwerden (HOLLER-NOWITZKY, 1994). Es bleibt allerdings die Frage offen, ob Mädchen tatsächlich häufiger unter bestimmten Beschwerden leiden, ob sie Symptome leichter oder anders wahrnehmen, ob sie Symptome anders bewerten oder ob sie „nur“ eine niedrigere Wahrnehmungsschwelle haben.

Tabelle 5: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Geschlecht und Altersgruppen

Altersgruppe	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?				Mittelwert
	(in %)				
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden	
<b>Männer</b>					
16–20 Jahre	41,4	46,6	9,0	3,0	1,73
21–24 Jahre	32,0	58,3	8,7	1,0	1,78
gesamt	37,3	51,7	8,9	2,1	1,75
<b>Frauen</b>					
16–20 Jahre	25,0	56,0	17,2	0,9	1,95
21–24 Jahre	31,7	53,5	14,9		1,84
gesamt	28,1	54,8	16,1	0,5	1,90

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452) ohne: AkademikerInnen/FachhochschülerInnen (n = 9); fehlende Werte auf 100: missing

Grafik 1: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Alter und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452) ohne: AkademikerInnen/FachhochschülerInnen (n = 9)

**3.2.1.2 Ausländische Mädchen sind mit der Gesundheit besonders unzufrieden**

Analysiert man die Zufriedenheit mit der Gesundheit getrennt nach Staatsbürgerschaft, so sind österreichische und ausländische Männer deutlich zufriedener als ihre weibliche Kontrollgruppe. Bei ausländischen Frauen und Mädchen ist die Differenz am eklatantesten: Lediglich ein Viertel ist mit ihrer gesundheitlichen

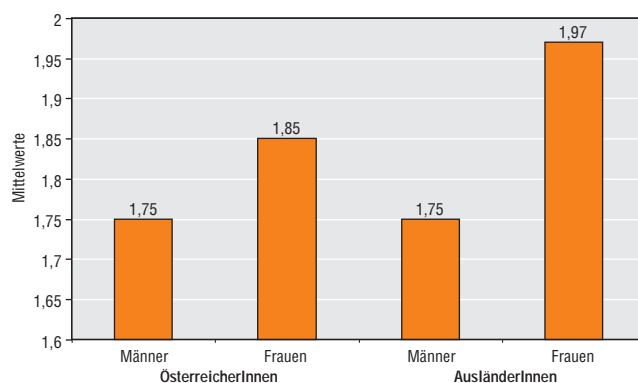
Situation sehr zufrieden, aber ein gutes Fünftel wenig zufrieden. Dies könnte auch auf die Belastung durch doppelte Diskriminierung zurückgeführt werden: nämlich weiblichen Geschlechts und zudem noch ausländischer Herkunft zu sein. Gerade Mädchen und junge Frauen sind den Normen- und Rollenkonflikten mit der ersten Generation aufgrund familiärer, kultureller und religiöser Vorstellungen verstärkt ausgesetzt.

**Tabelle 6:** Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft

Geschlecht	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?				Mittelwert
	(in %)				
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden	
<b>ÖsterreicherInnen</b>					
Männer	36,3	53,5	8,9	1,3	1,75
Frauen	29,0	57,3	12,2	0,8	1,85
gesamt	33,0	55,2	10,4	1,0	1,79
<b>ImmigrantInnen</b>					
Männer	39,0	50,6	7,8	2,6	1,75
Frauen	25,9	51,8	21,2	1,2	1,97
gesamt	32,1	51,2	14,8	1,9	1,86

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452); fehlende Werte auf 100: missing

**Grafik 2:** Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452)

Laut Detailanalyse (Mittelwertberechnung) sind hier die Differenzen zwischen ÖsterreicherInnen und ImmigrantInnen in der Altersgruppe der 21- bis 24-Jährigen

am stärksten. Österreichische Burschen und Mädchen (1,72 bzw. 1,73) sind zufriedener als ihre ausländischen KollegInnen gleichen Alters (1,90 bzw. 1,96).

Tabelle 7: Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Erwerbsstatus und Staatsbürgerschaft

Erwerbsstatus	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?				Mittelwert
	(in %)				
	sehr zufrieden	ziemlich zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden	
<b>ÖsterreicherInnen</b>					
SchülerInnen/ StudentInnen	34,2	54,1	9,9	0,9	1,77
berufstätig	32,3	57,1	9,0	1,5	1,80
gesamt	33,2	55,7	9,4	1,2	1,79
<b>ImmigrantInnen</b>					
SchülerInnen/ StudentInnen	35,1	51,4	12,2	1,4	1,79
berufstätig	29,0	52,2	15,9	2,9	1,92
gesamt	32,2	51,7	14,0	2,1	1,85

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 388),; fehlende Werte auf 100: missing

Analysiert man die Differenzen nach dem Erwerbsstatus, so sind durchschnittlich ein Drittel aller Befragten mit ihrer gesundheitlichen Situation sehr zufrieden, eine weitere Hälfte ziemlich zufrieden. Lediglich bei den Berufstätigen mit ausländischer Staatsbürgerschaft ist dieser Anteil etwas niedriger; fast ein Fünftel ist mit der eigenen Gesundheit wenig bzw. gar nicht zufrieden. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass von diesen ein größerer Prozentsatz niedrig qualifizierte Berufstätigkeiten ausübt.

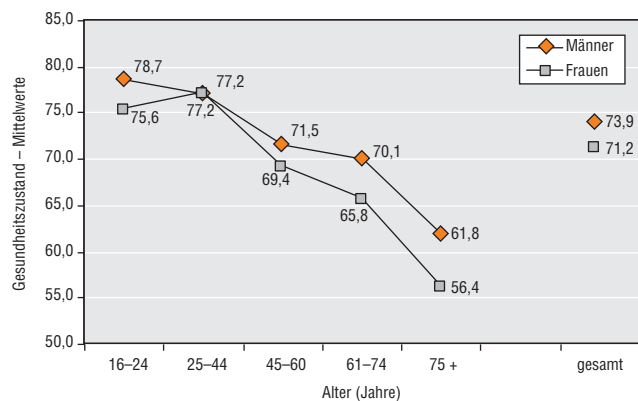
### 3.2.2 Subjektive Selbsteinschätzung

#### 3.2.2.1 Burschen sind zufriedener als Mädchen

Die befragten Personen wurden im Rahmen des Wiener Gesundheitssurveys im Laufe des Interviews ge-

beten, auf einer hundertteiligen Skala (analog einem Thermometer) ihren derzeitigen Gesundheitszustand einzuschätzen. Der unterste Punkt „0“ bezeichnete den denkbar schlechtesten Zustand, der oberste Punkt „100“ den denkbar besten. Eine Analyse zeigt, dass sowohl Männer als auch Frauen ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand im überdurchschnittlichen Bereich beurteilen, die Werte der Männer liegen dabei im Mittel über jenen der Frauen (Grafik 3). Eine Aufschlüsselung der Werte nach dem Alter zeigt, dass bei Männern wie auch bei Frauen die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes mit zunehmendem Alter kontinuierlich schlechter wird. Bei den Frauen ist diese Abnahme ausgeprägter als bei den Männern, während sich im jungen Erwachsenenalter noch keine so klare Geschlechtsdifferenz zeigt.

Grafik 3: Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; S. 178 (100 = sehr guter / 0 = sehr schlechter Gesundheitszustand)

### 3.2.2.2 Ausländische Burschen haben die beste Selbsteinschätzung

Eine Detailanalyse der subjektiven Selbsteinschätzung nach Staatsbürgerschaft, Geschlecht und Erwerbsstatus kommt zu dem Ergebnis, dass männliche Immigranten von 21–24 Jahren ihre gesundheitliche Lage am positivsten einschätzen, gefolgt von den gleichaltrigen, österreichischen Kollegen. Am Ende stehen die beiden weiblichen Altersgruppen aus Österreich (Tabelle 8).

Eine positivere Einschätzung des gesundheitlichen Zustandes ist aber nicht unbedingt gleichbedeutend

mit einer höheren gesundheitlichen Zufriedenheit, obwohl die beiden Variablen miteinander hoch korrelieren (0,532). So stehen ausländische und österreichische Männer im Alter von 21–24 Jahren punkto Einschätzung des Gesundheitszustandes an der Spitze, obwohl nur zweitens einen Spitzenwert bei der Zufriedenheit haben. Umgekehrt wird der gesundheitliche Zustand von den österreichischen Mädchen und Frauen in beiden Altersgruppen negativer beurteilt und sie befinden sich damit am Ende der Skala, obwohl die Gruppe der Älteren einen Spitzenwert bei der Zufriedenheit hat.

Tabelle 8: Subjektiver Gesundheitszustand nach Staatszugehörigkeit, Geschlecht und Erwerbsstatus

Staatsbürgerschaft	Geschlecht	Altersgruppen	gesundheitlicher Zustand	Zufriedenheit mit Gesundheit	n
Immigranten	männlich	21–24	81,26	1,90	33
Österreicher	männlich	21–24	79,35	1,72	69
Immigranten	weiblich	16–20	78,14	1,98	39
Immigranten	männlich	16–20	77,89	1,63	44
Österreicher	männlich	16–20	77,65	1,78	88
Immigranten	weiblich	21–24	77,22	1,96	46
Österreicher	weiblich	21–24	76,79	1,73	55
Österreicher	weiblich	16–20	72,50	1,97	77

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige; n = 451 (100 = sehr guter / 0 = sehr schlechter Gesundheitszustand / Zufriedenheit: 1 = sehr zufrieden, 4 = gar nicht zufrieden)



Die Beurteilung des Gesundheitszustandes wurde auch im Statistik Austria – Mikrozensus 1999 abgefragt. Im Gegensatz zum Wiener Gesundheitssurvey gab es hier allerdings, bedingt durch die Möglichkeit der Selbstausfüllung durch die Zielgruppe, eine hohe Anzahl an Antwortverweigerern. Wenn man dieses Fünftel aller-

dings auch berücksichtigt, so wird der Gesundheitszustand von Frauen zwischen 14 und 24 Jahren häufiger als „sehr gut“ beurteilt. Nur ein sehr geringer Prozentsatz bezeichnet diesen als „mittelmäßig“ bzw. „schlecht“ (Tabelle 9).

Tabelle 9: Beurteilung des Gesundheitszustandes nach Geschlecht

Geschlecht	Beurteilung des Gesundheitszustandes (in %)					
	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht	keine Angabe
Männer	38,0	32,0	7,0	1,0	1,0	21,0
Frauen	47,9	25,4	4,9	1,4	-	20,4

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus 1999; 14- bis 24-Jährige; n = 242

Deutlichere Differenzen gibt es beim Statistik Austria – Mikrozensus zwischen der Gruppe der Erwerbstätigen und der nicht Erwerbstätigen: Lediglich ein Drittel der Erwerbstätigen bezeichnet ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“; in der Kontrollgruppe sind es dagegen

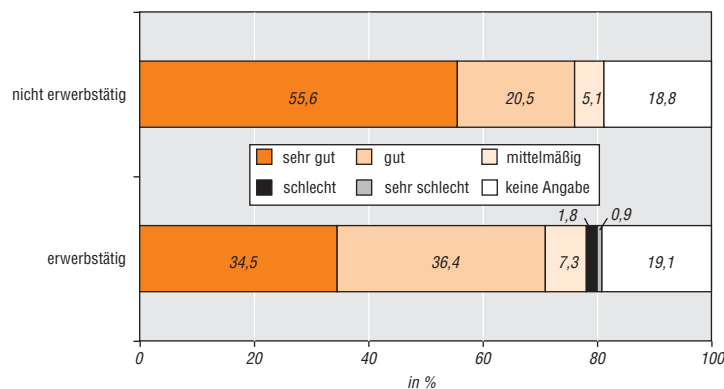
mehr als die Hälfte der Befragten. Der Anteil jener, die ihren Gesundheitszustand dagegen als mittelmäßig oder schlechter beurteilen, ist hier allerdings ebenfalls gering. Ein knappes Fünftel hat die Antwort wiederum verweigert (Tabelle 10).

Tabelle 10: Beurteilung des Gesundheitszustandes nach Erwerbstätigkeit

erwerbstätig	Beurteilung des Gesundheitszustandes (in %)					
	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht	keine Angabe
ja	34,5	36,4	7,3	1,8	0,9	19,1
nein	55,6	20,5	5,1	-	-	18,8

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus 1999; 14- bis 24-Jährige; n = 227

Grafik 4: Beurteilung des Gesundheitszustandes nach Erwerbstätigkeit



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus 1999; 14- bis 24-Jährige; n = 227

**3.2.2.3 Lehrlinge: Ein Achtel der Mädchen ist nicht gesund**

Mit einer anderen Skalierung wurde der Gesundheitszustand auch bei der Lehrlingsuntersuchung 1999 abge-

fragt. Hier bezeichneten sich mehr Burschen als Mädchen als „gesund“. Immerhin ein Achtel der Mädchen fühlte sich gesundheitlich beeinträchtigt oder gar krank (Tabelle 11). Auch hier könnten geschlechtsspezifische Wahrnehmungsdifferenzen zur Geltung kommen.

Tabelle 11: Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Lehrlingen nach Geschlecht

Geschlecht	fühle mich ... (in %)		
	gesund	beeinträchtigt	krank
männlich	92,2	5,4	2,3
weiblich	87,6	8,4	4,0

Quelle: Wiener Lehrlingsuntersuchung 1999, n = 1.029

**3.2.3 Stress und leichte Beschwerden**

diese Ergebnisse – wenn überhaupt – nur insofern überraschend, dass Frauen nicht unter noch höherer Stressbelastung leiden.

**3.2.3.1 Schülerinnen leiden am meisten darunter**

Die subjektive Häufigkeit von Stress im Alltagsleben wurde auf einer vierteiligen Skala erhoben, wobei der Begriff in seiner umgangssprachlichen Bedeutung verwendet wurde. Stress im Alltagsleben wird laut Wiener Gesundheitssurvey am häufigsten von der Altersgruppe der jungen Erwachsenen berichtet. Er nimmt mit dem Alter ab und tritt im Pensionsalter erheblich seltener auf als im beruflich aktiven Lebensabschnitt. Frauen geben leicht höhere Stresshäufigkeiten an als Männer. Aufgrund der Doppel- bzw. Dreifachbelastung des weiblichen Geschlechts (Beruf, Haushalt, Kinder) sind

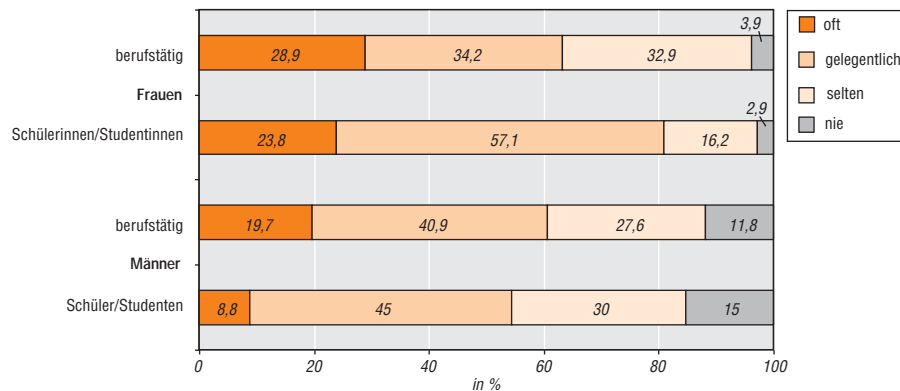
Bei der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen kommt es zu einer geschlechtsspezifischen Differenzierung: männliche Schüler bzw. Studenten leiden nur selten unter Stress. Lediglich neun Prozent klagen oft darüber. Bei den männlichen Berufstätigen leidet immerhin ein Fünftel oft unter Stress. Bei Schülerinnen und Studentinnen sieht die Sache schon anders aus: Fast jede Vierte leidet oft unter Stress; damit sind fast dreimal so viele Mädchen betroffen wie Burschen. Unter den berufstätigen Frauen sind es sogar knapp 30 Prozent, die oft unter Stress leiden (Tabelle 12).

Tabelle 12: Leiden unter Stress nach Erwerbsstatus und Geschlecht

Erwerbsstatus	Leiden Sie im Alltagsleben unter Stress? (in %)			
	oft	gelegentlich	seltener	nie
<b>Männer</b>				
Schüler/ Studenten	8,8	45,0	30,0	15,0
berufstätig	19,7	40,9	27,6	11,8
gesamt	15,5	42,5	28,5	13,0
<b>Frauen</b>				
Schülerinnen/ Studentinnen	23,8	57,1	16,2	2,9
berufstätig	28,9	34,2	32,9	3,9
gesamt	26,0	47,5	23,2	3,3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 388); fehlende Werte auf 100: missing

Grifik 5: Leiden unter Stress nach Erwerbsstatus und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 388)

### 3.2.3.2 Berufstätige MigrantInnen sind mehr gestresst

Differenziert man die Analyse nach der Staatsbürgerschaft, so wird aus der folgenden Tabelle ersichtlich, dass ImmigrantInnen in der Schule offenbar stressresistenter sind, am Arbeitsplatz dagegen wesentlich häufiger über Stress klagen (Tabelle 13). Dies könnte damit zusammenhängen, dass eine knappe Hälfte der berufstätigen MigrantInnen bis 24 Jahre als ungelernte bzw. angelernte ArbeiterInnen tätig sind (34 von 78). Bei den ÖsterreicherInnen beträgt dieser Anteil lediglich zehn Prozent (15 von 167).

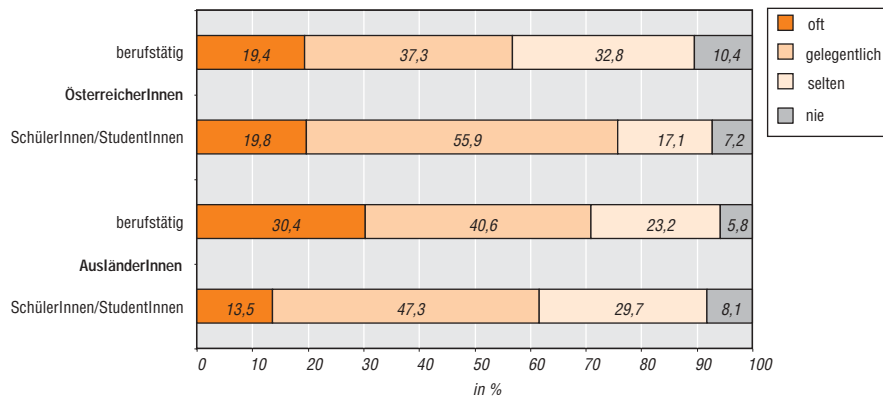
Bei den ÖsterreicherInnen beträgt dieser Anteil lediglich zehn Prozent (15 von 167).

Tabelle 13: Leiden unter Stress nach Erwerbsstatus und Staatsbürgerschaft

Erwerbsstatus	Leiden Sie im Alltagsleben unter Stress? (in %)			
	oft	gelegentlich	selten	nie
<b>ÖsterreicherInnen</b>				
SchülerInnen/StudentInnen	19,8	55,9	17,1	7,2
berufstätig	19,4	37,3	32,8	10,4
gesamt	19,6	45,7	25,7	9,0
<b>ImmigrantInnen</b>				
SchülerInnen/StudentInnen	13,5	47,3	29,7	8,1
berufstätig	30,4	40,6	23,2	5,8
gesamt	21,7	44,1	26,6	7,0

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 388); fehlende Werte auf 100: missing

Grafik 6: Leiden unter Stress nach Erwerbsstatus und Staatsbürgerschaft



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 388)

Die Detailanalyse macht deutlich, dass weibliche Jugendliche, unabhängig von der Staatsbürgerschaft, stärker unter Stress leiden. Unterschiede gibt es beim Erwerbsstatus: Österreicherinnen fühlen sich in der Schule mehr gestresst, ausländische Mädchen und

Frauen stärker im Berufsleben (Tabelle 14). Hier könnte eine verstärkte Krankheitswahrnehmung bei österreichischen Schülerinnen, sowie die höheren Belastungsfaktoren in niedrig qualifizierten Berufen bei Ausländerinnen eine Rolle spielen.

Tabelle 14: Leiden unter Stress nach Staatsbürgerschaft, Geschlecht und Erwerbstätigkeit

Staatsbürgerschaft	Geschlecht	Erwerbstätigkeit	Leiden unter Stress	n
Österreicher	weiblich	Schülerinnen/Studentinnen	1,88	65
Immigranten	weiblich	berufstätig	1,89	32
Immigranten	weiblich	Schülerinnen/Studentinnen	2,12	40
Immigranten	männlich	berufstätig	2,19	38
Österreicher	weiblich	berufstätig	2,27	44
Österreicher	männlich	berufstätig	2,38	89
Österreicher	männlich	Schüler/Student	2,47	46
Immigranten	männlich	Schüler/Student	2,62	34

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige; n = 451 (1 = oft, 4 = nie)

Österreichische Schülerinnen und berufstätige Migranten leiden am meisten unter Stress. Am wenigsten sind die männlichen Schüler, unabhängig von der Staatsbürgerschaft, davon betroffen. Insgesamt wird

Stress von Berufstätigen häufiger als solcher erlebt; bei Lehrlingen wurde im Rahmen der Lehrlingsuntersuchung auch danach gefragt, welche sonstigen Belastungen sie im Berufsleben empfinden (Tabelle 15).

Tabelle 15: Berufliche Belastungen bei Lehrlingen nach Geschlecht (in %)

berufliche Belastung	Burschen	Mädchen
Hitze, Kälte	15,2	7,0
Nässe, Feuchte	7,3	2,5
Zugluft	6,4	2,9
Staub, Schmutz	27,0	6,2
Lärm	16,5	2,5
giftige Stoffe, Geruchsbelästigung	8,2	3,1
schwere körperliche Anstrengung	11,6	8,0
ständiges Stehen, Sitzen	26,5	37,7
Stress, monotone Arbeit	3,2	5,2

Quelle: Wiener Lehrlingsuntersuchung 1999, n = 1.029

Ständiges Stehen und Sitzen wird als Hauptbelastung empfunden. Jeder vierte Bursche und mehr als ein Drittel der Mädchen haben diesen Punkt am häufigsten angekreuzt. Weitere häufige Nennungen sind bei den Burschen die Belastung durch Staub und Schmutz (27 Prozent), durch Lärm (17 Prozent) sowie durch Hitze und Kälte (15 Prozent). Für jeden achten Burschen ist schwere körperliche Anstrengung ein berufliches Belastungskriterium. Für Mädchen in Ausbildung gibt es außer monotonem Stehen oder Sitzen keine weitere berufliche Belastung, die sehr häufig genannt wird. Hier

wird das Produkt einer nach Geschlechtern differenzierten Arbeitsteilung sichtbar.

### 3.2.3.3 Ohne Krankenstand: Rücken- und Kopfschmerzen dominieren

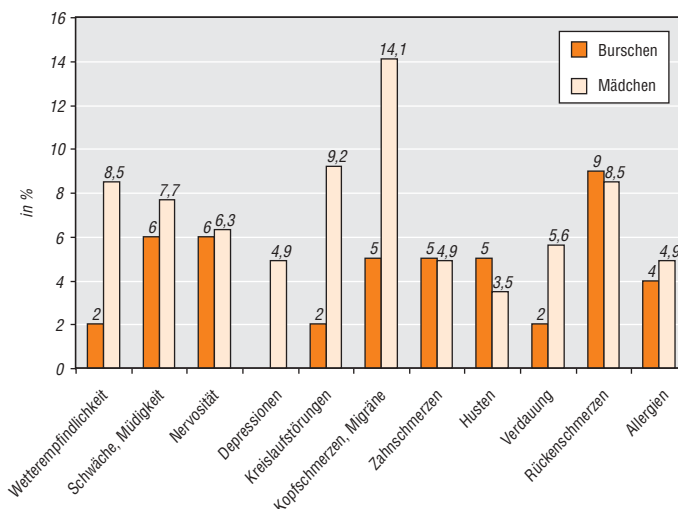
Im Statistik Austria – Mikrozensus 1999 wurde auch nach Beschwerden gefragt, die bei 14- bis 24-jährigen Burschen und Mädchen auftreten, ohne dass diese einen Krankenstand nach sich ziehen.

Tabelle 16: Beschwerden ohne Bettlägrigkeit nach Geschlecht (in %)

Beschwerden	Burschen	Mädchen
Wetterempfindlichkeit	2,0	8,5
Schwäche, Müdigkeit	6,0	7,7
Nervosität	6,0	6,3
Depressionen	–	4,9
Kreislaufstörungen	2,0	9,2
Kopfschmerzen, Migräne	5,0	14,1
Zahnschmerzen	5,0	4,9
Husten	5,0	3,5
Verdauungsbeschwerden	2,0	5,6
Rückenschmerzen	9,0	8,5
Allergien	4,0	4,9

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus 1999; 14- bis 24-Jährige; n = 242; Mindestnennung von 4 Prozent Burschen oder Mädchen

Grafik 7: Häufigste Beschwerden nach Geschlecht (in %)



Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus 1999; 14- bis 24-Jährige; n = 242; Mindestnennung von 4 Prozent Burschen oder Mädchen

Bei den Burschen erreichen Rückenschmerzen den Spitzenwert (neun Prozent), alle anderen Werte liegen um die fünf Prozent oder darunter. Bei den Mädchen dagegen liegen Kopfschmerzen/Migräne (14 Prozent) voran, gefolgt von Kreislaufstörungen (neun Prozent), Wetterempfindlichkeit und Rückenschmerzen (beide 8,5 Prozent).

Wetterempfindlichkeit (zehn Prozent), Nervosität und Kreislaufstörungen (jeweils acht Prozent), sowie Verdauungsbeschwerden, Allergien und Schwäche/Müdigkeit (jeweils sieben Prozent).

Differenziert man hier nach Altersgruppen, so leiden Burschen unter 20 Jahren zu einem höheren Prozentsatz lediglich unter Nervosität (sieben Prozent), gleichaltrige Mädchen dagegen bereits unter mehreren Beschwerden: Kopfschmerzen (15 Prozent), gefolgt von

Bei den älteren Burschen steigt gerade der Bereich Rückenschmerzen (zwölf Prozent), sowie Zahnschmerzen (jeweils sieben Prozent) stärker an. Bei den älteren Mädchen gibt es ebenfalls bei den Rückenschmerzen eine deutliche Zunahme (von vier auf 13 Prozent) während andere Beschwerden stagnieren oder sogar rückläufig sind (wie Nervosität, Kopfschmerzen, Allergien).

Tabelle 17: Beschwerden ohne Bettlägrigkeit nach Altersgruppen und Geschlecht (in %)

Beschwerden	Burschen bis 20	Mädchen bis 20	Burschen 21–24	Mädchen 21–24
Wetterempfindlichkeit	–	9,7	3,5	7,1
Schwäche, Müdigkeit	4,7	6,9	7,0	8,6
Nervosität	7,0	8,3	5,3	4,3
Depressionen	–	4,2	–	5,7
Kreislaufstörungen	–	8,3	3,5	10,0
Kopfschmerzen, Migräne	4,7	15,3	5,3	12,9
Zahnschmerzen	2,3	4,2	7,0	5,7
Husten	4,7	4,2	5,3	2,9
Verdauungsbeschwerden	–	6,9	3,5	4,3
Rückenschmerzen	–	4,2	12,3	12,9
Allergien	4,7	6,9	7,0	2,9

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus 1999; 14- bis 24-Jährige; n = 242

### 3.2.4 Gesundheitliches Wohlbefinden im Zeitverlauf

#### 3.2.4.1 Drei von vier Jugendlichen fühlen sich wohl

Im Rahmen des Wiener Gesundheitssurveys wurden die Jugendlichen auch danach gefragt, wie sie ihr gesundheitliches Wohlbefinden im Verlauf der Zeit beschreiben. Dazu wurden ihnen Bilder vorgelegt, die unterschiedliche Formen von Wohlbefinden ausdrücken

sollten. Von einem guten Drittel der 16- bis 24-Jährigen wurde ein konstantes, hohes Wohlbefinden als jenes Bild ausgewählt, das ihren gesundheitlichen Zustand am besten wiedergibt. An zweiter Stelle folgt mittleres und konstantes Wohlbefinden. Insgesamt drei von vier Jugendlichen finden sich in einem konstant positiven Zustand oder einem positiven Aufwärtstrend wieder. Für immerhin jede/n achte/n Jugendliche/n drückt sich das Wohlbefinden bildhaft durch ein ständiges Auf und Ab aus. Für weitere acht Prozent geht es abwärts (Tabelle 18).

Tabelle 18: Gesundheitliches Wohlbefinden im Verlauf der Zeit (nach Bildern)

Gesundheitsbilder	in %
hohes Wohlbefinden, konstant	34,2
mittleres Wohlbefinden, konstant	20,6
steigendes Wohlbefinden	9,7
Auf und Ab	12,0
aufwärts, nach schlechter Phase bergab	7,9
abwärts, nach guter Phase Schritt für Schritt bergauf	4,2
	4,1
	3,7

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452),

#### 3.2.4.2 MigrantInnenjugendliche: höheres, konstantes Wohlbefinden

Eine Detailanalyse beschäftigte sich auch mit der bildhaften<sup>5</sup> Wahrnehmung von Wohlbefinden, getrennt nach Staatsbürgerschaft und Erwerbsstatus. Hier unterscheiden sich ÖsterreicherInnen von MigrantInnen

vor allem dadurch, dass zweitens sowohl als SchülerInnen als auch als Berufstätige häufiger von einem konstanten und hohen Wohlbefinden sprechen. Umgekehrt finden sich junge ÖsterreicherInnen häufiger in einem Auf und Ab wider: Bei den Berufstätigen ist dieser Anteil sogar fast dreimal so hoch wie bei der Vergleichsgruppe der MigrantInnen.

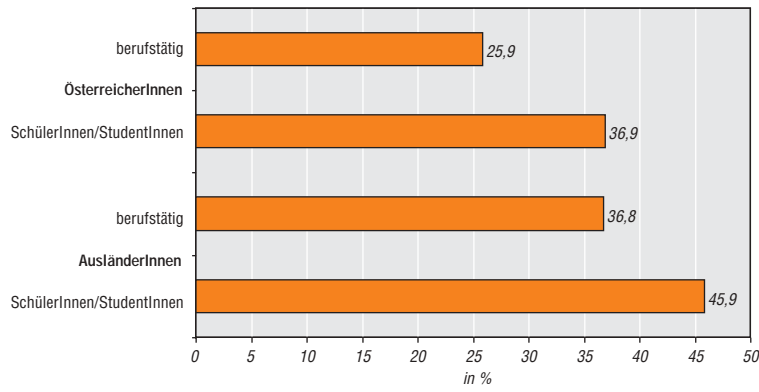
Tabelle 19: Gesundheitliches Wohlbefinden im Verlauf der Zeit nach Staatsbürgerschaft und Erwerbsstatus (in %)

Gesundheitsbilder	ÖsterreicherInnen		ImmigrantInnen	
	SchülerInnen/StudentInnen	berufstätig	SchülerInne/StudentInnen	berufstätig
hohes Wohlbefinden, konstant	36,9	25,9	45,9	36,8
Auf und Ab	11,7	16,3	8,1	5,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 388),

<sup>5</sup> Anhand von Bildern, die unterschiedliche Entwicklungsstufen darstellten (Gerade, Steigung, Zacken, etc.), sollten die Befragten ihr gesundheitliches Wohlbefinden im Verlauf der Zeit beschreiben.

Grafik 8: Konstant hohes Wohlbefinden nach Nationalität und Erwerbsstatus



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 388)



### 3.3 Objektiver Gesundheitszustand

#### Zusammenfassung

Insgesamt berichten 16- bis 24-jährige Mädchen von bedeutend mehr **Beschwerden** (Durchschnitt: 2,1) als gleichaltrige Burschen (Durchschnitt: 1,3). Bei beiden Geschlechtern treten Kopfschmerzen, Müdigkeit und Verkühlungen am häufigsten auf.

Der Vergleich der Geschlechter nach Staatsbürgerschaft fällt bei den Beschwerden zu Ungunsten der männlichen Österreicher aus, die häufiger angeben, unter diversen Beschwerden zu leiden als männliche Immigrantenjugendliche. Österreichische Burschen leiden häufiger unter leichten Verkühlungen, Müdigkeit, Rückenschmerzen, Depressionen und Ängsten. Eine mögliche Erklärung: Österreichische Burschen werden „femininer“, ihre ausländischen Geschlechtsgenossen noch „männlicher“ (traditionelle Rollenbilder) erzogen.

Beim weiblichen Geschlecht sind die Differenzen nach Staatszugehörigkeit bei den Beschwerden nicht so deutlich: Österreichische Mädchen leiden häufiger unter Verkühlungen, Niedergeschlagenheit und Verdauungsbeschwerden; ausländische Mädchen haben dagegen häufiger Rückenschmerzen und starkes Herzklopfen.

Die Daten der **Stellungsuntersuchung** geben ein ernüchterndes Bild über den Gesundheitszustand österreichischer Jungmänner: Vollkommen gesund waren lediglich ein Viertel der Burschen, bei etwa 75 Prozent der Untersuchten wurde eine Störung bzw. eine Erkrankung diagnostiziert: an der Spitze Muskel- vor Augenerkrankungen und Stoffwechsel-/Ernährungsstörungen.

Sieben Prozent der Burschen und elf Prozent der Mädchen leiden an einer **chronischen Krankheit**, der Großteil davon fühlt sich dabei in den alltäglichen Handlungen eingeschränkt. Generell ist hier der Anteil der kranken Burschen und Mädchen noch deutlich unter dem Bevölkerungsschnitt – ein Großteil der chronischen Krankheiten tritt erst mit zunehmendem Alter auf.

#### Summary: Objective Health

*On the whole, young women in the age of 16-24 complain significantly more of **ailments** (average: 2.1) than young men of the same age (average: 1.3). For both genders, headaches, migraine, tiredness and colds are the most frequent.*

*A nationality-differentiated gender comparison shows that male Austrians complain about ailments more frequently than male immigrants. Austrian young men suffer more often from colds, tiredness, backaches, depressions and anxiety. A possible explanation: Austrian boys have a more “feminine” upbringing, while migrant boys are brought up in a more “masculine” way (due to traditional gender roles).*

*Among females, the nationality-related differences are not as marked: Austrian girls more often have colds, slight depressions and digestive disorders, while migrant girls more often suffer from backaches and strong palpitations.*

*The data from the **aptitude tests for military service** reflect the poor state of health of Austrian males liable to enlistment: only one in four of the young men were completely healthy, around 75 percent of all males examined were diagnosed with some type of disorder or disease, the most frequent being diseases of the muscles, followed by diseases or deficiencies of the eyes and nutritional or metabolic disorders.*

*7 percent of young men and 11 percent of young women suffer from a **chronic disease**. Most feel it impairs them in their everyday life. Generally speaking, the incidence among young people lies well below the population average – most chronic diseases appear with growing age.*

Auffallend ist vor allem ein über dem Bevölkerungsschnitt liegender Anteil an Asthma sowie an Hautkrankheiten leidenden Mädchen.

23 Prozent der 16- bis 24-jährigen Männer und 31 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe geben an, an einer **Allergie** zu leiden. Am häufigsten tritt dabei die allergische Rhinitis während einer bestimmten Jahreszeit auf (Männer: zwölf Prozent, Frauen: zehn Prozent).

Bezüglich ihres **Zahnstatus** sind Immigrantengrundliche benachteiligt. Besonders schlecht steht es um die Zähne der ausländischen Mädchen: Nur noch die Hälfte (Durchschnitt: zwei Drittel der Jugendlichen) dieser jungen Frauen sind im Besitz all ihrer Zähne. Hier dürfte die mangelnde Gesundheitsvorsorge besonders zum Tragen kommen: Jugendliche aus Immigrantenfamilien gehen seltener zum Zahnarzt als die jungen ÖsterreicherInnen.

Bei den **Unfällen** außerhalb der Arbeitszeit, von welchen rund neun Prozent der Jugendlichen im Jahr vor der Befragung betroffen waren, dominieren Sportunfälle (Männer: 54 Prozent, Frauen: 35 Prozent). Diesen kommt bei österreichischen Jugendlichen und bei ausländischen Burschen ein besonders hoher Stellenwert zu. Hingegen treten bei den Mädchen aus Migrantenfamilien Haushaltsunfälle am häufigsten auf (60 Prozent). Neben einer stärkeren Verpflichtung zu einer traditionellen Rollenausübung im Haushalt dürften auch sozioökonomische Gründe eine Rolle spielen, weshalb in dieser Gruppe Sportarten wie Skifahren und Radfahren nicht oder nur wenig ausgeübt werden.

Bei **Verkehrsunfällen** sind die Führerscheinneulinge am meisten gefährdet: In der Altersgruppe der 16- bis 19-Jährigen steigt die Zahl der Verunglückten um 200 Prozent im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen an. Die Zahl der Verunglückten ist auch im Vergleich aller Altersgruppen in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen am höchsten (Österreich: 9.397 Verunglückte); sie ist dann ständig rückläufig (Ausnahme: über 75-Jährige). Bei den Verkehrstoten liegen die Jugendlichen der Altersgruppe 20 bis 24 Jahre an der Spitze (Österreich: 124 Todesfälle), gefolgt von den 15- bis 19-Jährigen (117 Todesfälle).

*However, the above-average percentage of young women suffering from asthma and dermatoses is striking.*

*23 percent of young men and 31 percent of women aged 16-24 report to have an **allergy**. The most frequent is allergic rhinitis during certain times of the year (men: 12 percent, women: 10 percent).*

*Young immigrants have the poorest **dental health**. Especially among immigrant girls, the situation is severe: only half of these young women still have all their own teeth (average: two thirds of young people). This is probably above all due to a lack in preventive health care: young people from immigrant families go to the dentist less often than their Austrian counterparts.*

*Most **accidents** outside working time (9 percent of all young people in the year preceding the survey) were sports accidents (men: 54 percent, women: 35 percent). These were particularly frequent among Austrians of both sexes and young men from migrant families. Among young girls with a migrant background, home accidents were most frequent (60 percent). Apart from the influence of traditional role models, i.e. a stronger obligation to assume household tasks, this is probably due to socioeconomic factors, this population group rarely or never indulging in sports such as bicycling and/or skiing.*

*Young people who have recently acquired their driving licence are under particularly high risk: In the age group 16-19, the number of victims of **traffic accidents** rises by 200 percent compared to the younger age groups. The total number of victims is also highest in the age group 15-19 (Austria: 9,397 injured) and declines with age (the only exception being over 75 year-olds). The number of people killed in traffic accidents is highest in the age group 20-24 (Austria: 124 deaths), followed by the 15-19 year-olds (117 deaths).*

Insgesamt verstarben in Wien im Jahr 2000 62 Burschen und 21 Mädchen (Alter: 15 bis 24 Jahre). Sowohl bei Burschen als auch bei Mädchen stellen Verletzungen und Vergiftungen die häufigste **Todesursache** dar. Sie erklären bei Burschen drei Viertel aller Todesfälle (47 Fälle), bei Mädchen immerhin zwei Drittel (14 Fälle). Innerhalb der Kategorie Verletzungen und Vergiftungen kommt den Vergiftungen durch Drogen bzw. Medikamenten, gefolgt von Verkehrsunfällen und Suiziden der höchste Stellenwert zu. Im Jahr 2000 wurden drei Mädchen Opfer eines Mordes bzw. Totschlags. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sind bei beiden Geschlechtern die zweithäufigste Todesursache der Wiener Jugendlichen (neun Todesfälle).

*In Vienna, a total of 62 young men and 21 young women (age group 15-24) died in 2000. Among both sexes, injuries and poisonings are the leading **causes of death**. They account for three quarters of male deaths (47 cases) and two thirds among females (14 cases). In this category of death causes, poisonings by illegal drugs or pharmaceuticals are the most frequent, followed by traffic accidents and suicides. In 2000, three young women fell victim to murder or homicide. Cardiovascular diseases are the second most frequent cause of death for young people of both sexes in Vienna (9 cases).*

### 3.3.1 Beschwerden und Symptome

Nach Geschlecht getrennt wurde bei den 16- bis 24-Jährigen erhoben, welche Beschwerden in den vergangenen zwei Wochen bei dieser Zielgruppe aufgetreten sind. Im Gegensatz zum Mikrozensus (Tabellen 16,17)

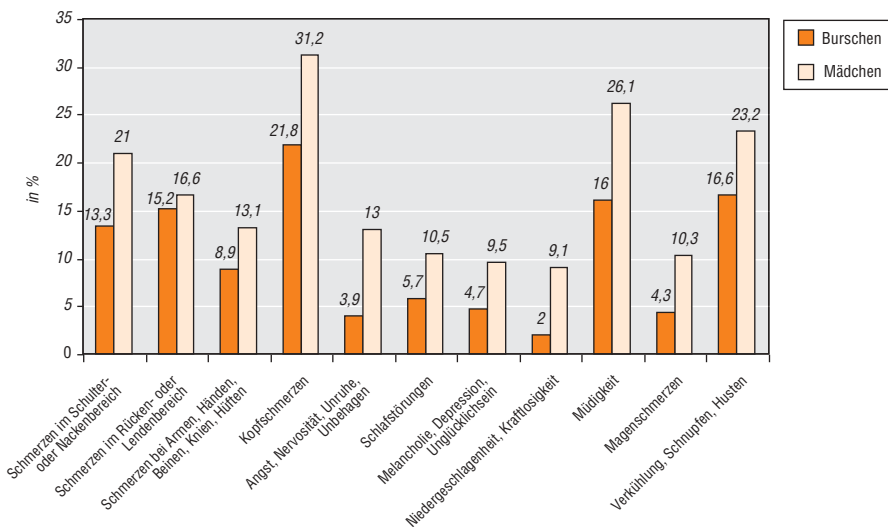
wurde hier generell nach Beschwerden gefragt, unabhängig davon, ob damit ein Arztbesuch erforderlich wurde. Aus diesem Grund sind die Beschwerden und Symptome z. T. „objektivierbar“ und die Ergebnisse in diesem Kapitel angeführt.

**Tabelle 20:** Beschwerden während der vergangenen zwei Wochen nach Geschlecht (in %)

Beschwerden	Burschen	Mädchen
Schmerzen im Schulter- oder Nackenbereich	13,3	21,0
Schmerzen im Rücken- oder Lendenbereich	15,2	16,6
Schmerzen bei Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften, Gelenken	8,9	13,1
Kopfschmerzen	21,8	31,2
starkes Herzklopfen	2,6	4,0
Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen	3,9	13,0
Schlafstörungen	5,7	10,5
Melancholie, Depression, Unglücklichsein	4,7	9,5
Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit	2,0	9,1
Müdigkeit	16,0	26,1
Magenschmerzen	4,3	10,3
Verdauungsprobleme, Durchfall, Verstopfung	2,2	5,5
Hautauschlag, Ekzeme, Jucken	2,5	4,6
Verkühlung, Schnupfen, Husten	16,6	23,2
Atemschwierigkeiten	2,0	3,2
Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen	2,4	5,2
Hör- oder Sehschwäche	1,2	2,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; 16- bis 24-Jährige, n = 452; S. 186

Grafik 9: Häufigste Beschwerden der letzten zwei Wochen nach Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; 16- bis 24-Jährige, n = 452; S. 186, Angaben in Prozent

Bei den Burschen gibt es lediglich fünf Kategorien, in welchen von mehr als zehn Prozent der Befragten angegeben wird, dass sie in den letzten zwei Wochen Beschwerden hatten. An der Spitze liegen hier die Kopfschmerzen (22 Prozent), gefolgt von leichten Verkühlungen (17 Prozent), Müdigkeit (16 Prozent), Rückenschmerzen (15 Prozent), sowie Schmerzen im Schulter- oder Nackenbereich (13 Prozent).

Bei den Mädchen ist dagegen der Prozentsatz jener, die in den vergangenen zwei Wochen unter Beschwerden litten, signifikant höher. In zehn Kategorien gaben zehn

Prozent und mehr der Betroffenen an, Schmerzen oder Symptome davon gehabt zu haben. An der Spitze liegen hier ebenfalls die Kopfschmerzen – immerhin ein Drittel der Mädchen hat in letzter Zeit darunter gelitten – vor Müdigkeit (26 Prozent), Verkühlungen (23 Prozent), sowie Schmerzen im Schulter- (21 Prozent) bzw. im Rückenbereich (17 Prozent). Es folgen Hüft- oder Gelenkschmerzen, Nervosität/Unbehagen, Schlafstörungen, Magenschmerzen und Depressionen. Vor allem der Prozentwert der Erkältungskrankheiten ist zu relativieren, da die Erhebung jeweils in den Wintermonaten durchgeführt wurde.<sup>6</sup>

Tabelle 21: Häufigste Beschwerden während der vergangenen zwei Wochen bei Mädchen nach Altersgruppen (in %)

Beschwerden	Mädchen 16–20	Mädchen 21–24
Kopfschmerzen	32,6	29,7
Müdigkeit	25,2	27,3
Verkühlung, Schnupfen, Husten	23,1	23,4
Schmerzen im Schulter- oder Nackenbereich	21,0	21,1
Schmerzen im Rücken- oder Lendenbereich	15,6	17,7
Schmerzen bei Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften, Gelenken	18,0	7,5
Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen	11,9	14,3
Schlafstörungen	12,4	8,5
Magenschmerzen	12,1	8,2
Melancholie, Depression, Unglücklichsein	8,8	10,3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; 16- bis 24-Jährige, n = 217; S. 186

<sup>6</sup> 1.Welle: 11/99-2/00, 2.Welle: 12/00 –3/01

Eine Detailanalyse nach Altersgruppen ergibt keine großen Unterschiede bei Mädchen bis 20 Jahren und darüber. Lediglich bei den Gelenkschmerzen reduziert sich die Häufigkeit der Beschwerden bei den Jüngeren auf weniger als die Hälfte verglichen mit der Gruppe der Älteren.

### 3.3.1.1 Männliche Immigrant\*innenjugendliche: am wenigsten Beschwerden

In der Folge wird untersucht, ob und wie sich die Beschwerden zwischen österreichischen und ausländischen Jugendlichen unterscheiden. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind dabei ähnlich: Mädchen leiden häufiger unter diversen Beschwerden als Burschen, unabhängig von der Staatszugehörigkeit.

Tabelle 22: Beschwerden während der vergangenen zwei Wochen nach Staatsbürgerschaft (in %)

Beschwerden	ÖsterreicherInnen		ImmigrantInnen	
	Burschen	Mädchen	Burschen	Mädchen
Schmerzen im Schulter- oder Nackenbereich	13,4	21,7	13,0	20,1
Schmerzen im Rücken- oder Lendenbereich	16,8	15,2	12,0	18,6
Schmerzen bei Armen, Händen, Beinen, Knien, Hüften, Gelenken	9,1	13,4	8,3	12,7
Kopfschmerzen	21,8	30,7	22,0	32,2
starkes Herzklopfen	3,1	2,2	1,5	7,0
Angst, Nervosität, Unruhe, Unbehagen	5,0	12,9	1,6	13,2
Schlafstörungen	5,8	11,1	5,7	9,7
Melancholie, Depression, Unglücklichsein	6,5	9,7	0,9	9,4
Müdigkeit	17,9	25,2	12,2	27,6
Magenschmerzen	3,3	11,0	6,3	9,1
Verdauungsprobleme, Durchfall, Verstopfung	1,8	6,9	3,0	3,4
Hautauschlag, Ekzeme, Jucken	3,4	4,6	,8	4,6
Verkühlung, Schnupfen, Husten	19,1	27,7	11,6	16,3
Atemschwierigkeiten	2,9	3,2	-	3,3
Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörungen	2,0	6,0	3,3	4,1
Niedergeschlagenheit, Kraftlosigkeit	2,1	11,3	1,9	5,7
Hör- oder Sehschwäche	1,4	2,6	,9	1,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; 16- bis 24-Jährige, n = 452

Der Vergleich der Geschlechter nach Staatsbürgerschaft fällt zu Ungunsten der männlichen Österreicher aus, die häufiger angeben, unter diversen Beschwerden zu leiden als männliche Immigrant\*innenjugendliche. Österreichische Burschen leiden häufiger unter leichten Verkühlungen, Müdigkeit, Rückenschmerzen, Depressionen und Ängsten. Eine mögliche Erklärung: Österreichische Burschen werden „femininer“, ihre ausländischen Geschlechtsgenossen noch „männlicher“ erzogen. Bei den Herkunftsfamilien der männlichen Immigrant\*innenjugendlichen herrschen noch eher traditionelle Rollenbilder vor, die weitervermittelt werden: „Ein echter Indianer kennt keinen Schmerz.“

Beim weiblichen Geschlecht sind die Differenzen nach Staatszugehörigkeit nicht so deutlich: Österreichische Mädchen leiden häufiger unter Verkühlungen, Niedergeschlagenheit und Verdauungsbeschwerden, ausländische Mädchen haben dagegen häufiger Rückenschmerzen und starkes Herzklopfen.

Ein für die gesamte Beschwerdensituation und damit für die gesundheitliche Gesamtlage einer Person aussagekräftiger Indikator ist im einfachsten Fall die Beschwerdenanzahl, also die Anzahl aller Arten an genannten Beschwerden, Schmerzen oder Krankheitssymptomen. Frauen berichten im Durchschnitt über erheblich mehr Beschwerden als Männer und das in allen Altersgruppen.

Tabelle 23: Anzahl der Beschwerden nach Alter und Geschlecht

Alter	Männer	Frauen
16–24	1,25	2,09
25–44	1,80	2,14
45–59	2,27	2,96
60–74	2,35	3,22
75 +	2,84	4,22
gesamt	2,0	2,72

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; S 190, Mittelwerte

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung leiden Burschen und junge Männer im Alter von 16- bis 24 Jahren am wenigsten unter Beschwerden (1,25). Sie unterscheiden sich dabei auch wesentlich von der nächstfolgenden Altersgruppe ihres eigenen Geschlechts (1,80). Junge Frauen und Mädchen leiden im Schnitt unter fast doppelt so vielen Beschwerden als das andere Ge-

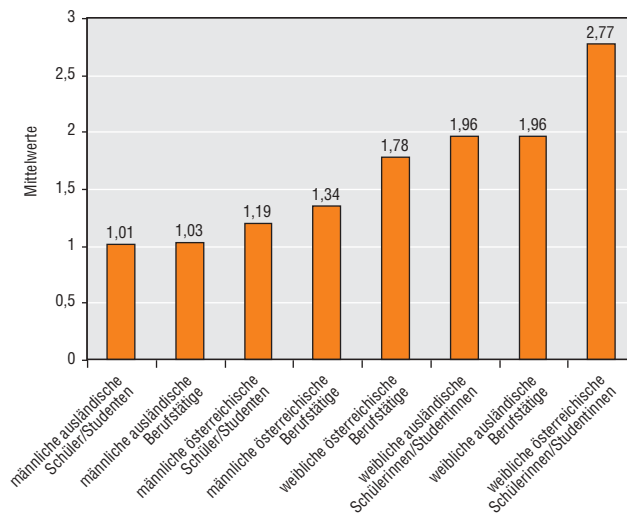
schlecht (2,09). Dabei gibt es auch nur geringfügige Unterschiede zwischen der jüngsten Altersgruppe und jener der 25- bis 44-jährigen Frauen. Die Beschwerdenanzahl wird im Rahmen einer Detailanalyse auch noch nach Staatsbürgerschaft, Erwerbsstatus und Geschlecht bei den 16- bis 24-Jährigen untersucht.

Tabelle 24: Beschwerdenanzahl nach Staatsbürgerschaft, Erwerbsstatus und Geschlecht

Staatsbürgerschaft	Geschlecht	Erwerbsstatus	Mittelwert
Immigranten	männlich	Schüler/Student	1,01
Immigranten	männlich	berufstätig	1,03
Österreicher	männlich	Schüler/Student	1,19
Österreicher	männlich	berufstätig	1,34
Österreicher	weiblich	berufstätig	1,78
Immigranten	weiblich	Schülerinnen/ Studentinnen	1,96
Immigranten	weiblich	berufstätig	1,96
Österreicher	weiblich	Schülerinnen/ Studentinnen	2,77

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001

Grafik 10: Beschwerdenanzahl nach Staatsbürgerschaft, Erwerbsstatus und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001

Am oberen Ende der Skala stehen dabei männliche Jugendliche aus MigrantInnenfamilien; sowohl Schüler als auch Erwerbstätige zeigen ein hohes Maß an Beschwerdenresistenz. Im Mittelwert weisen sie eine Beschwerde innerhalb der vergangenen zwei Wochen auf. Die ersten vier Plätze werden alle von den männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingenommen. Die zweite Hälfte der Tabelle wird vom weiblichen Geschlecht eingenommen. Dabei stehen mit Abstand die österreichischen Schülerinnen am Ende der Skala. Hier werden im Schnitt fast drei Beschwerden pro Betroffene dokumentiert (2,77). Hier dürften zwei Faktoren eine Rolle spielen, die schon zuvor beschrieben wurden: die geschlechtsspezifischen Wahrnehmungsunterschiede beim Gesundheitszustand, sowie die „Härte“ ausländischer („männlicher“) Burschen gegen sich selbst.

### 3.3.1.2 Lehrlinge: Knochenbrüche und Regelbeschwerden dominieren

Im Rahmen einer Lehrlingsuntersuchung wurden in Wien 1999 gehäuft auftretende Krankheiten und Auffäl-

ligkeiten nach Geschlecht dokumentiert. Die Dokumentation ist willkürlich – aufgenommen wurde nur, was den Ärzten aufgefallen ist. Deshalb sind die verschiedenen Krankheiten mit den angeführten Auffälligkeiten nicht wirklich miteinander vergleichbar.

An der Spitze liegt bei den männlichen Jugendlichen der Knochenbruch – ein Drittel der Burschen war davon schon betroffen. Danach folgen Warzen/Muttermale (20 Prozent), vor Kurzsichtigkeit (18 Prozent), Akne (17 Prozent) und Mittelohrentzündung (elf Prozent). Bei den untersuchten Mädchen lagen Regelbeschwerden an der Spitze gehäuft auftretender Krankheiten. Mehr als ein Drittel (37 Prozent) leidet darunter. Ein gutes Viertel hat Warzen/Muttermale (28 Prozent) oder leidet unter Kurzsichtigkeit (26 Prozent). Ein Fünftel der Mädchen hat Beschwerden mit dem Ausfluss; nur halb so viele Mädchen wie Burschen hatten dagegen schon einen Knochenbruch (17 Prozent). Weitere Beschwerden sind niedriger Blutdruck, Akne, Sonnenbrände, Mittelohrentzündung und Hautallergien (Tabelle 25).

Tabelle 25: Gehäuft auftretende Krankheiten bei Lehrlingen nach Geschlecht (in %)

Krankheiten	Burschen	Mädchen
Knochenbruch	30,1	17,5
Warzen, Muttermale	19,9	28,2
Kurzsichtigkeit	18,4	25,8
Akne	17,0	14,4
Mittelohrentzündung	10,9	11,8
sonstige Infektionskrankheiten	9,9	8,9
Allergien	9,8	8,0
(mehrere) Sonnenbrände	8,2	12,6
Bronchitis	8,1	9,5
Lungenentzündung	7,5	5,8
Hautallergien	7,3	10,1
Gehirnerschütterung	7,2	6,2
sonstige Brüche	6,7	3,5
Füße (Schuheinlagen)	4,5	5,4
Leistenbruch	4,1	1,9
Weitsichtigkeit	3,9	6,8
Erkrankungen des Bewegungsapparates	3,8	4,1
Meniskus	3,4	4,3
Vorhautverengung	3,4	–
Lungenasthma	3,2	2,1
Schädelverletzung	3,1	1,4
Wirbelsäulenverkrümmung	2,5	4,5
niederer Blutdruck	1,8	15,3
häufige Anginen	1,8	4,3
Depression	1,1	3,1
Regelbeschwerden	–	37,3
Ausfluss	–	21,9
Brustbeschwerden	–	4,2
Eierstockentzündung	–	3,5

Quelle: Wiener Lehrlingsuntersuchung 1999, n = 1.029, Angaben in Prozent

Der Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Lehrlingen: Erstere hatten schon wesentlich mehr Knochenbrüche, während die Mädchen häufiger unter Krankheiten leiden.

### 3.3.1.3 Stellungsuntersuchung: nur ein Viertel ohne Auffälligkeiten

Auch im Rahmen der Stellungsuntersuchung wurde bei männlichen Jugendlichen des Geburtsjahrganges 1982 eine Reihe von krankhaften Erscheinungen konstatiert. Im Vergleich zu den anderen Bundesländern liegt Wien bezüglich der Tauglichkeit seiner Rekruten im Durchschnitt (82,48 Prozent; Ö: 83,73 Prozent). Es gibt nur geringfügig mehr Burschen, die vorübergehend (5,94 Prozent; Ö: 5,70 Prozent) oder ganz untauglich (10,30 Prozent; Ö: 10,22 Prozent) sind.



Tabelle 26: Befunde der Stellungsuntersuchung des Geburtsjahrganges 1982, Wien

Diagnose	Anteil (in %)
Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten	24,3
Skelett, Muskeln, Bindegewebe	17,6
Augen und deren Anhangsgebilde	13,1
endokrines System, Stoffwechsel, Ernährung	11,8
seelische Störungen	7,9
Atmungsorgane	6,7
Verletzungen und Vergiftungen	5,1
Kreislaufsystem	3,3
Haut- und Unterhautzellgewebe	2,4
angeborene Missbildungen	2,0
Nervensystem (zentral und peripher)	1,6
Verdauungstrakt, Verdauungsorgane	1,3
Ohren, Gehör und Warzenfortsatz	1,0
Harn- und Geschlechtsorgane	0,9
Neubildungen – Tumore	0,4
Blut und Blut bildende Organe	0,2
infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,2
Mundhöhle, Speicheldrüsen, Kiefer	0,1
Pränatalzeit – Affektionen	0,1

Quelle: Bundesministerium für Landesverteidigung – Sanitätswesen

Der Gesundheitsstatus der Untersuchten sieht in Wien wie folgt aus: Ohne Diagnose (also vollkommen gesund) waren 24,2 Prozent der untersuchten Jungmänner. Bei etwa 75 Prozent der Untersuchten wurde eine Störung bzw. Erkrankung diagnostiziert. Etwa 18 Prozent der Befunde betreffen den Bereich „Skelett, Muskeln und Bindegewebe“ und 13 Prozent den Bereich „Augen und deren Anhangsgebilde“. Zwölf Prozent der Untersuchten mit einer diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigung weisen Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen auf; bei knapp acht Prozent wurden seelische Störungen angegeben. Beschwerden der Atmungsorgane wurden bei fast sieben Prozent konstatiert.

Bezüglich der Tauglichkeit liegen die Wiener Jugendlichen im Mittelfeld: 82,5 Prozent trägt hier die Rate (Österreich: 83,7 Prozent). Die höchsten Tauglichkeitsraten weisen Niederösterreich und Oberösterreich auf, die niedrigsten Tirol und Vorarlberg. Die Feststellung der Tauglichkeit nach Berufsgruppen zeigt für Wien, dass die Berufsausübenden aus den Bereichen „Gesundheit, Lehr- und Kulturberufe“, „Technische Berufe“ und so genannte „unbestimmte Berufe“ die höchsten Tauglichkeitsraten aufweisen, während sich die niedrigsten Raten bei den Angehörigen von Land- und Forstwirtschaftsberufen finden.

### 3.3.1.4 Allergische Beschwerden und Allergien

Bezüglich Allergien wurde laut Wiener Gesundheits-survey in den vergangenen Jahrzehnten eine stetige Zunahme allergischer Beschwerden und Erkrankungen beobachtet. Die Ursachen dieser Veränderung sind umstritten und größtenteils ungeklärt. Diskutiert werden sowohl die zunehmende Umweltverschmutzung als auch das individuelle Hygieneverhalten und Veränderung in der Wahrnehmung sowie Interpretation der Symptome. Dabei gibt es auch Unterschiede zwischen der Gesamtbevölkerung und der Gruppe der 16- bis 24-Jährigen. In der Gesamtbevölkerung entfallen die häufigsten allergischen Symptome auf die nur während einer bestimmten Jahreszeit auftretende Rhinitis, sowie auf allergische Hautausschläge. Erstere ist vor allem ein Problem der jüngeren Männer und Frauen (25 bis 44 Jahre). In der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen hat dagegen die so genannte „andere Allergie“<sup>7</sup> bei den Burschen den zweiten Platz eingenommen, bei den Mädchen sogar den Spitzenplatz. Zwölf Prozent der Burschen bzw. 15 Prozent der Mädchen leiden darunter (Tabelle 27 und 28).

<sup>7</sup> Da diese Bezeichnung im Fragebogen nicht genauer spezifiziert wurde, lässt sich im nachhinein nicht mehr feststellen, welche sonstige Allergieförmungen darunterfallen.

Tabelle 27: Allergien bei jungen Männern (in %)

Allergien	Burschen	Männer gesamt
allergische Rhinitis während bestimmter Jahreszeiten	12,3	13,0
andere Allergie	7,8	6,4
allergischer Hautausschlag	5,0	6,4
Asthma	3,4	3,5
allergische Rhinitis unabhängig von der Jahreszeit	2,4	4,2
Nesselausschlag	0,5	1,5
allergisches Darmleiden	0,3	1,1
nichts davon	77,3	72,9

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 191/192

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung gibt es bei den jungen Männern keine gravierenden Differenzen; die „andere Allergie“ tritt etwas häufiger auf, während die

allergische Rhinitis unabhängig von der Jahreszeit in dieser Altersgruppe seltener vorkommt.

Tabelle 28: Allergien bei jungen Frauen (in %)

Allergien	Mädchen	Frauen gesamt
andere Allergie	14,9	10,3
allergische Rhinitis während bestimmter Jahreszeiten	10,4	10,7
allergischer Hautausschlag	9,1	9,3
Asthma	6,2	3,9
allergische Rhinitis unabhängig von der Jahreszeit	3,2	5,3
Nesselausschlag	0,7	2,3
allergisches Darmleiden	0,3	0,8
nichts davon	68,5	68,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 191/192

Bei den Mädchen und jungen Frauen ist vor allem eine Entwicklung bedeutsam: die so genannte „andere Allergie“ liegt deutlich an der Spitze; auch die Neigung zu Asthma ist stärker ausgeprägt als in der Gesamtbevölkerung. Eine allergische Rhinitis unabhängig von der Jahreszeit und Nesselausschläge sind allerdings in dieser Altersgruppe viel seltener zu beobachten.

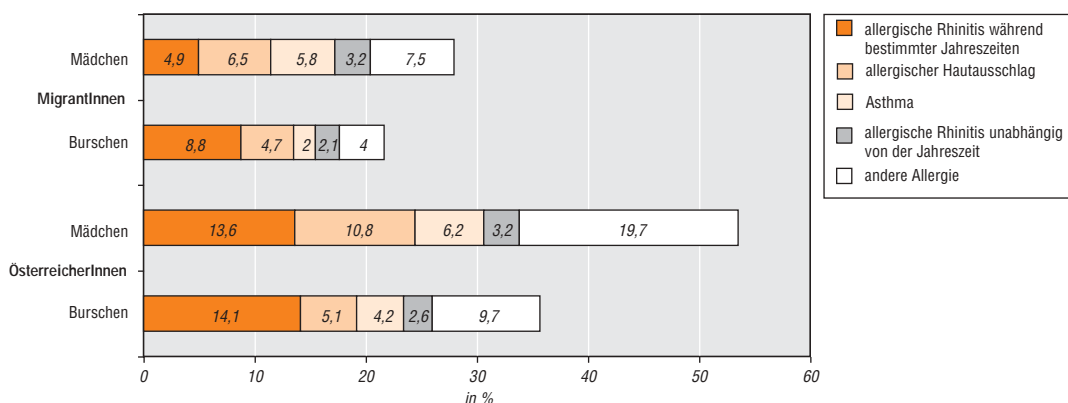
In der folgenden Detailanalyse wird die Anfälligkeit für Allergien nach Staatszugehörigkeit und Geschlecht analysiert. Ein erstes Resümee: Ausländische Jugendliche berichten seltener von Allergien als österreichische.

Tabelle 29: Allergien nach Staatszugehörigkeit und Geschlecht (in %)

Allergien	ÖsterreicherInnen		ImmigrantInnen	
	Burschen	Mädchen	Burschen	Mädchen
andere Allergie	9,7	19,7	4,0	7,5
allergische Rhinitis während bestimmter Jahreszeiten	14,1	13,6	8,8	4,9
allergischer Hautausschlag	5,1	10,8	4,7	6,5
Asthma	4,2	6,2	2,0	5,8
allergische Rhinitis unabhängig von der Jahreszeit	2,6	3,2	2,1	3,2
nichts davon	74,0	59,3	84,0	83,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 191/192

Grafik 11: Allergien nach Staatszugehörigkeit und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 191/192

40 Prozent der österreichischen Mädchen und 25 Prozent der Burschen haben schon die o. a. allergischen Reaktionen verspürt; aber nur 16 bzw. 17 Prozent der ausländischen Jugendlichen.

Dabei fällt auf, dass österreichische Mädchen besonders anfällig sind für „andere Allergien“ (20 Prozent) sowie für die allergische Rhinitis während bestimmter Jahreszeiten und dem allergischen Hautausschlag. Die allergische Rhinitis ist bei den österreichischen Burschen an der Spitze, gefolgt von den „anderen Allergien“. Ausländische Burschen und Mädchen geben Allergien bedeutend seltener an: Für neun Prozent der Burschen ist die allergische Rhinitis während bestimmter Jahreszeiten das Hauptproblem, für acht Prozent der Mädchen „andere Allergien“.

### 3.3.2 Chronische Erkrankungen bei Jugendlichen

Während der vorhergehende Abschnitt den Beschwerden und Krankheitssymptomen gewidmet war, untersucht dieser das Auftreten chronischer Erkrankungen bei den 16- bis 24-Jährigen. Unter „chronischen Krankheiten“ werden hier Krankheiten von „lang anhaltender Dauer“ oder Krankheiten ohne Aussicht auf dauerhafte Heilung verstanden. Vor allem bei den Detailanalysen wird dem Prozentsatz dieser Altersgruppe auch die Gesamtmorbidität der Wiener Männer und Frauen gegenübergestellt. Laut Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey ist mit steigendem Lebensalter mit einer starken Zunahme chronischer Krankheiten von etwa sieben bis zehn Prozent bei den 16- bis 24-Jährigen bis auf ca. 60 Prozent bei den über 74-Jährigen zu beobachten.

In der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen leiden 7,2 Prozent der Burschen und 10,6 Prozent der Mädchen unter einer andauernden, chronischen Krankheit; der

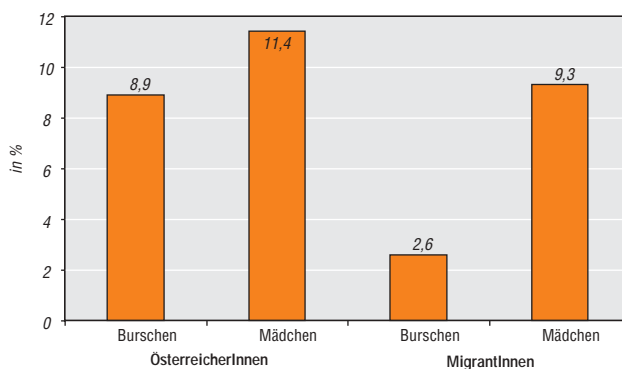
Großteil davon fühlt sich dabei in den alltäglichen Handlungen eingeschränkt.

**Tabelle 30:** Chronische Erkrankungen nach Staatszugehörigkeit und Geschlecht (in %)

	ÖsterreicherInnen		ImmigrantInnen	
	Burschen	Mädchen	Burschen	Mädchen
leiden unter chronischer Krankheit/Verletzung	8,9	11,4	2,6	9,3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452)

**Grafik 12:** Leiden unter chronischer Krankheit/Verletzung nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452)

Eine Detailanalyse nach Staatsbürgerschaft ergibt, dass ausländische Burschen am wenigsten unter chronischen Krankheiten bzw. Verletzungen leiden. Ansonsten liegt der Prozentsatz zwischen neun und elf Prozent.

Bei den folgenden Analysen nach Krankheitsgruppen wird aufgrund geringer Fallzahlen nicht nach Staatsbürgerschaft getrennt analysiert.

### 3.3.2.1 Psychiatrische Krankheiten

Laut Wiener Gesundheitssurvey zeigt von den erhobenen psychiatrischen Symptomen die Epilepsie keine Altersabhängigkeit. Nervosität bzw. Angstzustände nehmen dagegen mit dem Alter zu, und Kopfschmerzen/Migräne treten am häufigsten in den beiden mittleren Altersgruppen auf. Bei der Epilepsie lässt sich immerhin konstatieren, dass diese psychiatrische Krankheitsform bei der jüngsten Altersgruppe am stärksten ausgeprägt ist. Bei den Burschen sind mehr als im gesamten Bevölkerungsschnitt davon betroffen; bei den Mädchen beträgt dieser Anteil sogar das Doppelte.

**Tabelle 31:** Psychiatrische Krankheiten nach Geschlecht (in %)

Krankheiten	Burschen 16-24	Männer gesamt	Mädchen 16-24	Frauen gesamt
Nervosität/Angstzustände	2,6	4,7	4,1	6,9
Epilepsie	0,4	0,3	1,4	0,7
schwere Kopfschmerzen, Migräne	2,9	4,4	7,2	10,3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 203

Bei Nervosität/Angstzuständen und schweren Kopfschmerzen liegen die Jugendlichen unter dem Bevölkerungsschnitt; nichtsdestotrotz sind die Mädchen davon stärker betroffen als die Burschen.

### 3.3.2.2 Krankheiten der Atmungsorgane

Bei Erkrankungen der Atmungsorgane liegen die Burschen unter dem Bevölkerungsschnitt; bei den Mädchen ist sowohl bei chronischer Bronchitis als auch bei Asthma der Prozentanteil höher als bei den Burschen. Bei der Bronchitis liegen sie ebenfalls unter, bei Asthma mit 3,4 Prozent über dem Bevölkerungsschnitt.

**Tabelle 32:** Krankheiten der Atmungsorgane nach Geschlecht (in %)

Krankheiten	Burschen 16-24	Männer gesamt	Mädchen 16-24	Frauen gesamt
chronische Bronchitis	1,6	3,2	2,8	4,1
Asthma	1,6	2,1	3,4	2,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 205

### 3.3.2.3 Krankheiten der Verdauungsorgane

Lediglich zwei Prozent der 16- bis 24-jährigen Burschen und Mädchen leiden aktuell unter einem Ma-

gengeschwür oder Gastritis. Bei den Frauen steigt dieser Prozentsatz mit dem Alter an; bei den Männern über 60 Jahren ist die Entwicklung dagegen wieder rückläufig.

**Tabelle 33:** Krankheiten der Verdauungsorgane nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter	Männer	Frauen
16-24	2,2	2,3
25-44	3,4	3,6
45-59	6,3	4,7
60 +	5,6	6,9
gesamt	4,4	4,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001; S. 206

### 3.3.2.4 Krankheiten der Urogenitalorgane

Burschen im Alter von 16 bis 24 Jahren haben keine Probleme mit Unterleibserkrankungen; in der Gesamtbevölkerung sind dagegen 1,2 Prozent der Männer davon betroffen. Bezüglich Unterleibserkrankungen ist

der Prozentsatz der Mädchen geringer als jener aller Frauen. Allerdings leiden mehr als doppelt so viele unter Menstruationsbeschwerden: Mehr als zwölf Prozent der Mädchen sind davon betroffen, aber nur knapp sechs Prozent der Frauen insgesamt.

Tabelle 34: Krankheiten der Urogenitalorgane nach Geschlecht (in %)

Krankheiten	Burschen 16–24	Männer gesamt	Mädchen 16–24	Frauen gesamt
Unterleibserkrankung	0,0	1,2	1,1	1,7
Menstruationsbeschwerden	–	–	12,2	5,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 207

### 3.3.2.5 Hautkrankheiten

Doppelt so viele Mädchen wie Burschen (fünf zu 2,5 Prozent) leiden unter Hautkrankheiten. Damit liegen

sie auch über dem weiblichen Durchschnittswert. Die jungen Männer liegen dagegen darunter. An Schuppenflechte leidet dagegen nur ein Prozent der Burschen und Mädchen.

Tabelle 35: Hautkrankheiten nach Geschlecht (in %)

Krankheiten	Burschen 16–24	Männer gesamt	Mädchen 16–24	Frauen gesamt
Ekzem, Hautausschlag	2,5	3,4	5,0	4,5
Schuppenflechte	1,1	2,5	1,3	1,7

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 208

### 3.3.2.6 Rückenschmerzen

Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung leiden Jugendliche bedeutend seltener unter chronischen Rückenschmerzen. Trotzdem sind es immerhin acht Prozent der Burschen und zehn Prozent der Mädchen,

die in der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen damit Probleme haben. Eine (aufgrund geringer Fallzahlen nicht sehr aussagekräftige) Detailanalyse nach Staatsbürgerschaft kommt zu dem Ergebnis, dass österreichische Mädchen überproportional darunter leiden.

Tabelle 36: Krankheiten des Bewegungsapparates nach Geschlecht (in %)

Krankheiten	Burschen 16–24	Männer gesamt	Mädchen 16–24	Frauen gesamt
Rückenschmerzen	7,9	22,3	9,7	27,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 208

**3.3.3 Zahngesundheit**

**3.3.3.1 Zwei Drittel der Jugendlichen haben noch alle Zähne**

Der Zahnstatus der ÖsterreicherInnen gehört zu jenen Themengebieten, die schon bisher besonders umfas-

send untersucht wurden. Hierzu gibt es nicht nur Sekundärdaten vom Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, sondern auch von einer bundesweiten Erhebung, die 1998 an 500 Achtzehnjährigen durchgeführt wurde. Da bei Letzterer die Fallzahlen für Wien zu niedrig sind (n = 76) werden diese Ergebnisse nur österreichweit präsentiert.

**Tabelle 37:** Zahngesundheit nach Geschlecht (in %)

Wie viele ihrer Zähne haben Sie behalten?	Burschen	Mädchen
alle Zähne	65,6	66,2
mehr als 20 Zähne	29,0	28,5
10-19 Zähne	0,2	0,1
1-9 Zähne	0,7	0,4
keinen	1,9	0,5
weiß nicht	2,6	4,4

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 217

Zwei Drittel aller 16- bis 24-Jährigen geben an, noch alle Zähne zu besitzen. Dabei gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Ein Drittel der Befragten hat

auf jeden Fall noch mehr als 20 Zähne; lediglich ein Prozent der Mädchen, aber drei Prozent der Burschen geben an, weniger Zähne behalten zu haben.

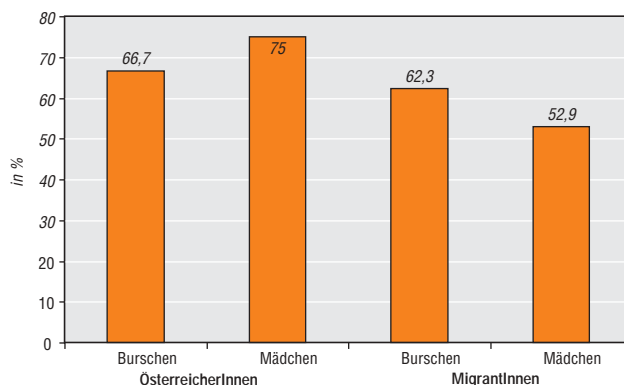
**3.3.3.2 Zahnbestand: ImmigrantInnende sind benachteiligt**

**Tabelle 38:** Zahngesundheit nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (in %)

Wie viele ihrer Zähne haben Sie behalten?	ÖsterreicherInnen		ImmigrantInnen	
	Burschen	Mädchen	Burschen	Mädchen
alle Zähne	66,7	75,0	62,3	52,9
mehr als 20 Zähne	27,7	20,5	31,2	41,2
10-19 Zähne	0,6	-	-	-
1-9 Zähne	1,3	-	-	1,2
keinen	1,3	0,8	3,9	-
weiß nicht	2,5	3,8	2,6	4,7

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 217

Grafik 13: Anteil der Jugendlichen mit allen Zähnen nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 217

Bei einer Detailanalyse nach Staatsbürgerschaft kommt es allerdings doch zu deutlicheren Differenzen zwischen den Geschlechtern. Hier ist der Zahnstatus bei den österreichischen Mädchen am besten: Drei von vier geben an, noch alle Zähne zu haben. Es folgen die männlichen Österreicher mit zwei Drittel, knapp vor den männlichen Immigranten. Besonders schlecht ist es um den Zahnstatus der ausländischen Mädchen bestellt: Lediglich die Hälfte der 16- bis 24-Jährigen hat noch alle Zähne. Weiter fällt auf, dass vier Prozent der ausländischen Burschen keine Zähne mehr besitzen. Hier dürfte die mangelnde Gesundheitsvorsorge besonders zum Tragen kommen: Jugendliche aus Immigrantenfamilien gehen seltener zum Zahnarzt als die jungen ÖsterreicherInnen. Genauer wird diese Tatsache noch auf den Folgeseiten dokumentiert.

### 3.3.3.3 Kariesschäden bei Achtzehnjährigen: Konzentration auf Wenige

In der bundesweiten Erhebung wurde analysiert, wie es um die Schäden bei bestehenden Zähnen der Achtzehnjährigen bestellt ist. Dabei kommt die Studie zum Schluss, dass bei dieser Altersgruppe durchschnittlich mehr als fünf Zähne durch Karies geschädigt sind. Im Vergleich zu früheren Erhebungen wird allerdings deutlich, dass ein immer größer werdender Prozentsatz annähernd kariesschadensfrei bleibt, und sich die Kariesschäden auf immer weniger Personen, dafür aber umso stärker, konzentrieren. Geschlechtsspezifisch gibt es hier nur geringe Unterschiede; signifikant sind diese allerdings laut Studie zwischen den Ausbildungsarten (AHS, berufsbildende Schule und Lehre).

Tabelle 39: Kariesschäden nach Schulbildung und Anzahl der Zähne bei Achtzehnjährigen in Österreich (in %)

Anzahl geschädigter Zähne	AHS	berufsbildende Schule	Lehre
0	26,2	12,9	10,2
1	9,9	8,1	5,6
2	12,8	2,4	7,0
3	5,7	6,5	7,9
4	16,3	6,5	7,9
5	12,1	9,7	6,5
6-10	9,9	34,7	38,1
11-15	5,7	13,7	12,6
16 und mehr	1,4	5,6	4,2

Quelle: Zahn 98 – Hrsg.: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen S. 23; n = 526



Während bei den AHS-SchülerInnen mehr als ein Viertel keine Karieserfahrung hat, sind es bei den Probanden aus berufsbildenden Schulen nur mehr 13 Prozent und bei den Lehrlingen zehn Prozent. Die Hälfte aller Lehrlinge und SchülerInnen aus berufsbildenden Schulen haben sechs und mehr kariöse Zähne – in der AHS beträgt der Anteil dagegen nur knapp 16 Prozent. Dies verweist möglicherweise auf einen sozio-ökonomischen Einfluss.

Dementsprechend ist es auch um den Behandlungsbedarf bestellt: Bei AHS-SchülerInnen beträgt dieser österreichweit lediglich acht Prozent; bei SchülerInnen aus berufsbildenden Schulen bereits knapp 19 Prozent und bei den Lehrlingen sind überhaupt mehr als ein Viertel davon betroffen.

Tabelle 40: Behandlungsbedarf nach Ausbildungsart bei Achtzehnjährigen in Österreich (in %)

Behandlungsbedarf	AHS	berufsbildende Schule	Lehre
ja	7,8	18,6	26,1
nein	92,2	81,5	74,0

Quelle: Zahn 98 – Hrsg.: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; n = 526

### 3.3.3.4 Zahnarztbesuch wird von ImmigrantInnen seltener wahrgenommen

Im Wiener Gesundheitssurvey wurde erhoben, wie oft die 16- bis 24-Jährigen in den vergangenen fünf Jahren beim Zahnarzt waren. Generell waren die österreichischen Jugendlichen häufiger dort; 70 Prozent der Mädchen und immerhin die Hälfte der Burschen haben fünfmal oder öfter den Arzt aufgesucht. 44 Prozent der

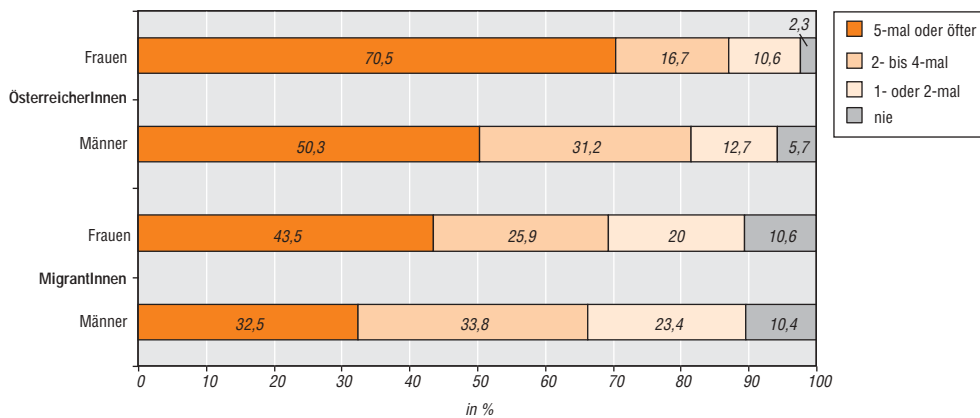
Immigrantinnen, aber lediglich ein Drittel der Immigranten waren ebenso häufig beim Zahnarzt. Ein gutes Fünftel der ausländischen Jugendlichen waren innerhalb der vergangenen fünf Jahre lediglich ein- oder zweimal beim Arzt; elf Prozent der Burschen und Mädchen haben diesen gar nicht aufgesucht. Hier dürften sozioökonomische Faktoren zum Tragen kommen: Viele Immigrantenfamilien sind nicht ausreichend versichert oder die Zahnbehandlung ist aus finanziellen Gründen nicht möglich.

Tabelle 41: Zahnarztbesuch nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht

Geschlecht	Wie oft waren Sie während der letzten 5 Jahre beim Zahnarzt? (in %)			
	5-mal oder öfter	2- bis 4-mal	1- oder 2-mal	nie
<b>ÖsterreicherInnen</b>				
Männer	50,3	31,2	12,7	5,7
Frauen	70,5	16,7	10,6	2,3
gesamt	59,5	24,6	11,8	4,2
<b>ImmigrantInnen</b>				
Männer	32,5	33,8	23,4	10,4
Frauen	43,5	25,9	20,0	10,6
gesamt	38,3	29,6	21,6	10,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452)

Grafik 14: Zahnarztbesuch nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), Angaben in Prozent

Mädchen und junge Frauen gehen häufiger zum Zahnarzt und legen mehr Wert auf gesunde Zähne. Diese Feststellung wird auch durch die bundesweite Zahn-Studie

untermauert: Mädchen gehen häufiger, auch mehrmals jährlich zum Zahnarzt; dagegen geht ein gutes Viertel der Burschen lediglich im Anlassfall (Tabelle 42).

Tabelle 42: Zahnarztbesuch bei Achtzehnjährigen nach Geschlecht in Österreich (in %)

Häufigkeit des Zahnarztbesuches	Burschen	Mädchen
1 x/Jahr	32,7	31,0
2 x/Jahr	29,5	36,3
öfter	9,0	12,9
nur im Anlassfall	28,8	19,4

Quelle: Zahn 98 – Hrsg.: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; n = 526; fehlende Werte auf 100: missing

Beim ein- bis zweimaligen Zahnarztbesuch im Jahr wird als Hauptursache von den österreichischen Achtzehnjährigen der eigene Kontrollwunsch angegeben; bei häufigerem Besuch ist für mehr als die Hälfte der Jugendlichen eine Zahnregulierung oder ein ande-

rer Grund ausschlaggebend. Wird der Zahnarzt im Anlassfall aufgesucht, stehen akute Schmerzen im Vordergrund; ein Fünftel der Befragten gibt den Elternwunsch als Ursache an.

Tabelle 43: Grund für Zahnarztbesuch mit Häufigkeit bei Achtzehnjährigen in Österreich (in %)

Grund für Zahnarztbesuch	1 x/J	2 x/J	öfter	Anlass
eigener Kontrollwunsch	59	69	35	14
Elternwunsch	12	8	7	22
Schmerzen	12	10	5	40
Regulierung	7	5	28	4
anderer Grund	10	9	25	20

Quelle: Zahn 98 – Hrsg.: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; n = 526

Im Rahmen des Wiener Gesundheitssurveys wurden die Jugendlichen auch bezüglich der Behandlungsart im Rahmen des Zahnarztbesuches befragt. Bei der Hälfte der Jugendlichen, unabhängig von Geschlecht und Staatsbürgerschaft, stand hierbei eine Zahnfüllung

im Vordergrund. Für ein Drittel der ausländischen Frauen und Mädchen stand eine Zahnreinigung an, während einem Fünftel der männlichen Immigranten überhaupt ein Zahn gezogen werden musste.

**Tabelle 44:** Zahnbehandlung nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht

Geschlecht	Welche Behandlungen haben Sie innerhalb der vergangenen 12 Monate von Ihrem Zahnarzt erhalten? (in %)			
	Vorbeugung	Zahnreinigung	Zahnfüllung	Zahn gezogen
<b>ÖsterreicherInnen</b>				
Männer	10,2	20,6	46,8	10,4
Frauen	10,9	17,1	50,1	9,3
<b>ImmigrantInnen</b>				
Männer	6,7	22,9	48,2	19,0
Frauen	7,0	33,8	53,4	8,7

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), Mehrfachnennungen

In der bundesweiten Zahn-Studie wurde der Sanierungsbedarf bei Achtzehnjährigen auch mit der Häufigkeit des Arztbesuches verglichen. Je häufiger die Jugendlichen den Zahnarzt aufsuchten, desto geringer

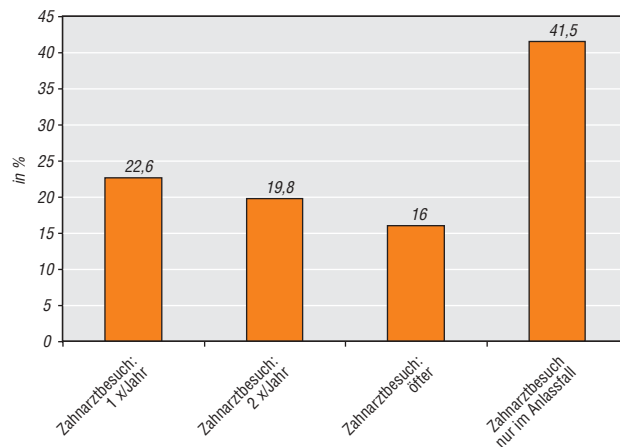
der Sanierungsbedarf. Jugendliche, die nur im Anlassfall zum Zahnarzt gingen, hatten oft mehr Reparaturbedarf bezüglich ihrer Zähne.

**Tabelle 45:** Sanierungsbedarf bei Achtzehnjährigen mit Zahnarztbesuch in Österreich (in %)

Zahnarzt – Besuchshäufigkeit	Sanierungsbedarf	kein Sanierungsbedarf
1 x/Jahr	22,6	34,3
2 x/Jahr	19,8	36,0
öfter	16,0	9,6
nur im Anlassfall	41,5	20,0

Quelle: Zahn 98 – Hrsg.: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; n = 526

Grafik 15: Sanierungsbedarf der Zähne nach der Häufigkeit der Arztbesuche



Quelle: Zahn 98 – Hrsg.: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; n = 526

### 3.3.3.5 Zahnregulierung: bei Mädchen häufiger

Für viele Jugendliche ist es notwendig, aufgrund von Fehlstellungen der Zähne, eine dauerhafte Regulierung vorzunehmen. Laut bundesweiter Zahn-Studie hatten oder haben 42 Prozent der Achtzehnjährigen eine Zahnregulierung. Von diesen hat mehr als die Hälfte eine abnehmbare, ca. 17 Prozent eine festsitzende und

ein Viertel im Laufe der Behandlung sowohl eine abnehmbare als auch eine festsitzende Zahnspange. Da Regulierungen nicht nur aus medizinischen sondern auch aus ästhetischen Gründen getragen werden, haben Frauen erwartungsgemäß signifikant häufiger eine Zahnregulierung als Männer. Genau die Hälfte der Frauen dieser Studie trägt eine Regulierung, während es bei den männlichen Jugendlichen nur etwas mehr als ein Drittel ist.

Tabelle 46: Art der Zahnregulierung nach Geschlecht bei Achtzehnjährigen in Österreich (in %)

Art der Regulierung	Burschen	Mädchen
abnehmbar	63,5	51,2
fest	17,7	15,4
beides	18,8	33,3

Quelle: Zahn 98 – Hrsg.: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; n = 221

Fast zwei Drittel der Burschen mit Zahnregulierung haben oder hatten eine abnehmbare Zahnspange; ein Drittel der Mädchen hat oder hatte beides. Nicht zu vernachlässigen sind die Kosten für eine Zahnregulierung: Lehrlinge hatten signifikant weniger oft eine Zahnregulierung. Und jene Lehrlinge, die eine haben, tragen signifikant häufiger eine abnehmbare und deutlich weni-

ger oft beide Formen der Zahnregulierung. Beide Formen der Regulierung gibt es am häufigsten bei AHS-SchülerInnen. Schließlich dürfte auch der Bildungsstatus eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielen: Höhere Bildungsschichten legen mehr Wert auf einen zufriedenstellenden Gesundheitsstatus; dazu gehört auch gutes Aussehen durch regulierte Zähne.

Tabelle 47: Art der Zahnregulierung nach Ausbildungsart bei Achtzehnjährigen (in %)

Art der Regulierung	AHS	berufsbildende Schule	Lehre
abnehmbar	38,0	61,0	76,1
fest	14,1	18,6	11,9
beides	47,9	20,3	11,9

Quelle: Zahn 98 – Hrsg.: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; n = 526

### 3.3.4 Krankheitsbehandlung: Arzneimittel und Arztbesuche

#### 3.3.4.1 Junge Frauen greifen häufiger zu Schmerzmitteln

Die Jugendlichen wurden danach befragt, welche Medikamente sie gegen Beschwerden in den letzten zwei Wochen eingenommen haben. Eine Detailanalyse nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft ergibt einige Differenzen: So haben ausländische Mädchen am meisten Medikamente gegen Husten, Muskel- und Knochen-

schmerzen, sowie andere Schmerzmittel eingenommen. Österreichische Mädchen liegen bei anderen Medikamenten und Schmerzmitteln im Spitzenfeld.

Jedenfalls sieht es danach aus, als ob die jungen Frauen und Mädchen häufiger zu Schmerzmitteln und anderen Medikamenten greifen als ihre männlichen Geschlechtsgenossen. Dies deckt sich auch mit der Nennung von Beschwerden: Die Häufigkeit ist bei den jungen Frauen deutlich höher als bei den jungen Männern (siehe Tabelle 16, 17, 20, 21).

Tabelle 48: Einnahme von Medikamenten in den letzten 2 Wochen nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (in %)

Beschwerden	ÖsterreicherInnen		ImmigrantInnen	
	Burschen	Mädchen	Burschen	Mädchen
Mittel gegen Husten	5,3	5,5	5,0	8,4
Mittel gegen Asthma	1,8	0,6	–	1,0
Hautmittel	1,1	1,5	1,2	1,6
Mittel gegen Muskel-, Sehnen- und Knochenschmerzen	1,7	2,2	1,5	4,1
andere Schmerzmittel	5,4	16,4	7,5	22,0
Schlafmittel	–	1,5	–	1,9
Beruhigungsmittel	0,5	1,7	0,2	2,4
Penizillin, Antibiotika	0,5	5,4	1,5	1,4
andere Medikamente	6,7	15,9	2,2	7,4

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; 16- bis 24-Jährige, n = 452

Eine Erhebung des Statistik Austria – Mikrozensus kommt dagegen zu einem etwas anderen Ergebnis. Ärztlich verordnet hat das „starke Geschlecht“ in den letzten vier Wochen häufiger Medikamente verordnet

bekommen: gegen Lungenasthma, Magenbeschwerden, Allergien, Schmerzmittel. Lediglich bei den sonstigen Medikamenten liegen hier die Frauen mit dem doppelten Prozentsatz voran (Tabelle 49).

Tabelle 49: Ärztlich verordnete Medikamente nach Geschlecht in den letzten 4 Wochen (in %)

Art der Medikamente	Burschen	Mädchen
verordnete Medikamente gegen Lungenasthma	2,0	1,4
verordnete Medikamente gegen Magenbeschwerden	3,0	–
verordnete Medikamente gegen Allergien	3,0	1,4
verordnete Medikamente: Schmerzmittel	5,0	1,4
verordnete Medikamente: sonstige	3,0	6,3

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus 1999; 14- bis 24-Jährige; n = 242

Bei nicht ärztlich verordneten Erkältungs- und Schmerzmittel liegen dagegen die Frauen deutlich voran: sechs bzw. elf Prozent haben in den letzten vier Wochen entsprechende Medikamente eingenommen.

Tabelle 50: Nicht ärztlich verordnete Medikamente nach Geschlecht in den letzten 4 Wochen (in %)

Art der Medikamente	Burschen	Mädchen
Medikamente ohne Verschreibung: Erkältungsmittel	1,0	5,6
Medikamente ohne Verschreibung: Schmerzmittel	6,0	10,6
Medikamente ohne Verschreibung: sonstige	4,0	2,1
keine Medikamente ohne Verschreibung	68,0	61,3

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus 1999; 14- bis 24-Jährige; n = 242

### 3.3.4.2 Der praktische Arzt wird am häufigsten aufgesucht

Beim Arztbesuch im vergangenen Jahr dominiert laut Statistik Austria – Mikrozensus bei Burschen und Mäd-

chen der praktische Arzt, gefolgt vom Zahnarzt und sonstigem Facharzt. Bei den Älteren ist insbesondere der Besuch der Burschen beim praktischen Arzt deutlich gestiegen.

Tabelle 51: Arztbesuch im letzten Jahr wegen Beschwerden (in %)

Gesundheitsverhalten	Burschen bis 20	Mädchen bis 20	Burschen 21–24	Mädchen 21–24
praktischer Arzt	30,2	26,4	42,1	27,1
Frauenarzt	–	2,8	–	2,9
Internist	4,7	1,4	–	1,4
Kinderarzt	–	1,4	–	4,3
sonstiger Facharzt	9,3	9,7	7,0	11,4
Ambulatorium	7,0	4,2	10,5	4,3
Zahnarzt	9,3	11,1	10,5	17,1

Quelle: Statistik Austria – Mikrozensus 1999; 14- bis 24-Jährige; n = 242

Im Rahmen des Wiener Gesundheitssurveys wurde detaillierter nachgefragt, welcher Arzt innerhalb der letzten drei Monate aufgesucht wurde. Hier liegt ebenso der praktische Arzt vorne; allerdings sind die Prozentwerte deutlich niedriger als beim Statistik Austria – Mikrozensus. Österreichische Jugendliche zwischen 16 und 24 Jahren waren in diesem Zeitraum häufiger beim

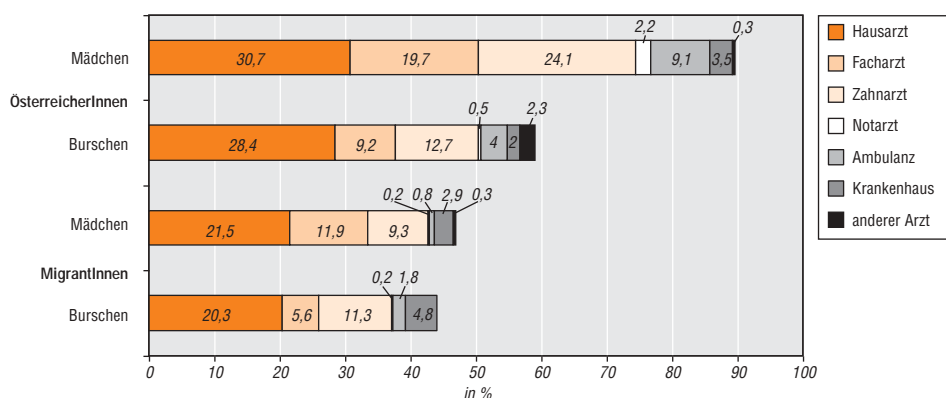
Hausarzt, Facharzt und Zahnarzt anzutreffen als ausländische Jugendliche. Immigrantinnen waren nur halb so oft beim Facharzt oder Zahnarzt als Österreicherinnen. Hier dürften, wie schon an früherer Stelle erwähnt, wieder sozioökonomische Gründe zum Tragen kommen.

Tabelle 52: Arztbesuch in den letzten 3 Monaten nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft (in %)

Beschwerden	ÖsterreicherInnen		ImmigrantInnen	
	Burschen	Mädchen	Burschen	Mädchen
Hausarzt	28,4	30,7	20,3	21,5
Facharzt	9,2	19,7	5,6	11,9
Zahnarzt	12,7	24,1	11,3	9,3
Notarzt	0,5	2,2	0,2	0,2
Ambulanz	4,0	9,1	1,8	0,8
Krankenhaus	2,0	3,5	4,8	2,9
anderer Arzt	2,3	0,3	-	0,3

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; 16- bis 24-Jährige, n = 452

Grafik 16: Arztbesuche in den letzten drei Monaten nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; 16- bis 24-Jährige, n = 452

### 3.3.5 Unfälle

Dieser Abschnitt untersucht das Auftreten von Unfällen, die sich außerhalb der Arbeitszeit ereigneten und die der betroffenen Person Schwierigkeiten bei der Ausübung der alltäglichen Aktivitäten bereiteten.

#### 3.3.5.1 Unfälle innerhalb der Arbeitszeit

Unfälle innerhalb der Arbeitszeit sind in der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen nur wenige aufgelistet, da nur 203 berufstätige Jugendliche befragt wurden. 4,5 Prozent dieser Jugendlichen (n=9) hatten im Jahr vor der Befragung einen Arbeitsunfall, der eine Abwesenheit von der Arbeit während des nächsten Tages oder darüber hinaus nach sich zog. Sieben Jugendliche be-

richten von einem derartigen Unfall im Vorjahr, eine/r von zwei und eine/r von vier Unfällen.

#### 3.3.5.2 Unfälle außerhalb der Arbeitszeit: Sportunfälle dominieren

Laut Wiener Gesundheitssurvey waren innerhalb eines Jahres rund neun Prozent der Männer und Frauen von einem Freizeitunfall betroffen. Diese Unfallart tritt besonders häufig in der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen auf (Männer: 18 Prozent; Frauen: 16 Prozent). Es handelt sich bei diesen Unfällen bei den Männern zu über 50 Prozent und bei den Frauen zu einem Drittel um Sportunfälle. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Haushaltsunfälle an allen Freizeitunfällen von ca. 20 Prozent bis auf etwa 50 Prozent zu.

Tabelle 53: Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Hatten Sie einen Unfall außerhalb der Arbeitszeit? (in %)			
	Freizeitunfall	Verkehrsunfall	Haushaltsunfall	Sportunfall
<b>Männer</b>				
16–24	17,5	18,2	17,0	54,2
25–44	10,0	12,5	16,0	55,6
45–59	4,1	24,3	13,1	34,5
60–74	5,6	22,9	53,1	6,5
75 +	4,9	0,0	49,0	0,0
gesamt	8,5	15,9	20,9	45,7
<b>Frauen</b>				
16–24	15,5	10,5	23,0	34,7
25–44	6,9	23,7	26,6	28,9
45–59	9,0	15,8	30,1	18,9
60–74	4,7	8,5	38,4	28,6
75 +	13,6	1,8	50,0	2,1
gesamt	8,7	14,7	31,2	23,2

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey 2001, S. 211, Mehrfachnennungen

Bei der Detailanalyse nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht wird sichtbar, dass die österreichischen Jugendlichen doppelt so häufig in einen Freizeitunfall verwickelt sind. Bei Angabe der Art des Unfalles waren Mehrfachnennungen, aber auch Antwortverweigerungen möglich. Sportunfälle liegen bei drei der vier Gruppen an der Spitze; ausländische Burschen kommen auf einen Anteil von mehr als 60 Prozent, die österreichischen Burschen und Mädchen folgen mit 51 bzw. 43 Prozent. Eine Ausnahme stellen hier die Töchter aus MigrantInnenfamilien dar: Sportunfälle kommen hier sehr selten vor (elf Prozent); am häufigsten sind Haushaltsunfälle (60 Prozent). Laut einer Studie (Sport und Gesundheit 1999) sind drei Sportarten für über 60 Pro-

zent der medizinischen Behandlungskosten „verantwortlich“: Skifahren, Fußball und Radfahren. Diese Sportarten dürften – z. T. aus sozioökonomischen Gründen – von ausländischen Mädchen nicht ausgeübt werden. Weiters könnte eine stärkere Verpflichtung zu Haushaltstätigkeiten dazu führen, dass hier der Prozentsatz an Verletzungen besonders hoch ist. Haushaltsverletzungen liegen zwar auch bei österreichischen Burschen an zweithäufigster Stelle – allerdings sind nur ein Fünftel der österreichischen Burschen davon betroffen. Bei den ausländischen Burschen liegt dagegen der Verkehrsunfall an zweiter Stelle bei der Häufigkeit von Freizeitunfällen (Tabelle 54).

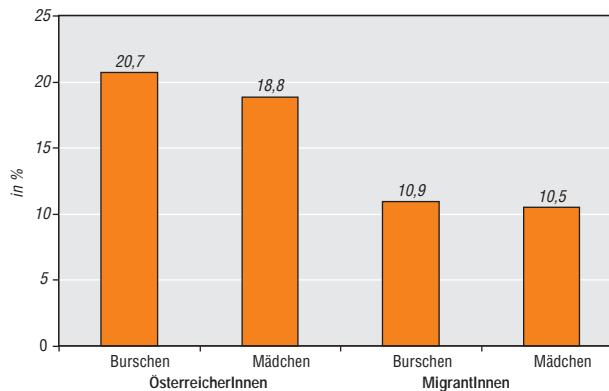
Tabelle 54: Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht

Hatten Sie einen Unfall außerhalb der Arbeitszeit?	ÖsterreicherInnen (in %)		ImmigrantInnen (in %)	
	Burschen	Mädchen	Burschen	Mädchen
Freizeitunfall	20,7	18,8	10,9	10,5
davon: Verkehrsunfall	16,3	8,8	23,1	14,5
davon: Haushaltsunfall	20,8	9,2	–	59,7
davon: Sportunfall	50,6	42,6	61,1	10,5
davon: sonstiger Unfall	20,5	40,9	2,2	17,6

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; 16- bis 24-Jährige; n = 452, Mehrfachnennungen



Grafik 17: Freizeitunfall im letzten Jahr nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; 16- bis 24-Jährige, n = 452

Analysiert man nach Staatszugehörigkeit und Erwerbsstatus, gibt es vor allem deutliche Differenzen bei den ausländischen Jugendlichen. Bei SchülerInnen und StudentInnen dominieren hier die Haushaltsunfälle, wovon hauptsächlich die Mädchen betroffen sind, gefolgt von sonstigen Unfällen. Bei den Berufstätigen tre-

ten sonstige Unfälle vor Sportunfällen am häufigsten auf. Bei den österreichischen Jugendlichen dominieren, unabhängig vom Erwerbsstatus, die sonstigen Unfälle, gefolgt von den Sportunfällen bei SchülerInnen/StudentInnen bzw. Verkehrsunfällen bei den Berufstätigen.

Tabelle 55: Unfälle außerhalb der Arbeitszeit nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht

Hatten Sie einen Unfall außerhalb der Arbeitszeit?	ÖsterreicherInnen (in %)		ImmigrantInnen (in %)	
	SchülerInnen, StudentInnen	berufstätig	SchülerInnen, StudentInnen	berufstätig
Freizeitunfall	18,8	20,5	10,4	11,7
davon: Verkehrsunfall	18,8	20,5	10,4	11,7
davon: Haushaltsunfall	6,7	17,0	32,4	3,3
davon: Sportunfall	19,1	15,6	20,7	33,0
davon: sonstiger Unfall	40,7	55,4	29,2	47,3

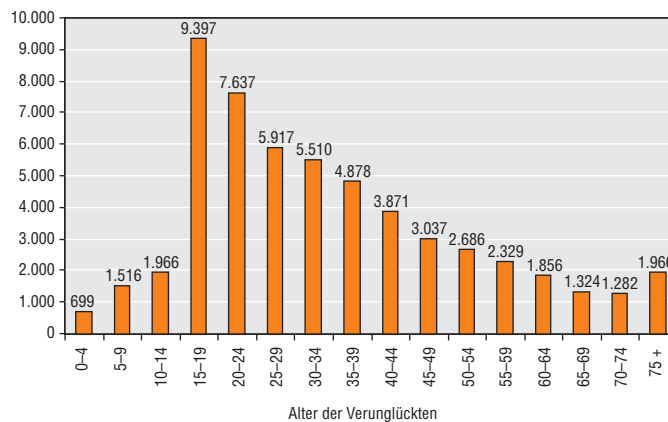
Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001; 16- bis 24-Jährige, n = 452

### 3.3.5.3 Verkehrsunfälle in Österreich: Risikogruppe Jugend

Vom Kuratorium für Verkehrssicherheit (KfV) wird die Zahl der im österreichischen Straßenverkehr Verunglückten und Getöteten dokumentiert. Vor allem bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen steigt mit der aktiven Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr die Zahl der Verunglückten und Getöteten stark an. Der Maximalwert der Verunglücktenzahl liegt bei den 18- bis 19-Jährigen, bei welchen vor allem die Zahl der verunglückten Pkw-LenkerInnen und MitfahrerInnen dominieren.

Von allen Altersgruppen sind laut KfV die 16- bis 19-Jährigen am meisten gefährdet. Zu dem Zeitpunkt, an dem Jugendliche erstmals aktiv am motorisierten Straßenverkehr teilnehmen dürfen (mit 16 Jahren als Lenker eines Mopeds) steigt die Zahl der Verunglückten um 200 Prozent (!) an. Allein 1.492 Jugendliche verunglückten im Jahr 2000 im Alter von 16 Jahren mit dem Moped. Mit Erreichen des Führerscheinalters nimmt die Anzahl der verunglückten BenutzerInnen einspuriger Kfz ab, jedoch verunglückten im Jahr 2000 6.253 Personen der 16- bis 20-Jährigen als Pkw-Insassen. Mit steigendem Alter nimmt die Zahl der Verunglückten ab.

Grafik 18: Verunglückte nach Altersgruppen und Verkehrsbeteiligung in Österreich



Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit; Unfallstatistik 2000, Absolutzahlen

Der Anteil der 15- bis 19-Jährigen, die im Straßenverkehr verunglücken, in Relation zur Gesamtbevölkerung, beträgt bei den FußgängerInnen acht Prozent, bei den LenkerInnen 16 Prozent und steigt bei den MitfahrerInnen auf knapp 22 Prozent an. Das bedeutet, dass ein Fünftel aller verletzten MitfahrerInnen in dieser Altersgruppe anzutreffen sind. Bei der Altersgruppe der 20-

bis 24-Jährigen ist dieser Anteil deutlich niedriger. Auch bei der Zahl der im Straßenverkehr Getöteten erreichen die Jugendlichen traurige Spitzenwerte. Fast 18 Prozent aller MitfahrerInnen sind zwischen 15 und 19 Jahre alt; 15 Prozent der getöteten LenkerInnen stammt aus der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen (Tabelle 56).

Tabelle 56: Verunglückte 15- bis 24-Jährige nach Verkehrsbeteiligung in Österreich

Alter (Jahre)	Verunglückte im Straßenverkehr (Angaben in Prozent zur Gesamtzahl)		
	FußgängerInnen	LenkerInnen	MitfahrerInnen
<b>Verletzte</b>			
15-19	8,0	16,3	21,6
20-24	5,4	14,9	13,0
Gesamtbevölkerung	4.338	37.638	12.953
<b>Getötete</b>			
15-19	2,1	12,6	17,7
20-24	5,0	15,1	9,7
Gesamtbevölkerung	140	661	175

Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit; Unfallstatistik 2000, Werte der Jugendlichen auf Gesamtzahl prozentuiert

Getrennt nach dem Geschlecht beträgt das Verhältnis der verletzten Männer zu den verletzten Frauen 3 : 2; d. h. auf drei verletzte Burschen kommen zwei verletzte Mädchen. Bei der Zahl der Getöteten ist das Missver-

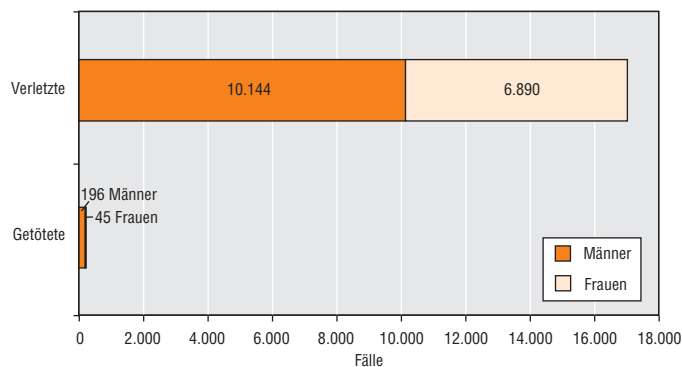
hältnis noch stärker ausgeprägt: Auf vier getötete Burschen kommt lediglich ein getötetes Mädchen. Dieses Verhältnis gilt bei Verletzten wie Getöteten in etwa für beide Altersgruppen.

Tabelle 57: Verunglückte und Getötete 15- bis 24-Jährige nach Alter und Geschlecht

Alter (Jahre)	Verunglückte im Straßenverkehr (Angaben in Absolutzahlen und <i>in %</i> )		
	Männer	Frauen	gesamt
<b>Verletzte</b>			
15–19	60,3	39,7	9.397
20–24	58,7	41,3	7.637
gesamt	10.144	6.890	17.034
<b>Getötete</b>			
15 -19	79,5	20,5	117
20–24	83,1	16,9	124
gesamt	196	45	241

Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit; Unfallstatistik 2000; Werte der Jugendlichen auf Gesamtzahl prozentuiert

Grafik 19: Verunglückte 15- bis 24-Jährige im Straßenverkehr



Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit; Unfallstatistik 2000

### 3.3.6 Todesursachen

#### 3.3.6.1 Jugendliche: wenige, aber spektakuläre Todesfälle

Im Jahr 2000 starben 84 Jugendliche im Alter von 14 bis 24 Jahren (siehe auch Kap. 1.2.3). Drei Viertel der Verstorbenen waren dabei Burschen. Aus Tabelle 58 lässt sich ersehen, dass bei Mädchen die häufigsten Todes-

fälle im Alter von 18 bis 20 Jahren auftreten, bei Burschen hingegen bei den 23- und 24-jährigen.

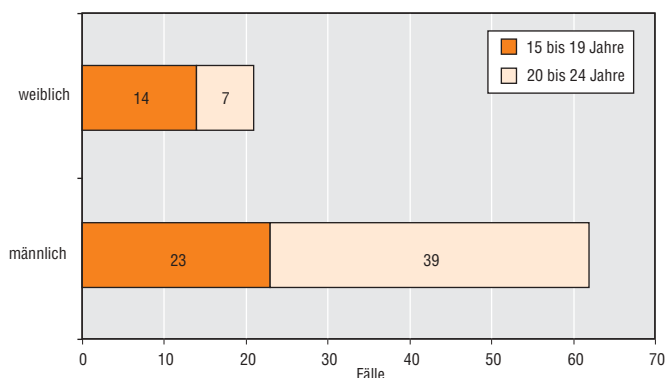
Risikoreiches Verhalten, das zu Sport-, Freizeit- und Verkehrsunfällen mit Todesfolge führt, ist dafür verantwortlich, dass das Mortalitätsrisiko vor allem der männlichen Jugendlichen zwischen dem 18. und 24. Lebensjahr stark ansteigt (vgl. Tabelle 58).

Tabelle 58: Verstorbene Jugendliche in Wien 2000

Alter in Jahren	männlich (absolut)	weiblich (absolut)	gesamt (absolut)	männlich (in %)	weiblich (in %)
14	–	1	1	–	100,0
15	1	1	2	50,0	50,0
16	3	2	5	60,0	40,0
17	2	1	3	66,7	33,3
18	9	5	14	64,3	35,7
19	8	5	13	61,5	38,5
20	8	3	11	72,7	27,3
21	6	1	7	85,7	14,3
22	3	1	4	75,0	25,0
23	12	2	14	85,7	14,3
24	10	0	10	100,0	0,0
gesamt	62	22	84	73,8	26,2

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, S. 67

Grafik 20: Verstorbene Jugendliche nach Geschlecht in Wien 2000



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, S. 67

Sowohl bei Burschen als auch bei Mädchen stellen Verletzungen und Vergiftungen die häufigste Todesursache dar. Sie erklären bei Burschen drei Viertel aller Todesfälle, bei Mädchen immerhin zwei Drittel. Innerhalb der Kategorie Verletzungen und Vergiftungen kommt den Vergiftungen durch Drogen bzw. Medikamenten, gefolgt von Verkehrsunfällen und Suiziden der höchste

Stellenwert zu. Im Jahr 2000 wurden drei Mädchen Opfer eines Mordes bzw. Totschlags.

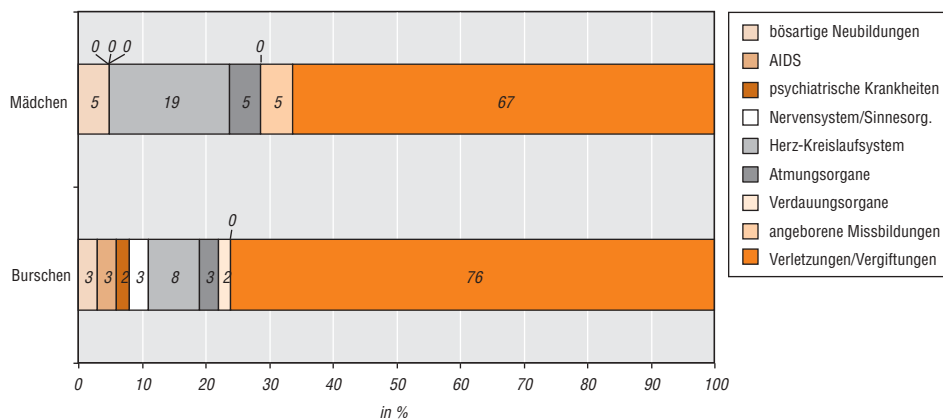
Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems sind bei beiden Geschlechtern die zweithäufigste Todesursache der Wiener Jugendlichen.

Tabelle 59: Todesursachen der 15- bis 24-jährigen WienerInnen nach Geschlecht, 2000

Todesursachen	Burschen	Mädchen
bösartige Neubildungen	2	1
AIDS	2	–
psychiatrische Krankheiten	1	–
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	2	–
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	5	4
Krankheiten der Atmungsorgane	2	1
Krankheiten der Verdauungsorgane	1	–
angeborene Missbildungen	–	1
Verletzungen und Vergiftungen	47	14
darunter: Verkehrsunfälle	10	2
Vergiftungen durch Drogen/Medikamente	18	3
Suizid	8	3
Mord, Totschlag	–	3
insgesamt	62	21

Quelle: Todesursachenstatistik, MA 66

Grafik 21: Todesursachen der Wiener Jugendlichen, 2000



Quelle: Todesursachenstatistik, MA 66

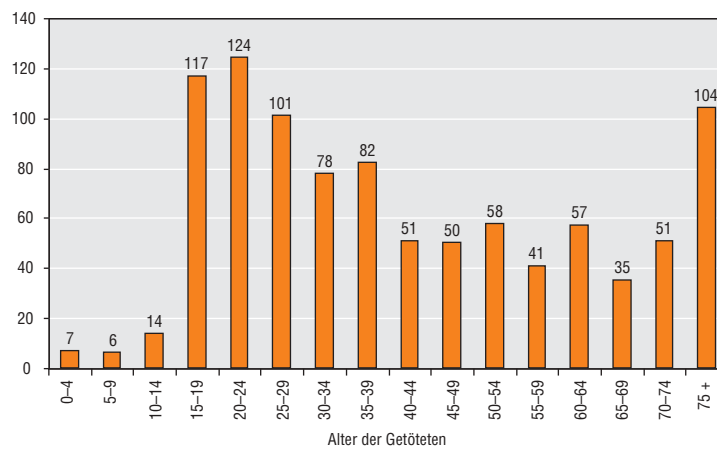
**3.3.6.2 Verkehrstod: bei 15- bis 24-Jährigen ist der Prozentsatz am höchsten**

bei den Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen am höchsten.

Ein größerer Prozentsatz der Todesfälle ist auf die Verkehrsbeteiligung der Jugendlichen zurückzuführen. Österreichweit ist laut KfV der Anteil an Verunglückten

An der Spitze der getöteten VerkehrsteilnehmerInnen liegt die Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen, gefolgt von den 15- bis 19-Jährigen.

Grafik 22: Getötete nach Altersgruppen und Verkehrsbeteiligung in Österreich



Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit; Unfallstatistik 2000, Absolutzahlen

### 3.3.6.3 Suizid und Suizidversuche von Jugendlichen in Wien

Wien galt lange Zeit als Hochburg des Suizids in Österreich (Gesundheitsbericht Wien 2001, 86). Tatsächlich ist dies jedoch nur bis in die 60er Jahre des letzten Jahrhunderts richtig. Ab 1970 reiht sich Wien in das Mittelfeld ein und liegt seit Mitte der 80er Jahre unter dem österreichischen Durchschnitt. Im Jahr 2000 hatte Wien 18,3 Suizide pro 100.000 EinwohnerInnen zu verzeichnen; es verstarben 295 Menschen durch Selbsttötung. Von diesen Personen entfielen 68 Prozent auf Männer und 32 Prozent auf Frauen.

Somit ist die Suizidrate der Männer mehr als doppelt so hoch wie jene der Frauen. Generell ist das Risiko an Suizid zu versterben bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter ansteigend. Im Hinblick auf 14- bis 24-jährige Jugendliche zeichnet sich bezüglich der Geschlechtsspezifität ein analoges Resultat ab. So verstarben im Jahr 2000 acht männliche Jugendliche an Suizid

und haben somit einen vierprozentigen Anteil an der gesamten Suizidrate der Männer (vgl. Tabelle 60). Bei den weiblichen Jugendlichen verstarben im Jahr 2000 drei Personen an Selbstmord mit einem 3,2-prozentigen Anteil an der Gesamtsuizidrate der Frauen. Tabelle 60 lässt darauf schließen, dass speziell im Jugendalter die Suizidrate bei Männern beinahe dreimal so hoch ist wie bei Frauen.

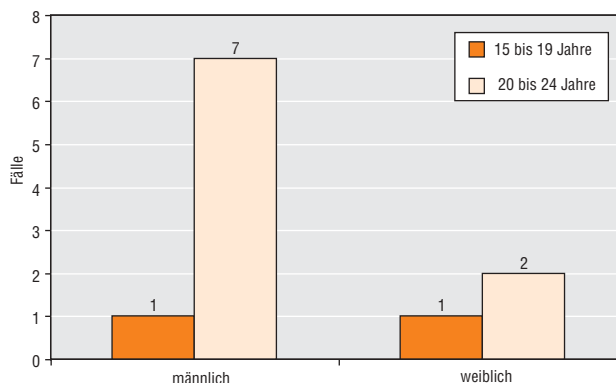
Bei den Selbstmordversuchen zeichnet sich im Jugendalter bezüglich der Geschlechter ein äquivalentes Ergebnis ab. Der einzige Unterschied zwischen den Geschlechtern liegt darin, dass bei den weiblichen 15- bis 20-jährigen Jugendlichen die Rate der Suizidversuche fast dreimal so hoch liegt wie bei den Männern; im Alter von 20 bis unter 25 Jahren liegen dagegen die Männer um fast ein Drittel höher. Gegenüber den Selbstmorden ist bei den Suizidversuchen der Anteil sowohl männlicher als auch weiblicher Jugendlicher an der Gesamtzahl um mehr als zehn Prozentpunkte höher (vgl. Tabelle 60).

Tabelle 60: Selbstmord und Selbstmordversuche Jugendlicher in Wien 2000

Alter	Selbstmorde – Personen					
	männlich	weiblich	männlich gesamt	weiblich gesamt	Anteil männlicher Jugendlicher (in %)	Anteil weiblicher Jugendlicher (in %)
15– unter 20	1	1			0,5	1,1
20– unter 25	7	2			3,5	2,1
insgesamt	8	3	200	95	4,0	3,2
Alter	Selbstmordversuche – Personen					
	männlich	weiblich	männlich gesamt	weiblich gesamt	Anteil männlicher Jugendlicher (in %)	Anteil weiblicher Jugendlicher (in %)
15– unter 20	5	14			2,6	7,0
20– unter 25	28	19			14,8	9,5
insgesamt	33	33	189	199	17,5	16,6

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001, S. 71

Grafik 23: Suizide von Wiener Jugendlichen



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2001, S. 71

### 3.3.7 Behinderungen und Einschränkungen

#### 3.3.7.1 Doppelt so viele Mädchen wie Bur-schen fühlen sich eingeschränkt

Im Rahmen des Wiener Gesundheitssurveys wurde auch jener Anteil der Wiener Bevölkerung erhoben, der mit Behinderungen und/oder Einschränkungen in ihren alltäglichen Tätigkeiten lebt. Mit der Einschränkung durch Krankheit oder Verletzung ist der Anteil jener Personen gemeint, welche dadurch zwei Wochen

lang in der Ausübung ihrer alltäglichen Tätigkeiten behindert waren. Dieser Anteil ist mit 18 Prozent bei den Frauen etwas höher als bei den Männern mit 14 Prozent. Er nimmt mit dem Lebensalter tendenziell zu und betrifft bei Personen ab 75 Jahren jeden fünften Mann und jede vierte Frau. Der Anteil der Personen, bei welchen diese Einschränkung oder Behinderung als chronisch zu bezeichnen ist, d. h. bereits länger als sechs Monate andauert, nimmt mit dem Alter erheblich zu, und zwar von ca. 17 Prozent auf 75 Prozent.

Tabelle 61: Behinderungen und Einschränkungen nach Geschlecht (in %)

Einschränkung	Burschen 16–24	Männer gesamt	Mädchen 16–24	Frauen gesamt
durch Krankheit oder Verletzung	6,5	13,8	12,8	17,8
davon: chronische Einschränkung	17,3	36,1	17,5	45,1

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 214

In der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen sind doppelt so viele Mädchen (13 Prozent) wie Burschen (6,5 Prozent) von einer Einschränkung durch Krankheit oder Verletzung betroffen. Der Anteil mit chronischer Erkrankung bzw. Behinderung ist dagegen bei Burschen genau so hoch wie bei Mädchen (17 Prozent).

### 3.3.7.2 Ein Drittel der Mädchen trägt Brillen bzw. Kontaktlinsen

Bei der Verwendung von Hilfsmitteln dominiert die Brille. Ein Fünftel der Burschen und ein Drittel der Mädchen verwendet Brillen bzw. Kontaktlinsen. Sonstige Hilfsmittel werden in dieser Altersgruppe kaum verwendet.

Tabelle 62: Verwendung von Hilfsmitteln nach Geschlecht (in %)

Krankheiten	Burschen 16–24	Männer gesamt	Mädchen 16–24	Frauen gesamt
Brillen, Kontaktlinsen	24,2	59,7	34,3	66,7
Hörhilfen	0,3	2,2	–	1,4
Stock, Krücken	0,3	3,0	–	4,4
Rollstuhl	0,3	0,3	–	0,5

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, 16- bis 24-Jährige (n = 452), S. 216.

## 3.4 Literatur

BUNDESMINISTERIUM FÜR LANDESVERTEIDIGUNG: Stellungsergebnis des Geburtsjahrganges 1982. Wien 2001.

ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN (Hrsg.): Zahnstatus 1998 in Österreich. Wien 1999.

KURATORIUM FÜR VERKEHRSSICHERHEIT: Unfallstatistik 2000. Wien 2001.

MAGISTRAT DER STADT WIEN, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. Wien 2001

MAGISTRAT DER STADT WIEN, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement: Gesundheitsbericht Wien. Wien 2001.

STATISTIK AUSTRIA: Mikrozensus 1999-3B. Wien 2000

VERBAND ÖSTERREICHISCHER SOZIALVERSICHERUNGEN (2000): Lehrlingsuntersuchung 1999.



IV.  
SUCHTMITTELKONSUM  
JUGENDLICHER

*CONSUMPTION OF LEGAL  
AND ILLEGAL DRUGS*

<b>4</b>	<b>SUCHTMITTELKONSUM JUGENDLICHER</b>	<b>135</b>
4.1	ALLGEMEINES	135
4.1.1	Psychosoziale Funktionen des Drogenkonsums	135
4.1.2	Empirische Daten für Wien zwischen 1995 und 2002	136
4.2	WISSEN UND EINSTELLUNGEN ZU LEGALEN UND ILLEGALEN DROGEN	137
4.3	KONSUM LEGALER SUBSTANZEN IM JUGENDALTER	139
4.3.1	Österreich im internationalen Vergleich	141
4.3.2	Nikotin	143
4.3.3	Alkohol	148
4.4	KONSUM ILLEGALER SUBSTANZEN	154
4.4.1	Cannabis	155
4.4.2	Ecstasy, Amphetamine und biogene Drogen	158
4.4.3	Opiate	160
4.4.4	Kokain	160
4.4.5	Zusammensetzung, Reinheit von illegalen Substanzen	160
4.4.6	Drogenbezogene Todesfälle	161
4.4.7	Jugendliche in Wiener Suchtkrankenhilfesystemen	162
4.5	LITERATUR	165

## 4 SUCHTMITTELKONSUM JUGENDLICHER

*Mag. Heide TEBBICH*

### 4.1 Allgemeines

Die Aneignung der herrschenden Drogenkultur gehört zu den Entwicklungsaufgaben, die Jugendliche im Zuge des Aufwachsens bewältigen müssen, denn der Konsum von legalen Drogen ist Teil des gesellschaftlichen Erwachsenenlebens. Jugendliche treffen nicht nur auf Alkohol, sondern auf eine regelrechte Alkoholkultur (vgl. WIELAND, 1997). D. h., es gibt gesellschaftliche Vorstellungen, Verbote, Regeln und Rituale, von wem und zu welchem Anlass legale Drogen, also z. B. Zigaretten und Alkohol konsumiert werden. Diese Regeln und Rituale beinhalten u. a. auch Vorgaben, die das Lebensalter betreffen (Jugendschutz), aber auch geschlechtsspezifische Implikationen, die sich in unterschiedlichen Konsummustern bei Mädchen und Burschen niederschlagen.

Neben den Normen und Regeln über den Konsum legaler Drogen gibt es eine Reihe von Drogen, deren Konsum gesellschaftlich unerwünscht bzw. verboten ist. Welche Substanzen diesem Verbot unterliegen, ist weniger von der potenziellen Gefährlichkeit der Droge bestimmt als von kulturell-gesellschaftlichen Normen und Übereinkünften. Jugendliche sind mit den entsprechenden Gesetzen und Normen konfrontiert und müssen ebenso wie bei legalen Drogen individuelle Entscheidungen zur Abstinenz oder zum Konsum treffen. Speziell für illegale Drogen eröffnet sich mitunter für den Einzelnen ein Spannungsfeld, auf dessen einen Seite die drohende strafrechtliche Konsequenz und mögliche Gesundheitsgefährdung stehen, und auf der anderen Seite die Verankerung dieser Drogen gerade in Jugendkulturen (z. B. Cannabis, Amphetamine, Ecstasy) steht.

#### 4.1.1 Psychosoziale Funktionen des Drogenkonsums

Drogen erfüllen für ihre Konsumenten unterschiedliche Funktionen, d. h. es gibt verschiedene Motive bzw. Motivationen, Drogen zu konsumieren. HURRELMANN (1997) beschreibt die möglichen psychosozialen Funktionen des Drogenkonsums bei Jugendlichen wie folgt:

„Der Drogenkonsum kann

- eine bewusste Verletzung von elterlichen Kontrollvorstellungen sein,
- der demonstrativen Vorwegnahme des Erwachsenenverhaltens dienen,
- eine Zugangsmöglichkeit zu Freundesgruppen eröffnen,
- die Teilhabe an subkulturellen Lebensstilen symbolisieren,
- ein Mittel der Lösung von frustrierendem Leistungsversagen sein,
- eine Reaktion auf Entwicklungsstörungen sein,
- zur bewussten oder unbewussten Selbstheilung von psychischen Beeinträchtigungen dienen,
- Ausdrucksmittel für sozialen Protest und Gesellschaftskritik sein.“ (HURRELMANN, 1997, S. 518)

Die Faszination des Rausches, angenehme bzw. erwünschte Wirkungen von Drogen oder der Wunsch nach Bewusstseinsveränderung fehlen in dieser Aufzählung, sind jedoch, wie Studien zeigen, von Bedeutung. So wurde in einer qualitativen Studie über den Zusammenhang von Suchtmittelkonsum und Zugehörigkeit zu Jugendszenen (2000) auch nach den Konsummotiven gefragt, und die Analyse der erhobenen Begründungen lässt erkennen, dass den Jugendlichen daran liegt, durch Drogen in gute Stimmung zu kommen (Alkohol, Cannabis, Ecstasy), Glücksgefühle vermittelt zu bekommen (Ecstasy, LSD, Kokain), Spaß zu haben (Alkohol, Cannabis), ihre Leistung zu steigern (Stimulanzien, Kokain), ihre sozialen Kompetenzen verbessert zu fühlen (Alkohol, Nikotin, Ecstasy, Stimulanzien), sich zu entspannen (Nikotin, Cannabis) und Bewusstseinsweiterung zu erleben (LSD, Ecstasy). Auch sexuelle Motivationen sowie allgemein das Motiv der Enthemmung werden vor allem in Bezug auf Alkohol, Cannabis und Kokain vorgebracht. Von vielen Jugendlichen werden offenkundig die Effekte der einzelnen Drogen bewusst und gezielt eingesetzt, um die Stimmung und die persönliche Effizienz zu manipulieren (SPRINGER et al., 2000).

#### 4.1.2 Empirische Daten für Wien zwischen 1995 und 2002

Für den Raum Wien gibt es folgende Studien, die sich in den letzten Jahren mit dem Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter befassen:

Die Studie „Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter: Risikofaktoren, Probier- und Einstiegsverhalten, Verläufe und Ausstieg“ (BOHRN & BOHONNEK, 1998) wurde vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie und vom Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr in Auftrag gegeben und vom Wiener „Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie“ durchgeführt. Die repräsentative Befragung von 1.515 Wiener SchülerInnen aller Schultypen im Alter von 13 bis 18 Jahren mittels Fragebogen, sowie von 250 Jugendlichen im Alter von 13 bis 20 Jahren mittels Tiefeninterviews, erfasste Erfahrungen, aktuelles Konsumverhalten und Einstellungen bezüglich verschiedener legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen sowie die aktuelle Lebenssituation der Jugendlichen in Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe, biografische und aktuelle Lebensumstände (Freizeitgestaltung, Beziehungen in Familie und Gleichaltrigengruppe), Beschwerden und Selbstbild. Die Daten der Studie wurden 1995/1996 erhoben.

Seit 1993 wurde vom Institut für empirische Sozialforschung (IFES) im Auftrag der Wiener Drogenkoordination bzw. seit 2001 im Auftrag des Fonds Soziales Wien im Zweijahresrhythmus eine repräsentative Befragung der Bevölkerung zum Thema Drogenkonsum und Drogenpolitik durchgeführt. Die aktuellsten Daten wurden 2001 und 1999 erhoben, wobei die Kontinuität des angewendeten Studiendesigns Zeitreihenvergleiche erlaubt. Der Zeitreihenvergleich anhand der Wiener Suchtmittelstudien ist jedoch in seiner Repräsentativität für die Altersgruppe der 14- bzw. 15- bis 29-Jährigen insofern eingeschränkt, als die jeweiligen Teilstichproben z. T. sehr klein sind und sich daher bestenfalls Tendenzen ablesen lassen.

Weiters hat IFES 1995 eine Studie zum Drogenkonsumverhalten Wiener Jugendlicher im Alter von 14 bis 26 Jahren durchgeführt.

Im etwa gleichen Zeitraum wie die IFES-Studien 1999 und 2001 wurden die Daten des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys erhoben: Er basiert auf einer repräsentativen Querschnitterhebung der Wiener Wohnbevölkerung ab einem Alter von 16 Jahren. Die Daten wurden im Zeitraum zwischen November 1999 und März 2001 erhoben, wobei sich die Erhebung jedoch auf wenige Fragen zum Tabak- und Alkoholkonsum, sowie zum Cannabiskonsum beschränkt.

Sowohl internationale Vergleichbarkeit als auch Entwicklungstendenzen bei Drogenkonsumverhalten Jugendlicher bieten die Daten des WHO Projekts „Health Behavior in Schoolaged Children“, an dem 35 Länder teilnehmen und in dem 11-, 13- und 15-jährige SchülerInnen zu ihrem Gesundheitsverhalten befragt werden. Vergleichbare Daten liegen aus den Jahren 1990, 1994 und 1998 vor, wobei wir hier im folgenden nur die Daten der 15-jährigen befragten WienerInnen berücksichtigen.

Die angeführten Untersuchungen unterscheiden sich deutlich in Methodik, Fragestellung und altersmäßiger Zusammensetzung der Stichprobe und Datenqualität, so dass eine Vergleichbarkeit der Daten nur sehr eingeschränkt bis kaum möglich ist. Insofern lässt sich auch kaum abschätzen, ob die zum Teil erheblichen Unterschiede in den Ergebnissen auf die Altersunterschiede in den Stichproben oder auf die Differenzen in Fragestellung und Methodik zurückzuführen sind. Bestenfalls lassen sich mit Vorbehalt einige wenige Tendenzen ablesen. Generell stellt sich überdies das Problem, verlässliche Daten zu einem Bereich zu gewinnen, der wie der Drogenkonsum strafrechtlich sanktioniert ist. Hinzu kommt, dass durch die Befragung von „Normalpopulationen“ KonsumentInnen, die problematische Drogengebrauchsmuster aufweisen, oft nicht erreicht werden. Einfluss auf die Ergebnisse hat bei Fragen zum Drogenkonsum auch die Art der Befragung: Bei mündlichen Befragungen ist mit einem Under-Reporting und bei schriftlichen Befragungen mit einem Over-Reporting zu rechnen. Auch das schränkt sowohl die Verlässlichkeit als auch die Vergleichbarkeit der Studien ein.

#### 4.2 Wissen und Einstellungen zu legalen und illegalen Drogen

In den letzten Jahren haben zumindest zwei österreichische Studien Jugendliche zu Wissen und Einstellungen zu legalen und illegalen Drogen befragt. Trotz des fehlenden expliziten Wien-Bezuges werden die Ergebnisse hier kurz referiert, da die ermittelten Ergebnisse und Zusammenhänge vermutlich kaum regionale Differenzen aufweisen und die Einstellungen von Jugendlichen zu psychoaktiven Substanzen mindestens ebenso wichtig sind wie Daten zum Drogen-Konsum, denn sie liefern interessante Informationen zu Konsum- bzw. Abstinenzmotiven von Jugendlichen. In der Studie von SPRINGER et al. (1996) wurden repräsentativ österreichische SchülerInnen von der 7. bis 12. Schulstufe zu Wissen, Erfahrungen und Einstellungen in Zusammenhang mit illegalen Drogen, Medikamenten, Alkohol und Nikotin befragt. Die von LIBISucht gemeinsam mit dem Österreichischen Institut für Jugendforschung durchgeführte qualitative Studie (SPRINGER et al., 2000) zu „Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen“ untersuchte den Zusammenhang von Drogenkonsum und der Teilhabe an jugendkulturellen Szenen anhand von 200 interviewten Jugendlichen.

Die Einstellung zu den unterschiedlichen Drogen erweist sich zunächst als abhängig vom Niveau der Eigenerfahrung. Die Jugendlichen, die keine Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht haben und auch nicht im Nahefeld von diesbezüglich erfahrenen Jugendlichen stehen, grenzen die legalen Drogen Alkohol und Nikotin meist klar gegen alle anderen psychoaktiven Substanzen ab. Es liegt zwar ein gewisses Problembewusstsein über die potenziellen Gefahren des Alkohol- und Nikotinkonsums vor, aber fast alle der im Rahmen der qualitativen Studie Befragten (SPRINGER et al., 2000) haben beides probiert, und nur ein verschwindender Prozentsatz trägt sich mit dem Vorsatz, in Zukunft auf Alkohol und Nikotin verzichten zu wollen.

In der repräsentativen SchülerInnenbefragung (1996) wurde in Bezug auf Alkohol festgestellt, dass gelegentlicher Alkoholkonsum von einer überwiegenden Mehrheit akzeptiert wird. Die Einstellung zum gelegentlichen Alkoholkonsum ist in der 7. Schulstufe zwar noch teilweise negativ, da nur 75 Prozent den Satz, dass gelegentlicher Alkoholkonsum vertretbar sei, bejahen. Bis zur 12. Schulstufe AHS erhöht sich dieser Prozentsatz auf 97 Prozent.

Die Haltung von drogenunerfahrenen Jugendlichen gegenüber illegalen Drogen ist laut SPRINGER et al. (1996) auf der einen Seite charakterisiert durch stark überzogene negative Erwartungen im Sinne von „bereits einmaliger Konsum illegaler Drogen führt zu Geisteskrankheit, Tod und unentrinnbarer Sucht“ und auf der anderen Seite durch unrealistische positive Erwartungen im Sinne von „Drogen verursachen ein unbeschreiblich schönes paradiesisches Gefühl, von dem keiner mehr lassen kann, wenn er es einmal erlebt hat.“ Illegale Drogen werden dabei zu einer diffusen Kategorie „Rauschgift“ zusammengefasst, und es wird konzeptionell nicht zwischen Probierkonsum, relativ ungefährlichen Konsumformen und sehr riskanten Konsumformen unterschieden. Personen die mit illegalen Drogen nicht vertraut sind, überschätzen häufig deren unmittelbare Gefährlichkeit und haben daher Schwierigkeiten sich vorzustellen, warum sich Jugendliche nicht systematisch von diesen Substanzen fernhalten. Sie vermuten, dass den betroffenen jungen Menschen heimlich Drogen untergeschoben werden und/oder dass skrupellose Drogenhändler sie zum Erstkonsum überreden; weiters, dass diese Jugendlichen in Folge rasch süchtig werden und ohne professionelle Hilfe von Drogen nicht mehr loskommen.

Die Aussagen der „stärker drogenerfahrenen Jugendlichen“ über illegale Drogen sind erheblich differenzierter und bauen auf persönliche Drogenerfahrungen sowie Beobachtungserfahrungen auf. Wissen über besonders dramatische mögliche Konsequenzen des Drogenkonsums und über relevante Gefahrenmomente, wie man sie in den üblichen abschreckenden Informationsquellen vorfindet, werden zwar zur Kenntnis genommen, diese Inhalte aber durch Einbeziehung von Erfahrung sowie von Inhalten der wissenschaftlichen und populärwissenschaftlichen Literatur relativiert. Unterschiedliche Drogenarten werden gesondert beurteilt. Der Konsum mancher illegaler Drogen – vor allem von Cannabis, oft aber auch anderer illegaler Drogen – wird als Teil des persönlichen Lebensstils erlebt und nicht problematisiert.

In der qualitativen Studie von SPRINGER et al. (2000) wurde zudem deutlich, dass Cannabis von cannabiserfahrenen Jugendlichen gemeinsam mit Alkohol und Nikotin als Alltagsdroge erlebt und dargestellt wird. Der Umstand, dass es sich dabei um eine illegale Droge

handelt, ist zwar allgemein bekannt, dies wird aber als anachronistische Konvention erlebt, die man soweit wie möglich ignoriert. Die Cannabiswirkung wird im allgemeinen idealisiert, und die Möglichkeit von negativen Auswirkungen auch nach starkem langfristigen Konsum wird gerne ausdrücklich ausgeschlossen. Da Cannabis für Jugendliche einen hohen (sub)kulturellen Symbolwert hat und man jene, die Cannabis weiterhin als illegale Droge bekämpfen, mit Alkoholkonsum und Spießbürgertum in Zusammenhang bringt, findet sich die positive Bewertung der Hanfdroge oft vergesellschaftet mit einer pointiert negativen Bewertung von Alkohol. Wohl um die Harmlosigkeit von Cannabis zu unterstreichen, wird Alkohol oft in ein recht negatives Licht gerückt, obwohl meist der mäßige Alkoholkonsum unter gleichaltrigen Jugendlichen nicht problematisiert wird und ein großer Anteil der Cannabiserfahre-

nen mehr Alkohol konsumiert, als cannabisunerfahrene Gleichaltrige.

Das Drogenbild der drogenerfahrenen Jugendlichen ist (trotzdem) meist recht differenziert und sowohl durch positive als auch durch negative Erlebnisse und Beobachtungen geprägt. Auf der einen Seite stehen positive Wirkungserwartungen und Erfahrungen, parallel dazu existiert meist auch eine Fülle negativer Erlebnisse und Erfahrungen, die mit der positiven Seite sachlich in Bezug gesetzt werden. Die meisten KonsumentInnen illegaler Drogen grenzen ganz klar zwischen dem eigenen, in der Regel als maßvoll und verantwortungsbewusst erlebten Konsum, zwischen unbeabsichtigtem überhöhten Konsum mit unangenehmen Konsequenzen, der einem gelegentlich passieren kann, und unkontrolliertem, exzessivem Konsum ab.

### 4.3 Konsum legaler Substanzen im Jugendalter

#### Zusammenfassung

Unter 28 befragten Ländern, inklusive Europa, USA, Kanada, Russland, Grönland und Israel nehmen **österreichische Jugendliche** beim **Alkoholkonsum und Rauchverhalten** Spitzenränge ein (CURRIE et al., 1999). Jedes vierte Mädchen und jeder fünfte Bursche im Alter von 15 Jahren raucht täglich – damit liegen die österreichischen Jugendlichen auf Platz fünf der Länderwertung.

Beim **Alkoholkonsum** liegt **Österreich** auf Platz sieben; 23 Prozent der Mädchen und fast doppelt so viele Burschen (39 Prozent) trinken zumindest so viele Burschen (39 Prozent) trinken zumindest wöchentlich Bier, Wein oder Hochprozentiges. Auch bezüglich des Anteils der Jugendlichen mit wiederholten Alkoholräschen liegt Österreich im europäischen Spitzenfeld.

Betrachtet man das **Rauchverhalten von Wiener Jugendlichen** im Zeitraum der letzten zehn Jahre, so sind bei den Geschlechtern unterschiedliche Trends zu verzeichnen. Während der Tabakkonsum bei den Burschen rückläufig war, gilt für die Mädchen das Gegenteil – die 15-jährigen Mädchen haben beim täglichen Nikotinkonsum die Burschen inzwischen überholt. In der Gruppe der 15- bis 29-jährigen Wiener Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigten sich hingegen im ungefähr gleichen Zeitraum keine wesentlichen Veränderungen. Im Vergleich zu den anderen österreichischen Bundesländern sind die Wiener Jugendlichen zurückhaltender mit dem Rauchen: Sie haben am seltensten Erfahrung mit Nikotin, die höchste Nichtraucher rate und liegen an vorletzter Stelle beim täglichen Nikotinkonsum.

Der Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey kommt zu dem Ergebnis, dass 56 Prozent der 16- bis 24-jährigen Männer und 52 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe rauchen.

Großen Einfluss auf den Nikotinkonsum hat die Schule, und zwar sowohl was das Wohlbefinden in der Schule betrifft als auch den besuchten Schultyp:

#### Summary: Legal Drugs

*In a survey held in 28 countries, including Europe, the US, Canada, Russia, Greenland and Israel, Austria is among those with the highest figures of **smoking and alcohol consumption** among young people (Currie et al., 1999). At the age of 15, one in four girls and one in five boys smoke daily – thus positioning Austria as fifth in the country ranking.*

*In **alcohol consumption**, Austria has the seventh highest rate – 23 percent of young women and almost twice as many men (39 percent) drink beer, wine or spirits at least once a week. The percentage of young people who are regularly drunk is also one of the highest in Europe.*

*In the last decade, a clear gender distinction in trends in **teenage smoking** can be observed: While consumption of tobacco among boys has declined, the opposite is true for girls – daily smoking among 15 year-old girls is more frequent than among their male counterparts. In the age group 15-29, however, no significant changes are visible for the same period. Compared to the other Austrian provinces, young people in Vienna smoke less: the rate of tobacco experimentation is the lowest, the non-smoker rate is the highest and concerning daily smoking, Vienna ranks last but one.*

*The Vienna Health and Social Survey shows that 56 percent of males and 52 percent of females in the age group 16-24 smoke.*

*Smoking is strongly influenced by school – both well-being at school and type of school:*

Wenn Jugendliche nicht gerne in die Schule gehen, wenn sie dort nicht den gewünschten Erfolg haben, wenn sie sich nicht zu eigenen Meinungen ermutigt fühlen, und wenn sie die Schumatmosphäre insgesamt als eher negativ empfinden, dann rauchen Heranwachsende signifikant häufiger. Und je höher der Schultyp, desto weniger Erfahrungen haben Jugendliche mit Nikotin.

Der Zeitvergleich zeigt, dass der **Alkoholkonsum bei den Wiener Jugendlichen** in den 90er Jahren zugenommen hat, wobei diese Zunahme vor allem für die 15-Jährigen zu verzeichnen ist. In dieser Altersgruppe ist der Trend bei beiden Geschlechtern gegeben, bei den Mädchen sogar noch etwas stärker. Trotzdem trinken Burschen nach wie vor wesentlich öfter und mehr als die Mädchen. Es ist erwähnenswert, dass nicht nur der Alkoholkonsum sondern auch der extensive, zur Berausung führende Konsum zugenommen hat.

Alkohol ist jedoch keine Droge, die von Jugendlichen besonders häufig und/oder in großen Mengen getrunken wird. Der Höhepunkt des Alkoholkonsums wird erst bei den 40-Jährigen erreicht.

Vergleicht man die Trinkgewohnheiten der Wiener SchülerInnen mit den SchülerInnen aus anderen Bundesländern, so zeigt sich, dass die Wiener Jugendlichen auch vergleichsweise zurückhaltend beim Alkoholkonsum sind: Sie trinken am seltensten von Jugendlichen aus allen Bundesländern wöchentlich Bier oder Wein, haben die höchste Raten an Alkoholabstinenten und liegen an letzter Stelle bei jenen Jugendlichen, die schon öfter als viermal betrunken waren.

Die Alkohol-Probiererfahrung scheint eher einen Zusammenhang mit dem Alter als mit dem jeweiligen Schultyp der Jugendlichen zu zeigen. Deutliche Unterschiede zeigen sich aber bei problematischen Konsummustern in Bezug auf Trinkmenge, damit zusammenhängenden Rauscherfahrungen und die jeweiligen Trinkmotive.

Wie beim Nikotinkonsum neigen die BerufsschülerInnen (hier vor allem die männlichen) zu häufigeren und exzessiveren Konsummustern als die Jugendlichen aus anderen Schultypen.

*When young people do not like going to school, achieve poorly, do not feel encouraged to form and express their own opinion, and perceive the atmosphere at school as negative, the incidence of smoking is significantly higher. The higher their type of education, the less experience young people have with nicotine.*

*A comparison over time shows that alcohol consumption among young people in Vienna has increased during the 1990s, especially that of 15 year-olds. In this age group, it has increased for both sexes, even slightly more for girls. Nonetheless, boys still drink more frequently and heavily than girls. It is worth mentioning that not only alcohol consumption in general has increased, but also excessive drinking to inebriation.*

*However, alcohol is not a drug that young people consume very frequently or in large amounts. The highest alcohol consumption is among 40 year-olds.*

*A comparison of provinces shows that Viennese school students are relatively moderate with alcohol: the weekly consumption of beer or wine is Austria's lowest, the rate of abstinence is the highest and the percentage of those who have been drunk more than four times is the lowest.*

*First experimentation with alcohol appears to be more strongly linked to age than to school type. However, there are significant differences in problematic drinking patterns as concerns amount, inebriation and reasons for drinking.*

*Just as with smoking, students in vocational schools (particularly boys) tend towards more frequent and excessive alcohol consumption than students from other school types.*



Das Hineinwachsen in eine Rauch- und/oder Trinkkultur beginnt bereits im frühen Jugendalter. In der aktuellen Studie „Kinder und Alkohol“ des Instituts für Kinderrechte geben 90 Prozent der befragten 8- bis 15-Jährigen an, dass sie bereits Alkohol konsumiert hätten, und zehn Prozent sagen, dass sie ihn schon vor dem 7. Lebensjahr ausprobiert haben (PRUNER, 2001). Während die ersten Alkoholerfahrungen im familiären Kontext initiiert werden, erfolgt der erste Probierkontakt mit Zigaretten in der Regel gemeinsam (heimlich) im Freundeskreis und ist auch meistens mit negativen Erinnerungen (Übelkeit, Kopfweh, Brechreiz) verbunden.

Zigaretten- und Alkoholkonsum sind vor allem für Erwachsene ein sozial weithin akzeptiertes und legitimes Handeln und fundamentaler Bestandteil des Ausschöpfens kultureller Verhaltensangebote und Selbstdarstellungsformen. Tabakkonsum ist für Jugendliche auf das engste mit der Assoziation des Erwachsenwerdens verknüpft. Als entscheidendes Charakteristikum von Rauchen und Alkoholkonsum ist ihre öffentliche Verankerung zu sehen. Vor allem diese Eigenschaft macht Risikoverhaltensweisen zur Zielgröße jugendlicher Aneignungsbestrebungen. Vor allem Alkohol lässt sich bei einer Unzahl von Gelegenheiten demonstrativ einsetzen, und ähnliches gilt auch für den Tabakkonsum. Zudem lässt sich der Umgang mit Genuss- und Rauschmitteln relativ leicht erlernen. In diesem Bereich können Heranwachsende binnen kurzer Zeit auf eigene Erfahrungen zurückblicken und, im Gegensatz zu einer Vielzahl weiterer Erwachsenenaktivitäten, auch subjektiv kompetent mitreden – zuweilen sogar mithalten. Da ihnen im gesellschaftlichen Alltag sonst nur begrenzte Möglichkeiten eingeräumt werden, die Erwachsenenrolle real auszuüben, müssen sich Ju-

gendliche notgedrungen auf die Aneignung ihres symbolischen Ersatzes beschränken. Konstitutiver Bestandteil jugendlicher Entwicklung und Sozialisation ist eben auch die Auseinandersetzung mit risikoträchtigen Verhaltensstilen innerhalb ihrer kulturellen und sozialen Umgebung.

Eine wesentliche Rolle beim Alkoholkonsum dürfte auch die Tatsache spielen, dass österreichische Jugendliche in einer „alkoholpermissiven Kultur“ aufwachsen, was – wie EISENBACH-STANGL argumentiert – sowohl Vor- als auch Nachteile hat. Die Nachteile: Sie lernen häufig zu frühzeitig und zu großzügig die alkoholischen Getränke zu gebrauchen und dies erhöht einige Konsumrisiken, wie vor allem die Entwicklung von körperlichen und psychischen Krankheiten. Die Vorteile: Sie lernen frühzeitig und in aller Offenheit mit alkoholischen Getränken umzugehen und dies reduziert andere Konsumrisiken. Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen sind weitgehend unbekannt, die zum Beispiel finnische Jugendliche häufig bei ihren ersten Erfahrungen erleiden, die zumeist im Freundeskreis stattfinden (EISENBACH-STANGL, 2000).

#### 4.3.1 Österreich im internationalen Vergleich

Unter 28 befragten Ländern, inklusive Europa, USA, Kanada, Russland, Grönland und Israel nehmen österreichische Jugendliche beim Alkoholkonsum und Rauchverhalten Spitzenränge ein (CURRIE et al., 1999). Jedes vierte Mädchen und jeder fünfte Bursche im Alter von 15 Jahren raucht täglich – damit liegen die österreichischen Jugendlichen auf Platz fünf der Länderwertung.

Tabelle 1: 15-jährige SchülerInnen, die täglich rauchen (in %)

	Burschen	Mädchen
Grönland	56	45
Deutschland	25	22
Ungarn	20	29
Frankreich	25	20
Österreich	26	20
Schottland	24	19
England	24	21
Finnland	20	19
Nordirland	24	16
Norwegen	21	18
Belgien	20	21
Wales	23	18
Kanada	21	17
Irland	16	19
Polen	14	22
Dänemark	21	15
Lettland	12	27
Russische Föderation	14	20
Schweiz	17	17
Slowakei	10	20
Griechenland	14	13
Tschechien	11	16
Schweden	16	10
USA	12	13
Estland	8	17
Israel	7	17
Portugal	10	13
Litauen	6	15

Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1998

Beim Alkoholkonsum liegt Österreich auf Platz sieben; 23 Prozent der Mädchen und fast doppelt so viele Burschen (39 Prozent) trinken zumindest wöchentlich Bier, Wein oder Hochprozentiges.

Auch bezüglich des Anteils der Jugendlichen mit wiederholten Alkoholräuschen liegt Österreich im europäischen Spitzenfeld. Nur in sieben europäischen Ländern lag der Anteil von Jugendlichen mit wiederholter Rauscherfahrung höher als in Österreich.

Tabelle 2: 15-jährige SchülerInnen, die schon zweimal oder öfter betrunken waren nach Nationalität (in %)

	Burschen	Mädchen
Dänemark	63	71
Wales	63	72
Grönland	59	58
England	52	51
Finnland	58	52
Schottland	56	53
Nordirland	44	53
Slowakei	31	49
Österreich	36	49
Kanada	42	42
Schweden	40	40
Norwegen	41	37
Irland	29	42
Deutschland	31	36
Lettland	23	47
Estland	23	44
Ungarn	22	43
Polen	21	39
USA	28	34
Tschechien	22	36
Belgien	22	33
Russische Föderation	25	32
Litauen	20	32
Frankreich	20	29
Portugal	16	35
Griechenland	21	24
Schweiz	16	25
Israel	10	18

Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1998

In der Studie wird auch dokumentiert, dass der Tabakkonsum mit dem Trinkverhalten der 15-Jährigen korreliert. Jugendliche, die regelmäßig rauchen, konsumieren auch mit hoher Wahrscheinlichkeit regelmäßig alkoholische Getränke. Trotz gestiegenem Gesundheitsbewusstsein bei Jugendlichen werden die Gefahren und Probleme, die durch dieses spezielle Risikoverhalten ausgelöst werden können, vielfach verharmlost oder verdrängt.

#### 4.3.2 Nikotin

Im Wiener Kindergesundheitsbericht werden folgende Motive und Funktionen des Zigarettenkonsums angeführt, die sich weitgehend mit den schon oben angeführten psychosozialen Funktionen des Drogenkonsums decken, aber auch andere Aspekte, die speziell das Rauchen betreffen, beinhalten:

Die Zigarette als symbolisches Zugehörigkeitssignal: Die Zigarette demonstriert einen alterstypischen Le-

bensstil und ermöglicht das Teilhaben an gewissen Gruppen und Szenen (Peergruppen-Druck).

Die Zigarette als „transition marker“: Die Zigarette unterstreicht einen Entwicklungsschritt vom Jugendlichen ins Erwachsenenalter, ist Symbol einer Initiation.

Die Zigarette als Kompensator: Die Zigarette dient der Bewältigung entwicklungsbedingter Stressreaktionen und Unsicherheiten.

Die Zigarette als Lifestyle-Element: Der Zigarette wird durch mediale Werbung ein besonders erstrebenswertes Image verliehen (vgl. SCHWARZER, 1996; zit. nach Kindergesundheitsbericht, 2000, S. 302).

Vor allem die Funktion von Zigaretten zur Symbolisierung von Statuspassagen, Zugehörigkeit und als Lifestyle-Element spiegelt sich im Einstiegsalter wider. Es liegt, laut WHO-HBSC-Studie bei den meisten Wiener

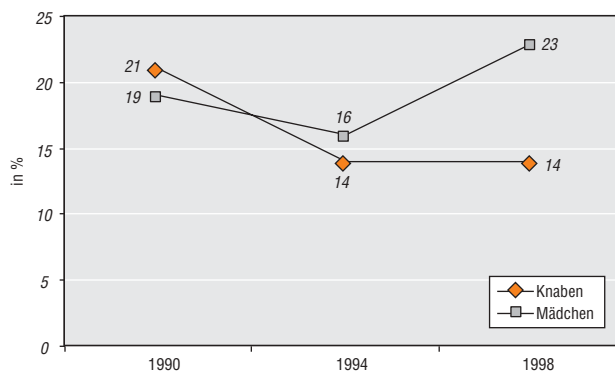
Kindern zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr, in einer Lebensphase also, in der sich Heranwachsende im Übergang zwischen Kindheit und Jugend befinden und damit der Abgrenzung gegenüber dem Kindheitsstatus besondere Bedeutung zukommt.

**4.3.2.1 Entwicklungstrends**

Betrachtet man das Rauchverhalten von Wiener Jugendlichen im Zeitraum der letzten zehn Jahre, so sind

bei den Geschlechtern unterschiedliche Trends zu verzeichnen. Während der Tabakkonsum bei den Burschen rückläufig war, gilt für die Mädchen das Gegenteil: 1990 rauchten noch 21 Prozent der 15-jährigen Burschen und 19 Prozent der 15-jährigen Mädchen täglich. 1998 reduzierte sich der Anteil der Burschen auf 14 Prozent, jener der Mädchen erhöhte sich aber auf 23 Prozent (WHO-HBSC-Survey, 1998; zit. nach Kinderbericht, 2000, S. 300).

**Grafik 1:** 15-jährige SchülerInnen, die täglich rauchen; Zeitvergleich: 1990, 1994, 1998



Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1990, 1994, 1998

Bei der Wiener Schülerstudie (BOHRN & BOHONNEK, 1998) gaben 54,9 Prozent der befragten Jugendlichen zumindest Probiererfahrungen mit Zigaretten an. Gegenüber diesen 1995 erhobenen Daten zeigt sich bei den 15-Jährigen, die 1998 im Rahmen der WHO-Studie befragt wurden, vor allem bei den Mädchen mit 73 Prozent gegenüber 53,8 Prozent bei den 15- bis 16-jährigen Mäd-

chen in der Wiener Schülerstudie ein deutlich höherer Prozentsatz an Befragten, die Zigaretten schon probiert haben. Auch wenn im Zeitvergleich der WHO-Erhebungen ein Anstieg bei den rauchenden Mädchen deutlich wurde, ist doch anzunehmen, dass diese Differenz, die 20 Prozentpunkte beträgt, auch auf andere Faktoren, wie Stichprobe und Art der Erhebung zurückzuführen ist.

**Tabelle 3:** Erfahrung mit Nikotin im Kindes- und Jugendalter (in %)

	- 14	15-16	17 +
Burschen	43,1	59,7	65,7
Mädchen	44,9	53,8	63,7
gesamt	44,0	56,7	64,7

Quelle: BOHRN & BOHONNEK, 1998

Tabelle 4: Tabakkonsum bei 15-jährigen Wiener SchülerInnen (in %)

	Erfahrung	täglich	1 x/Woche	seltener	rauche nicht
Burschen	54	14	6	8	71
Mädchen	73	23	6	5	65

Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1998

Der Zeitreihenvergleich mittels der IFES-Studien zeigt jedoch für die Gruppe der 14- bis 29-Jährigen keine wesentlichen Veränderungen beim Nikotinkonsum, es ist aber nicht auszuschließen, dass es nur bei den

jüngeren Altersgruppen Veränderungen gibt (siehe auch Zeitreihenvergleich der WHO-HBSC-Surveys), etwa ein sinkendes Einstiegsalter, das sich entsprechend in den Daten niederschlägt.

Tabelle 5: Nikotinkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener 1993 bis 2001 (in %)

	NichtraucherIn	GelegenheitsraucherIn	regelmäßig/täglich
1993 (14–29)	53	8	39
1995 (14–29)	53	9	37
Männer	54	7	37
Frauen	52	10	37
1997 (15–29)	55	13	32
Männer	56	11	33
Frauen	53	14	32
1999 (15–29)	55	11	34
Männer	51	8	41
Frauen	58	13	28
2001 (15–29)	49	12	38
Männer	42	12	46
Frauen	57	12	31

Quellen: IFES-Suchtmittelstudien, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001

#### 4.3.2.2 Nikotin-Konsummuster und Einflussfaktoren

Regelmäßiger Zigarettenkonsum findet laut Wiener Schülerstudie (BOHRN & BOHONNEK, 1998) bei jedem siebenten 14-Jährigen, etwas mehr als bei jedem dritten 15- bis 16-Jährigen und bei ca. der Hälfte der über 17-Jährigen statt. Insgesamt rauchen 34 Prozent der Befragten dieser Studie täglich oder mehrmals pro Woche.

Während im WHO-HBSC-Survey zwischen den Parametern „Lebensgefühl“, „Selbstvertrauen“, und „Gefühle von Hilflosigkeit“ und dem Nikotinkonsum von 15-Jährigen kein Zusammenhang festgestellt werden konnte, ist die Schule für das Rauchverhalten von großer Bedeutung: „Wenn Jugendliche nicht gerne in die

Schule gehen, wenn sie – unabhängig vom Leistungsdruck – dort nicht den gewünschten Erfolg haben, wenn sie sich nicht zu eigenen Meinungen ermutigt fühlen, und wenn sie die Schulatmosphäre insgesamt als eher negativ empfinden, dann rauchen Heranwachsende signifikant häufiger.“ (Gesundheitsbericht Wien, 1997, S. 191)

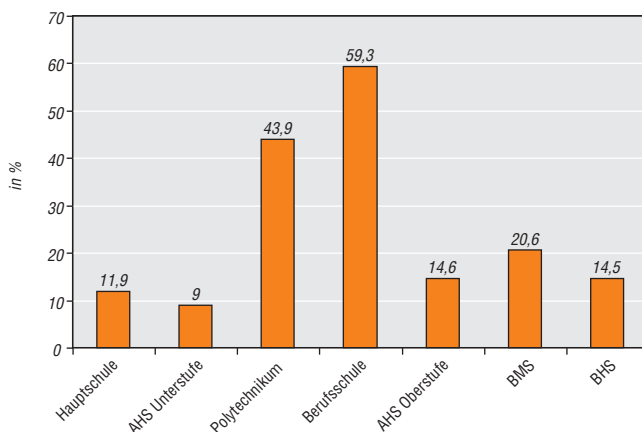
Differenziert nach Schultyp ergibt sich folgendes Bild: Mit 75,5 Prozent weisen die BerufsschülerInnen die höchste Nikotinerfahrung auf, gefolgt von den SchülerInnen des Polytechnischen Lehrgangs mit 73 Prozent. In der AHS finden sich hingegen mit 40 Prozent in der Unterstufe und 44,5 Prozent in der Oberstufe die geringsten Erfahrungen mit Nikotin (BOHRN & BOHONNEK, 1998).

Tabelle 6: Unterschiede beim Nikotinkonsum nach Schultyp (in %)

	täglich Rauchen	Erfahrungen	nie Rauchen
Hauptschule	11,9	52,5	66,0
AHS Unterstufe	9,0	40,0	68,4
Polytechnikum	43,9	73,2	31,7
Berufsschule	59,3	75,5	29,6
AHS Oberstufe	14,6	44,5	59,8
BMS	20,6	51,4	64,7
BHS	14,5	50,5	56,0

Quelle: Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter (BOHRN & BOHONNEK, 1998)

Grafik 2: Tägliches Rauchen nach Schultyp



Quelle: Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter (BOHRN & BOHONNEK, 1998)

Auch die Daten des Wiener Gesundheitssurveys zeigen, dass der Bildungsstatus großen Einfluss auf den Nikotinkonsum hat: Während 32 Prozent der HauptschülerInnen/PolitechnikerInnen angaben täglich zu rauchen, waren es bei den 15-jährigen AHS-SchülerInnen „lediglich“ elf Prozent.

Ein schwacher, aber dennoch hochsignifikanter Zusammenhang besteht mit dem Ausmaß an Peer-Kontakten: Je mehr Freunde man hat und je häufiger man sich treffen kann, desto häufiger sind die Jugendlichen RaucherInnen (DÜR, 2000, S. 48). Jugendliche rauchen aber umso weniger, je mehr die Mutter, der Vater oder auch LehrerInnen als Ansprechpersonen in Krisensituationen zur Verfügung stehen. Hier ist die Funktion von Zigaretten als „Kompensator“ (siehe oben) ange-

sprochen, bzw. zeigt sich hier, dass die Verfügbarkeit von Ressourcen zur Bewältigung von Problemen einen Einfluss auf den Zigarettenkonsum von Jugendlichen hat (ebda S. 49).

Der Vergleich mit anderen Altersgruppen im Wiener Gesundheitssurvey zeigt, dass die Gruppe der 16- bis 24-Jährigen mit 56 Prozent bei den Männern und 52 Prozent bei den Frauen am häufigsten täglich rauchen. Die Tatsache, dass sich in den höheren Altersgruppen der Anteil jener, die schon einmal geraucht haben, es aber wieder aufgegeben haben, kontinuierlich steigt, weist darauf hin, dass es sich auch beim Rauchen im Jugendalter möglicherweise bis zu einem gewissen Grad um ein vorübergehendes Verhalten handelt, das von vielen in späteren Lebensphasen wieder aufgegeben wird.

Tabelle 7: Nikotinkonsum der 16- bis 24-Jährigen nach Geschlecht im Altersgruppenvergleich (in %)

	ja, täglich	ja, aber nicht täglich	nein
<b>Männer</b>			
16–24	56,1	4,7	39,2
25–44	46,5	5,3	48,2
45–59	40,4	2,3	57,3
60–74	20,6	2,1	77,3
75 +	8,3	2,1	89,6
gesamt	39,8	3,8	56,4
<b>Frauen</b>			
16–24	51,6	6,5	41,9
25–44	30,9	6,5	62,6
45–59	32,9	2,3	64,7
60–74	20,3	0,4	79,3
75 +	6,9	0,0	93,1
gesamt	29,4	3,9	66,8

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001

Betrachtet man anhand der WHO-HBSC-Daten (1998) den Nikotinkonsum der 15-Jährigen WienerInnen im Bundesländervergleich, so zeigt sich, dass die WienerInnen tendenziell eher weniger rauchen. Sie haben am

seltensten Erfahrung mit Nikotin, die höchste Nicht-raucherInnenrate und liegen an vorletzter Stelle beim täglichen Nikotinkonsum.

Tabelle 8: Nikotinkonsum der 15-jährigen WienerInnen im Bundesländervergleich (in %)

	Bgld	K	NÖ	OÖ	Stbg	Stmk	Tirol	Vlbg	Wien
<b>Erfahrung</b>									
ja	72	73	77	67	72	74	76	62	65
nein	28	27	23	33	28	26	24	38	35
<b>Rauchen</b>									
täglich	25	18	28	21	25	26	24	23	20
1x/Woche	20	8	8	10	13	9	12	8	6
seltener	7	17	10	11	11	10	11	12	6
gar nicht	49	58	55	57	52	56	53	58	68
<b>Zigaretten/Woche</b>									
0	51	63	58	62	56	59	59	64	69
1–5	15	14	10	11	15	12	11	6	8
6–10	5	6	4	8	2	3	7	4	3
11–20	11	2	6	6	3	8	7	9	8
21–50	10	8	9	8	14	10	5	13	6
51–100	8	6	8	3	8	5	10	4	4
101 +	–	–	4	2	2	3	1	–	1

Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1998

### 4.3.3 Alkohol

Ein interessantes Schlaglicht auf den Alkoholkonsum Jugendlicher, das die Notwendigkeit illustriert, Drogenkonsum im jeweiligen gesellschaftlichen und historischen Kontext zu sehen, liefern folgende Daten aus epidemiologischen Studien, die vor dem ersten Weltkrieg durchgeführt wurden. Die Ergebnisse einer Erhebung, die in Wien und Niederösterreich um 1900 durchgeführt wurden, lauteten: „Von den Wiener Jungen im Alter von sechs bis 14 Jahren tranken 32 Prozent regelmäßig Bier, elf Prozent regelmäßig Wein und vier Prozent regelmäßig Branntwein. Die niederösterreichischen Jungen hingegen gaben dem Wein den Vorzug: Nur zwölf Prozent tranken regelmäßig Bier, hingegen 20 Prozent regelmäßig Wein und wiederum vier Prozent konsumierten regelmäßig Branntwein. Die gleichaltrigen Mädchen unterschieden sich weder in Wien noch in Niederösterreich in nennenswertem Ausmaß von den Knaben. Und nur zehn bis zwölf Prozent der 6- bis 14-jährigen Schüler in Wien und Niederösterreich hatten noch niemals ein alkoholisches Getränk zu sich genommen. [...]“

Auf dem 8. Internationalen Kongress gegen den Alkoholismus, der um 1900 (sic) in Wien stattfand, wurde festgestellt, dass die Kinder nicht zuletzt deshalb regelmäßig tranken, weil ihnen Bier und Wein, aber auch Branntwein und Cognac vom Arzt verordnet wurden. Und dass die österreichische Bevölkerung zu dieser Zeit allgemein davon ausging, dass Alkoholkonsum nähere, stärke und kuriere. Man glaubte auch, den Geist – vor allem den Geist der Knaben natürlich – mit geistigen Getränken anregen und schärfen zu können.“ (EISENBACH-STANGL, 2000, S. 2 ff.)

Alkoholkonsum Jugendlicher wurde also erst später überhaupt als Problem wahrgenommen, und interessanterweise waren es auch die Jugendlichen selbst, die

das Thema „Jugend und Alkohol“ aufgriffen: In der Zeit der so genannten Ersten Jugendbewegung in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts grenzten sich Jugendliche von den Erwachsenen unter anderem dadurch ab, dass sie weder tranken noch rauchten! In so gut wie allen Jugendvereinen war die Enthaltensamkeit von geistigen Getränken und zumeist auch von Tabak Voraussetzung für Aufnahme und Mitgliedschaft (vgl. ebda).

Die Möglichkeit zur selbstgewählten Initiation mittels Alkohol und damit zur Auflehnung gegen die Älteren ergab sich erst mit der (gesetzlich) geschaffenen Grenze, die Jugendlichen unter 16 Jahren das Trinken in der Öffentlichkeit nicht gestattet bzw. mit dem sich entwickelnden gesellschaftlichen Konsens, dass Alkohol für Heranwachsende schädlich ist.

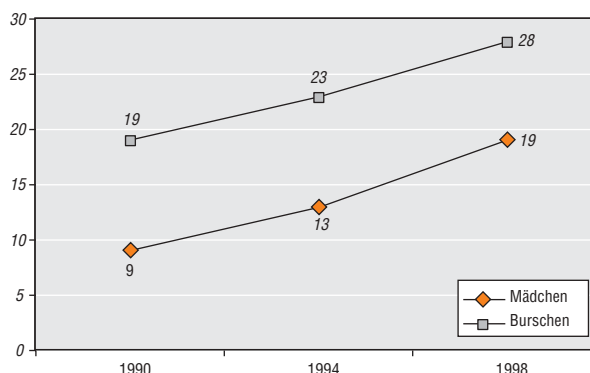
Dies zeigt, dass der Alkoholkonsum Jugendlicher immer auch mit Generationskonflikten verschränkt ist, und daher nicht isoliert vom Alkoholkonsum und den alkoholbezogenen Problemen der Erwachsenen, bzw. den jeweiligen zentralen Themen des Generationskonfliktes betrachtet werden kann.

#### 4.3.3.1 Entwicklungstrends beim Konsum alkoholischer Getränke

Der Zeitreihenvergleich anhand der Daten des WHO-HBSC-Surveys zeigt, dass der Alkoholkonsum bei den Wiener Jugendlichen in den 90er Jahren zugenommen hat, wobei diese Zunahme vor allem für die 15-Jährigen zu verzeichnen ist. In dieser Altersgruppe ist der Trend bei beiden Geschlechtern gegeben, bei den Mädchen sogar noch etwas stärker. Trotzdem trinken Burschen nach wie vor wesentlich öfter und mehr als die Mädchen. Es ist erwähnenswert, dass nicht nur der mäßige Alkoholkonsum, sondern auch der extensive, zur Berausung führende Konsum zugenommen hat.



Grafik 3: 15-Jährige, die bereits viermal oder öfter berauscht waren (in %)



Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1990, 1994, 1998

Im Vergleich mit anderen Altersgruppen ist Alkohol jedoch keine Droge, die von Jugendlichen besonders häufig und/oder in großen Mengen getrunken wird. Der Höhepunkt des Alkoholkonsums wird erst bei den 40-Jährigen erreicht. In dieser Altersgruppe trinken 70 Prozent regelmäßig (im Sinne von mindestens wöchentlichem Konsum), 23 Prozent in gesundheitsgefährdendem Umfang und 15 Prozent täglich (vgl. UHL et al., 2001, S. 113).

Im Zeitreihenvergleich der IFES-Studien zwischen 1993 und 2001 zeigt sich bis 1999 in der Trinkfrequenz ein leichter Anstieg beim gemäßigten Konsum alkoholischer Getränke, keine wesentlichen Veränderungen jedoch bei den problematischen Konsummustern (täglich Konsum) und bei Abstinenz.

Tabelle 9: Trinkfrequenz alkoholischer Getränke 1993 bis 2001 (14–29 Jahre; in %)

	fast alle Tage	höchstens 2–3 mal/Woche	seltener	gar nicht
1993 (14–29)	5	21	53	21
1995 (14–29)	6	25	48	20
Männer	10	34	39	17
Frauen	3	17	56	24
1997 (15–29)	8	23	45	23
Männer	9	28	40	23
Frauen	8	19	49	24
1999 (15–29)	7	31	41	21
Männer	10	42	39	9
Frauen	4	21	44	31
2001 (15–29)	4	28	48	19
Männer	5	38	36	20
Frauen	3	17	62	19

Quellen: IFES-Suchtmittelstudien, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001

Die empirisch gestützte These eines leichten Anstiegs des Alkoholkonsums bei Jugendlichen, der den beobachteten Rückgang in den 80er Jahren wieder „aufhebt“, vertritt auch EISENBACH-STANGL (2000). Die Konsumententwicklung bei den Jugendlichen dürfte je-

doch – so auch EISENBACH-STANGL – keine dramatische Veränderung aufweisen und sich von jener der Erwachsenen nicht maßgeblich unterscheiden. Zu beobachten sei jedoch ein sinkendes Einstiegsalter, was auf frühzeitigere Initiation und damit frühere Ablö-

sung von den Eltern verweist. Ein seit den 80er Jahren beobachteter und anhaltender Trend sei die Neigung, eigene – jugendspezifische Getränke – zu konsumieren. Dies wird als wachsendes Selbstbewusstsein der Jugendlichen als selbstständige KonsumentInnen interpretiert. Selbstbewusstsein, das sich nun nicht ausschließlich darin ausdrückt, sich durch den Gebrauch „fremder“ und verbotener Drogen von Erwachsenen zu unterscheiden, sondern auch durch die Einnahme heimlicher Rauschgifte – zum Missfallen und zur Besorgnis der älteren Generation (EISENBACH-STANGL, 2000, S. 8).

#### 4.3.3.2 Konsummuster und Einflussfaktoren

Bereits mit elf Jahren haben 74 Prozent der Wiener Kinder schon einmal Alkohol probiert, bei den 15-Jährigen sind es schon 94 Prozent. 27 Prozent der Mädchen und 38 Prozent der Burschen im Alter von 15 Jahren trinken wöchentlich Alkohol (Kindergesundheitsbericht 2000, S. 304). Im Vergleich zum Nikotin-Probierkonsum ist die Bereitschaft Jugendlicher Alkohol zumindest zu probieren in allen Altersgruppen höher. Laut WHO-Survey 1998 haben 93 Prozent der Burschen und 96 Prozent der Mädchen im Alter von 15 Jahren Erfahrungen mit Alkohol. Bei der Schülerstudie von BOHRN & BOHONNEK (1998) liegen die Prävalenzwerte für Alkohol deutlich darunter. Demnach hätten nur 69,7 Prozent der 15- bis 16-Jährigen schon einmal Alkohol probiert.

Tabelle 10: Erfahrungen mit Alkohol nach Alter und Geschlecht

	- 14	15-16	17 +
Erfahrungen gesamt	51,7	69,7	78,8
Burschen	51,5	69,3	78,8
Mädchen	52,2	70,4	77,2

Quelle: Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter (BOHRN & BOHONNEK, 1998)

Alkoholische Getränke werden von den meisten Jugendlichen zu festlichen Anlässen im familiären Rahmen wie Geburtstage, Silvester, etc. (80,5 Prozent) und zu knapp 60 Prozent bei Parties und Festen getrunken. 7,5 Prozent geben an, in einem Verein (z. B. Fußballverein) zu trinken; 6,5 Prozent trinken, wenn sie allein zu Hause sind. Elf Prozent trinken, wenn sie Probleme haben; 8,6 Prozent „um einfach alles zu vergessen“ (BOHRN & BOHONNEK, 1998).

7,6 Prozent der Jugendlichen (9,3 Prozent der Burschen; 5,7 Prozent der Mädchen) trinken laut der Studie von BOHRN & BOHONNEK (1998) täglich oder mehrmals pro Woche und haben problematische

Trinkmotive, d. h. sie benutzen Alkohol häufig als Problemlöser und Fluchthilfe aus der Realität und sind besonders suchtfähig.

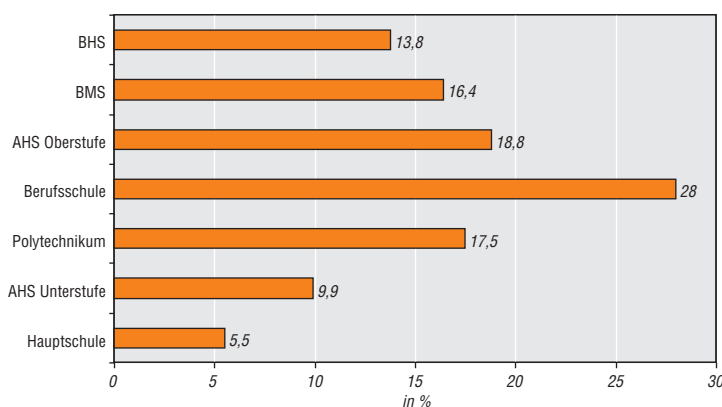
Die Alkohol-Probiererfahrung scheint eher einen Zusammenhang mit dem Alter als mit dem jeweiligen Schultyp der Jugendlichen zu zeigen. Deutliche Unterschiede zeigen sich aber bei problematischen Konsummustern in Bezug auf Trinkmenge, damit zusammenhängenden Rauscherfahrungen und den jeweiligen Trinkmotiven. Wie beim Nikotinkonsum neigen die BerufsschülerInnen (hier vor allem die männlichen) zu häufigeren und exzessiveren Konsummustern als die Jugendlichen aus anderen Schultypen.

Tabelle 11: Alkoholkonsum nach Schultyp (13- bis 18-Jährige, in %)

	Alkoholerfahrung	Rauscherfahrung	tägl. – mehrm./ Woche	tägl.– mehrm./Woche und problematische Trinkmotive
Hauptschule	43,9	13,3	5,5	2,8
AHS Unterstufe	54,9	21,3	9,9	4,7
Polytechnikum	75,0	47,4	17,5	12,5
Berufsschule	77,7	61,8	28,0	14,7
AHS Oberstufe	73,7	39,9	18,8	7,6
BMS	62,1	40,0	16,4	3,0
BHS	74,0	50,7	13,8	5,0

Quelle: Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter (BOHRN & BOHONNEK, 1998)

Grafik 4: Täglicher oder mehrmals wöchentlicher Alkoholkonsum nach Schultypen



Quelle: Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter (BOHRN & BOHONNEK, 1998)

EISENBACH-STANGL kommt in ihrer Analyse über Jugend und Alkohol zu dem Schluss, dass alle von ihr zitierten österreichischen Studien darauf hinweisen, dass unter den problematisch trinkenden Jugendlichen jene aus niedrigen sozio-ökonomischen Schichten deutlich überwiegen. Problematischer Alkoholkonsum korrespondiert mit Unterprivilegierung, und Unterprivilegierung ist ihrerseits eine Ausgangslage, die die Risiken

des Alkoholkonsums – wie andere potenziell selbstschädigende Verhaltensweisen – erhöht (MÜLLER, 1995; zit. nach EISENBACH-STANGL, 2000, S. 8).

Über Ausmaß bzw. Trink-Frequenz von alkoholischen Getränken gibt die WHO-Studie (1998) für die 15-jährigen WienerInnen und der Wiener Gesundheits-survey Auskunft:

Tabelle 12: Trinkfrequenz von alkoholischen Getränken 15-jähriger WienerInnen (in %)

	täglich	jede Woche	jeden Monat	seltener	nie
<b>Bier</b>					
insgesamt	1	9	9	23	58
Burschen	2	10	16	21	52
Mädchen	1	9	4	25	61
<b>Wein</b>					
insgesamt	–	7	13	32	49
Burschen	–	8	15	22	54
Mädchen	–	5	11	38	47
<b>Spirituosen</b>					
insgesamt	–	5	9	23	63
Burschen	–	2	10	21	67
Mädchen	–	8	8	24	61

Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1998

Täglicher Alkohol-Konsum kommt also bei Jugendlichen unter 16 Jahren kaum vor, steigt aber, wie die Erhebung von SPRINGER et al. (1996) zeigte, relativ rasch an und betrug bei den über 21-Jährigen 13 Prozent, bei den Männern sogar 21 Prozent.

Vergleicht man die Trinkgewohnheiten der Wiener SchülerInnen mit den SchülerInnen aus anderen Bundesländern, so zeigt sich, dass die Wiener Jugendlichen vergleichsweise zurückhaltend beim Alkoholkonsum

sind: Sie trinken am seltensten von allen Bundesländern wöchentlich Bier oder Wein, haben die höchste Rate an alkoholabstinenten Jugendlichen und liegen an letzter Stelle bei jenen Jugendlichen, die schon öfter als viermal betrunken waren. Den „Gegenpol“ zu den Wiener SchülerInnen bilden übrigens die BurgenländerInnen, die sowohl beim wöchentlichen Bier-, Wein- und Spirituosenkonsum als auch beim Ausmaß an Trunkenheit deutlich über dem österreichischen Durchschnitt liegen.

Tabelle 13: Trinkfrequenz alkoholischer Getränke bei 15-jährigen im Bundesländervergleich (in %)

	Bgl	K	NÖ	OÖ	Slbg	Stmk	Tirol	Vlbg	Wien
<b>Bier</b>									
jede Woche	20	18	21	18	30	18	20	13	9
jeden Monat	10	11	11	16	11	10	12	12	9
seltener	17	22	18	22	19	24	23	27	23
nie	53	48	48	42	38	48	41	49	58
<b>Wein</b>									
jede Woche	25	13	20	10	19	13	14	19	7
jeden Monat	15	12	18	19	16	21	20	10	13
seltener	28	30	31	35	29	27	31	35	32
nie	32	44	30	35	35	39	34	36	49
<b>Spirituosen</b>									
jede Woche	22	4	13	6	10	4	10	4	5
jeden Monat	22	18	20	18	20	12	15	19	9
seltener	30	34	37	34	32	32	35	27	23
nie	27	45	29	40	37	51	38	49	63
<b>betrunken</b>									
nie	33	39	35	42	31	41	35	55	54
einmal	13	25	19	18	17	15	19	18	19
öfter als 4x	43	14	30	20	23	24	25	14	11

Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1998

In der Altersgruppe der 16– bis 24-Jährigen wurde im Wiener Gesundheitssurvey folgender Bier- und Weinkonsum ermittelt:

**Tabelle 14:** Täglicher Konsum alkoholischer Getränke 16- bis 24-jähriger WienerInnen

tägliches Konsum (in %)								
	nichts	bis 1/16l	bis 1/8l	bis 1/4l	bis 1/2 l	über 1/2l	bis 1l	über 1l
<b>Männer</b>								
Bier	53,0	6,6	8,0	11,3	11,1	–	7,5	2,4
Wein	80,1	11,0	3,7	3,7	1,4	0,0	–	–
Spirituosen	84,7	6,5	7,3	0,9	–	–	–	–
<b>Frauen</b>								
Bier	75,1	12,3	4,7	2,3	4,1	–	1,5	0,1
Wein	77,1	13,5	6,1	3,3	0,0	0,0	–	–
Spirituosen	91,7	7,9	0,4	0,0	–	–	–	–

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001

Aus beiden Erhebungen wird deutlich, dass vor allem beim Bierkonsum große Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen. Bier ist immer noch vor allem ein Getränk der Burschen, dies trifft auf niedrigerem Niveau mit geringeren Unterschieden auch auf Spirituosen zu, während beim Wein die geschlechtsspezifischen Unterschiede relativ gering sind.

Sowohl bei der Trinkfrequenz als auch bei den ermittelten Alkoholmengen ist jedoch zu berücksichtigen, dass Unkorrektheiten nicht nur durch bewusste Falschangaben zustande kommen, sondern auch durch Schwierigkeiten tatsächlich abzuschätzen, wie viel und was man trinkt, vor allem bei häufigem bzw. regelmäßigem Konsum. D. h., diese Angaben sind mit Vorbehalt zu betrachten.

#### 4.4 Konsum illegaler Substanzen

##### Zusammenfassung

**Cannabis** – aber nur Cannabis – hat europaweit gegenwärtig unter Jugendlichen den Charakter einer „illegalen Alltagsdroge“. Dieser Befund trifft auch auf die Wiener Jugendlichen zu. Diese Droge wird von einer recht großen Zahl von Jugendlichen konsumiert: 31 Prozent der 14- bis 29-Jährigen haben Erfahrungen mit Cannabis. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei nicht um regelmäßigen Konsum, sondern um Gelegenheits- und Probierkonsum. Die Probiererfahrung mit Cannabis ist in den letzten Jahren stetig angestiegen, gleichzeitig wird diese Droge von Jugendlichen als immer weniger gefährlich eingeschätzt.

Das Aufkommen und die Verbreitung von Amphetaminderivaten (z. B. **Ecstasy**) und reinen **Amphetaminen** stellt die wesentlichste Veränderung im Drogenkonsum Jugendlicher in den letzten Jahren dar. Die Zahl von Zwischenfällen und Überdosierungen in Wien ist bis heute jedoch gering. Internationale Untersuchungen verweisen darauf, dass sich KonsumentInnen synthetischer Drogen nicht als traditionelle DrogenkonsumentInnen verstehen und insofern mit herkömmlichen präventiven, sozialarbeiterischen und therapeutischen Angeboten kaum erreicht werden können. Auch in Wien ist kaum eine Zunahme von Hilfe und Beratung Suchenden in Drogenberatungsstellen, Notaufnahmen von Spitälern und bei praktischen ÄrztInnen festzustellen, obwohl der häufige Konsum dieser Substanzen (Prävalenz: Ecstasy: zwei Prozent; Amphetamine: drei Prozent) mit physischen und psychischen Problemen verbunden sein kann.

Da sich Konsumerfahrungen mit **Opiaten** bei maximal einem Prozent der Befragten in allen repräsentativen Studien finden, sind Entwicklungstrends schwer feststellbar, doch die Situation bezüglich Opiaten wird für ganz Österreich als stabil bzw. sogar rückläufig eingeschätzt.

##### Summary: Illegal Drugs

*Across Europe, young people regard **cannabis** – but only that – as an “illegal everyday drug”. This also holds true for Vienna. A fairly large number of young people consume this drug: 31 percent of 14-29 year-olds have tried cannabis. Most cannabis consumption, however, is not regular, but occasional or experimental. Cannabis experimentation has increased steadily in the last years, while at the same time the number of young people who regard it as dangerous is decreasing.*

*The emergence and spreading of amphetamine derivatives (e.g. **ecstasy**) and pure **amphetamines** has significantly changed the drug consumption habits of young people in the last years. So far, however, there have been few incidents or cases of overdose in Vienna. International surveys indicate that consumers of synthetic drugs do not see themselves as classical drug users and can therefore hardly be reached by social workers or using the traditional preventive or therapeutic approaches. The data for Vienna also shows that although the frequent use of these substances (prevalence: ecstasy: 2 percent, amphetamines: 3 percent) can be linked to physical and mental problems, there has been no conspicuous increase in people seeking help or counselling in Vienna’s drug consultation centres, emergency wards or general practitioners’ practices.*

*As the prevalence of experience with **opiates** is 1 percent or less in all representative studies, it is hard to detect any trends, but the situation for Austria concerning opiates is considered to be stable or even regressive.*

Konsumerfahrungen mit **Kokain** finden sich ebenfalls nur bei maximal einem bis zwei Prozent der Bevölkerung, wobei der Konsum von Kokain etwas im Steigen begriffen sein dürfte.

Nachdem in Österreich und auch in Wien die Zahl der **Drogenopfer** zwischen 1991 und 1998 rückläufig war, ist zwischen 1998 und 2000 wieder ein Anstieg zu verzeichnen. Dieser wird von ExpertInnen in erster Linie auf eine steigende Bedeutung von polytoxikomanen, riskanten Konsummustern zurückgeführt: Der polytoxikomane Gebrauch bei Drogenabhängigen geht mit schwerwiegenden gesundheitlichen und sozialen Folgen einher. Der Mischkonsum verschiedener Substanzen ist schwerer kontrollierbar und damit riskanter als der Gebrauch einer einzelnen Droge. Das Durchschnittsalter der Drogenopfer in Österreich ist jedoch angestiegen, was auf die „Überalterung“ der etablierten Drogenszene zurückgeführt wird.

*The percentage of people who have tried **cocaine** is also only around 1 to 2 percent of the population, but the use of cocaine appears to be slightly on the rise.*

*After a decreasing trend in the number of acute **drug-related deaths** between 1991 and 1998, there was an increase between 1998 and 2000. Experts attribute this to the growing significance of high-risk multiple drug abuse: multiple drug abuse by addicts often involves serious health and social consequences. The mixed consumption of different substances is harder to control and therefore constitutes a higher risk than the use of just a single drug. The average age of drug-related deaths has however risen, a fact that is attributed to the “aging” of the established drug scene.*

#### 4.4.1 Cannabis

Empirische Studien in Österreich, Europa und den USA haben gezeigt, dass im letzten Jahrzehnt ein recht stabiles Konsummuster bezüglich illegaler Drogen beobachtbar ist. Cannabis – aber nur Cannabis – hat europaweit gegenwärtig unter Jugendlichen den Charakter einer „illegalen Alltagsdroge“. Diese Droge wird von einer recht großen Zahl von Jugendlichen konsumiert, wie viele Untersuchungen belegen. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich dabei aber nicht um regelmäßigen Konsum, sondern um Gelegenheitskonsum und Probierkonsum. Grob gerechnet kann man annehmen, dass rund ein Drittel bis die Hälfte aller Jugendlichen – unter gleichbleibenden Bedingungen – irgendwann in ihrer Jugend Cannabis konsumieren werden (vgl. SPRINGER et al., 2000). Die steigenden Werte in Bezug auf Cannabiskonsum könnten aber auch darauf

zurückzuführen sein, dass eine veränderte gesellschaftliche Wahrnehmung von Cannabis sich in einer größeren Bereitschaft, Konsumerfahrungen anzugeben, niederschlägt (vgl. HAAS et al., 2001).

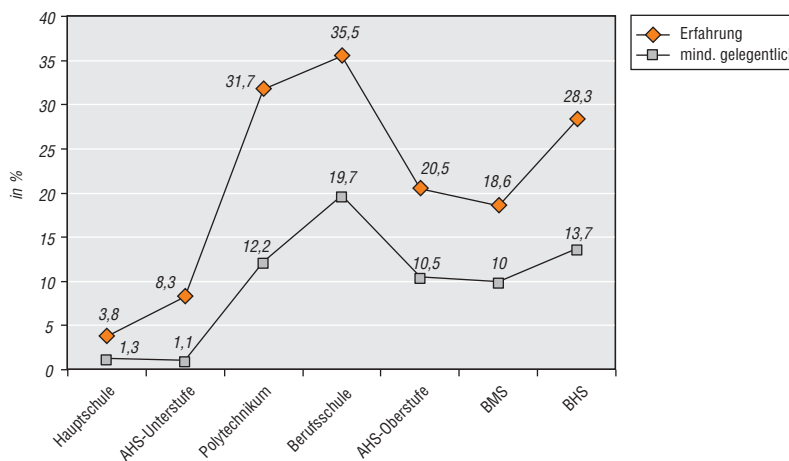
Laut der Wiener Schülerstudie 1998 haben 21 Prozent der Wiener Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren bereits mindestens einmal Cannabis (Haschisch, Marihuana) probiert (24,4 Prozent der Burschen und 17,7 Prozent der Mädchen). Die im selben Jahr erhobenen Daten der Wiener Suchtmittelstudie (IFES) ergaben für die 15– bis 26-Jährigen eine Prävalenz von 32 Prozent. Großen Einfluss auf die Probiererfahrung hat der Schultyp: Die BerufsschülerInnen stehen mit 35,5 Prozent an der Spitze, dann kommt das Polytechnikum mit 31,7 Prozent, die BHS mit 28,3 Prozent und die AHS-Oberstufe mit 20,5 Prozent (BOHRN & BOHONNEK, 1998).

Tabelle 15: Cannabiskonsum nach Schultyp (13- bis 18-Jährige; in %)

	Erfahrung	mind. gelegentlich	mind. 1x/Woche
Hauptschule	3,8	1,3	0,4
AHS-Unterstufe	8,3	1,1	0,4
Polytechnikum	31,7	12,2	7,3
Berufsschule	35,5	19,7	9,1
AHS-Oberstufe	20,5	10,5	5,0
BMS	18,6	10,0	2,9
BHS	28,3	13,7	4,0

Quelle: Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter (BOHRN & BOHONNEK, 1998)

Grafik 5: Cannabiserfahrung und mind. gelegentlicher Cannabiskonsum nach Schultyp



Quelle: Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter (BOHRN & BOHONNEK, 1998)

Nach Alter und Konsumintensität ergibt sich folgender Verlauf: In der Altersgruppe der 13- bis 14-Jährigen liegt die Prävalenzrate noch bei 6,0 Prozent, steigt bei den 15- bis 16-Jährigen auf 23,9 Prozent und liegt bei den 17-Jährigen bei 34,9 Prozent. Der gelegentliche

Konsum von Cannabis steigt von 1,4 Prozent der 13- bis 14-Jährigen auf 18,8 Prozent der über 17-jährigen Jugendlichen. 5,2 Prozent konsumieren zumindest einmal einmal pro Woche Haschisch.

Tabelle 16: Cannabiskonsum nach Alter und Geschlecht (in %)

	≤ 14 Jahre	15–16 Jahre	≥ 17 Jahre
Prävalenz	6,0	23,9	34,9
Burschen	7,1	27,5	37,6
Mädchen	4,9	20,2	31,6
mind. gelegentlich	1,4	11,6	18,8
Burschen	1,6	14,3	22,1
Mädchen	1,2	8,7	14,2
mind. 1 x/Woche	0,6	4,0	8,2
Burschen	0,4	4,8	10,3
Mädchen	0,8	3,2	5,3

Quelle: Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter (BOHRN & BOHONNEK, 1998)



In der Suchtmittel-Studie 2001, in der die Wiener Bevölkerung zu Drogenkonsumerfahrungen und Einstellungen befragt wurde, ergab sich für die Gruppe der 15- bis 29-Jährigen eine Prävalenzrate von 31 Prozent. Im Vergleich zu den Erhebungen in den Jahren davor ergab sich im Vergleich zu den Jahren 1993 (acht Pro-

zent), 1995 (16 Prozent), 1997 (26 Prozent) und zu 1999 (29 Prozent) ein kontinuierlicher Anstieg, wobei zu berücksichtigen ist, dass ab 1995 Jugendliche ab 15 Jahren befragt wurden und ein Teil des Anstiegs auf die veränderte Stichprobe zurückzuführen ist.

Tabelle 17: Erfahrungen mit Cannabis 1993 bis 2001 (in %)

	Prävalenz
1993 (14–29)	8
1995 (14–29)	16
1997(15–29)	26
1999 (15–29)	29
2001 (15–29)	31

Quellen: IFES-Suchtmittelstudien, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001

In den abgefragten Einstellungen zu Cannabisprodukten zeigt sich deutlich, dass sich in den 90er Jahren die Einschätzung der Gefährlichkeit von Haschisch dramatisch verringert hat, während andere Drogen wie Opiate

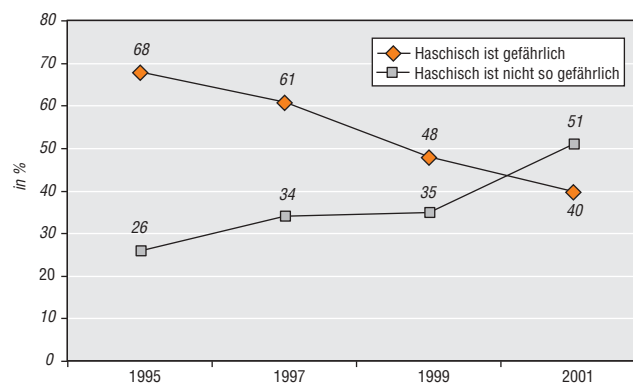
aber auch Ecstasy und Amphetamine von der Mehrheit der Jugendlichen nach wie vor für gefährlich gehalten werden.

Tabelle 18: Einstellungen zu Haschisch 1995 bis 2001 (in %)

... bin dieser Meinung	1995	1997	1999	2001
Haschisch ist gefährlich	68	61	48	40
Haschisch ist nicht so gefährlich	26	34	35	51
Wer schon Haschisch geraucht hat, steigt dann fast immer auf härtere Drogen um	32	33	29	22
Haschisch ist nicht so schädlich, wie immer behauptet wird	38	41	52	50
Haschischkonsum und Heroinkonsum sind im Grunde gleich gefährlich	28	24	30	22

Quellen: IFES-Suchtmittelstudien, 1995, 1997, 1999, 2001

Grafik 6: Einstellung zu Haschisch im zeitlichen Vergleich



Quellen: IFES-Suchtmittelstudien, 1995, 1997, 1999, 2001

Vergleicht man das erhobene Einstiegsalter der IFES-Studien so wird deutlich, dass das durchschnittliche Einstiegsalter zwischen 17 und 18 Jahren liegt, wobei es

in den letzten Jahren zu einer leichten Vorverlegung gekommen sein dürfte.

Tabelle 19: Einstiegsalter für Cannabis 1997 bis 2001

	in %			Mittelwert 15–29	Mittelwert 15–60 +
	unter 15	15–19	20–30		
1997	9	58	32	17.86	19.52
1999	19	55	24	17.81	20.26
2001	9	61	20	17.67	19.17

Quelle: IFES-Suchtmittelstudien, 1997, 1999, 2001

#### 4.4.2 Ecstasy, Amphetamine und biogene Drogen

Das Aufkommen und die Verbreitung von Amphetaminderivaten (z. B. Ecstasy) und reinen Amphetaminen stellt die wesentlichste Veränderung im Drogenkonsum Jugendlicher in den letzten Jahren dar. Die Zahl von Zwischenfällen und Überdosierungen in Wien ist bis heute aber gering (vgl. ChEckiT! 1999). In der Wiener Schülerstudie (1998) gaben 4,3 Prozent der Befragten an, Ecstasy konsumiert zu haben, und in der IFES-Studie 2001 bekannten sich zwei Prozent der 15–bis 29-Jährigen dazu, Ecstasy zumindest einmal konsumiert zu haben.

Deutlich höher dürfte die Affinität zu Ecstasy und Amphetaminen in der Rave- bzw. Technoszene sein. Im Kontext des ChEckiT!-Projekts wurden in Wien 1997 450 BesucherInnen zu ihrem Drogenkonsum befragt. Dabei ergab sich für Ecstasy eine Lebenszeitprävalenz von 53 Prozent. Jugendliche aus diesem jugendkultu-

rellen Umfeld haben übrigens auch zu anderen legalen und illegalen Drogen eine große Neigung: Laut dieser Erhebung hatten 98 Prozent Erfahrungen mit Alkohol, 94 Prozent mit Nikotin, und Cannabis lag mit 73 Prozent Lebenszeitprävalenz noch vor Ecstasy. Über Erfahrung mit LSD verfügten 40 Prozent und über Erfahrungen mit Kokain 30 Prozent. Heroin und andere Opiate spielten mit zehn Prozent eine eher untergeordnete Rolle (vgl. SPRINGER et al., 2000)

Die Werte bezüglich Ecstasy sind laut Drogenbericht 2000 in den letzten Jahren stabil, während der Konsum von Amphetaminen eher im Steigen begriffen sein dürfte – allerdings gibt es dazu derzeit kaum verlässliche Datenquellen. Die Tendenzen, die sich im Vergleich der IFES-Studien abzeichnen sind insofern wenig aussagekräftig, als sich der Konsum dieser Substanzen auf statistisch so niedrigem Niveau bewegt, sodass die Differenz auch auf die statistische Schwankungsbreite zurückgeführt werden kann.

Tabelle 20: Erfahrungen mit Ecstasy und Amphetaminen 1997 bis 2001 (in %)

	Prävalenz	
	Ecstasy	Amphetamine
1997 (15–29)	6	6
1999 (15–29)	2	2
2001 (15–29)	2	3

Quellen: IFES-Suchtmittelstudien, 1997, 1999, 2001

Auch beim Ecstasykonsum gibt es Unterschiede zwischen den Schultypen: Die BerufsschülerInnen liegen

mit 8,5 Prozent vor den PolytechnikerInnen mit 7,3 Prozent an der Spitze, während bei den AHS-Oberstu-

ferschülerInnen laut der Wiener Schülerstudie nur 2,5 Prozent über Konsumerfahrung mit Ecstasy verfügen.

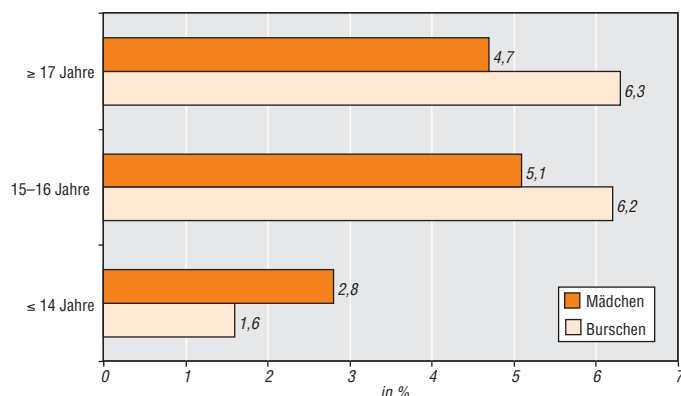
Altersmäßig zeigt sich folgender Verlauf: Die angegebene Erfahrung mit Ecstasy steigt von 2,2 Prozent in der Altersgruppe bis 14 Jahre auf 5,6 Prozent bei den über 17-Jährigen.

Tabelle 21: Erfahrung mit Ecstasy im Altersvergleich (in %)

	≤ 14 Jahre	15–16 Jahre	≥ 17 Jahre
Prävalenz	2,2	5,7	5,6
Burschen	1,6	6,2	6,3
Mädchen	2,8	5,1	4,7

Quelle: Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter (BOHRN & BOHONNEK, 1998)

Grafik 7: Erfahrung mit Ecstasy nach Alter und Geschlecht



Quelle: Substanzkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter (BOHRN & BOHONNEK, 1998)

Internationale Untersuchungen verweisen darauf, dass sich KonsumentInnen synthetischer Drogen nicht als traditionelle DrogenkonsumentInnen verstehen und insofern mit herkömmlichen präventiven, sozialarbeiterischen und therapeutischen Angeboten kaum erreicht werden können. Auch in Wien zeigt sich kaum eine Zunahme von Hilfe und Beratung Suchenden in Drogenberatungsstellen, Notaufnahmen von Spitälern und bei praktischen ÄrztInnen, obwohl der häufige Konsum dieser Substanzen mit physischen und psychischen Problemen verbunden sein kann.

Neben den Hinweisen, dass der Probierkonsum bei Jugendlichen im Kontext spezifischer Jugendkulturen im Steigen begriffen ist, zeichnet sich als neuer Konsum-

trend laut Drogenbericht 2001 in einigen Bundesländern eine steigende Bedeutung von biogenen Drogen (z. B. Pilzen, Kakteen, Nachtschattengewächsen) vor allem bei Jugendlichen ab (HAAS et al., 2001, S. 15). In Wien gibt es Hinweise, dass sowohl Kokain als auch Morphintabletten im Rahmen des Mehrfach- und Mischkonsums an Bedeutung gewinnen, wobei diese beiden Substanzen vorrangig intravenös eingenommen werden (HAAS et al., 2000).

Der verstärkte Probierkonsum schlägt sich aber bisher nicht in einem Anstieg der Zahl von „problematischen KonsumentInnen“ bzw. Drogenabhängigen nieder. Die diesbezügliche Situation wird speziell für Jugendliche als stabil eingeschätzt (HAAS et al., 2000, S. 13).

#### 4.4.3 Opiate

Konsumerfahrungen mit Opiaten finden sich bei maximal einem Prozent der Befragten in allen repräsentativen Studien. Die Zahl der problematischen OpiatkonsumentInnen wird für Gesamtösterreich auf etwa 15.000 bis 20.000 Personen geschätzt, wobei die Mehrzahl aber polytoxikomane Konsummuster zeigen. Die Situation bezüglich Opiaten wird für ganz Österreich als stabil bzw. sogar rückläufig eingeschätzt (HAAS et al., 2000, S. 30).

„Streetwork“ war im Zuge einer Kooperation mit jugendspezifischen Angeboten auch an einer Erhebung bei einer spezifischen Gruppe von – sozial besonders benachteiligten – Jugendlichen an einem Wiener „Szene-Ort“, der eine Mischung von Jugend- und Drogenszene darstellt, beteiligt (AG SCHOP 1999). Drogen (Cannabis, Heroin, Kokain) spielen in dieser Szene eine wichtige Rolle, intravenöser Konsum ist aber selten. Die Jugendlichen kommen aus Zuwandererfamilien und befinden sich durchwegs in einer sehr prekären sozialen Lage. Mehr als die Hälfte der insgesamt 40 Befragten gab an, arbeitslos zu sein bzw. nur Gelegenheitsjobs nachzugehen. Ein Teil der Jugendlichen hatte weiters einen unsicheren Aufenthaltsstatus, der auch den Zugang zum Arbeitsmarkt erschwerte. Fast alle Jugendlichen hatten auch bereits Erfahrungen mit der Justiz. Gleichzeitig besteht der Wunsch nach einem „normalen“ Leben mit gesichertem Einkommen, Arbeit, Familie, Regelmäßigkeit und weniger Drogenproblemen (HAAS et al., 2000, S. 23).

#### 4.4.4 Kokain

Konsumerfahrungen mit Kokain finden sich ebenfalls nur bei maximal einem bis zwei Prozent der Bevölkerung, wobei der Konsum von Kokain, laut Drogenbericht 2000 etwas im Steigen begriffen sein dürfte. Deutlich höhere Werte finden sich aber in spezifischen Jugendkulturen, insbesondere in der Raveszene. So wurden beispielsweise im Rahmen des ChEck iT!-Projektes BesucherInnen von Raves zu ihren Konsumerfahrungen befragt. Dabei gaben 30 Prozent an, über Erfahrun-

gen mit Kokain zu verfügen. Aber in der repräsentativen IFES-Studie 2001 gaben nur zwei Prozent der befragten 15- bis 26-Jährigen an, schon einmal Kokain genommen zu haben.

Kokain hat aufgrund sinkender Preise und leichterer Verfügbarkeit in den letzten Jahren an Relevanz in der offenen Drogenszene gewonnen, wo es im Rahmen des polytoxikomanen Gebrauchs auch häufig intravenös konsumiert wird. Daten über diese KonsumentInnengruppe finden sich in einer Studie des Ludwig-Boltzmann-Institutes für Suchtforschung, in deren Rahmen im Jahr 1997 insgesamt 150 Interviews mit KonsumentInnen der Wiener Straßenszene durchgeführt wurden.

Als weitere KokainkonsumentInnengruppe wird die so genannte „gehobene Kokainszene“ beschrieben, die aus weitgehend geschlossenen Cliquen im privaten und halböffentlichen Bereich besteht. Personen aus der gehobenen Kokainszene sind sozial unauffällig, versorgen sich über diskrete und verlässliche Quellen mit Drogen guter Qualität und vermeiden den Kontakt zur offenen Drogenszene (UHL & SPRINGER, 1997; zit. nach HAAS et al., 2000, S. 62).

#### 4.4.5 Zusammensetzung, Reinheit von illegalen Substanzen

Im Rahmen des ChEck iT!-Projektes wurden auf Rave-Parties als Ecstasy oder Speed gekaufte Substanzen auf Reinheit und Zusammensetzung analysiert. 453 Proben wurden im Jahr 2000 analysiert, und es zeigte sich der auch im Jahr davor schon beobachtete Trend, dass der Prozentsatz der als Ecstasy gekauften Tabletten, die tatsächlich MDMA enthalten, weiterhin gestiegen ist (1998: 37 Prozent; 1999: 78 Prozent; 2000: 85 Prozent). Der Prozentsatz von hochdosierten Ecstasy-Tabletten ist im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen. Im Juli 2000 wurde in Österreich erstmals der Wirkstoff PMA (Paramethoxyamphetamin) in als Ecstasy verkauften Tabletten festgestellt. In Niederösterreich führte der Konsum von PMA – das vermeintlich als Ecstasy konsumiert wurde – im Jahr 2000 sogar zu einem Todesfall.

Die Situation bezüglich Speed ist – was die tatsächlichen Inhaltsstoffe betrifft – als problematisch einzuschätzen. Die als Speed gekauften Substanzen enthielten bei den ChEckiT!-Analysen nur in 67 Prozent der Fälle tatsächlich Amphetamin.

In einer in Zusammenarbeit zwischen der sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle „Ganslwirt“ und dem Klinischen Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik der Universität Wien durchgeführten Studie zur Reinheit konsumierter Substanzen wurden bei einer Analyse der Rückstände in 753 getauschten Spritzen in den meisten Proben vielfältige Kombinationen unterschiedlicher Substanzen festgestellt. Heroin (n = 130) war beispielsweise zu 58 Prozent mit Kokain, zu 52 Prozent mit Koffein, zu 41 Prozent mit Noscapin, zu 40 Prozent mit Pavarin, zu 32 Prozent mit Codein und zu 18 Prozent mit Noscapin und Pavarin vermischt. Als Beimengung zu Kokain (n = 212) wurde in 30 Prozent der Fälle Koffein, in sieben Prozent Lidocain und in jeweils drei bis vier Prozent der Fälle Oxymetazolin, Trimethoprim und Diphenhydramin festgestellt. Diese Ergebnisse zeigen, dass neben der absichtlichen Kombination mehrerer Substanzen die intravenös konsumierten Substanzen eine Vielzahl von teilweise gesundheitsschädlichen Beimengungen enthalten (vgl. Drogenbericht 2001, S. 32)

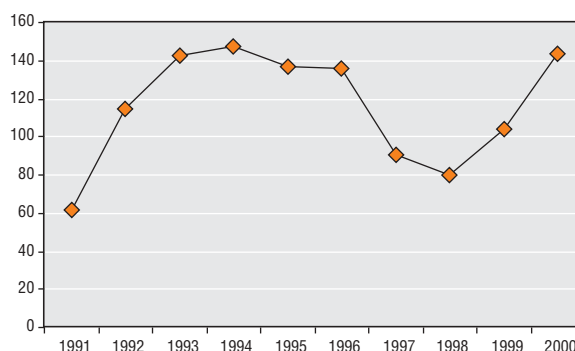
#### 4.4.6 Drogenbezogene Todesfälle

Nachdem die Zahl der „Drogenopfer“ in Österreich in den letzten Jahren stabil blieb, wurden im Jahr 2000 mit insgesamt 227 drogenbezogenen Todesfällen wieder deutlich mehr Drogenopfer verzeichnet. Davon waren 25 Personen (elf Prozent) unter 19 Jahre alt und 41 Personen (18 Prozent) zwischen 20 und 24 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Drogenopfer ist jedoch angestiegen, was auf die „Überalterung“ der etablierten Drogenszene zurückgeführt wird.

Der Anstieg wird von ExpertInnen in erster Linie auf eine steigende Bedeutung von polytoxikomanen, riskanten Konsummustern zurückgeführt: Der polytoxikomane Gebrauch bei Drogenabhängigen geht mit schwerwiegenden gesundheitlichen und sozialen Folgen einher. Der Mischkonsum verschiedener Substanzen ist schwerer kontrollierbar und damit riskanter als der Gebrauch einer einzelnen Droge.

In Wien gingen die Opferzahlen zwischen 1991 und 1998 zurück, zwischen 1998 und 2000 ist jedoch wieder ein Anstieg zu verzeichnen. Eine mögliche Ursache dafür ist, dass 1998, gemäß den Konventionen der UN, die Aufnahme der psychotropen Stoffe in das Suchtmittelgesetz (vormals Suchtgiftgesetz) erfolgte, was die statistische Erfassung der drogenbezogenen Todesfälle durch die Exekutive erhöht hat.

Grafik 8: Anzahl der Drogenopfer in Wien im zeitlichen Verlauf (alle Altersgruppen)



Quelle: Drogenbericht 2001

#### 4.4.7 Jugendliche in Wiener Suchtkrankenhilfesystemen

Bei einer kleineren Gruppe von Jugendlichen, die während Pubertät und Adoleszenz in schwere Krisen geraten, kann sich hochriskanter und selbstschädigender Drogenkonsum entwickeln. Folgende Zahlen und Statistiken des Fonds Soziales Wien geben Aufschluss darüber, wie viele Jugendliche in Wien im Jahr 2000 von spezialisierten Wiener Drogenhilfeeinrichtungen beraten oder betreut wurden.

##### 4.4.7.1 Einsatzfahrten der Wiener Rettung

Im Jahr 2000 wurden von der Rettung insgesamt 404 Einsatzfahrten wegen Drogenfällen mit Verdacht auf Überdosierung durchgeführt. 76 Personen (19 Prozent) der betreuten Personen waren elf bis 20 Jahre alt, 179 Personen (49 Prozent) waren 21 bis 30 Jahre alt.

Personenzahl	11–20 Jahre	21–30 Jahre
404	19 %	49 %

##### 4.4.7.2 Substitution

Mit November 2001 standen insgesamt 3.543 Personen in Substitutionsbehandlung, davon waren 79 Personen (2,2 Prozent) unter 20 Jahre alt. 565 Personen waren 21 bis 25 Jahre alt (15,9 Prozent).

Personenzahl	≥ 20 Jahre	21–25 Jahre
3.543	2,2%	15,9 %

##### 4.4.7.3 Niederschwellige Angebote

In niederschweligen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen waren Jugendliche in Wien im Jahr 2000 folgendermaßen vertreten:

	Kontaktzahlen insgesamt	≤ 19 Jahre	20–24 Jahre
Streetwork Karlsplatz	45.260	6 %	31 %
mobile Anlaufstellen von Streetwork	24.851	4 %	23 %
Contact – Spitalsverbindungsdienst (Erstkontakte)	362	20 %	20 %
Tageszentrum Ganslwirt	18.089	4 %	16 %
Nachtstation Ganslwirt	4.275	7 %	21 %
Spritzentauschprogramm Ganslwirt	40.069	4 %	26 %

##### 4.4.7.4 Ambulante Angebote

###### Ambulatorium für Suchtkrankenhilfe

Das Ambulatorium für Suchtkrankenhilfe wurde im Jahr 2000 von insgesamt 823 Personen in Anspruch genommen. 64 Personen (7,8 Prozent) davon waren jünger als 20 Jahre.

Personenzahl	≤ 19 Jahre
823	7,8 %

### Change

Die Drogenberatungsstelle CHANGE hat im Jahr 2000 insgesamt 299 Personen beraten oder betreut. Davon

waren acht Prozent 15 bis 18 Jahre alt, und 32 Prozent waren 19 bis 25 Jahre alt.

Personenzahlen	15–18 Jahre	19–25 Jahre
299	8 %	32 %

### Dialog

Insgesamt haben im Jahr 2000 im Verein Dialog – Beratungsstelle Hegelgasse – 776 Personen Beratung oder Betreuung in Anspruch genommen; 18,3 Prozent davon waren zwölf bis 20 Jahre alt. Einige jener Personen, die eine persönliche Leistung in Anspruch genommen haben, ist die Gruppe der „behandelten Betroffenen“. Sie machte im Jahr 2000 insgesamt 267 Personen aus.

Davon waren 30 Personen bis 18 Jahre alt (11,2 Prozent), und 53 Personen 19 bis 24 Jahre alt (19,9 Prozent). Die Beratungsstelle BBZ Wassermann-gasse des Vereins Dialog wurde im Jahr 2000 von 153 Personen aufgesucht, davon waren 19 Personen (12,4 Prozent) unter 18 Jahre alt, und 44 Personen (28,8 Prozent) waren 19 bis 24 Jahre alt.

	Personenzahl	≤ 18 Jahre	19 – 24 Jahre
Hegelgasse (behandelte Betroffene)	267	11,2 %	19,9 %
BBZ Wassermann-gasse	153	12,4 %	28,8 %

### Drogenambulanz im AKH

Von 1.918 Kontakten in der Drogenambulanz im AKH fanden 181 Kontakte mit Personen bis 19 Jahre statt,

und 663 Kontakte mit Personen im Alter von 20 bis 24 Jahre.

Kontaktzahl	≤ 19 Jahre	20–24 Jahre
1.918	9,4 %	28,8 %

### Drogenberatung für Jugendliche – Kolping

Von der Drogenberatung für Jugendliche – Kolping wurden 105 KlientInnen im Jahr 2000 betreut. 88 Per-

sonen (83,8 Prozent) waren bis 19 Jahre alt und 14 Personen waren zwischen 20 und 24 Jahre alt.

Personenzahl	≤ 19 Jahre	20–24 Jahre
105	83,8 %	13,3 %

### Treffpunkt

Die Angebote von Treffpunkt wurden im Jahr 2000 von insgesamt 343 Personen in Anspruch genommen.

Sechs Prozent waren bis 17 Jahre alt und 42 Prozent waren 18 bis 24 Jahre alt.

Personenzahl	≤ 17 Jahre	18–24 Jahre
343	6 %	42 %

## 4.4.7.5 Stationäre Angebote

## Drogeninstitut im Otto Wagner-Spital – Entzugsstation Pavillon 6/3

Personenzahl	≤ 19 Jahre	20–24 Jahre
430	7,4 %	24,9 %

## Drogeninstitut im Otto Wagner-Spital – Langzeittherapiestation Pavillon 1

Anzahl Aufenthalte	≤ 20 Jahre	21–24 Jahre
79	10,1 %	13,9 %

## Grüner Kreis

Personenzahl	≤ 18 Jahre	19–25 Jahre
386	15,5 %	33,9 %

## API Entzugsstation und Kurzzeittherapiestation 517

Personenzahl	≤ 17 Jahre	18–24 Jahre
131	6 %	51 %

## API Mödling

Personenzahl	≤ 17 Jahre	18–24 Jahre
70	9 %	37 %

Folgende Einrichtungen haben in ihrer Jahresstatistik für das Jahr 2000 Altersgruppen nicht extra ausgewiesen: Drogenambulanz im AKH, Drogenambulanz im

Otto Wagner-Spital-Pavillon W, Grüner Kreis-Ambulante Beratungsstelle Hermannsgasse, Verein P.A.S.S., Beratungsstelle T.I.P., Schweizer-Haus Hadersdorf.



## 4.5 Literatur

- BOHRN, K. & BOHONNEK, A.: Drogenkonsum von Jugendlichen: Risikofaktoren, Probier- und Einstiegsverhalten, Suchtverläufe und Ausstieg. Zwischenbericht. Wien 1998.
- CURRIE, SETTERTOBULTE, HURRELMANN, SMITH & TODD: Health and Health Behavior among Young People: The HBSC 1997/1998 Survey. International Report. Copenhagen 1999.
- DÜR, W.; KERNBEISS, G.; MRAVLAK, K.; STIDL, T. & SCHUSS, I.: Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 5. HBSC-Surveys 1998 und Trends für die 90er Jahre. Wien 2000.
- DÜR, W.; HALBMEYER, E.; MRALAK, K.; SCHUSS, I. & STIDL, T.: Schule und Ungleichheit in Österreich. Auswertung der Daten des WHO-HBSC-Surveys 1998 zum Verhältnis von sozialer Ungleichheit und Gesundheit bei Jugendlichen. Wien 2000.
- EISENBACH-STANGL, I.: Jugend und Alkohol in Österreich: Aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Vortrag gehalten auf der Fachtagung „Jugend und Alkohol“ in Windischgarsten 2000.
- FONDS SOZIALES WIEN: Jugendliche im Wiener Suchtkrankenhilfesystem. Wien 2001.
- HAAS, S.; GUZEI, K. & TÜRSCHERL, E.: Bericht zur Drogensituation 1999. Wien 1999.
- HAAS, S.; BUSCH, M. & TÜRSCHERL, E.: Bericht zur Drogensituation 2000. Wien 2000.
- HAAS, S.; BUSCH, M. & GUZEI, K.; TÜRSCHERL, E.; WEIGL, M.: Bericht zur Drogensituation 2001. Wien 2001.
- HURRELMANN, K. (1997): Trendwende beim Konsum psychoaktiver Substanzen? Zum Zusammenhang von Sozialisation und Drogen im Jugendalter. In: Deutsche Jugend Heft 12, S. 517–526.
- IFES: Suchtmittelstudie. Bevölkerungsbefragung. Tabellenband. Wien 1993.
- IFES: Suchtmittelstudie. Bevölkerungsbefragung. Tabellenband. Wien 1995.
- IFES: Suchtmittelstudie. Wiener Jugendliche. Tabellenband. Wien 1995.
- IFES: Suchtmittelstudie. Bevölkerungsbefragung. Tabellenband. Wien 1997.
- IFES: Suchtmittelstudie. Monitoring 1999. Tabellenband. Wien 1999.
- IFES: Suchtmittelstudie. Monitoring 2001. Tabellenband. Wien 2001.
- KINDERGESUNDHEITSBERICHT WIEN (2000), MA-L/Dezernat für Gesundheitsplanung (Hrsg.)
- PRUNER, D. (2001): Kinder und Alkohol. Bericht einer Österreichischen Studie.
- SPRINGER et al.: Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen. Wien 2000.
- SPRINGER, A.; UHL, A. & WIDENSKY K.: Schüler und Drogen in Österreich: Wissen, Erfahrungen, Einstellungen. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 1, 3–21. Wien 1996.
- UHL, A. et al.: Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten Fakten Trends 2001. Wien 2001
- VEREIN WIENER SOZIALPROJEKTE: Jahresbericht des sekundärpräventiven Projektes ChEckIT! 1999/2000. Wien 2001.
- WIENER GESUNDHEITS- UND SOZIALSURVEY: Studie S1/2001, Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.), Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement. Wien 2001.

V.  
ERNÄHRUNGS- UND  
BEWEGUNGSVERHALTEN

*NUTRITIONAL BEHAVIOUR  
AND PHYSICAL ACTIVITY*

<b>5 ERNÄHRUNGS- UND BEWEGUNGSVERHALTEN</b>	<b>169</b>
<b>5.1 ERNÄHRUNGSVERHALTEN</b>	<b>169</b>
5.1.1 Österreichische Ernährungsgewohnheiten	170
5.1.2 Ernährungsgewohnheiten der Wiener Jugendlichen	174
5.1.3 Ernährungswissen	177
5.1.4 Prävention	177
5.1.5 Ess-Störungen	178
<b>5.2 BEWEGUNGSVERHALTEN</b>	<b>188</b>
5.2.1 Sportvereine	194
5.2.2 Extremsport – Trendsport	194
5.2.3 Sportunfälle	195
5.2.4 Haltungsschäden	195
5.2.5 Prävention	196
<b>5.3 LITERATUR</b>	<b>197</b>

## 5 ERNÄHRUNGS- UND BEWEGUNGSVERHALTEN

Mag. Christine REIDL

### 5.1 Ernährungsverhalten

#### Zusammenfassung

Die **Lebensmittelauswahl** der Jugendlichen ist nicht optimal. Eine Verbesserung der Nährwertrelation erfordert die Umsetzung der grundlegenden Empfehlungen der Ernährungswissenschaften. Wünschenswert wäre, dass Jugendliche und junge Erwachsene täglich eine Portion Gemüse, Obst, fettarme Milch und Milchprodukte sowie Getreide und Getreideprodukte zu sich nehmen, Kochsalz- und Saccharose-Zufuhr sollten ebenso verringert werden, wie Nahrungsmittel mit einem hohen Gehalt an Cholesterin und gesättigten Fettsäuren.

Generell dürfte das **Ernährungswissen** der 15- bis 18-Jährigen als gut einzustufen sein, so das Ergebnis einer österreichweiten Erhebung (Österreichischer Ernährungsbericht, 1998), allerdings bedingt das noch keine Änderung des Essverhaltens. Es zeigen sich vor allem deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Ernährungswissen und -verhalten. Burschen und junge Männer setzen sich mit dem Thema Ernährung deutlich seltener auseinander als Mädchen und junge Frauen. In Zusammenhang mit diesbezüglichen gesundheitsfördernden Maßnahmen sollte neben einer fundierten Wissensvermittlung vor allem eine praxisorientierte Umsetzung gesunder Ernährung zentrales Anliegen sein. Eine Auflösung der traditionellen Zuordnung – Ernährung ist Frauensache – sollte im Zuge derartiger Maßnahmen angestrebt werden.

Fehlerhaftes Ernährungsverhalten äußert sich bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kaum in Mangelerscheinungen, sondern wird als **Überoder Untergewicht** sichtbar. Die Adoleszenz gilt als kritische Phase für die Manifestation von Übergewicht. Auf Dauer wirkt sich sowohl ein überhöhtes als auch ein zu niedriges Körpergewicht schädlich auf die Gesundheit aus. Eine Ursache für derartige Gewichtsprobleme können **Essstörungen** sein.

#### Summary: Dietary Habits

*The **choice of diet** of young people is not optimal. To enhance the nutritional balance, the basic recommendations of nutrition science must be put into practice. It is desirable that young people eat one daily serving of vegetables, fruit, low-fat milk and dairy products as well as cereals and cereal products. The intake of salt and sucrose should be reduced, as well as that of foods with high levels of cholesterol and saturated fats.*

*Generally, 15-18 year olds seem to be well informed about nutrition, according to a nationwide survey (The Austrian Nutrition Report "Österreichischer Ernährungsbericht", 1998), but this does not automatically lead to a change in dietary habits. There are large gender differences both in knowledge and habits. Boys and young men are less interested in the topic than girls and young women. Besides imparting information with a solid basis, a priority of related health promotion measures should be practical healthy nutrition. These measures should also aim at dissolving traditional gender roles – "food is women's business".*

*Poor nutritional behaviour usually does not manifest itself as deficiencies, but instead as **overweight or underweight**. Adolescence is considered the critical phase for the manifestation of obesity. In the long term, both too high and too low corporal weight are a health risk. **Eating disorders** can be one of the reasons for weight problems.*

Aufgrund einer Befragung von SchülerInnen in den Schuljahren 1998/99 sowie 2000 liegen Schätzungen vor, die davon ausgehen, dass etwa 2.078 Mädchen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren in Wien davon betroffen sind. An **Bulimie** und **Anorexie** erkranken nach wie vor deutlich mehr Mädchen und junge Frauen als Männer, allerdings beginnen die Behandlungszahlen der männlichen Patienten zu steigen. Als ein wesentlicher Auslöser für diese Erkrankungen wird das Streben nach dem in der westlichen Gesellschaft gängigen Schlankheitsideal angesehen. Im Hintergrund dieser Störungen verbergen sich immer psychische Probleme, die einer entsprechenden therapeutischen Behandlung bedürfen.

*Estimates based on a survey carried out among students in the school year 1998/99 and in 2000 speak of 2,078 girls aged 14-17 in Vienna who have an eating disorder. Young women suffer from **bulimia** and **anorexia nervosa** more frequently than men, but the number of male patients is starting to increase. One of the main triggers for these disorders is believed to be the striving for the slim beauty ideal of the western society. In the background, however, there are always psychological problems that require therapeutic attention.*

Das Ernährungsverhalten der Jugendlichen wird auf der physiologischen, psychosozialen und kognitiven Ebene beeinflusst. Dabei können Ernährungsstile gefestigt werden, die nachteilige Folgen für die körperliche Entwicklung haben und die Morbidität und Mortalität im Erwachsenenalter beeinflussen. Der spezifische Energie- und Nährstoffbedarf von Jugendlichen wird in erster Linie durch die anabole Phase des Wachstums und die physiologischen Veränderungen (Längenwachstum, Zunahme des Körpergewichts, Vergrößerung vieler Organsysteme) bestimmt (TRAPP & NEUHÄUSER-BERTOLD, 2001).

die A. C. NIELSEN-Ess-Studie (2000) zum Thema „Wie isst Österreich?“ (n = 3.000, ab 14 Jahren) sowie eine Umfrage des Gallup-Institutes (2000) zum Themenschwerpunkt Zwischenmahlzeiten und Konsum von Snacks Auskunft (n = 1.000, ab 14 Jahren).

### 5.1.1 Österreichische Ernährungsgewohnheiten

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die ausländische (vor allem italienische) Küche bei den 14- bis 24-Jährigen großer Beliebtheit erfreut. Die männlichen Befragten nannten am häufigsten Pizza (23 Prozent) und verdrängten damit des Österreichers Leibgericht – das Wiener Schnitzel (17 Prozent) – auf Platz zwei. Die Mädchen und jungen Frauen nannten am häufigsten Spaghetti (15 Prozent), gefolgt von anderen Teigwaren und Nudelgerichten (14 Prozent). Die drei beliebtesten Zwischenmahlzeiten sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Was sind nun die Lieblingsspeisen der österreichischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen? Darüber geben

Tabelle 1: Die drei beliebtesten Zwischenmahlzeiten nach Geschlecht

Platz	Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen			
	männliche Befragte		weibliche Befragte	
	Lieblingszwischenmahlzeit	in %	Lieblingszwischenmahlzeit	in %
1	Wurstsemmel	38	Apfel	48
2	Apfel	37	Joghurt	46
3	Tafel Schokolade	33	Banane	27

Quelle: KIEFER, I.; HABERZETTL, C. & RIEDER, A.; Ernährungsverhalten und Einstellung zum Essen der ÖsterreicherInnen, 2000

Weitere Ergebnisse der Studie: Bereits im Kindes- und Jugendalter essen die Mädchen mehr Obst und Gemüse, die Burschen konsumieren mehr Fleisch und Wurstwaren. Generell zeigte sich, dass trotz der Zunahme des Ernährungsbewusstseins die Fett-, Eiweiß-, Cholesterin- (hoher Konsum an Fleisch- und Wurstwaren) und Kochsalzzufuhr (gesalzene Knabberartikel) zu hoch und jene der Ballaststoffe (wenig Hülsenfrüchte, Vollkornbrot und Getreide) zu niedrig war. Die Versorgungslage an Vitaminen und Mineralstoffen konnte bis auf wenige Ausnahmen als zufriedenstellend eingestuft werden (vgl. KIEFER, HABERZETTL & RIEDER, 2000).

Diese aktuellen Ergebnisse decken sich mit jenen, die im Österreichischen Ernährungsbericht (1998) veröf-

fentlicht wurden. Der Bericht basiert auf Daten zur Nährstoffaufnahme in Österreich, die zwischen 1991 und 1993 im Rahmen der Österreichischen Studie zum Ernährungsstatus (OSES) erhoben worden waren. Dabei wurde auch das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen analysiert. Vergleichbare Daten über die Ernährungsgewohnheiten von Wiener Jugendlichen stehen derzeit nicht zur Verfügung.

Die Daten der OSES zeigten, dass die Energieaufnahme der Mädchen unter jener der Burschen liegt. Als physiologische Ursache kann der starke Zuwachs an magerer Körpermasse bei der männlichen Gruppe gewertet werden, der einen deutlichen Mehrbedarf an Energie bedingt (GODINA-ZARFL et al., 1992; PELLET, 1990).

Tabelle 2: Basisdaten für die Energieaufnahme nach Geschlecht

Aufnahme an Energie (MJ/d)	Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen	
	Mittelwert	Standardabweichung
Burschen	12,05	+/- 3,2
Mädchen	8,81	+/- 1,6
Signifikanz	p < 0,001	

Quelle: Österreichischer Ernährungsbericht, 1998

Der jeweilige Energiebedarf wird durch den Konsum von Nährstoffen gedeckt, die Fette, Kohlehydrate und Proteine (Eiweiß) enthalten. Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) sollte sich die durchschnittliche tägliche Energiezufuhr zu

höchstens 30 bis 35 Prozent aus Fett und mindestens 50 bis 60 Prozent aus Kohlehydraten zusammensetzen. Die tägliche Proteinzufuhr sollte bei zehn bis 15 Prozent liegen.

Tabelle 3: Aufnahme an Energie und Hauptnährstoffen in Energieprozent nach Geschlecht

Nährstoffe	Richtwert in En %	Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen Nährstoffe in En %			
		Mädchen		Burschen	
		Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
Eiweiß	10–15	13,1	+/- 1,6	13,9	+/- 2,0
Fett	30–35	36,6	+/- 4,6	36,7	+/- 4,1
Kohlehydrate	50–60	50,2	+/- 5,2	48,5	+/- 5,2

Quelle: Österreichischer Ernährungsbericht, 1998

Die Ergebnisse der österreichischen Schülerinnen und Schüler zeigen im Durchschnitt eine Fettaufnahme, die über der Obergrenze von 35 Prozent lag. Der Anteil der

Kohlehydrate ist bei den Mädchen an der Untergrenze der wünschenswerten 50 bis 55 Prozent, die Burschen unterschreiten diese. Die Eiweißaufnahmen liegen in-

nerhalb des Bereiches, der als akzeptabel betrachtet wird (Österreichischer Ernährungsbericht, 1998).

Ein hoher Fettverzehr begünstigt die Entstehung von Übergewicht und Adipositas (Fettsucht), für deren Manifestation das Jugendalter eine kritische Phase ist. Neben der Menge ist auch die Zusammensetzung der verzehrten Fette von Bedeutung. Die Untersuchungs-

ergebnisse der OSES zeigen, dass sich der Fettanteil der Ernährung der 15- bis 18-jährigen Jugendlichen aus einem hohen Anteil an gesättigten Fetten bei vergleichsweise niedriger Zufuhr an mehrfach ungesättigten Fettsäuren zusammensetzt. Dieses Verhältnis fördert die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Tabelle 4: Aufnahme an Fettsäuren (FS) nach Geschlecht

Fettsäuren (FS)	Richtwert (in %)	Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen Fettsäuren-Anteile (in %)			
		Mädchen		Burschen	
		Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
gesättigte FS	33,3	47,4	+/- 3,4	46,8	+/- 3,7
einfach ungesättigte FS	33,3	36,5	+/- 2,5	38,1	+/- 2,3
mehrfach ungesättigte FS	33,3	16,0	+/- 3,3	15,1	+/- 3,0

Quelle: Österreichischer Ernährungsbericht, 1998

Das Nahrungscholesterin wird ebenfalls häufig als ungünstiger Faktor in Bezug auf die Entstehung von kardiovaskulären Erkrankungen diskutiert. Obwohl die Assoziation zwischen der Höhe des Serumcholesterinspiegels und der Höhe des Nahrungscholesterins nicht

immer gefunden werden konnte (HOPKINS, 1992) besteht die Empfehlung, dass im Durchschnitt maximal 300 mg Cholesterin pro Tag konsumiert werden soll (Österreichischer Ernährungsbericht, 1998).

Tabelle 5: Aufnahme an Cholesterin nach Geschlecht

Geschlecht	Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen Cholesterin (mg/d) – (Richtwert: 300 mg/d)	
	Mittelwert	Standardabweichung
Burschen	458	+/- 179
Mädchen	321	+/- 93
Signifikanz	p < 0,001	

Quelle: Österreichischer Ernährungsbericht, 1998

Liegen die Mädchen zumindest noch im Bereich des Richtwertes, so sind die Burschen deutlich darüber. Dieses Ergebnis ist relativ gut mit den im Rahmen der Untersuchung erhobenen Daten zum Lebensmittelkonsum in Einklang zu bringen, da dieser bei der männlichen Gruppe einen höheren Konsum tierischer Produkte (Fleisch, Wurst, Käse) gezeigt hat. Die Ergebnisse der Fettaufnahme stehen auch in engem Zusammenhang mit der Proteinzufuhr. Da proteinreiche Lebensmittel tierischer Herkunft zusätzlich Fett, vor al-

lem gesättigte Fette und Cholesterin enthalten, ist deren Aufnahme mitverantwortlich für das ungünstige Verhältnis der Fettsäuren. Eine Analyse der Eiweißaufnahme zeigt, dass bei den 15- bis 18-jährigen Mädchen der relative Anteil an pflanzlichem Eiweiß signifikant höher ist als bei den gleichaltrigen Burschen. Auch dieses Ergebnis findet seine Entsprechung in der Analyse des Nahrungsmittelkonsums. Die Mädchen essen mehr Obst und Gemüse, ihr Fleischkonsum ist hingegen geringer als jener der Burschen.

Von der aufgenommenen Nahrungsenergie sollten wenigstens 50 Prozent in Form überwiegend komplexer Kohlehydrate, d. h. als stärkehaltige und ballaststoffreiche Lebensmittel, die essenzielle Nährstoffe und sekundäre Pflanzenstoffe enthalten, verzehrt werden (TRAPP & NEUHÄUSER-BERTOLD, 2001). Bei der Aufnahme von Kohlehydraten zeigte sich, dass der Konsum an Saccharose (Haushaltszucker) zu hoch ausfällt. Polysaccharide decken hingegen im Schnitt nur 40 Prozent der insgesamt aufgenommenen Kohlehydrate, wünschenswert wäre ein Anteil von 50 bis 60 Prozent. Der Anteil der Saccharose sollte daher reduziert und durch Stärke ersetzt werden. Der Konsum an

Ballaststoffen ist eher niedrig. Es liegen nur drei Prozent der Burschen und acht Prozent der Mädchen im wünschenswerten Bereich von 3 g/MJ (Österreichischer Ernährungsbericht, 1998).

Vitamine und Mineralstoffe werden für die Aufrechterhaltung der biochemischen und physiologischen Funktionen benötigt und sind zudem wichtige Bestandteile von Körperstrukturen. Besonders im Jugendalter ist eine adäquate und kontinuierliche Zufuhr erforderlich, da ein Mangel ein limitierender Faktor des genetischen Potenzials von Wachstum ist und zu Folgeerkrankungen führen kann (TRAPP & NEUHÄUSER-BERTOLD, 2001).

**Tabelle 6:** Aufnahme von Vitaminen und Mineralstoffen nach Geschlecht

Vitamin/Mineralstoff (Richtwert der DGE = 100 %)	Prozentsätze der Empfehlungen, die erreicht werden			
	Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen			
	Mädchen		Burschen	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
Vitamin A	109	+/- 61	98	+/- 56
Vitamin D	38	+/- 25	45	+/- 25
Vitamin E	92	+/- 24	102	+/- 29
Vitamin B 1	90	+/- 21	98	+/- 23
Vitamin B 2	95	+/- 23	113	+/- 33
Vitamin B 6	82	+/- 20	87	+/- 28
Folsäure	89	+/- 20	100	+/- 29
Vitamin B 12	159	+/- 117	222	+/- 122
Calcium	84	+/- 22	99	+/- 29
Kalium	128	+/- 32	163	+/- 61
Magnesium	85	+/- 20	97	+/- 35
Eisen	87	+/- 14	128	+/- 20
Jod	133	+/- 31	171	+/- 49
Zink	78	+/- 19	89	+/- 27

Angaben als Prozent der Aufnahme im Vergleich zur Empfehlung (100 Prozent = Empfehlung, Aufnahme erreicht die Empfehlung; unter 100 Prozent sind Aufnahmen, die nur 65, 70 oder 80 Prozent erreichen; über 100 Prozent sind Überschreitungen der Empfehlung um ein Vielfaches).

Quelle: Österreichischer Ernährungsbericht, 1998

Die Aufnahme von Vitamin D und Calcium liegt bei den Mädchen unter der empfohlenen Tagesmenge, auch bei den Burschen ist die Versorgung mit Vitamin D nicht ausreichend gegeben. Die Zeit der Pubertät ist gekennzeichnet durch ein besonders intensives Knochenwachstum und die Mineralisierung des Knochengewebes. Ein Erreichen der genetisch determinierten maximalen Knochenmasse ist ein Ansatzpunkt der Osteoporose-Prophylaxe, zu der eine ausreichende Versorgung mit Calcium und Vitamin D sowie eine angemessene körperliche Aktivität gehören (TRAPP & NEUHÄUSER-BERTOLD, 2001).

Lediglich 67 Prozent der weiblichen, aber 88 Prozent der männlichen Gruppe weisen eine optimale Versorgung mit Zink auf. Suboptimal ist die Versorgung auch in einigen Fällen bei Vitamin B 6 und Folsäure (Österreichischer Ernährungsbericht, 1998). Der Ernährungsbericht stellt insgesamt ein riskantes Ernährungsverhalten fest: Neben einer vereinzelt auftretenden suboptimalen Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen ist vor allem der Fettanteil der Nahrung besorgniserregend hoch. Tendenziell nehmen Jugendliche zu viele gesättigte Fettsäuren zu sich – zuviel Cho-



lesterin, tierisches Eiweiß und Zucker und zuwenig Stärke und Ballaststoffe (vgl. REITER, 2001).

### 5.1.2 Ernährungsgewohnheiten der Wiener Jugendlichen

Daten zum Ernährungsverhalten der 14- bis 24-Jährigen in Wien sind nur lückenhaft vorhanden. Der nachfolgende Einblick in den bevorzugten Nahrungs-

mittelkonsum der 15-jährigen Wiener und Wienerinnen basiert auf den österreichischen Daten, die im Rahmen der internationalen WHO-Studie zum Gesundheitsverhalten von SchülerInnen (WHO-HBSC Survey, 1998) durchgeführt wurde. 153 Wiener SchülerInnen im Alter von 15 Jahren (Mädchen 60 Prozent, Burschen 40 Prozent) nahmen an der Befragung teil. Mehr als die Hälfte der Befragten besuchte eine AHS, 18 Prozent eine BHS und 14 Prozent eine Hauptschule.

Tabelle 7: Täglicher Konsum gesunder und ungesunder Nahrungsmittel nach Geschlecht

gesunde Nahrungsmittel	15-jährige Mädchen (in %)	15-jährige Burschen (in %)
Obst	64	62
Gemüse, gekocht	19	19
Rohkost	24	16
Vollkornbrot	31	46
Milch fettarm	12	21
Milch normal	54	64
ungesunde Nahrungsmittel		
Cola	41	54
Süßigkeiten	45	49
Mehlspeisen	17	18
Pommes Frites	4	8
Kartoffelchips	8	21
Fast Food (Würstel, Hamburger ...)	3	11

Quelle: WHO-HBSC Survey, 1998

Beim täglichen Griff nach gesunden Lebensmitteln zeigen sich keine allzu großen Differenzen zwischen den Geschlechtern. Mehr Mädchen essen täglich Rohkost, dafür ist die Zahl der milchtrinkenden und vollkornbrotessenden Burschen etwas höher. Deutlichere Unterschiede treten beim Konsum der so genannten ungesunden Lebensmittel auf. Hier liegt der Anteil der Burschen, die angeben, diese täglich zu konsumieren, immer geringfügig bis deutlich über jenem der Mädchen.

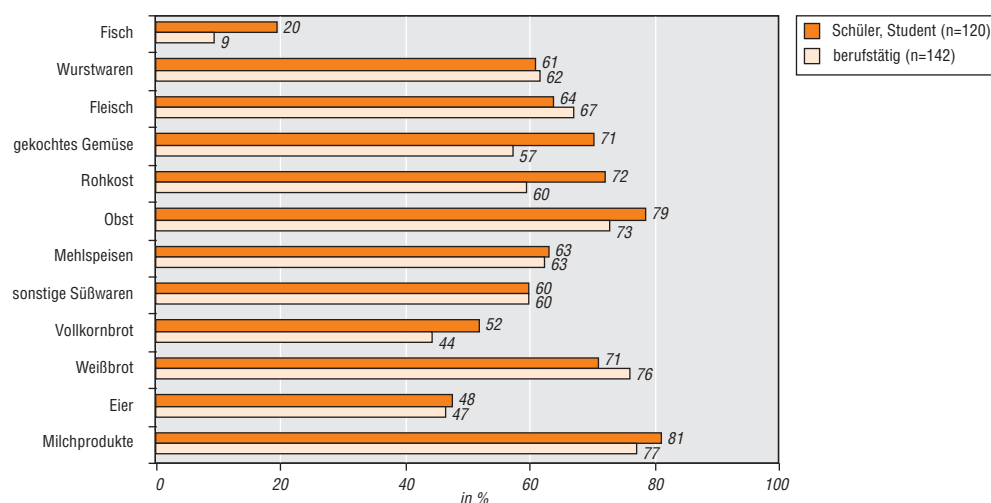
Untersuchungen zum Ernährungsverhalten von SchülerInnen und Schülern sind zahlreicher als zum Ernährungsverhalten der gleichaltrigen berufstätigen Jugendlichen. Detaillierte Informationen über ihre Ernährungsgewohnheiten sind spärlich. Im Rahmen einer Langzeituntersuchung (zwischen 1996 bis 2000) wurde der Gesundheitszustand von Wiener Lehrlingen untersucht, dabei konnten erhebliche Mängel in Bezug auf deren Ernährungszustand festgestellt werden: Mehr als ein Viertel der 15-jährigen Burschen und über 40 Pro-

zent der gleichaltrigen Mädchen waren zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung übergewichtig; 3,7 Prozent der Mädchen und 5,4 Prozent der Burschen erfüllten sogar das Kriterium einer Adipositas für Erwachsene. Übergewicht hatten etwas mehr Burschen (3,8 Prozent) als Mädchen (1,5 Prozent). Rund zehn Prozent der Lehrlinge wurde aufgrund dieser Ernährungsschäden von den untersuchenden ÄrztInnen ein Kuraufenthalt empfohlen. Bei den Folgeuntersuchungen näherte sich der Anteil der übergewichtigen Burschen unerfreulicherweise an jenen der Mädchen an (vgl. WALDHERR & ROLLETT, 2001). Die Ergebnisse unterscheiden sich von jenen der SchülerInnen und Schüler und weisen auf schichtspezifische Faktoren hin, die bei der Entstehung von Übergewicht eine Rolle spielen. Eine Tatsache, die sich in zahlreichen internationalen Studien wieder findet. Neben Ernährungsfehlern wird vor allem bei den Mädchen der Bewegungsmangel mit diesem Problem in Zusammenhang gebracht. Auch wenn im Zuge der Durchführung der oben erwähnten Studie die Teilnah-

mebereitschaft der Jugendlichen zurückging und somit ihre Aussagekraft geschwächt wurde, ist sie eine der wenigen Untersuchungen, die auf das problematische Ernährungsverhalten von Lehrlingen hinweist. Die Ergebnisse zeigen, dass die Entwicklung und der Einsatz von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die speziell auf die Lebenssituation berufstätiger Jugendlicher abgestimmt sind, dringend notwendig ist.

Einen Vergleich der Ernährungsgewohnheiten nach Erwerbsstatus erlauben die Daten des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys. Die nachfolgenden Ergebnisse zum Nahrungsmittelkonsum beziehen sich auf die Altersgruppe der 16- bis 24-jährigen Wiener und Wienerinnen.

**Grafik 1:** Täglich bis mehrmals wöchentlich konsumierte Lebensmittel nach Erwerbsstatus

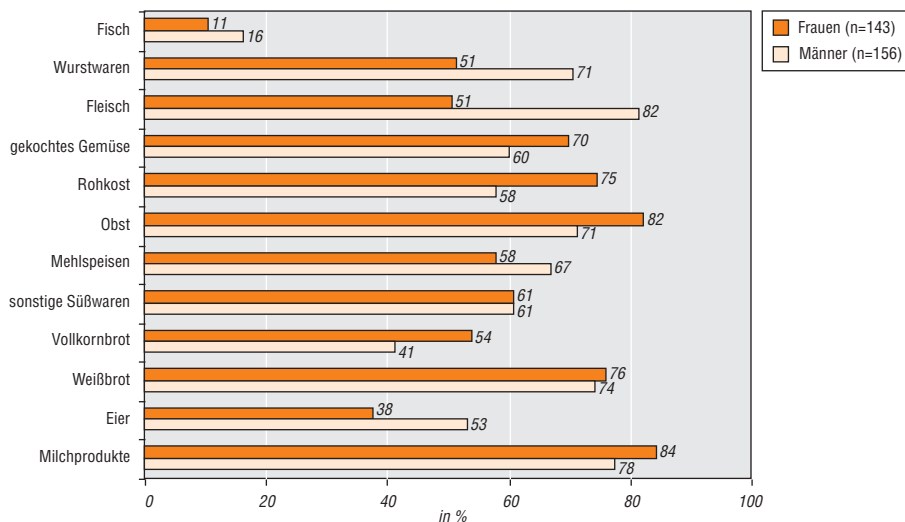


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Signifikant mehr SchülerInnen und StudentInnen setzen Fisch und Vollkornbrot auf den täglichen Speiseplan, ebenso erfreut sich bei ihnen Rohkost größerer Beliebtheit als bei Erwerbstätigen dieser Altersgruppe.

In den Daten finden sich auch die traditionellen, geschlechtsspezifischen Ernährungsmuster, die zahlreiche Studien aufzeigen (Österreichischer Ernährungsbericht, 1998; KIEFER, HABERZETTL & RIEDER, 2000).

Grafik 2: Täglich bis mehrmals wöchentlich konsumierte Lebensmittel nach Geschlecht

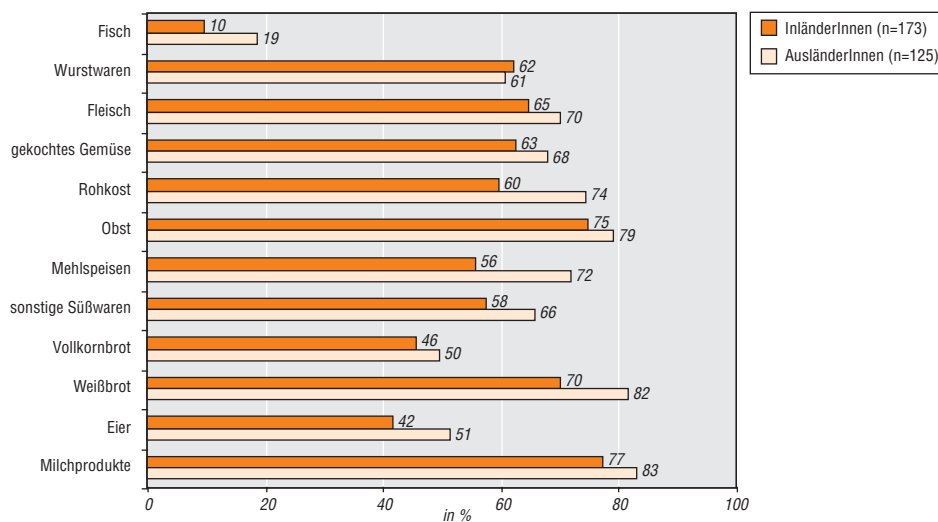


Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Auch in Wien konsumieren männliche Jugendliche öfter täglich bis mehrmals wöchentlich Fleisch, Wurst und Eier, ebenso Fisch aber auch Mehlspeisen. Junge

Frauen und Mädchen essen hingegen mehr gekochtes und rohes Gemüse sowie frisches Obst.

Grafik 3: Täglich bis mehrmals wöchentlich konsumierte Lebensmittel nach Staatsbürgerschaft



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Signifikante Unterschiede zwischen Wiener Jugendlichen mit österreichischer Staatsbürgerschaft und MigrantInnen zeigen sich bei Fisch, Rohkost und Mehl-

speisen. MigrantInnen konsumieren diese häufiger als ÖsterreicherInnen.

Ergebnisse, die österreichweite Umfragen und Erhebungen zum Ernährungsverhalten ergeben haben, zeigen sich auch in den hier vorgestellten Studien, die Wiener Jugendliche untersucht haben. Riskantes Ernährungsverhalten in Zusammenhang mit einer übermäßigen Aufnahme von Cholesterin und gesättigten Fettsäuren betrifft vermehrt männliche Jugendliche. Hervorgerufen wird dieser durch den hohen Konsum von Fleisch und Wurstwaren. Generell dürfte der Anteil der Ballaststoffe und komplexer Kohlehydrate in der Ernährung dieser Altersgruppe zu gering sein, der Anteil des Zuckers jedoch zu hoch. Eine Ernährungsweise, die Übergewicht hervorruft, scheint bei erwerbstätigen Jugendlichen ein größeres Problem als bei SchülerInnen und StudentInnen zu sein. Ernährungsfehler und Bewegungsmangel, letzterer vor allem bei weiblichen Lehrlingen, werden als Ursache dafür gesehen.

### 5.1.3 Ernährungswissen

Neben dem familiären und gesellschaftlichen Umfeld, den wirtschaftlichen Verhältnissen sowie den Versorgungsmöglichkeiten wird das Ernährungsverhalten von Jugendlichen durch die Medien, die persönlichen Wertvorstellungen und das individuelle Wissen über Ernährung beeinflusst (TRAPP & NEUHÄUSER-BERTHOLD, 2001). Da das Ernährungswissen eine der wichtigsten Einflussgrößen auf das Verhalten darstellt, gilt die Förderung des Ernährungswissens als grundlegende Voraussetzung, Ernährungsgewohnheiten und Ernährungsverhalten zu verbessern. Als Teil der ÖSES wurde das Ernährungswissen von österreichischen SchülerInnen und Schülern erhoben. Über 55 Prozent der Befragten in der Altersgruppe der 15- bis 18-Jährigen verfügten über einen Wissenstand, der als „gut“ einzustufen ist. Während die Jugendlichen über gute praxisbezogene Kenntnisse verfügen, konnte gezeigt werden, dass das Verständnis für Funktionszusammenhänge zum Teil Mängel aufweist (Österreichischer Ernährungsbericht, 1998).

Mädchen dieser Altersgruppe verfügen über signifikant bessere ernährungsbezogene Kenntnisse als Burschen – ein Unterschied, der sich z. B. bei Volksschülern und Volksschülerinnen noch nicht zeigt. Der Grund hierfür dürfte die traditionelle Rollenverteilung zwischen Mann und Frau sein, da die Frau noch immer für die Nahrungsbeschaffung und -zubereitung hauptverantwortlich ist. Ein weiterer Erklärungsan-

satz für die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Ernährungswissen und auch -verhalten ist das gängige Schlankheitsideal, durch das in erster Linie Mädchen und Frauen zur Auseinandersetzung mit Ernährungsfragen veranlasst werden (Österreichischer Ernährungsbericht, 1998).

Vorhandenes Wissen und gute Vorsätze führen jedoch nicht automatisch zu deren Umsetzung. Eine vermeintliche Sachkenntnis über Lebensmittel und gesunde Ernährung wiegen die Jugendlichen soweit in Sicherheit, dass sie bezüglich ihres Ernährungsverhaltens kein Risiko wahrnehmen (TRAPP & NEUHÄUSER-BERTHOLD, 2001).

### 5.1.4 Prävention

Wie kann man Jugendliche zu einem gesünderen Essverhalten bewegen? Einer deutschen Studie zufolge ist das Interesse der Jugendlichen an diesem Themenbereich gegenüber 1984 unverändert gering. Knapp 50 Prozent der Jugendlichen sind nicht bzw. wenig an Ernährungsfragen interessiert. Nur 22 Prozent der weiblichen Jugendlichen interessieren sich stark bis sehr stark dafür (REITER, 2001).

Das Interesse der Jugendlichen kann eher durch Aktivismus, der sich am Lifestyle und an den Werten der Jugendlichen orientiert, geweckt werden, als durch den erhobenen Zeigefinger. Die Vermittlung von Ernährungswissen sollte zwar fixer Bestandteil für die Gesundheitsförderung sein, das vorhandene allgemeine Ernährungswissen der Jugendlichen sollte in Bezug auf die ernährungsphysiologischen Aspekte vertieft werden, um Wissenslücken zu füllen und Fehlvorstellungen zu korrigieren. Dann sollten aber auch alltagstaugliche Empfehlungen für eine vollwertige Ernährung gemeinsam mit den Jugendlichen in ihrem Umfeld in verschiedenen Varianten erprobt werden. Die bloße Weitergabe von kognitivem Wissen im Sinne eines Frontalunterrichts genügt nicht, erst praxisorientierte Maßnahmen, wie z. B. gemeinsames Kochen und Essen, aber auch ein ernährungsphysiologisch gutes Schulbuffet und eine optimale Schulspeisung, Projektwochen mit Ernährungsthemen, etc. können zu Änderungen der Ernährungsgewohnheiten motivieren (Österreichischer Ernährungsbericht, 1998). Generell sollte darauf geachtet werden, dass sich diese Interventionen an Mädchen und Burschen gleichermaßen richten.

In der praktischen Ausführung ist es notwendig, neben der Vermittlung von Ernährungswissen auch ökonomische und ökologische Zusammenhänge sowie individuelle, familiäre und gesellschaftliche Aspekte zu erklären. Zusätzlich ist eine kritische Auseinandersetzung mit der suggestiven Kraft der Werbung in Bezug auf die Bereiche Ernährung, Lebensmittel und Schlankheitsideale erforderlich. Zugleich könnte das differenzierte Betrachten der physiologischen intra- und interindividuellen Veränderungen der jungen Menschen hilfreich sein. Darüber hinaus ist eine Aufklärung über die Entstehung von Ess-Störungen und deren gesundheitliche Langzeitfolgen möglichst frühzeitig in präventive Maßnahmen zu integrieren (TRAPP & NEUHÄUSER-BERTOLD, 2001).

Ebenso könnten die Jugendlichen das Schreiben von persönlichen Ernährungsprotokollen erlernen. Durch die Auswertung dieser Aufzeichnungen und die Bezugnahme auf epidemiologisch gesicherte Daten kann sowohl die Reflexion des eigenen Ernährungsverhaltens als auch eine objektive Einschätzung des individuellen Risikos erfolgen. Eine regelmäßige wissenschaftliche Evaluierung wäre hier sinnvoll, um eine tatsächliche Umsetzung der Erkenntnisse und Erfahrungen zu überprüfen sowie nachfolgende Präventionskonzepte problemorientiert und zielgruppenspezifisch erstellen zu können.

### 5.1.5 Ess-Störungen

Neben einem allgemein unzulänglichen Ernährungsverhalten zählen extreme Ernährungsformen (z. B. Monodiäten) zu den besonderen ernährungsabhängigen Gefahren der Jugendzeit (TRAPP & NEUHÄUSER-BERTOLD, 2001). Ein weiteres bedeutsames Risiko ist die Entstehung von Übergewicht und Adipositas (Fettsucht) oder die Erkrankung an Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) oder Anorexia nervosa (Magersucht). Die unregelmäßige Einnahme von Mahlzeiten, Essen aus Frustration oder Langeweile, die Durchführung von Abmagerungskuren und Diäten, nicht zuletzt wegen der versuchten Annäherung an das westliche Schlankheitsideal sind Verhaltensweisen, die für eine beunruhigend hohe Zahl von Jugendlichen den Beginn einer Ess-Störung bedeuten. Die Betroffenen versuchen psychische Probleme über die Art der Nahrungsaufnahme zu lösen. Da die zugrunde liegenden Konflikte jedoch bestehen bleiben, kann es zu einer Chronifizierung des gestörten Essverhaltens kommen. Ess-Störungen ge-

fährden in hohem Maße die normale Entwicklung von Jugendlichen. Bei etwa 20 Prozent derjenigen, die in jungen Jahren darunter leiden, werden diese chronisch (Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der Europäischen Union, 2000).

In der Medizin werden die Ess-Störungen zu den Psychosomaten gezählt, wobei die Zuordnung der Adipositas (Ess-Sucht) umstritten ist, da sie, im Vergleich zu Anorexie und Bulimie, nicht immer in Verbindung mit Verhaltensstörungen auftritt.

Zur Erklärung von Ess-Störungen werden unterschiedliche Ansätze herangezogen, darunter im wesentlichen psychoanalytische und sozialpsychologische, familien-dynamische sowie soziokulturelle und gesellschaftliche, aber auch biologisch genetische (STAHR et al., 1995). Ess-Störungen sind psychische Erkrankungen, sie sind multifaktoriell und lassen sich nie auf eine einzige Ursache zurückführen. Sie bedürfen immer einer psychotherapeutischen Behandlung.

#### 5.1.5.1 Die Verbreitung der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Anorexie (Magersucht oder Anorexia nervosa) und Bulimie (Ess-Brech-Sucht oder Bulimia nervosa) sind relativ „junge“ Krankheiten. Sie treten in westlich orientierten Konsumgesellschaften auf, in denen Nahrung im Überfluss vorhanden ist. Beide Krankheitsbilder knüpfen an kulturelle Normen an, die sich gegen Übergewicht richten und dabei auf die Kulturtechnik des Diäthaltens zurückgreifen (HABERMAS, 1994).

Bei Magersucht zeigt sich ein Anstieg der Erkrankungshäufigkeit von den 50er bis zu den 70er Jahren, danach blieben die Fallzahlen relativ konstant. Während der 70er und 80er Jahre erhielt die Anorexie speziell in den Mädchen- und Frauenzeitschriften große mediale Aufmerksamkeit. Die Popularisierung dieses Krankheitsbildes führt zwar zu keinem Anstieg der Magersucht-Erkrankungen, es lässt sich seitdem jedoch ein kontinuierlicher Anstieg der Bulimie-Erkrankungen beobachten, der bis heute andauert. Dies bestätigen zahlreiche Langzeitstudien, die in den 80er und 90er Jahren durchgeführt wurden (WILLI et al., 1989; HALL & HAY, 1991). Es gibt aber auch andere Erklärungen für die steigenden Behandlungszahlen. Die Anerkennung der Ess-Störungen als Krankheit und die Enttabuisierung dieses Themas erleichtert den Betroffenen den Zugang zu thera-

peutischer Hilfe. Diese wird daher häufiger in Anspruch genommen und die Behandelten werden statistisch erfassbar.

Die massenmediale Verbreitung und tagtägliche Festschreibung der Schönheitsideale der Modeindustrie, des schlanken Körpers als den Körper des gesunden, schönen und erfolgreichen Menschen, setzt vor allem Frauen unter Druck. Sie werden in unserer Gesellschaft besonders stark nach dem Aussehen beurteilt. Selbstbewusstsein und Unsicherheiten sind bei ihnen häufiger als bei Männern davon abhängig, ob sie sich selbst als attraktiv empfinden. Junge Frauen und Mädchen unterliegen daher auch leichter dem Zwang, der von standardisierten Schönheitsidealen ausgeht (vgl. STEINER-ADAIR, 1992).

Obwohl derzeit deutlich mehr Mädchen und junge Frauen an Bulimie als an Anorexie erkranken, erfreut sich die Magersucht bis heute eines höheren Bekanntheitsgrades. Untersuchungen zeigen auch, dass die klinischen Aspekte der Magersucht (Nahrungsverweigerung) als weniger ungewöhnlich und abnormal gesehen werden als die der Bulimie (übermäßige Nahrungsaufnahme und Erbrechen; HABERMAS, 1994). Anorexie bietet sich daher eher zur Idealisierung und Nachahmung an, gleichzeitig erfordert sie eine extreme Willensstärke, die nur wenige Personen aufbringen. Je weiter sich moderne Ess-Störungen verbreiten, desto häufiger werden solche Personen von ihnen erfasst, die

das Fasten nicht durchhalten und eine bulimische Magersucht oder Bulimie bei normalem Körpergewicht entwickeln.

### 5.1.5.2 Der Body Mass Index

Sowohl bei der Diagnose der Anorexia nervosa als auch bei der der Adipositas ist das Körpergewicht ein entscheidendes Kriterium. Früher wurde zur Berechnung des Sollgewichtes häufig die Broca-Formel verwendet. Das Sollgewicht erhielt man, indem von der Körpergröße in Zentimetern 100 abgezogen wurde. Die physiologische Variationsbreite betrug zehn bis 20 Prozent des Sollgewichtes (vgl. PSCHYREMBEL, 1994). Da diese Berechnung Alter und Geschlecht weitgehend unberücksichtigt lässt, wird heute zur differenzierten Bewertung des Körpergewichtes international der Body Mass Index (BMI) als Bewertungsmaßstab von Unter-, Normal- und Übergewicht sowie Adipositas für alle Altersgruppen verwendet. Er lässt genauere Rückschlüsse auf die subkutane Fettmenge und die Körperfettmasse zu.

Die Formel für den BMI lautet: Körpergewicht in Kilogramm gebrochen durch das Quadrat der Körpergröße in Meter ( $\text{kg/m}^2$ ). Die Werte für die jeweiligen Gewichtsklassifizierungen des altersunabhängigen BMI für Erwachsene ab dem vollendeten 18. Lebensjahr können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden:

Tabelle 8: BMI für Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr

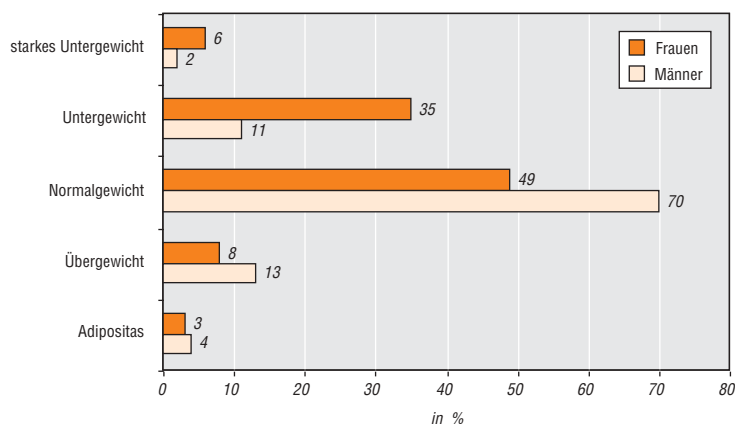
Gewichtsklassen	BMI Erwachsene
Untergewicht	< 20
Normalgewicht	20–25
Übergewicht	25–30
Adipositas	> 30

Quelle: RATHNER, 1999

Eine Analyse der Daten zu Körpergröße und Gewicht der 18- bis 24-jährigen TeilnehmerInnen am Wiener

Gesundheits- und Sozialsurvey ergibt folgende Zuordnungen nach Gewichtsgruppen:

Grafik 4: Body Mass Index der 18- bis 24-jährigen WienerInnen nach Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Auffällig ist der hohe Anteil der jungen Frauen, die Untergewicht haben, junge Männer leiden hingegen häufiger an Übergewicht und Adipositas. Übergewicht ist als Risikofaktor für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates sowie für Krebserkrankungen bekannt. Gesundheitliche Schäden, die durch chronisches Untergewicht hervorgerufen werden, entstehen durch einseitige Ernährung und stehen im Zusammenhang mit ernährungsbedingten Mangelerscheinungen. Die Folge sind Erkrankungen, die beispielsweise durch ein Defizit an bestimmten Vitaminen und/oder Mineralstoffen hervorgerufen werden. Die gesundheitlichen Auswirkungen extremen Hungers, wie sie bei AnorektikerInnen zu beobachten sind, werden im anschließenden Kapitel beschrieben.

Während im Erwachsenenalter feste Grenzwerte zur Definition von Übergewicht und Adipositas von der WHO empfohlen werden, müssen bei Jugendlichen die alters- und geschlechtsspezifischen Veränderungen des BMI berücksichtigt werden. Im Kindes- und Jugendalter sollte die Bestimmung von Übergewicht und Adipositas deshalb anhand geschlechtsspezifischer Altersperzentilen für den BMI erfolgen. Als Grenzwerte zur Definition für Übergewicht bzw. Adipositas empfehlen die Experten den 90. bzw. den 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentil (P90, P97). Diese rein statistische Festlegung der Grenzwerte ermöglicht einen nahezu kontinuierlichen Übergang zu den festen Grenzwerten im Erwachsenenalter (vgl. URBAN & FISCHER, 2002).

Tabelle 9: Perzentile für den BMI (in kg/m<sup>2</sup>) von Jungen im Alter von 14 bis 18 Jahren

Alter Jahre	BMI Jugendliche männlich							
	Untergewicht		Normalgewicht			Übergewicht	Adipositas	
	P3	P10	P25	P50	P75	P90	P97	P99,5
14	15,50	16,48	17,65	19,26	21,30	23,72	26,97	32,61
15	16,04	17,05	18,25	19,89	21,95	24,36	27,53	32,96
16	16,57	17,60	18,83	20,48	22,55	24,92	27,99	33,11
17	17,08	18,13	19,38	21,04	23,10	25,44	28,40	33,24
18	17,56	18,63	19,89	21,57	23,61	25,91	28,78	33,19

Quelle: KROMEYER-HAUSCHILD; WABISCH; KUNZE, D. et al., 2001. In: URBAN & FISCHER, 2002. Adipositas im Kindesalter, Leitlinien der DGfKJ

Tabelle 10: Perzentile für den BMI (in kg/m<sup>2</sup>) von Mädchen im Alter von 14 bis 18 Jahren

Alter Jahre	BMI Jugendliche weiblich							
	Untergewicht		Normalgewicht			Übergewicht	Adipositas	
	P3	P10	P25	P50	P75	P90	P97	P99,5
14	15,65	16,71	17,97	19,64	21,71	24,05	27,01	31,72
15	16,18	17,26	18,53	20,22	22,28	24,59	27,45	31,86
16	16,60	17,69	18,96	20,64	22,67	24,91	27,65	31,79
17	16,95	18,04	19,31	20,96	22,95	25,11	27,72	31,61
18	17,27	18,36	19,62	21,25	23,19	25,28	27,76	31,42

Quelle: KROMEYER-HAUSCHILD; WABISCH; KUNZE, D. et al., 2001. In: URBAN & FISCHER, 2002. Adipositas im Kindesalter, Leitlinien der DGfKI

### 5.1.5.3 Epidemiologie der Ess-Störungen

Anorexia nervosa betrifft praktisch zur Gänze die Altersgruppe der 14- bis 24-jährigen Mädchen und Frauen; Ersterkrankungen in einem späteren Alter sind sehr selten. Bei Bulimia nervosa ist das durchschnittliche Ersterkrankungsalter mit etwa 18 Jahren etwas höher, auch von dieser Störung sind hauptsächlich junge Frauen betroffen. Da das äußere Erscheinungsbild der BulimikerInnen, im Gegensatz zu dem von anorektischen (stark untergewichtigen) oder adipösen (stark übergewichtigen) Menschen, meistens unauffällig ist, wird bei dieser Erkrankung eine hohe Dunkelziffer vermutet. Anorexie tritt zwar seltener auf, nimmt aber häufiger einen lebensbedrohlichen Verlauf. Die Sterblichkeitsrate bei Magersucht ist angesichts dieser jungen Patientinnengruppe erschreckend hoch. Sie liegt je nach Beobachtungszeitraum zwischen neun und 16 Prozent. Todesursachen sind meist Herzversagen und Suizid.

Körperliche Folgen des gestörten Essverhaltens bei Bulimie und Anorexie (nach RATHNER, 1999) sind:

- das Ausbleiben der Regelblutung (Amenorrhoe)
- der Verlust des sexuellen Interesses
- chronische Nierenprobleme
- Herzrhythmusstörungen
- Reizungen und Risse der Speiseröhre
- Vergrößerung der Speicheldrüsen (Hals bis zum Unterkiefer)
- Erosion des Zahnschmelzes und vermehrte Karies
- Knochenschwund (Osteoporose)
- Elektrolytstörungen
- Lanugobehaarung (feines Haar – Babyflaum an Körperstellen)
- Muskelkrämpfe

- Benommenheit, Schwindel oder Ohnmacht
- ungewöhnliche Kälteempfindlichkeit
- trockene Haut und Haarausfall
- ungeklärte Schwellungen (Ödeme)
- chronische Verstopfung und andere Magen-Darm-Probleme.

Adipositas ist keine Ess-Störung die vornehmlich Jugendliche betrifft. Die Jugendzeit gilt jedoch als eine der potenziellen Phasen für die Manifestation von Adipositas (DIETZ, 1994). Das durchschnittliche Erkrankungsalter ist deutlich höher angesetzt, allerdings weisen Untersuchungen aus verschiedenen westlichen Industriestaaten darauf hin, dass die Zahl der jungen Menschen, die unter massivem Übergewicht leiden, ansteigt (KROMEYER-HAUSCHILD et al., 1999; BARTH et al., 1997), ein Trend, der vermutlich auch auf Österreich zutrifft. Neben psychischen und physischen Ursachen sind vor allem Bewegungsmangel und falsche Ernährung wesentlich an dieser Entwicklung beteiligt. Exakte Zahlen über die Prävalenz der Adipositas bei österreichischen oder Wiener Jugendlichen sind derzeit nicht verfügbar. Die gesundheitlichen Folgen des Übergewichts sind prekär. Bei vielen übergewichtigen Jugendlichen lassen sich bereits Veränderungen des Kohlenhydratstoffwechsels, Insulinresistenz, Bluthochdruck, veränderte Leberwerte oder bedenkliche Cholesterinwerte (hohe LDL; niedrige HDL) feststellen (ZWIAUER, 2000). Neben den physiologischen Aspekten sind die sozialen und psychologischen Einschränkungen der Lebensqualität nicht gering zu bewerten. Stark übergewichtige Jugendliche sind durch ihr äußeres Erscheinungsbild einer manchmal bis zur sozialen Isolierung gehenden Diskriminierung ausgesetzt, die sich negativ auf das oftmals geringe Selbstwertgefühl auswirkt (TRAPP & NEUHÄUSER-BERTOLD, 2001).



Tabelle 11: Epidemiologisches Risiko

Epidemiologie	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Adipositas
Prävalenz	Frauen: 0,5–1 %	Frauen: 2–4 %	Frauen: 9–25 % Männer: 10–16 %
Geschlecht	ca. 95 % Frauen	ca. 90 % Frauen	geringfügig mehr Frauen
typisches Erkrankungsalter	12–23 Jahre	18–30 Jahre	40–65 Jahre
soziale Schicht	eher höhere Mittelschicht	eher Mittelschicht	eher Unterschicht

Quelle: FRANKE, A.: Ess-Störungen. In: FRANKE, A. & KÄMMERER, A. (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch*. Göttingen; Bern; Toronto: Hogrefe 2001

### 5.1.5.4 Krankheitsauslösende und krankheitserhaltende Faktoren

Minderwertigkeitsgefühle, Identitätsprobleme und Ablösungsschwierigkeiten von der Familie spielen bei der Entstehung von Ess-Störungen eine große Rolle. Die Unzufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild und der Beginn einer Diät stehen häufig am Beginn einer Erkrankung an Anorexie oder Bulimie. Die Gedanken der Betroffenen kreisen ununterbrochen um die Themen Essen, Kalorien und Gewicht. Sie haben Angst davor Gewicht zuzunehmen, empfinden sich als zu dick, auch wenn sie nur noch Haut und Knochen sind.

An ihren selbst auferlegten gewichtsreduzierenden Maßnahmen (Diät, übermäßige körperliche Betätigung oder auch Einsatz von Diuretika) halten sie fest, selbst wenn dies lebensbedrohliche Folgen haben kann.

Bei Bulimie werden Phasen des Diäthaltens durch Heißhungeranfälle unterbrochen, in denen große Mengen an Nahrungsmitteln hinuntergeschlungen und anschließend wieder erbrochen werden. Das anschließende Erbrechen wird zunächst als erlösend empfunden, bald stellen sich aber Versagens- und Schuldgefühle ein.

Tabelle 12: Unterschiede zwischen Magersucht und Ess-Brech-Sucht

Magersucht	Ess-Brech-Sucht
Verleugnung des gestörten Essverhaltens	Bewusstsein, dass das Essverhalten gestört ist
Untergewicht – gehaltenes Gewicht	Normalgewicht – Gewicht künstlich niedrig gehalten
Hunger wird verleugnet	Hunger wird eingestanden
eher introvertiert	eher extrovertiert
eher perfektionistisch und zwanghaft	eher labil und impulsiv
um mit Problemen fertig zu werden, wird nicht gegessen	um mit Problemen fertig zu werden, wird gegessen
Angst vor Kontrollverlust	aktueller Kontrollverlust
gestörtes Körperbild	Unzufriedenheit mit Körpergewicht und Körperformen
ständige Beschäftigung damit, immer mehr Gewicht abzunehmen	ständige Beschäftigung mit dem Erreichen eines Idealgewichtes, auch wenn dieses nicht der Konstitution entspricht

Quelle: RATHNER, 1999

V.

Auch bei Adipositas treten Heißhungeranfälle auf, allerdings wird auf anschließende gewichtsregulierende Maßnahmen wie Erbrechen, oder den Einsatz von Abführmitteln verzichtet. Nicht selten ist für Betroffene Essen eine Strategie, mit der sie Gefühle von Frustration

und Einsamkeit mindern. Nahrung vermittelt ihnen Trost und Zuwendung, ein Muster, das viele Übergewichtige bereits in der frühen Kindheit erlernt haben. Die soziale Ächtung der „Dicken“, die sie in ihrem Alltag erleben, treibt den Teufelskreis zusätzlich voran.

### 5.1.5.5 Die Gefahr von Diäten

Was Diäten in Bezug auf Ess-Störungen so gefährlich macht, ist die Reaktion des Körpers auf die länger andauernde Verringerung der Nahrungszufuhr. Er senkt den Grundbedarf an Energie ab. Dieser niedrige Level bleibt auch nach der Beendigung einer Diät noch einige Zeit bestehen. Betroffene nehmen beim normalen Essen an Gewicht zu, der berühmte Jo-Jo-Effekt tritt ein. Die Gewichtszunahme löst bei Personen, die an Ess-Störungen leiden, häufig massivste Ängste aus, und dies führt über kurz oder lang zur nächsten Diät und das Spiel beginnt von Neuem. Bei Übergewichtigen oder Adipösen können selbst durchgeführte Crash-Diäten nach kurzfristigem Gewichtsverlust letztendlich in einem noch höheren Körpergewicht als vor der Hungerkur enden. Eine 1997 durchgeführte Studie ergab, dass 27 Prozent der Personen ohne Diäterfahrung subjektiv empfundene Schwierigkeiten mit dem Essverhalten nennen, der Anteil der Personen, die drei und mehr kalorienreduzierende Diäten durchgeführt haben, liegt allerdings bei 82 Prozent (PUDEL, 1997).

Eine Reduktion des Körpergewichtes unter das genetisch festgelegte, das bei den meisten Menschen nicht den gängigen Schönheits- oder Schlankheitsidealen entspricht, erfordert permanentes Hungern. Dies kann zu hormonellen Veränderungen führen, die wiederum Depressionen auslösen. Das Essen großer Kohlehydratmengen wirkt dieser Art der Depression entgegen, darin wird auch ein möglicher Auslöser für Heißhungerattacken und dem damit einhergehenden Kontrollverlust gesehen.

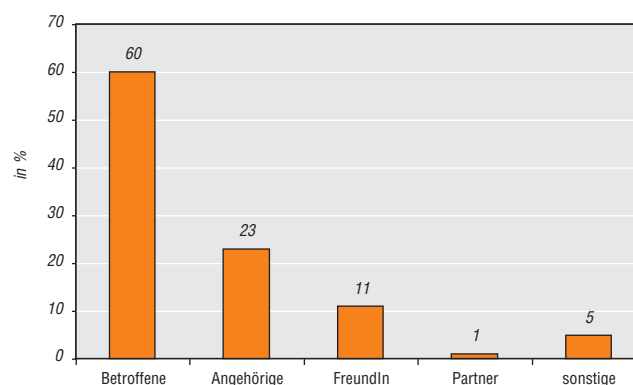
### 5.1.5.6 Die Situation in Wien

In Wien gibt es etwa 80 bis 140 Neuerkrankungen an Anorexia nervosa pro Jahr, im Einzugsbereich der Wiener Universitätsklinik rechnet man mit 200 Fällen. Die Neuerkrankungen an Bulimia nervosa sind etwa dreimal so hoch. Der Anstieg der Häufigkeiten in den letzten Jahrzehnten ist deutlich nachweisbar. Der Erkrankungsbeginn ist bei Bulimia nervosa mit etwa 17 Jahren um zwei bis drei Jahre später als bei Anorexia nervosa (KARWAUTZ, 1999. In: Wiener Kindergesundheitsbericht, 2000).

#### Evaluation der kostenlosen Ess-Störungs-Telefon-Hotline

Im November 1998 startete das Wiener Frauengesundheitsbüro eine groß angelegte Aufklärungs- und Präventionskampagne zum Thema Ess-Störungen. Im Zuge dieser Kampagne wurde eine kostenlose Telefon-Hotline (0800-201120) eingerichtet. Zwischen Ende Dezember 1998 und Ende Dezember 2000 wurden 3.809 Beratungsgespräche geführt und anschließend einer Evaluation unterzogen. Es zeigte sich, dass 97 Prozent der betroffenen AnruferInnen weiblich waren. Mehr als zwei Drittel der Anrufe kamen aus Wien. Das Durchschnittsalter der AnruferInnen, die an einer Ess-Störung litten, betrug bei Anorexie 20 Jahre, bei Bulimie 22 Jahre, bei Bulimarexie 19 Jahre und bei Ess-Sucht 35 Jahre. Eine Zuordnung der Gespräche nach indirekter und direkter Betroffenheit konnte bei 2.827 Beratungen erfolgen.

Grafik 5: Verteilung der Anrufe auf unterschiedliche Personengruppen

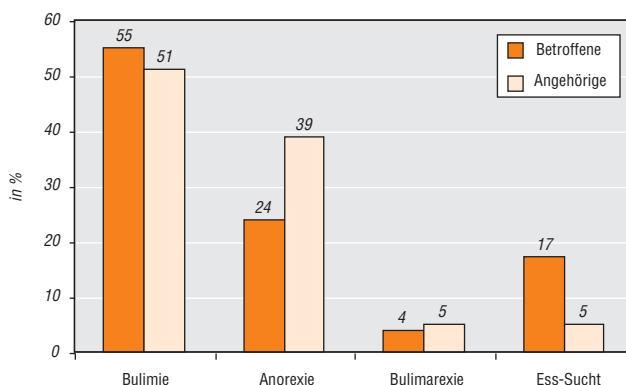


Quelle: WIMMER-PUCHINGER, 2000, Wiener Informations- und Präventionskampagne „Ess-Störungen“

Eine Gegenüberstellung der thematisierten Ess-Störungen von Betroffenen und Angehörigen konnte bei 3.741 Gesprächen erfolgen. Es zeigt sich, dass Angehörige von Anorexia nervosa-PatientInnen die Hotline häu-

figer in Anspruch nehmen als die Betroffenen selbst. Bei Ess-Sucht ist das Verhältnis umgekehrt. Hier überwiegen die Anrufe von Personen, die an der Störung leiden.

Grafik 6: Verteilung der Diagnosen Ess-Störungen nach direkter und indirekter Betroffenheit



Quelle: WIMMER-PUCHINGER, 2000, Wiener Informations- und Präventionskampagne „Ess-Störungen“

Für 52 Prozent der AnruferInnen war die Hotline eine erste Anlaufstelle, 48 Prozent erhofften sich von dem Anruf Unterstützung und Motivation im Kampf gegen die Ess-Störung.

### Erhebungen zu Essverhaltensstörungen und Bodyimage

Das Büro der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten führte in Zusammenarbeit mit der Klinischen Abteilung für Allgemeine Psychiatrie in den Schuljahren

1998/1999 sowie 1999/2000 eine schriftliche Befragung mittels Eating Disorder Inventory (EDI) an Wiener Schulen (AHS, HAK, Handelsschulen, Berufsschulen, Polytechnischer Lehrgang) durch. Insgesamt konnten 1.609 Fragebögen zur Analyse herangezogen werden. 1.024 Mädchen und 585 Burschen nahmen an der Untersuchung teil. Das Durchschnittsalter lag bei 15,3 Jahren. Die Unzufriedenheit mit Gewicht und Körper ist bei den befragten Mädchen signifikant höher als bei den Burschen.

Tabelle 13: Angaben zu Figur und Körpergewicht nach Geschlecht

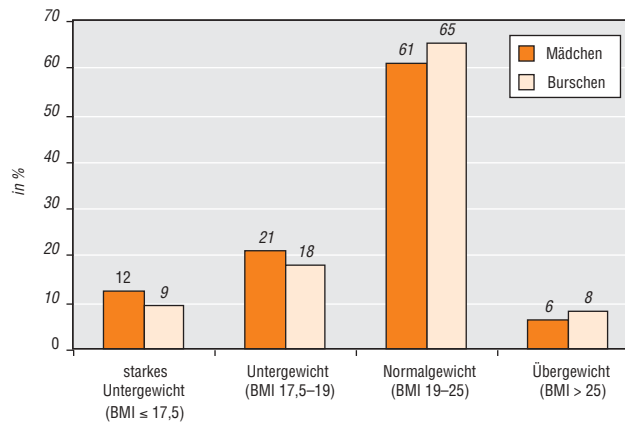
Einstufung und Zufriedenheit mit Gewicht und Körper	Mädchen (in %)	Burschen (in %)
normales Körpergewicht	46	57
eher übergewichtig	44	20
möchte gerne weniger wiegen	80	43
extrem oder sehr unzufrieden mit Körperproportionen	24	9

Quelle: DEZWAAN, WIMMER-PUCHINGER & BALDASZTI, 2000

Lediglich sechs Prozent der Mädchen haben einen BMI, der die Grenze des Normalgewichts überschreitet, bei

den Burschen sind es acht Prozent. Der Anteil der Untergewichtigen ist wesentlich höher.

Grafik 7: Body Mass Index (BMI) nach Geschlecht bei SchülerInnen



Quelle: DE ZWAAN, WIMMER-PUCHINGER & BALDASZTI, 2000

Die Daten zeigen, dass sich viele der normal und untergewichtigen Jugendlichen mit dem superschlanken Körperideal identifizieren und entgegen dem eigenen realen Körpergewicht übergewichtig fühlen, ein Sachverhalt, der von anderen Befragungen bestätigt wird (HOFFMANN-MÜLLER, 1996; KINZL & TREFALT 1998; DIEL, 1999). Bei den Burschen ist die Differenz

zwar geringer, aber immer noch deutlich. Mädchen machen ihr Selbstwertgefühl wesentlich häufiger von der Zahl abhängig, die die Waage anzeigt. Für ein Drittel ist Gewichtszunahme mit großer Angst besetzt, jede zweite kontrolliert ihr Körpergewicht mindestens wöchentlich.

Tabelle 14: Auswirkungen der Bewertung des Körpergewichts nach Geschlecht

Auswirkungen der Bewertung des Körpergewichts	Mädchen (in %)	Burschen (in %)
starke bis sehr starke Angst vor Gewichtszunahme	36	6
Figur und Körpergewicht beeinflussen das Selbstwertgefühl erheblich bis sehr stark	35	14
mindestens wöchentliche Gewichtskontrolle mittels Waage	52	29

Quelle: DE ZWAAN, WIMMER-PUCHINGER & BALDASZTI, 2000

Im Rahmen einer internationalen WHO-Studie wurde die Einstellung von Wiener Jugendlichen zu ihrem Körper erhoben und analysiert. Auch hier zeigen die Ergebnisse, dass das Bodyimage am stärksten vom Geschlecht aber auch vom Alter beeinflusst wird. Das Risiko, ein ungünstiges Bodyimage zu haben, ist bei 15-Jährigen dreimal höher als bei 11-Jährigen. Soziales Kapital (im Sinne von sozialer Unterstützung) und der sozioökonomische Status der Familie beeinflussen die Einstellung zum eigenen Körper ebenfalls stark. So hatten SchülerInnen aus armen Verhältnissen doppelt so

oft ein ungünstiges Bodyimage wie Kinder und Jugendliche aus reichen Familien.

Der Schultyp hatte keinen Einfluss auf das Bodyimage der SchülerInnen (DÜR, MRAVLAK & SCHUSS, 2000). Auch die Erhebung zum Essverhalten von Wiener SchülerInnen zeigte keine schulspezifischen Variationen. Es gibt daher keine Indizien dafür, dass Schulen in diesen Bereichen eine kompensierende Wirkung haben.

Tabelle 15: Maßnahme zur Gewichtsreduktion nach Geschlecht

Essverhalten und Umgang mit Essproblemen	Mädchen (in %)	Burschen (in %)
schon einmal eine Diät gemacht	52	15
permanent auf Diät	10	1
Essanfälle erlebt/davon Essanfälle mit Kontrollverlust	31/19	17/5
absichtliches Erbrechen um Gewicht zu reduzieren	13	2
24-stündiges Fasten um Gewicht zu reduzieren	22	4
Einsatz von Abführmittel und Appetitzüglern	6	1
wegen Essproblemen therapeutische Hilfe beansprucht	6	3

Quelle: DE ZWAAN, WIMMER-PUCHINGER & BALDASZTI, 2000

Betrachtet man die Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys in der Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen zum Diätverhalten, so zeigen auch diese Daten, dass junge Frauen (elf Prozent) fast dreimal so oft Diät halten wie junge Männer (vier Prozent). In keinem Fall gaben die Befragten an, dass die ärztliche Verschreibung einer Diät vorlag. Ein Drittel der diäthaltenden Männer hatte eine diesbezügliche Empfehlung vom Arzt, bei den diäthaltenden Frauen traf dies lediglich auf 13,5 Prozent zu (Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001).

Exakte Zahlen, wie viele Jugendliche in Wien an Ess-Störungen leiden, geben diese Untersuchungen nicht. Vorsichtige Schätzungen aufgrund der Erhebung zum Ess-

verhalten der Wiener SchülerInnen gehen davon aus, dass etwa sieben Prozent der dort befragten Mädchen und 0,3 Prozent der Burschen die Kriterien einer klinischen oder subklinischen Ess-Störung erfüllen bzw. einer Risikogruppe zugerechnet werden können, wobei der Anorexie sowie deren Vorstufen nur ein kleiner Teil zukommt. Das Verhältnis zwischen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa war etwa 1 : 10. Hochgerechnet auf alle Wiener SchülerInnen im Alter von 14 bis 17 Jahren würde diese Schätzung einer Gesamtzahl von 2.078 Mädchen und 92 Burschen entsprechen (vgl. DE ZWAAN, WIMMER-PUCHINGER & BALDASZTI, 2000). Im Vergleich dazu die 1997 veröffentlichten Schätzungen von RATHNER & RAINER aufgrund der Behandlungszahlen von Ess-Störungen für Wien aus dem Jahr 1991.

Tabelle 16: Schätzungen der Häufigkeiten von Ess-Störungen in Wien 1991

Ess-Störung	Altersgruppe	Anzahl der Fälle
Anorexia nervosa	15- bis 20-Jährige	391
Bulimia nervosa	20- bis 30-Jährige	1.347
subklinische Ess-Störungen	15- bis 20-Jährige	695-851

Quelle: RATHNER & RAINER, 1997

### 5.1.5.7 Behandlungsmöglichkeiten

Für die erfolgreiche Behandlung einer Ess-Störung ist

die frühzeitige Erkennung wichtig. In Wien sind folgende Einrichtungen auf die Behandlung von Ess-Störungen spezialisiert:

Tabelle 17: Stationäre und ambulante Behandlungsmöglichkeiten bei Ess-Störungen in Wien

stationäre Angebote	ambulante Angebote
Allgemeines Krankenhaus Wien Wilhelminenspital Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern	F.E.M.-Zentrum an der Semmelweis-Klinik F.E.M.-Zentrum im Kaiser-Franz-Josef-Spital Jugendambulanz der WGKK verschiedene Vereine (z. B.: So-What, ...)

Quelle: Kindergesundheitsbericht, 2000

Neben diesen Therapieangeboten gibt es die Möglichkeit, sich an PsychotherapeutInnen sowie FachärztInnen zu wenden, die sich auf die Behandlung von Ess-Störungen spezialisiert haben. Tageskliniken sind bislang noch nicht verfügbar, auch Wohnheime oder betreute Wohngemeinschaften für Betroffene gibt es in Wien nicht. Ein Umstand, der von vielen, die in diesem Bereich tätig sind, bemängelt wird, da diese Einrichtungen viele Vorteile haben. So sind Tageskliniken in den Fällen, wo keine akute Gefährdung besteht, kostengünstiger als eine stationäre Betreuung. Gleichzeitig ermöglichen sie eine intensive therapeutische Arbeit. Ebenso wären Wohnmöglichkeiten außerhalb der Familie in bestimmten Fällen eine Entlastung für Betroffene und damit von therapeutischem Nutzen (vgl. Frauenbericht, 1999).

#### 5.1.5.8 Behandlungszugang

Eine frühzeitige Behandlung wird oft durch die fehlende Krankheitseinsicht der Betroffenen erschwert. Zudem belegen Studien, dass auch diagnostische Fehleinschätzungen sowie verzögertes bis inadäquates Überweisungsverhalten durch BehandlerInnen nicht selten sind. Daher ist ein wichtiger Ansatz die Aus- und Weiterbildung des betreffenden Umfeldes (praktische ÄrztInnen, TherapeutInnen, Lehrpersonal, SchulärztInnen, etc.) sowohl zum Erkennen als auch zur adäquaten Reaktion bei ersten Anzeichen einer Ess-Störung (vgl. RATHNER & RAINER, 1997).

#### 5.1.5.9 Prävention

Folgende Ziele wurden von der 1998 begonnen Wiener Informations- und Präventionskampagne „Ess-Störungen“ angestrebt und bis dato erfolgreich fortgesetzt:

- eine Sensibilisierung für die Thematik durch Beratung, Information, öffentliche Bewusstseinsbildung bei MultiplikatorInnen (ÄrztInnen – vor allem SchulärztInnen, GynäkologInnen, PsychiaterInnen, LehrerInnen, ErzieherInnen, JugendbetreuerInnen, etc.)

- Verbesserung der psychosozialen Unterstützung von Betroffenen
- Maßnahmen zur generellen Enttabuisierung des Themas (dazu diente beispielsweise die Durchführung der Medienkampagne „Ich liebe mich, Ich hasse mich“)
- die Etablierung der kostenlosen Telefon-Hotline
- eine Verbesserung der Vernetzung zwischen ambulanten, stationären Einrichtungen sowie allen relevanten Institutionen und Personengruppen
- die Etablierung spezialisierter Einrichtungen, vor allem von Tageskliniken.

Präventionsprogramme zum Thema Ess-Störungen für Jugendliche in der mittleren und späten Adoleszenz sollten folgende Themenbereiche umfassen:

- die Wahrnehmung der Verknüpfung von Gefühlen und Essen
- die Thematisierung der Selbstwertproblematik
- die Rolle der Frau in der Gesellschaft
- die Wahrnehmung der Verknüpfungen des eigenen Körpers (Körperschema) mit dem Selbstwertgefühl
- die Anerkennung des Bedürfnisses junger Frauen nach emotionaler Verbundenheit
- besondere Ermutigung, soziale Netzwerke zu bilden
- Ermutigung, andere Wege der Selbstbestätigung zu finden, als nur schulische Leistungen zu erbringen (KRAWAUTZ, 1997).

Wesentlich ist, dass bei derartigen Programmen nicht Informationen über die Störungen und den Krankheitsverlauf im Vordergrund stehen. Eine abschreckende Wirkung rufen diese Tatsachen bei Jugendlichen kaum hervor; das Risiko, jemanden erst einmal auf die Idee zu bringen, ist in diesem Zusammenhang wesentlich höher. Im Mittelpunkt derartiger Maßnahmen sollte daher die Stärkung des Selbstwertgefühles und Selbstbewusstseins sowie die Entwicklung eines positiven Körpergefühles stehen.

## 5.2 Bewegungsverhalten

### Zusammenfassung

Haltungsschäden und Übergewicht sind ernst zu nehmende und leider auch weit verbreitete gesundheitliche Probleme bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Sport und Bewegung sind wichtige Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Gesundheitsprobleme. Analysiert man das **Bewegungsverhalten** in Wien lebender Jugendlicher und junger Erwachsener, zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Mädchen und junge Frauen betreiben weniger Sport und Bewegung als Burschen und junge Männer. Eine Erklärung dieser Tatsache liegt in den geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Sozialisationserfahrungen, die den Bewegungsdrang der Mädchen bremsen. Ein zweites Hindernis ist häufig der Zugang zu Sportstätten, die sich beispielsweise in öffentlichen Parkanlagen befinden. Auch hier stellen sich Mädchen und jungen Frauen Hindernisse in den Weg, und oft wird ihren Bedürfnissen in diesem Zusammenhang zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Eine Gruppe, deren sportliche Aktivität und Bewegungsmöglichkeit besonders stark eingeschränkt ist, ist die der Migrantinnen. Sie weisen den höchsten Anteil an Personen auf, die keine regelmäßige Bewegung machen (26 Prozent).

Am häufigsten werden traditionelle **Sportarten** wie Fußball, Handball, Volleyball oder Basketball ausgeübt. Radfahren, Joggen, Gymnastik und Schwimmen erfreuen sich ebenso einer großen Beliebtheit. Daten über die Ausübung neuerer, so genannter Trend- oder Extremsportarten, wie Inlineskating, Freeclimbing, Bungee-Jumping, Drachenfliegen, etc. liegen für Wien nicht vor. Es ist anzunehmen, dass die meisten Extremsportarten nur von einer Minderheit ausgeübt werden. Betrachtet man die Zahlen zu den **Sportverletzungen**, so zeigt sich, dass Männer mehr Behandlungskosten verursachen als Frauen, die höchsten Kosten entfallen auf die Gruppe der 20- bis 24-Jährigen. Alpiner Schielauf führt die „Hitliste“ der Verletzungshäufigkeiten in Österreich an, gefolgt von Fußball und Radfahren.

### Summary: Physical Activity

*Postural damages and obesity are serious health problems and unfortunately widespread among young people. Sports and physical exercise are important countermeasures to these health problems. An analysis of **physical activities** of young people in Vienna shows distinct gender differences. Girls and young women engage in sports less frequently than boys and young men. One explanation for this is the difference in socialization, restraining girls' urge to engage in physical activity. Another common obstacle is the access to sports fields, which are often located in public parks. Here girls and young women frequently face obstacles, and little consideration is given to their needs. A group with particularly restricted physical activity and opportunities to exercise are female migrants. They have the highest percentage of persons who do not regularly indulge in physical exercise (26 percent).*

*Traditional **sports** such as soccer, handball, volleyball or basketball are the most common. Bicycling, jogging, gymnastics and swimming are also very popular. There are no figures for Vienna on newer, so-called trend or extreme sports, such as inline skating, freeclimbing, bungee jumping, paragliding etc. It is probable that only a minority exercises these extreme sports. Looking at the **sports accidents**, men produce higher treatment costs than women, especially the age group 20-24. Skiing is the most frequent cause for accidents in Austria, followed by soccer and bicycling.*

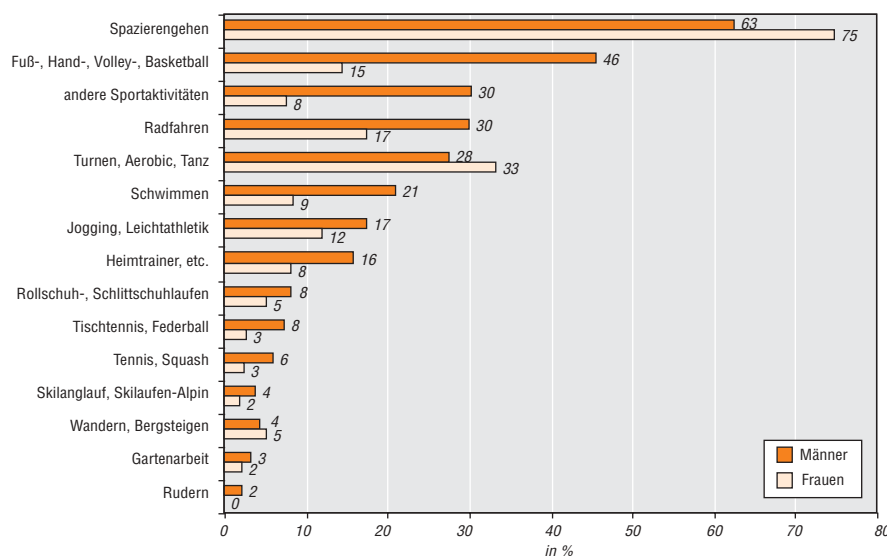
Die durch Sport verursachten Belastungen des Gesundheitssystems fallen allerdings deutlich niedriger aus als jene, die durch notorischen Bewegungsmangel verursacht werden.

*The costs to the health care system caused by sports are however by far smaller than those caused by lack of exercise.*

Ein Drittel der ÖsterreicherInnen betreibt keinen Sport. 27 Prozent üben Sport in so geringem Ausmaß aus (ein- bis zweimal/Monat oder seltener), dass es dadurch zu keiner nachhaltigen gesundheitlichen Wirkung kommen kann. 40 Prozent der ÖsterreicherInnen betätigen sich ein- bzw. mehrmals pro Woche oder sogar täglich sportlich. Positiv hervorzuheben ist die hohe Rate der Sportausübung bei der jüngeren Generation, so die Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung des Gallup-Institutes zur Sportlichkeit der ÖsterreicherInnen (vgl. PRATSCH, 2000).

Wie steht es nun um die Sportbegeisterung und Bewegungsfreudigkeit der Wiener Jugendlichen? Auskunft über die sportlichen Aktivitäten der 15-Jährigen gibt die WHO-HBSC Studie (1998): Dieser zufolge betreiben 32 Prozent der Burschen täglich Sport, der Anteil der Mädchen liegt nur bei 15 Prozent. Analysiert man die Daten der 16- bis 24-jährigen Wiener TeilnehmerInnen des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys, zeigt sich folgendes Bild:

**Grafik 8:** Sport- und Bewegungsverhalten (mehrmals wöchentlich bis alle 1–2 Wochen ausgeübt nach Geschlecht) der 16- bis 24-jährigen WienerInnen



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Von 15 Sportarten üben Mädchen und junge Frauen lediglich drei Bewegungs- und Sportmöglichkeiten häufiger aus als Burschen und junge Männer, und zwar Spaziergehen, Gymnastik/Tanz/Aerobic, etc. und Bergsteigen/Wandern. Anschließend wurden die Angaben zum Ausmaß der Ausübung bestimmter Bewegungs- und Sportarten zusammengefasst, um auf das

generelle Bewegungsverhalten dieser Altersgruppe zu schließen. Die Kategorie „wenig bis etwas Bewegung“ umfasst jene, die eine bis drei Bewegungsarten alle ein bis zwei Wochen ausüben, in der Kategorie „viel Bewegung“ wird mindestens eine Bewegungsart mehrmals pro Woche ausgeübt.



Tabelle 18: Bewegungsausmaß nach Geschlecht

Bewegungsausmaß	Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen		
	gesamt (in %)	Männer (in %)	Frauen (in %)
keine Bewegung	13	12	15
wenig bis etwas Bewegung	18	17	18
viel Bewegung	69	70	67

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Sind Bewegungsarten inkludiert, die auch der alltäglichen Fortbewegung dienen – wie beispielsweise zu Fuß in Arbeit oder Schule zu gehen oder notwendige Wege mit dem Fahrrad zu erledigen – treten keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede auf. Auch

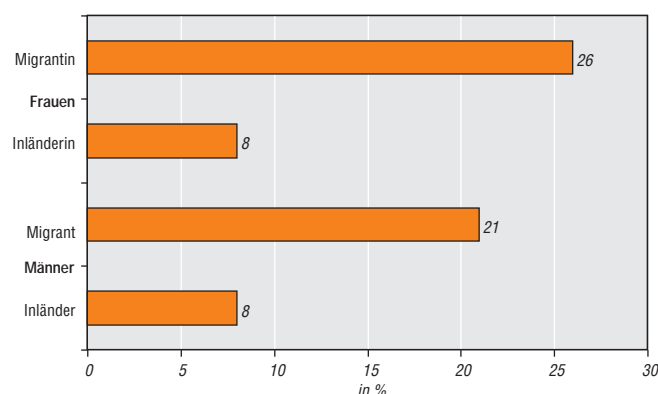
zwischen Erwerbstätigen dieser Altersgruppe und SchülerInnen bzw. StudentInnen sind keine Unterschiede zu beobachten. Deutliche Differenzen finden sich jedoch in einem Vergleich des Bewegungsausmaßes der TeilnehmerInnen nach Staatsbürgerschaft.

Tabelle 19: Bewegungsausmaß nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht

Bewegungsausmaß	Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen					
	gesamt		Männer		Frauen	
	InländerIn (in %)	MigrantIn (in %)	Inländer (in %)	Migrant (in %)	Inländerin (in %)	Migrantin (in %)
keine Bewegung	8	23	8	21	8	26
wenig bis etwas Bewegung	18	19	17	18	18	18
viel Bewegung	74	59	75	61	74	57
Signifikanz	p = 0,00002		p = 0,02		P < 0,00096	

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Grafik 9: Anteil der Jugendlichen, die keine Bewegung machen, nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Generell ist in der Gruppe der MigrantInnen der Anteil jener, die keine Bewegung machen am höchsten; mit 26 Prozent machen Migrantinnen am häufigsten keinerlei Bewegung.

Um ein genaueres Bild zu erhalten, wieviele TeilnehmerInnen nun regelmäßig aktiv Sport betreiben, wurde die Ausübung folgender Sportarten analysiert:

- Turnen/Gymnastik/Aerobik/Tanz
- Schwimmen, Laufen/Jogging/Dauerlaufen
- Fußball/Handball/Volleyball/Basketball
- Tennis/Squash
- Tischtennis/Federball

- Heimtrainer
- andere Sportarten.

Bewegungsarten, die sowohl der sportlichen Betätigung als auch zur alltäglichen Fortbewegung dienen, wie Gehen und Radfahren, sowie saisonabhängige Sportarten (Schifahren, Rudern, etc.) wurden ausgeschlossen. In der Kategorien „wenig bis etwas Sport“ wird eine bis drei der ausgewählten Sportarten alle ein bis zwei Wochen ausgeübt, „viel Sport“ betreiben jene, die mindestens einer dieser sportlichen Betätigungen mehrmals pro Woche nachgehen. Eine Analyse nach Geschlecht zeigt deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede.

Tabelle 20: Ausübung ausgewählter Sportarten nach Geschlecht

Ausmaß der sportlichen Betätigung	Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen		
	gesamt (in %)	Männer (in %)	Frauen (in %)
kein Sport	40	29	51
wenig bis etwas Sport	25	28	21
viel Sport	35	43	28

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Das Ergebnis zeigt eine ähnliche Tendenz wie jenes des WHO-HBSC Survey. Mädchen und junge Frauen betreiben im Vergleich zu Burschen und jungen Männern seltener mehrmals die Woche eine der Sportarten. Geringere sportliche Aktivität von Mädchen lässt sich schon bei jüngeren Altersgruppen beobachten und wird auf geschlechtsspezifische Sozialisations Erfahrungen zurückgeführt. Studien, die das Verhalten von Mädchen und Burschen in öffentlichen Parks untersuchten, zeigten, dass Mädchen Geselligkeit im Zusammensitzen pflegten, Burschen diese jedoch über sportliche Bewegung auslebten. Bereits in der frühesten Kindheit werden geschlechtsspezifische „Körperkarrieren“ geprägt.

Gründe für die größere „Sesshaftigkeit“ von Mädchen sehen BERNARD et al., 1997 in folgenden Tatsachen:

- Mädchen tragen tendenziell bewegungshemmende Kleidung.
- Sie werden noch immer zu körperlicher Zurückhaltung und zu grazilen, rhythmischen, sprechenden Spielen animiert.
- Sie werden in jedem Alter stärker behütet als die Burschen.

- Sie werden eher entmutigt, indem auf Gefährliches und Unangenehmes verwiesen wird, das ihnen alleine in der Öffentlichkeit zustoßen könnte.
- Wenn sie keine Lust haben, Sport zu betreiben, wird das eher akzeptiert.
- Gerade im Bereich des Sports sind die Normen zu meist männlich; sportliche Leistungen von Mädchen werden häufig mit jenen von Burschen verglichen und abgewertet.

Unabhängig davon, ob Mädchen nun Sport betreiben oder nicht, stufen sie diesen als wichtig ein. Ein möglicher Grund für diese Ambivalenz zwischen Interesse und tatsächlicher Ausübung könnte auch ein Mangel an Mädchenspezifischen Sportangeboten sein (vgl. ZENTNER, 1998). Eine Studie des Frauenbüros der Stadt Wien zeigte in diesem Zusammenhang auf, dass bei der Planung von öffentlichen Freizeiteinrichtungen auf Bedürfnisse von Mädchen kaum eingegangen wird. Derzeit werden Parkanlagen vorwiegend für Burschen geplant (daher meist mit Fußballkäfigen oder einem Streetballfeld ausgestattet), und mit der selben „Selbstverständlichkeit“ dann auch von diesen in Beschlag genommen. Mädchen werden – beim Versuch diese Anlagen zu benutzen – an den Rand gedrängt. Grundsätz-

lich besteht bei vielen Mädchen Interesse an der Ausübung „männlicher“ Ballsportarten, das Problem liegt jedoch darin, dass sie weder zur Verwirklichung dieser Interessen ermutigt werden, noch eine Chance dazu erhalten (BERNARD et al., 1997).

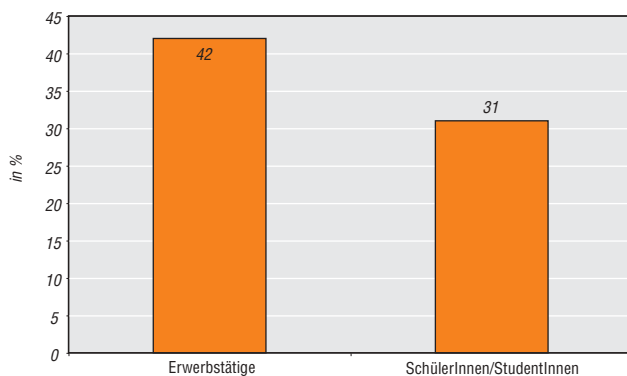
Signifikante Unterschiede zeigen sich auch zwischen Erwerbstätigen und den SchülerInnen bzw. StudentInnen dieser Altersgruppe.

Tabelle 21: Ausübung ausgewählter Sportarten nach Erwerbsstatus

Ausmaß der sportlichen Betätigung	Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen		
	gesamt (in %)	Erwerbstätige (in %)	SchülerInnen/StudentInnen (in %)
kein Sport	37	42	31
wenig bis etwas Sport	26	23	30
viel Sport	37	35	39

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Grafik 10: Jugendliche, die keinen Sport betreiben, nach Erwerbstätigkeit



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Das Ausmaß der Sportlichkeit ist bei berufstätigen Jugendlichen geringer als bei SchülerInnen und StudentInnen.

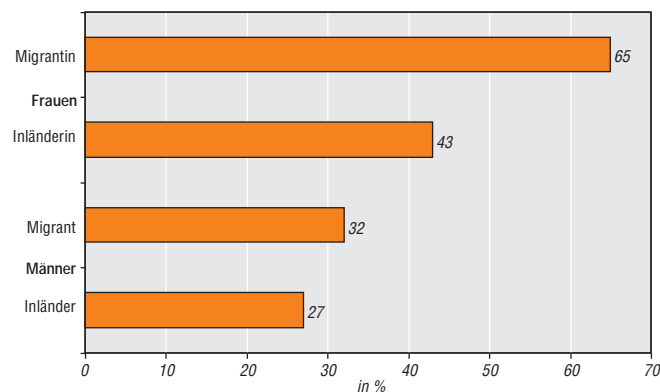
Betrachtet man die Verteilungen nach der Staatsbürgerschaft, so zeigt sich Folgendes:

Tabelle 22: Ausübung ausgewählter Sportarten nach Staatsbürgerschaft

Ausmaß der sportlichen Betätigung	Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen					
	gesamt		Männer		Frauen	
	InländerIn (in %)	MigrantIn (in %)	Inländer (in %)	Migrant (in %)	Inländerin (in %)	Migrantin (in %)
kein Sport	34	49	27	32	43	65
wenig bis etwas Sport	27	21	29	28	25	14
viel Sport	39	30	44	40	32	21
Signifikanz	P = 0,00002		p = 0,02		P < 0,00096	

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Grafik 11: Jugendliche, die keinen Sport betreiben, nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft



Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Frauen und Mädchen üben generell seltener eine oder mehrere der ausgewählten Sportarten aus. Differenziert man die Gruppe der weiblichen Befragten nach Staatsbürgerschaft, so zeigt sich, dass der Anteil der Sport ausübenden Migrantinnen im Vergleich zu gleichaltrigen Inländerinnen deutlich geringer ist. Auch in der Gruppe der männlichen Befragten ist diese Tendenz zu beobachten, allerdings nicht so ausgeprägt wie bei den Mädchen und jungen Frauen.

Migrantinnen bilden eine Risikogruppe, wenn es um die gesundheitlichen Langzeitfolgen von Bewegungsmangel geht. Da die Erhebung der sportlichen Aktivitäten die offene Kategorie „andere Sportarten“ enthielt und ausgeschlossene saisonale Sportarten nur von wenigen betrieben wurden, kann davon ausgegangen werden, dass 65 Prozent keiner der angeführten sportlichen Betätigungen nachgeht und mehr als ein Viertel der 16- bis 24-jährigen Wiener Migrantinnen keinerlei

Bewegung regelmäßig macht, auch nicht in Form von „Alltagsbewegung“.

Studien, die sich mit dem Freizeitverhalten türkischer Mädchen der zweiten Generation beschäftigten, konnten zeigen, dass deren Freizeitbedürfnisse zwar ähnlich waren wie jene der gleichaltrigen Österreicherinnen, ihre Realisierungschancen erwiesen sich jedoch als stark eingeschränkt (VIEHBÖCK & BRATIC, 1994). Je nach Religionszugehörigkeit herrscht ein mehr oder minder strenges Jungfräulichkeitsgebot vor. Je strenger dieses Gebot, desto restriktiver sind die Einschränkungen von seiten der Eltern. So nehmen nur etwa 20 Prozent der türkischen Mädchen öffentliche Freizeitangebote in Anspruch, wogegen Fernseh- und Videokonsum zu den verbreitetsten Freizeitaktivitäten zählen (DEIMEL-ENGLER, 1997). Organisierten Freizeitangeboten würden die Eltern der Mädchen eher zustimmen als nicht organisierten (VIEHBÖCK & BRATIC, 1994).

Allerdings scheint dies meist nur bis zu einem bestimmten Alter zu gelten. So besuchen bis zum Alter von 16 Jahren beide Geschlechter zu gleichen Anteilen die Jugendzentren, danach überwiegen die Burschen (REIFER, 1991).

### 5.2.1 Sportvereine

Eine organisierte Form von Sportmöglichkeiten bieten Sportvereine. 16 Prozent der 16- bis 24-Jährigen geben an, Mitglied bei einem solchen zu sein. Somit besitzt diese Institution für diese Altersgruppe nur eine mäßi-

ge Attraktivität. Das Ergebnis spiegelt eine generell beobachtbare Entwicklung wider, denn der Niedergang der Traditionsvereine ist auf breiter Ebene feststellbar, und auch die Sportvereine können sich diesem Sog nicht entziehen. So zeigen auch Erhebungen in Deutschland, dass der Anteil von Sportvereinsmitgliedern kontinuierlich zurückgeht – von 29 Prozent im Jahre 1990 auf 21 Prozent im Jahr 2000 (OPASCHOVSKI, 2000a).

Die Verteilung der Mitgliedschaft nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft gestaltet sich folgendermaßen:

Tabelle 23: Sportvereinsmitglieder nach Staatsbürgerschaft sowie Geschlecht bzw. Erwerbstatus

Staatsbürgerschaft	Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen				
	gesamt (in %)	Männer (in %)	Frauen (in %)	Erwerbstätige (in %)	SchülerIn/ StudentIn (in %)
InländerIn	16	20	12	19	15
AusländerIn	15	27	5	9	22

Quelle: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2000/2001 (eigene Berechnungen)

Der Anteil der Sportvereinsmitglieder ist zwischen österreichischen StaatsbürgerInnen und MigrantInnen beinahe ident. Eine geschlechtsspezifische Analyse zeigt jedoch signifikante Unterschiede. Burschen und junge Männer sind häufiger Mitglied eines Sportvereines als Frauen und Mädchen. Der Anteil der Migranten fällt dabei am höchsten aus, der Anteil der Migrantinnen ist hingegen am niedrigsten. Vor allem Migranten, die noch in Ausbildung stehen, nutzen die Angebote von Sportvereinen. Es ist anzunehmen, dass das Ergebnis das geschlechtsspezifisch unterschiedliche Angebot der Vereine widerspiegelt.

### 5.2.2 Extremsport – Trendsport

Unter den Risiko- und Extremsportlern sind junge Männer mit überdurchschnittlicher Bildung überrepräsentiert. Zu diesen Sportarten zählen Aktivitäten wie Bungee-Jumping, Drachenfliegen, Paragleiten, Fallschirmspringen, Canyoning, Sporttauchen, Freeclimbing, Mountainbiking, Skateboarden und „Aggressive Skating“. Auch in der stadtkulturellen Sportentwicklung hat ein Teil dieser Sportarten ihren Niederschlag gefunden. Zu nennen ist der körperbetonte Akti-

vismus der Streetball-, Skateboard- bzw. Inlineskater-Milieus, die ein neues Kapitel der Sportgeschichte schreiben, in der auch eine deutliche Risikoexposition bzw. -suche von Jugendlichen zu finden ist. Das in der Ausübung dieser Sportarten gezeigte und nach Möglichkeit souverän beherrschte Risiko wird für die Jugendlichen zum Life-Style-Element (RITTNER, 2001).

Nach vorliegenden Befunden kann in den seltensten Fällen von einem unkontrollierten oder bewusst selbstgefährdenden Risikoverhalten gesprochen werden. Zu einer spezifischen Sozialisation im Risikosport gehören das Streben nach Risikokontrolle sowie der Genuss von Kompetenz- und Könnenserfahrungen, mit denen Formen unkontrollierbaren Risikos bewältigt und gemanagt werden. „Spaß haben“ steht für die meisten Extremsportler im Vordergrund, wie eine Erhebung zum Extremsport, die deutsche BAT-Studie zeigt. In deren Rahmen wurden auch 217 Ausübende (Bungee-Jumping, Canyoning, River-Rafting und Freeclimbing) zu ihrer Motivation befragt, im Vergleich dazu die diesbezüglichen Einschätzungen der Gesamtpopulation.

Tabelle 24: Gegenüberstellung der Motiv-Angaben für die Ausübung von Extremsport

Motive für die Ausübung eines Extremsportes	Extremsportler (in %)	Gesamtbevölkerung (in %)
einfach Spaß haben	66	50
Flucht vor Langeweile	57	63
den ultimativen Kick erleben	52	59

Quelle: OPASCHOVSKY, 2000b

Des Weiteren muss bei der Einschätzung der Risikopotenzen zwischen allgemeinen Einstellungen der Jugendlichen zum Risiko- und Abenteuersport, ihren Wunschvorstellungen und den tatsächlich ausgeübten Aktivitäten unterschieden werden. Die hohe Wertschätzung der Risikosportarten bei Jugendlichen findet nur eine sehr eingeschränkte Bestätigung im konkreten Verhalten. Nach wie vor liegen die klassischen Sportarten, wenn es um die tatsächliche Ausübung geht, weit vorn (vgl. RITTNER, 2001; RAITHEL, 2000, IPSOS, 2000; OPASCHOVSKY, 2000b). Allerdings kann bestätigt werden, dass es eine Bewegung zu Trendsportarten gibt und bei diesen wiederum eine Zunahme der riskanteren Sportarten (IPSOS, 2000).

### 5.2.3 Sportunfälle

Trotz aller Spektakularität des Extrem-, Risiko- und Abenteuersports sowie der Zunahme alternativer, lifestyle-bezogener riskanter Sportarten darf man das Phänomen in seiner epidemiologischen Bedeutung nicht überschätzen. Die Ergebnisse der einschlägigen, sportbezogenen, jugendsoziologischen Untersuchungen zeigen deutlich, dass das Risikoverhalten im Sport, insgesamt gesehen, ein noch begrenztes Problem darstellt (RITTNER, 2001).

Eine 1999 erstellte Studie verglich die volkswirtschaftlichen Kosten von Sportverletzungen mit dem gesundheitsökonomischen Nutzen sportlicher Aktivität für das Jahr 1998 in Österreich und kam zu folgenden Ergebnissen:

- Drei Sportarten – in der Reihenfolge: alpiner Schielauf, Fußball und Radfahren – sind für über 60 Prozent der medizinischen Behandlungskosten „verantwortlich“ (Sport und Gesundheit, 1999). Deutsche Studien zeigen ebenfalls, dass hinsichtlich der Verletzungshäufigkeit sowohl im Vereinssport als auch im nicht-organisierten Sport wie auch im Schulsport Fußball dominiert. Im Vereinssport fol-

gen mit Handball und Volleyball zwei weitere Mannschaftssportarten, im Schulsport Basketball, im nicht organisierten Bereich Ski alpin (RITTNER, 2001).

- Etwa 80 Prozent der Folgekosten von Sportunfällen werden durch Männer verursacht.
- Bei Frauen fallen die höchsten Behandlungskosten in der Altersgruppe der 10- bis 14-jährigen an, bei den Männern in der Altersgruppe der 20- bis 24-jährigen.
- Die folgenschwersten und damit volkswirtschaftlich teuersten Sportunfälle ereignen sich beim Schwimmen (vor allem Springen und Tauchen), beim Paragleiten sowie ähnlichen Sportarten (Drachenfiegen, Fallschirmspringen).

Letztendlich kommt die Studie jedoch zu dem Schluss, dass der gesundheitliche Nutzen des Sports und die damit in Verbindung stehenden Einsparungen für das Gesundheitssystem, die Kosten, die Sportunfälle verursachen, bei weitem übersteigen (Sport und Gesundheit, 1999).

### 5.2.4 Haltungsschäden

Betrachtet man die Verbreitung von Haltungsschäden bei Kindern und Jugendlichen, so zeigt sich, dass ein falscher Umgang mit Bewegungsapparat und Wirbelsäule in unserer Gesellschaft schon sehr frühzeitig auftritt. Bereits im Schulalter führen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates die „Hitliste“ der Gesundheitsstörungen an. Bereits bei Schuleintritt weisen 21,8 Prozent der Kinder Haltungssstörungen (Haltungsschwäche und Fehlformen der Wirbelsäule) auf, in der 4. Schulstufe sind es bereits 23,5 Prozent und in der 8. Schulstufe 27,9 Prozent. Über Wirbelsäulenschmerzen klagten 40 Prozent der 19-Jährigen (Gesundheitsbericht Wien, 2000). Im Schuljahr 2000/2001 ergab eine orthopädische Untersuchung an Wiener PflichtschülerInnen, dass etwa die Hälfte an Haltungssproblemen litt

(Gesundheitsbericht Wien, 2001). Ähnliche Ergebnisse auch in Deutschland: 56 Prozent der 1.057 in die Untersuchung einbezogenen Kinder und Jugendlichen zwischen zwölf und 18 Jahren, die an der WIAD-Studie (2000) teilnahmen, litten an Haltungsschäden und 40 Prozent an Übergewicht.

Besonders kritische Phasen für den Haltungs- und Bewegungsapparat sind der Schuleintritt sowie die Phase des pubertären Wachstumsschubs, der bei Mädchen im Alter von zehn bis zwölf Jahren, bei Knaben etwas später im Alter von zwölf bis 15 Jahren stattfindet. Maßnahmen zur Verhinderung von Haltungsschäden

im Schulalter sind neben einer grundsätzlich gesunden Lebensführung (wie richtige Ernährung und ausreichende Bewegung) das richtige Packen und Tragen der Schultasche sowie eine ergonomische Gestaltung des „Arbeitsplatzes Klassenzimmer“. Das Problem kindlicher Fehlhaltungen und ihrer Spätfolgen im Erwachsenenalter wird in unserer Gesellschaft oft unterschätzt. 41 Prozent aller Frühpensionierungen erfolgten 1997 wegen Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates (Gesundheitsbericht für Wien, 1997).

Eine Erhebung, die Auskunft über Haltungsschäden von Wiener Lehrlingen gibt, zeigt folgendes Bild:

**Tabelle 25:** Schädigungen der Wirbelsäule nach Geschlecht – Basisuntersuchung

Geschlecht	Schädigungsformen (in %)			
	unkorrigierbar Schäden			korrigierbare Schäden
	Skoliose	verstärkte Kyphose	Hyperlordose	
Mädchen	6	1	3	6
Burschen	8	4	1	4

Quelle: WALDHERR & ROLLETT: *Gesundheit von Lehrlingen in Wien. Ergebnisse einer repräsentativen Studie. Daten: Wiener Gebietskrankenkasse. In: Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 2001/1*

Bezüglich des Belastungsfaktors „ständiges Stehen oder Sitzen“ und dem Auftreten einer korrigierbaren Fehlhaltung der Wirbelsäule zeigte sich ein tendenzieller Zusammenhang ( $p = 0,07$ ). Zum Zeitpunkt der Basisuntersuchung waren die TeilnehmerInnen 15 Jahre alt.

### 5.2.5 Prävention

Schulsport und ausreichende Bewegungsmöglichkeiten in der Schule sind wesentliche gesundheitspräventive Maßnahmen. Sie steigern das Wohlbefinden und beugen Haltungsstörungen und Übergewicht vor. So zeigten die Ergebnisse des WHO-HBSC-Surveys (1998): Je häufiger Schülerinnen und Schüler Sport betrieben, desto wohler und gesünder fühlten sie sich. 60 Prozent der Schülerinnen und Schüler, die im Rahmen der deutschen WIAD-Studie befragt wurden, bezeichneten Sport als ihr Lieblingsfach und hätten gerne mehr diesbezügliche Unterrichtsstunden. Allerdings zeigte sich auch, dass der hohe Stellenwert des Sports bei Kindern und Jugendlichen im krassen Gegensatz zu den Ergebnissen der sportmotorischen Untersuchungen stand. Daraus ist zu schließen, dass ein hohes

Sportengagement an sich noch nicht für eine ausgewogene Balance motorischer Grundfertigkeiten sorgt. Es ist notwendig, die Erforschung dieser Defizite weiter voranzutreiben und die Ergebnisse in die Unterrichtsgestaltung einzubeziehen.

Obwohl die Wichtigkeit von Bewegung und Sport unumstritten ist, ist die Zahl der Turnstunden an den Schulen einer kontinuierlichen Kürzung unterworfen. Durch eine nicht ausreichende Erhöhung des Schulveranstaltungsbudgets ist außerdem ein deutlicher Rückgang an Skikursen, Schulsportwochen und Wandertagen zu verzeichnen (wien.at, 2000). Im Sinne der Prävention sollten die Bewegungs- und Sportmöglichkeiten im Schulbereich ausgebaut werden. Das Einbeziehen so genannter Trendsportarten in die Gestaltung des Sportunterrichtes wäre überlegenswert, um dessen Attraktivität zu erhöhen und dem leicht schwindenden Interesse, das sich mit zunehmendem Alter der Jugendlichen beobachten lässt, entgegenzuwirken.

Neben den positiven Auswirkungen von sportlicher Betätigung auf die physische und psychische Gesundheit und der präventiven Wirkung in Zusammenhang mit

Haltungsschäden und Übergewicht betonen neuere gesundheitsbezogene Präventionsprogramme noch andere gesundheitsfördernde Aspekte:

- Sport ermöglicht spezielle Formen des intensiven Selbsterlebens.
- Sport gewährleistet besonders nachdrücklich Erfolgserlebnisse und Formen selbst wahrgenommener Selbstwirksamkeit.
- Sport verstärkt auf diese Weise die Immunität gegenüber anderen attraktiven Formen gesundheitsriskanten Verhaltens (vgl. RITTNER, 2001).

Der Zugang zu diesen Erfahrungen ist für männliche und weibliche Jugendliche jedoch unterschiedlich schwierig. Sowohl in Bezug auf eine generelle Ausübung von Sport als auch in der Ausübung bestimmter Sportarten treten Mädchen und junge Frauen seltener in Erscheinung als gleichaltrige Burschen und junge

Männer. Daher sind Maßnahmen, die Mädchen und junge Frauen ermutigen, Sport auszuüben und ihren diesbezüglichen Interessen ungehindert nachzugehen, nach wie vor notwendig. Besondere Aufmerksamkeit bedürfen dabei junge Migrantinnen.

Sechs Schritte, die dabei helfen könnten, Mädchen einen gleichwertigen Zugang in öffentlichen Park- und Freizeitanlagen zu ermöglichen, wären nach BERNARD et al. (1997):

- eigene Benützungzeiten für diverse Sportanlagen
- eigene Räume für Mädchenspezifische Beschäftigungen
- Regeln zur fairen Nutzung gemeinsamer Räume
- Betreuung zur Gewöhnung an die Regeln
- verstärkte sportliche Förderung der Mädchen
- raumgestaltende Projekte zur Errichtung mädchen- und jugendfreundlicher Anlagen.

### 5.3 Literatur

- BARTH, N.; ZIEGLER, A.; HIMMELMANN, G. W.; CONNERS, H.; WABITSCH, M.; HENNINGHAUSEN, K.; MAYER, H. & REMSCHEIDT, H.; HEBEBRAND, J. (1997): Significant Weight Gains in a Clinical Sample of Obese Children and Adolescents Between 1985 and 1995. In: *International Journal of Obesity*, 21, 122–126.
- BERNARD, CH. et al.: *Verspielte Chancen? Mädchen im öffentlichen Raum.* (Hrsg.) Frauenbüro der Stadt Wien. Wien 1997.
- DAS ÖSTERREICHISCHE GALLUP INSTITUT: *Ernährungsgewohnheiten, mit Schwerpunkt Zwischenmahlzeiten; Konsum von Snacks.* Im Auftrag des Institutes für Sozialmedizin der Universität Wien, Mai 2000.
- DE ZWAAN, M.; WIMMER-PUCHINGER, B. & BALDASZTI, E.: *2. Wiener Ess-Störungsenquete. Essverhaltensstörungen – Wie groß ist das Problem bei Wiener Schülerinnen und Schülern?* Wien 2001.
- DEIMLER-ENGLER, S.: *Die Bildungssituation jugendlicher türkischer Mädchen der zweiten Generation in Österreich.* Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien 1997.
- DIEHL, J. M. (1999): *Einstellung zu Essen und Gewicht bei 11- bis 16-jährigen Adoleszenten.* In: *Schweizer Medizinische Wochenschrift*, 129, 162–175.
- DIETZ, W. H. (1994): *Critical Periods for the Development of Obesity.* In: *American Journal of Clinical Nutrition*, 59, 955–959.
- DÜR, W.; KERNBEISS, G.; MRAVLAK, K.; STIDL, T. & SCHUSS, I.: *Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 5. HBSC-Surveys 1998 und Trends für die 90er Jahre.* Reihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien 2000.
- DÜR, W.; MRAVLAK, K. & SCHUSS, I.: *Schule und Ungleichheit in Österreich. 2. Mehrebenenanalysen zur Bedeutung der Ungleichheit in Österreich. Auswertung der Daten des WHO-HBSC-Surveys 1998 zum Verhältnis von sozialer Ungleichheit und Gesundheit bei Jugendlichen.* Forschungsbericht der österreichischen Gesellschaft für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien 2000
- FRANKE, A.: *Essstörungen.* In: FRANKE, A. & KÄMMERER, A. (Hrsg.): *Klinische Psychologie der Frau.* Ein Lehrbuch. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe 2001.
- GODINA-ZARFL, B.; SELLENY, S.; DICHTL, M. & ELMADFA, I. (1992): *Body Composition in 10–18 Year old Pupils: Measurements of infrared interactance, impedance and skinfolds.* *Obesity* 17, S. 20.



- HABERMAS, T.: Zur Geschichte der Magersucht. Eine medizinpsychologische Rekonstruktion. Frankfurt am Main: Fischer 1994.
- HABERZETTL, Chr. & RIEDER, A.: Ernährungsverhalten und Einstellung zum Essen der ÖsterreicherInnen, *J. Ernährungsmed.* 5/2000: S. 2–11.
- HALL, A. & HAY, P. J. (1991): Eating Disorder Patient Referrals from a Population Region 1977–1986. *Psychological Medicine*, 21, S. 697–701.
- HOFFMANN-MÜLLER, B. (1996): Körperbild, Gewicht und Essverhalten bei Jugendlichen. In: Schweizerische Vereinigung für Ernährung (Hrsg.): Ernährung in Pubertät und Adoleszenz. Bern: Schweizerische Vereinigung für Ernährung.
- HOPKINS, P. N. (1992): Effects of Dietary Cholesterol on Serum Cholesterol: A Meta-analysis and Review. *Am. J. Clin. Nutr.* 55, S. 1060–1070.
- KARWAUTZ, A.: Ess-Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Collegium Publicum* 6, November 1999.
- KINZL, J. F.; TREFALT, E. (1998): Essverhalten und Ess-Störungen bei weiblichen Adoleszenten. In: Aktuelle Ernährungsmedizin, 23, S. 9–12.
- KOLIP, P.: Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen, Leske + Budrich, Opladen 1997.
- KRAWAUTZ, A.: In: Gesundheitsbericht für Wien. Wien 1997.
- KROMEYER-HAUSCHILD, K.; WABISCH, M.; KUNZE, D. et al. (2001): Perzentile für den Body Mass Index von Mädchen und Burschen im Alter von 0 bis 18 Jahren, *Monatsschrift Kinderheilkunde*; 149: S. 807–818.
- KROMEYER-HAUSCHILD, K.; ZELLNER, K.; JAEGER, U. & HOYER, H. (1999): Prevalence of overweight and obesity among school children in Jena (Germany). In: *International Journal of Obesity*, 23, S. 1143–1150.
- LECHNER, F.; PIMMINGER, I.; REITER, A. & WILLSBERGER, B.: Frauenbericht, Zahlen & Fakten. Schriftenreihe Frauen, Band 6, Teil 1. (Hrsg.) MA 57 – Magistratsabteilung für Frauenförderung und Koordination von Frauenangelegenheiten. Wien 1999.
- NIELSEN, C. (2000): Wie isst Österreich? A. C. Nielsen Ess-Studie Winter (März).
- OPASCHOVSKY, H. W. (2000a): Show, Sponsoren und Spektakel – Breitensport und Zuschauersport.
- OPASCHOVSKY, H. W. (2000b): Xtrem. Der kalkulierte Wahnsinn. Extremsport als Zeitphänomen. Germa Press, Hamburg.
- ÖSTERREICHISCHER ERNÄHRUNGSBERICHT: Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien, ELMADFA, I. (Hrsg.). Im Auftrag des Bundesministerium für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz; Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wien 1998.
- PELLET, P. L. (1990): Food energy requirements in humans. *Am. J. Clin. Nutr.* 51, 711–722.
- PRATSCH, H.: Sportverhalten in Österreich, *J. Ernährungsmed.* 5/2000
- PUDEL, V.: Ernährung-Gewicht-Diät. Die Mythen und die Fakten. In: REICH, G.; CIERPKA, M. (Hrsg.) : Psychotherapie der Ess-Störungen – Krankheitsmodelle und Therapiepraxis. Stuttgart/New York 1997, Georg Thieme.
- RAITHEL, J. (2000): Wie risikobereit sind jugendliche Sportler? Ein Vergleich zwischen sportaktiven und sportabstinenten Jugendliche. In: *Olympische Jugend*, 45, 2, 18–19.
- RATHNER, G. & RAINER, B. (1997): Jährliche Behandlungszahlen und geschätzte Häufigkeiten von Ess-Störungen in Österreich. In: *Wiener Klinische Wochenschrift* Nr. 109/8, S. 275–280.
- RATHNER, G.: Was Sie über Ess-Störungen wissen sollten, 5. Völlig neu überarbeitete Auflage, Netzwerk Ess-Störungen: Anorexie – Bulimie – Adipositas. Innsbruck 1999.
- REIFER, I.: Türkische MigrantInnen und ihre Töchter. Unveröffentlichte Dissertation, Innsbruck 1991.
- RITTNER, V.: Risikoverhalten Jugendlicher im Sport. In: (Hrsg.) RAITHEL, J.: Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Leske + Budrich, Opladen 2001.
- RITTNER, V.; BREUER, C.: Soziale Initiative des organisierten Sports – eine erste quantitative Bestandsaufnahme. In: RITTNER, V. & BREUER, C. (Hrsg.) Soziale Offensive Jugendsport. Dokumentation des Fachforums, Band I, Frankfurt 1991: DSJ, S. 80–87.
- SPORT- UND GESUNDHEIT: Die Auswirkungen des Sports auf die Gesundheit. Eine Sozio-ökonomische Analyse, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.). Wien 1999.
- STAHR, I. et al.: Ess-Störungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklung und Behandlungsmöglichkeiten, Weinheim und München, Beltz 1995.
- STATISTISCHE MITTEILUNGEN ZUR GESUNDHEIT IN WIEN 2001/1: Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion, Dezernat II – Gesundheitsplanung (Hrsg.). Wien 2001.

- STEINER-ADAIR, C.: Körperstrategien. Weibliche Adoleszenz und die Entwicklung von Ess-Störungen. In: FLAAKE, K. & KING, V. (Hrsg.): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. Frankfurt am Main 1992.
- TRAPP, U. & NEUHÄUSER-BERTHOLD, M.: Riskantes Ernährungsverhalten im Jugendalter. In: RAITHEL, J. (Hrsg.): Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Leske + Budrich, Opladen 2001.
- URBAN & FISCHER (2002): Adipositas im Kindesalter, Leitlinien der DGfKJ  
<<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/adip-002.htm>>.
- VIEHBÖCK, E. & BRATIC, L.: Die zweite Generation, Innsbruck 1994.
- WALDHERR, K.; ROLLETT, B.: Gesundheit von Lehrlingen in Wien – Ergebnisse einer repräsentativen Studie. In: Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 2001/1. Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion, Dezernat II – Gesundheitsplanung (Hrsg.), Wien 2001.
- WHO-HBSC-SURVEY: Für die Ergebnisse siehe: DÜR, W. et al. (1999): Bericht zur Gesundheit der Jugendlichen in Österreich. Wien 1998.
- WIAD: Aufschwung oder Abschwung? – Wie fit ist Deutschlands Jugend, Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands, Auftraggeber: Deutscher Sportbund (DSB) und AOK-Bundesverband. Berlin 2000.
- WIEN.AT: Magistrat der Stadt Wien, Rathaus, A-1082 Wien, wien.at-Koordination [22. 11. 2000].
- WIENER GESUNDHEITS- UND SOZIALSURVEY: Studie S1/2001, Magistrat der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement – Gesundheitsberichterstattung. Wien 2001.
- WILLI, J.; LIMACHER, B.; GROSSMANN, S. & GIACOMETTI, G.: Langzeitstudie zur Inzidenz der Anorexia nervosa; Nervenarzt, 60, S. 379-354. 1989.
- WIMMER-PUCHINGER, B. (2000): W.I.K.E. – Wiener Informations- und Präventionskampagne „Ess-Störungen“.
- ZENTNER, M.: Das Freizeitverhalten der Mädchen und jungen Frauen in Österreich, TR'acts Nr 3/1998. Wien 1998.
- ZWIAUER, K.; Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, KH St. Pölten, Interview vom 24 Juli 2000.

VI.  
JUGENDSEXUALITÄT IN DER  
EMPIRISCHEN FORSCHUNG

*EMPIRICAL STUDIES ON  
YOUNG PEOPLE'S SEXUAL  
BEHAVIOUR*

<b>6</b>	<b>JUGENDSEXUALITÄT IN DER EMPIRISCHEN FORSCHUNG</b>	<b>203</b>
6.1	<b>SEXUALWISSEN UND SEXUALVERHALTEN</b>	<b>206</b>
6.1.1	Einführung in das Thema	206
6.1.2	Geschlechtsspezifische Sozialisation und jugendliches Sexualverhalten	207
6.1.3	Sexuelle Erfahrungen und Sexualverhalten von Jugendlichen	210
6.1.4	Missbrauchserfahrungen – erzwungene sexuelle Aktivitäten	216
6.1.5	Aufklärung und Verhütung	217
6.1.6	AIDS und HIV-Infektionen	224
6.2	<b>TEENAGER-MÜTTER</b>	<b>229</b>
6.2.1	Beratungs- und Betreuungsangebote für jugendliche Mütter	231
6.2.2	Schwangerschaftsabbrüche	233
6.3	<b>LITERATUR</b>	<b>236</b>

## 6 JUGENDSEXUALITÄT IN DER EMPIRISCHEN FORSCHUNG

Mag. Ingrid KROMER

### Zusammenfassung

Zusammenfassend kann heute von einem Trend in Richtung einer in Beziehung gelebten Jugendsexualität gesprochen werden, wobei der diagnostizierte **Wertewandel**, der sich während der letzten anderthalb Jahrzehnte in Sachen Liebe, Treue und Sexualität vollzogen hat, insbesondere an den männlichen Jugendlichen festzumachen ist. Auch wenn aktuelle Daten über das Sexualverhalten von Jugendlichen aufzeigen, dass zum einen Mädchen selbstbewusster und autonomer ihre Beziehungen und damit ihre Sexualität leben und einfordern und zum anderen Burschen deutlich beziehungsorientierter und weniger triebhaft ihre Sexualität (er)leben, darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass immer noch vorgegebene traditionelle Männer- und Frauenbilder sexuelles Verhalten von Mädchen und Burschen unterschiedlich prägen. Damit werden Verhaltensweisen wie Mut, Selbstvertrauen, Risikobereitschaft, Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit, Verantwortungsgefühl, Durchsetzungsvermögen, etc. nur jeweils einem Geschlecht zugeschrieben.

Den Untersuchungsergebnissen zufolge ist Jugendsexualität heute nur noch selten ein unerwartet hereinbrechendes Abenteuer, sondern wird meist zum ersten Mal in einer festen Beziehung und überwiegend verantwortungsvoll ausprobiert. Die sexuellen Einstellungen und Verhaltensweisen von jungen Menschen sind in kommunikative Kontexte eingebunden. Die Beziehungssexualität der Jugendlichen basiert auf dem Prinzip der **seriellen Monogamie** und meint, dass Treue etwas für die Dauer der Beziehung Limitiertes ist. Die Mehrheit der Jugendlichen weiß über Verhütungsmittel Bescheid und nutzt diese auch.

Der Zeitpunkt des **ersten Geschlechtsverkehrs** hat sich in den letzten 25 Jahren nicht bedeutend verschoben.

### Summary: Young People's Sexual Behaviour

*In summary, we can speak of a trend to relationship-based sexual behaviour of young people. The **change of values** that has taken place in the last one and a half decades concerning love, fidelity and sexuality can particularly be seen in males. But even though current data on sexual behaviour of young people show that on the one hand, girls have become more self-confident and autonomous in their relationships and therefore also in the way they express their sexuality while, on the other hand, boys have become more oriented towards a relationship and experience their sexuality in a less libidinous way, this should not belie the fact that the prevailing traditional male and female roles influence the sexual behaviour of girls and boys in different ways. Different behaviour patterns, such as courage, risk taking, communication ability and the ability to resolve conflict, sense of responsibility, the ability to assert oneself etc. are only attributed to one of the sexes.*

*Surveys show that young people's sexuality today is rarely a sudden, unexpected adventure, the sexual debut usually takes place in a relationship and largely in a responsible way. Young people's sexual attitudes and behaviour take place within a more communicative context. Sexual behaviour is based on the principle of **serial monogamy**, fidelity being limited to the duration of a relationship. The majority of young people are well informed about contraceptive methods and also employ them.*

*The age at **first intercourse** has not notably changed during the last 25 years.*

Obwohl sich die heterosexuellen Erfahrungen zwischen 1960 und 1970 bei Jugendlichen wesentlich (nämlich von 20,5 Jahren auf 17 Jahre) vorverlagert haben, kann nicht für die letzten Jahrzehnte im gleichen Maße eine Vorverlagerung angenommen werden. Dort wo Beziehungen gesucht und auch gelebt werden, wird auch früher oder später Sexualität einbezogen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die meisten jungen Menschen „das erste Mal“ zwischen ihrem 16. und 19. Lebensjahr erleben.

Ob Jugendliche heute daher als „enthaltssame“ oder „frühreife“ Generation beschrieben werden, hängt wesentlich von der Perspektive der/des Betrachtenden ab. Widersprüchliche Spekulationen darüber, ob es heute zu einer weiteren Vorverlagerung oder aber zu einer Rückverlagerung („Rekonventionalisierung“) des Zeitpunkts der ersten sexuellen Erfahrungen kommt, lassen sich derzeit mit den vorhandenen empirischen Daten im deutschsprachigen Raum nicht wirklich festmachen.

Bezüglich des sexuellen **Aufklärungswissens** kann festgehalten werden, dass vor allem jüngere Jugendliche, insbesondere die 14-jährigen Burschen weniger und teilweise falsch im Vergleich zu den Mädchen und den Älteren über Empfängnisverhütung aufgeklärt sind. Es hat sich in den letzten zehn Jahren das Verhütungsverhalten zwar zum Positiven verändert, trotzdem kann das Verhütungsverhalten beider Geschlechter nicht als ausreichend bewertet werden, denn rund 15 Prozent der Jugendlichen treffen keinerlei Vorsorge.

Allgemein kann ein relativ hoher Wissensstand über **AIDS** und HIV-Mechanismen, Übertragungswege, Risiken und Schutz, Behandlung und Tests bei Jugendlichen festgestellt werden. Bei Mädchen kann ein leichter Wissensvorsprung, und bei BerufsschülerInnen bzw. Jugendlichen aus Landgebieten Informationsmängel konstatiert werden. Mädchen machen auch umfassendere Angaben beim Wissensbedürfnis und wollen speziell über Risiken beim Geschlechtsverkehr, Behandlung und Umgang mit Betroffenen sowie Krankheitsverlauf mehr wissen.

*Even though the age for heterosexual intercourse fell notably between 1960 and 1970 (from 20.5 to 17 years), no similar change can be assumed for the last decades. When young people want and have a relationship, sooner or later sex becomes part of it. It can be assumed that most young people have their sexual debut between ages 16 and 19.*

*Whether young people today are described as a celibate or precocious generation depends largely on the perspective. The conflicting speculations on whether the age of sexual debut will further sink or rise again cannot be confirmed nor denied in the light of the existing empirical data on Austria, Germany and Switzerland.*

*As regards **information on matters of sexuality**, younger people, 14-year old boys in particular, are less and sometimes wrongly informed on contraception than girls and older teenagers. While the use of contraception has increased in the last decade, it is still not sufficient among both sexes, for there remain 15 percent of young people who do not use any kind of contraceptives whatsoever.*

*In general, the level of knowledge about **AIDS** and **HIV**, the ways of transmission, risks and prevention, treatment and testing is relatively high among young people. Girls are slightly better informed, while students at vocational schools and young people from rural areas have a slight lack of information. Girls also responded more extensively to questions on the need for information, and are especially interested in the risks related to sexual intercourse, the course of disease, treatment and how to deal with infected persons.*

Sie informieren sich auch generell häufiger als das andere Geschlecht, machen mehr Angaben bei bisherigen Informationsquellen und unterhalten sich auch öfter mit FreundInnen und in Freundesgruppen über AIDS. Jugendliche und junge Erwachsene zählen zwar nicht zu den Hauptbetroffenengruppen, aber sie sind seit Mitte der 90er Jahre in Österreich, unabhängig davon, ob sie einmal besondere Risiken wie homosexuelle Aktivität oder Drogenkonsum eingehen werden, als wichtige AdressatInnen für spezifisch entwickelte Präventionsprogramme definiert. Wichtig erscheint dabei, mittels differenzierter Präventionsbotschaften auch auf die Gefährlichkeit des ungeschützten passiven/rezeptiven Analverkehrs für Personen weiblichen Geschlechts, ebenso wie für homosexuelle Männer hinzuweisen.

Die Anzahl der **Teenager-Mütter** in Wien ist seit 1991 kontinuierlich im Absinken, darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es diese Gruppe von minderjährigen schwangeren Müttern in Wien gibt: Sie leben in einer risikoreichen und problematischen Situation und brauchen soziale und wirtschaftliche Stützsysteme, um die Belastungen positiv zu bewältigen. Medizinische und psychosoziale Beratungs- und Betreuungseinrichtungen für jugendliche Mütter müssen niederschwellig angelegt sein und erfordern wegen der oft schwierigen und problembehafteten psychosozialen Lebenssituationen der Teenager ein spezielles Beratungs- und Begleitungskonzept, das ein Eingehen auf die emotionale und soziale Lage der jugendlichen Schwangeren möglich macht.

**Präventionsansätze**, die zu offeneren Dialogen einladen (und das vor allem unter den Jugendlichen selbst, wie es die Peergroup-Education erfolgreich zeigt) und die Zielgruppen aktiv miteinbeziehen, können neben dem spezifischen Anliegen (Aufklärung, AIDS/HIV, Frühschwangerschaften, Empfängnisverhütung, etc.) auch das allgemeine Gesundheitsbewusstsein, die Eigenverantwortung und die soziale Kompetenz fördern, denn: Wer sich wertschätzt, passt auf sich auf! Das erfordert jedoch eine Verschiebung des Blickwinkels, nämlich von den Risiken und Anforderungen an Jugendliche zu den Ressourcen von jungen Menschen.

*They also seek information more frequently than boys, described their previous sources of information more extensively and also speak about AIDS with friends more often. While young people do not belong to the worst affected groups, they have been a target group for tailored prevention programmes in Austria since the mid-90s, irrespectively of whether they will in future belong to high risk groups, such as homosexuals or drug users. Much stress is laid on pointing out the danger of unprotected passive anal intercourse for women and homosexual men.*

*The number of **teenage mothers** in Vienna has been declining since 1991, but nevertheless, there are pregnant teenage mothers in Vienna. Their situation is problematic and risky and they need social and economic support systems to help them overcome the difficulties in a positive way. Medical and psychosocial counselling and attendance units for young mothers must be low-threshold and require a special counselling and care programme to facilitate the workers to relate to the emotional and social situation of the pregnant teenagers, who often live in a difficult psychosocial situation.*

***Prevention concepts** that stress the importance of open dialogue (especially among young people themselves, as the successful peergroup education model demonstrates) and the active inclusion of the target group can not only help promote specific issues (such as sexual education, AIDS/HIV, teenage pregnancy, contraception etc.), but also general health awareness, responsibility and social competence, for young people with high self-respect take care of themselves. This, however, requires a shift of perspective, from the risks for and demands on young people to the resources they have.*

Das Alltagsleben junger Menschen gestaltet sich heute vielfältig und differenziert. Jugendliche leben gleichzeitig, aber ungleichgewichtet in Wirklichkeiten von Schule, Ausbildung, Familie, Freundschaften, Liebesbeziehungen, etc. Ihre individuellen Lebensentwürfe und Leitvorstellungen für das eigene Leben lösen sich von den überkommenen, kulturell-religiös vorgegebenen Legitimationsmustern zwischenmenschlichen Verhaltens und führen zu einer „neuen Unübersichtlichkeit“ (HABERMAS, 1985). Eine Unübersichtlichkeit, die gerade im Bereich von Liebe und Sexualität dem/der Einzelnen ungeahnte neue Chancen und Freiheiten eröffnet, gleichzeitig aber auch eine Vielzahl von Belastungen und Zumutungen bringt. Heranwachsende junge Menschen müssen in sehr viel höherem Maße als bisher ihre eigene Biographie wählen und können sich nicht mehr wie früher sozusagen „blind“ auf das Vorbild des gesellschaftlich vorgezeichneten, „normalen“ Lebensweges einer jungen Frau, eines jungen Mannes, eines Liebespaares, etc. verlassen. Das ist das Ergebnis des Zusammenwirkens vieler gesamtgesellschaftlicher Faktoren.

Veränderte sozialökonomische Rahmenbedingungen haben nicht nur den privaten Lebensstil in Familie, Paarbeziehungen und Freundschaften gewandelt, son-

dern auch die Funktionen, welche diese Systeme in der Gesellschaft zu erfüllen haben. Sie führten u. a. zu einem Wandel der sozialen Funktion der Sexualität: Wirksame Methoden der Schwangerschaftsverhütung ermöglichen eine Entkoppelung von Fortpflanzung und Sexualität. Verantwortete Elternschaft bzw. Familienplanung werden zu einem ethischen Imperativ. Gleichzeitig verliert die Institution Ehe ihre Bedeutung als einzig legitimer Ort sexueller Betätigung. Das Ergebnis ist eine deutliche Akzentverschiebung – nämlich von der Zweckfrage zur Sinnfrage – von Sexualität. Die Veränderungen führten aber auch zu einem Wandel der sozialen Funktion des privaten Lebensraumes: Freundschaften, Liebesbeziehungen und Sexualität werden zunehmend als private Angelegenheit erfahren, welche primär nur die Partner(Innen) selbst etwas angehen. Im Privatraum ihrer Beziehungen hoffen junge Menschen jenen Ort zu finden, der – abseits der heutigen Leistungs- und Konkurrenzgesellschaft – Identität und Selbstverwirklichung ermöglicht. Die strukturelle Ausdehnung des Jugendalters führt u. a. dazu, dass junge Menschen heute eine „Mündigkeit ohne wirtschaftliche Grundlage“ (GILLIS, 1974) zusammen mit einer Vorverlagerung erotisch-sexueller Ansprüche leben.

## 6.1 Sexualwissen und Sexualverhalten

### 6.1.1 Einführung in das Thema

Heranwachsende Mädchen und Burschen leben in ihren eigenen Lebenswelten, zu denen Erwachsene nur begrenzt Zutritt haben. Dies gilt im Besonderen, wenn es um Sexualität geht, die noch dazu in enger Verbindung mit dem Selbstbild und dem Selbstvertrauen steht. Es bedarf einer großen Sensibilität von JugendforscherInnen und eines geeigneten methodischen Instrumentariums, wenn Jugendliche Einblicke in ihr Intimleben geben sollen. Empirische Daten zum Themenbereich Freundschaft, Liebe und Sexualität sind dabei stets mit einer beschränkten Validität ausgestattet, denn gerade Sexualität wird in unserer Gesellschaft sehr unterschiedlich und vor allem geschlechtsspezifisch codiert.

Grundsätzlich lassen sich zwei Tendenzen der „Verzerrungen“ unterscheiden: Beim „underreporting“ (untertreiben) werden peinliche oder sozial unerwünschte sexuelle Erlebnisse verschwiegen; beim „overreporting“

werden dagegen Erfahrungen, die man gern gemacht hätte, übertrieben bzw. erfunden. Oft ist gar nicht das Bestreben, beim Interview ein gutes Bild abzugeben, ausschlaggebend für die falsche Aussage, sondern der/die Befragte hat das Erlebnis verdrängt oder vergessen. Bestimmte Erlebnisse können so im Widerspruch zum Selbstbild oder zur sozialen Erwünschtheit stehen, dass sie zum Selbstschutz der/des Betreffenden ins Unbewusste abgeschoben werden (vgl. TREMMEL, 1994). In diesem Sinne sind auch die hier verwendeten Daten zu interpretieren.

Der folgende Beitrag stellt einen Überblick über relevante Daten zum Bereich „Sexualwissen und Sexualverhalten“ aus unterschiedlichsten Perspektiven (z. B. : Zeitvergleich, Geschlecht, Bildung) dar und konzentriert sich auf die Bereiche:

- Auswirkungen geschlechtsspezifischer Sozialisation auf jugendliches Sexualverhalten
- sexuelle Erfahrungen und Sexualverhalten
- Missbrauchserfahrungen von Jugendlichen



- Aufklärung und Verhütung
- AIDS und HIV-Infektionen
- Teenager-Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche.

Als Grundlage dienen zum einen die bescheidenen Daten aus Österreichstudien, und zum anderen werden Forschungsergebnisse aus Deutschland, die für ihre Qualität, Kontinuität (Zeitreihenvergleiche), Repräsentativität und umfassende Interpretationen bekannt geworden sind (vgl. SCHMIDT, 1993, 2000; BZgA 1996, 1998; BARDELEBEN, 1995; LÖHR & RATHGEBER, 1995) als Informationshintergrund in diesem Beitrag einbezogen.

In Österreich gibt es neben der ersten umfassenden Studie über „Jugendsexualität und AIDS 1990/1991“ (vgl. NÖSTLINGER & WIMMER-PUCHINGER, 1994), die Folgeuntersuchung „AIDS-Jugendstudie 1997“ (vgl. FINK & WIMMER-PUCHINGER, 1998) – beide vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung durchgeführt – die „KIDS '95-Studie“ des Österreichischen Instituts für Jugendforschung (vgl. KROMER & TEBBICH, 1995) und die aktuelle Untersuchung der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung „Das erste Mal. Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen“ (vgl. WEIDINGER; KOSTENWEIN & DRUNECKY, 2001), die Daten über Jugendsexualität erhoben haben und hier einbezogen werden.

### 6.1.2 Geschlechtsspezifische Sozialisation und junges Sexualverhalten

Die sexuelle Entwicklung ist über die Jugendphase hinaus ein dynamischer und lebenslanger Prozess, der sich nicht von der sozialen und emotionalen Entwicklung eines Menschen trennen lässt. Eine gute Beziehung zu den Bezugspersonen sowie genügend Körper- und Hautkontakt sind notwendige Voraussetzungen für die Entfaltung der Sexualität.

Sexuelle Sozialisation beinhaltet aber außer bewussten Erziehungsprozessen auch jene oft unbewussten Einflüsse, denen ein Kind täglich ausgesetzt ist. Sie geschieht einerseits durch direkte und beabsichtigte Willenstat und andererseits aber oft unbewusst und ungewollt, „einfach so“. Im Hintergrund der sexuellen Entwicklung von Mädchen und Buben stehen Ste-

reotypen von Weiblichkeit und Männlichkeit, die ein kulturelles und gesellschaftliches Produkt sind. Dabei darf jedoch nicht von einem sozialen Determinismus ausgegangen werden. Heranwachsende sind nicht nur Objekte, mit denen etwas geschieht, sondern sehr wohl auch handelnde Subjekte und zugleich selbst in die Reproduktion des Geschlechterverhältnisses verstrickt.

Die gesellschaftliche Individualisierung hat heute die traditionellen Geschlechterrollen durcheinandergewürfelt und auch die Sexualverhältnisse erschüttert: Aktuelle Daten über das Sexualverhalten von Jugendlichen in Deutschland zeigen auf, dass zum einen Mädchen selbstbewusster und autonomer ihre Beziehungen und damit auch ihre Sexualität heute leben und einfordern und Burschen zum anderen deutlich beziehungsorientierter und weniger triebhaft ihre Sexualität (er)leben (vgl. SCHMIDT & STRAUSS, 1998). Diese empirischen Beweise fehlen jedoch in Österreich aufgrund mangelnder Forschungstradition im Bereich Jugendsexualität.

Trotz dieser Entwicklungen und Veränderungen im Geschlechterverhältnis kann aber heute nicht davon ausgegangen werden, dass Erziehung und Sozialisation für Burschen und Mädchen dasselbe sind: Nach wie vor wird den traditionellen Rollen entsprechend erzogen. Verhaltensweisen und Fähigkeiten wie Mut, Selbstvertrauen, Gemeinschaftssinn, Risikobereitschaft, Kommunikationsfähigkeit und Durchsetzungsvermögen sind heute – auch im Zeitalter der Postmoderne – nur jeweils einem Geschlecht zugeschrieben und prägen das Sexualverhalten der Jugendlichen in ihrer gesamten Existenz, in ihrer Persönlichkeit und in ihrer jeweils individuellen Eigenart.

Zahlreiche Forschungsarbeiten zur Geschlechtersozialisation in den letzten Jahrzehnten (FLAAKE, 2001, 1998; HELFFERICH, 1994; HAGEMANN-WHITE, 1984 u. v. a.) haben den Blick geschärft: Sie zeigen, dass Mädchen und Buben nach wie vor für unterschiedliche „Rollen“ konditioniert werden. Von Mädchen wird eine einseitige Anpassungsleistung an männliche Standards gefordert, und Burschen haben kaum eine Chance Kompetenzen zu entwickeln, die nicht dem vorgegebenen traditionellen Männlichkeitsbild entsprechen. Diese typischen Sozialisationsschemata werden seit langem in öffentlichen Diskussionen thematisiert, sie können aber aufgrund struktureller Verankerung nicht verleugnet

werden und prägen damit nach wie vor Einstellungen und Verhaltensweisen von Jugendlichen.

Einblicke in Jugendsexualität bleiben daher in bestimmter Hinsicht oberflächlich, wenn eine explizite Betrachtung von Burschen- und Mädchensozialisation unterbleibt. In der Auswertung der quantitativen Daten über Sexualverhalten von Jugendlichen werden zwar punktuell Differenzierungen vorgenommen, eine kurze problemorientierte Sichtweise über die sexuelle Sozialisation von weiblichen und männlichen Heranwachsenden, die sich vor allem auf qualitative Forschungsarbeiten bezieht, wird noch vorangestellt:

#### 6.1.2.1 Anpassung, Unterdrückung, Verhütung – weibliche Imperative sexueller Sozialisation

Die gesellschaftliche Realität für einen Teil der Mädchen sieht heute nach wie vor so aus, dass „Weiblichkeit“ mit Zweitrangigkeit, Anpassung und Fremdbestimmung gleichgesetzt, und dass weibliche Sexualität durch eine einseitig männlich geprägte Sichtweise verzerrt und reduziert definiert wird. In sexuellen Witzen oder auch in der so genannten „Klowandliteratur“ in Jugendzentren, Schulen, Universitäten oder anderen öffentlichen Räumen wird sehr deutlich, welche sexistische und aggressiv-herabsetzende Einstellungen gegenüber weiblicher Sexualität herrschen. Mädchen und Frauen erscheinen dabei in der Regel als Objekte und werden als frigide, nymphoman oder als Huren abgewertet. Sexuelle Sozialisation scheint bei vielen Mädchen gekennzeichnet zu sein durch Unterdrückung sexueller Betätigung, Verleugnung und Diffamierung der weiblichen Geschlechtsmerkmale; weibliche Sexualität wird oft auf den Zweck des Kinderkriegens und auf eine zukünftige heterosexuelle Paarbeziehung reduziert.

Mädchen werden bis zur Pubertät meistens als „Neutra“ behandelt und wenig ermutigt, ein positives Verhältnis zu ihren Geschlechtsorganen zu entwickeln. Masturbationsversuche von Mädchen unterliegen auch heute noch einer starken Tabuisierung und die Menstruation wird für viele als ein unangenehmes, peinliches Geheimnis von Mutter zu Tochter übertragen, das bei einem Teil der Mädchen oftmals zu Scham und unangenehmen Gefühlen führt. Die Hygiene-Industrie leistet ihren speziellen Beitrag zur „Verschmutzung“ des Intim-Bereichs. Sexualität bleibt daher für viele Mädchen

ein Geheimnis und wird frühestens durch die sexuellen Kontakte zum anderen Geschlecht gelüftet.

Zusätzlich zu dieser großteils repressiven Sexualerziehung wird der Bewegungsdrang und die Entdeckungslust bei Mädchen eingeschränkt. Begründet wird dies von den Eltern zumeist mit der starken Sorge um Gefahren vor sexuellen Übergriffen, obwohl die sexuelle Bedrohung im familiären Verwandten- und Freundeskreis am größten ist (vgl. WIMMER-PUCHINGER & REISEL, 1991). Das Vertrauen in die eigene körperliche Kraft sowie Durchsetzungsvermögen („Nein-Sagen“) werden bei vielen Mädchen nicht selbstverständlich gefördert, und die oft verbreitete Vorstellung, potenzielles Opfer sexueller Gewalt zu sein, wird damit weiter unterstützt. Körperlichkeit und Geschlechtlichkeit werden als etwas Bedrohliches und Gefährliches vermittelt, weshalb Mädchen – und hier vor allem Töchter aus den mittleren Bildungsschichten – auch beaufsichtigt und geschützt werden müssen. Die Mehrheit der Eltern warnen vor der Gefahr „fremder Mann“ und einer ungewollten Schwangerschaft und fördern damit Zurückhaltung und diffuses Misstrauen.

In der Pubertät erlebt das Mädchen plötzlich, dass ihr Körper zum zentralen Ausgangspunkt für große Verunsicherungen wird. Die Anforderungen an Verhalten und Aussehen machen immer deutlicher, dass dies zur Bewertungsgrundlage der eigenen Person wird. Mädchen werden zum (Sexual)Objekt. Angesichts der in den Medien vermittelten Schönheitsideale kann sich kaum ein Mädchen als vollkommen empfinden. Ein positives Verhältnis zum Körper zu entwickeln, bedarf einer großen Anstrengung. Körper und Sexualität können so nicht zu lebensspendenden Quellen der Selbst-Sicherheit, des Selbst-Ausdruckes und der Entspannung sein, vielmehr führen sie zu Selbst-Verunsicherungen, Selbst-Entfremdung und Verspannung. Durch die grundsätzlich heterosexuelle Orientierung unserer Gesellschaft werden die wichtigen und intensiven Mädchenfreundschaften zu Gunsten von Beziehungen mit dem anderen Geschlecht vernachlässigt. Diese Mädchenfreundschaften verlieren oft ihren hohen Wert und werden für die Mädchen zweitrangig. Die so genannten „richtigen“ Beziehungen zum männlichen Geschlecht stehen dann bei Mädchen an erster Stelle, denn über sie allein ist meist die Erschließung öffentlicher Räume möglich. Durch diese gesellschaftliche Höherbewertung von heterosexuellen Beziehungen sind den Solidarisierungsmöglichkeiten unter Mädchen Grenzen gesetzt, sie treten vielfach in Konkurrenz um die Burschen.

### 6.1.2.2 Coolness, Potenz, Leistung – männliche Imperative sexueller Sozialisation

Ein Bub zu sein bedeutet erst noch ein „richtiger Mann“ zu werden und sich dabei sehr anstrengen zu müssen, um auch als solcher zu gelten. Buben werden in eine gesellschaftliche Position hineingeboren, die in Relation zu Mädchen und Frauen Macht und Ansehen verspricht. Mannsein lässt sich in unserer Gesellschaft, allen Veränderungen zum Trotz, in der Maxime „groß, stark und mächtig“ zu sein, ausdrücken. Die Folge ist ein langer und entbehrungsreicher Sozialisationsprozess, der erwiesenermaßen viel Disziplin, Selbstkontrolle und Verzicht abverlangt, um jene Verhaltensweisen zu erlernen, die als mädchenuntypisch gelten und die der Männerrolle zugeschrieben werden. Als Belohnung wird Herrschaft in Form eines sozial vererbten Sexismus versprochen (vgl. LEHNER, 1997). „Männer haben die Macht in unserer Gesellschaft, und Jungen versuchen, die machtvollen Erbhöfe zu übernehmen“ (SIELERT, 1991, S. 67).

Der Begriff „Potenz“ wird unter männlichen Jugendlichen stark emotional-ideologisch aufgeladen und verweist auf den engen Zusammenhang von Männlichkeit und Sexualität. Dies wird vor allem beim sprachlichen Gegenstück „nicht potent sein“ deutlich, das als absolute Kränkung verstanden wird. Die starke Betonung von Sexualität dient auch dem Versuch, Männlichkeit zu produzieren. Nach innen, vor sich selbst („Ich denke Sex – also bin ich“) und nach außen, der Umwelt – vor allem Männern gegenüber. Männlichen Kindern wird vermittelt, dass Sexualität-Haben etwas Zentrales für ihr späteres Mannsein bedeutet. Die aufgeladene Bedeutung von Sexualität für das Mannsein wird durch die Sexualisierung der Alltagswelten (Witze, Zeitschriftentitel oder Werbung, Softpornos im TV, LeserInnenbriefe in Jugendzeitschriften ...) den männlichen Heranwachsenden schon früh beigebracht. Sexuelle Eigenimpulse oder selbstbezogene Wünsche können in dieser Atmosphäre kaum bestehen.

Die Entwicklung männlicher Sexualität in der frühen Kindheit kann durch ein ambivalentes Schwanken der Erwachsenen zwischen Kontrollversuchen und amüsiert-bestätigender Anerkennung männlicher Triebhaftigkeit und des männlichen Genitales charakterisiert werden. „Emotional labile, unsensible, autoritäre und abwesende Väter betrügen ihre Söhne um die

Chance, dass sie außer den Erfahrungen mit dem mütterlichen Körper auch einen Zugang zum männlichen Körper und damit zum eigenen Geschlecht bekommen“ (LEHNER-HARTMANN, 1998). Väter, sofern sie konkret erlebbar sind, zeigen ihren Söhnen, wie man aufrecht stehend pinkelt, und Buben lernen lustvoll in hohem Bogen einen Strahl zu produzieren und ernten Stolz und Anerkennung (vgl. MERTENS, 1994, S. 101). Sie lernen, dass ihr Penis bei Bedarf stimuliert werden kann – zum Beispiel als Einschlafmittel – und dass Leistung in Verknüpfung mit Sexualität einen hohen Stellenwert für das Mannsein hat.

In der männlichen Pubertät können die körperlichen Veränderungen ähnlich wie bei den Mädchen unterschiedliche Gefühle hervorrufen. Der erste Samenerguss erfolgt zumeist im Schlaf und kann sehr verunsichern, da etwas geschehen ist, das sie nicht selbst steuern konnten. Unerwartete Erektionen zu verbergen oder wegzumachen bringt Buben in eine Stress-Situation, denn sexuelle Erregtheit kann unter Umständen öffentlich sichtbar werden. Abwesende Väter wirken sich in dieser Phase besonders schmerzhaft aus, denn gerade in dieser Zeit des Übergangs zwischen Kindheit und Jugendalter sind konkret im Alltag erlebbare männliche Identitätsfiguren sehr wichtig. Männliche Heranwachsende weichen zunächst auf die verbale Aneignung von Sexualität aus und lenken mit zunehmendem Alter ihre Sexualität auf sexuelle Handlungen mit Partnerin(nen).

### 6.1.2.3 Veränderungen im Geschlechterverhältnis

Trotz dieser problemorientierten Darstellung geschlechtsspezifischer Sozialisation von Mädchen und Burschen dürfen die Stärken und Kompetenzen von Mädchen und Burschen nicht übersehen werden, mit denen sie diesen gesellschaftlichen Imperativen sexueller Sozialisation entgegentreten und individuell bewältigen. Starke, selbstbewusste Mädchen und beziehungsorientierte Burschen sind heute keine Seltenheit mehr.

Durch die zunehmende feministische Kritik und die Auflösung traditioneller Männlichkeiten infolge von Pluralisierungsprozessen sowie das Aufbrechen traditioneller Milieus, in denen auch Sexualität eingebunden war, werden sich heute männliche Jugendliche stärker der Brüchigkeit ihres männlichen Selbstwertgefühles bewusst. Probleme, die vor wenigen Jahren nur die

Mädchen bewältigen mussten, wie die Lösung von Rollenkonflikten oder das Zusammenbasteln einer Geschlechtsidentität, sind heute verstärkt von den Burschen zu lösen. Sie haben damit gleichzeitig die Chance, ein weniger normiertes und rollen-konformes „Männnerbild“ zu entwickeln, denn es ermöglicht ein weniger geschlechtstypisch festgelegtes Aufgabenarrangement in den Beziehungen.

Mädchen und Burschen haben über weite Strecken ganz ähnliche Vorstellungen von Sexualität: Experimentieren, Ausprobieren und Erfahrungen machen sind für beide Geschlechter wichtig. Für die Mehrzahl der weiblichen und männlichen Jugendlichen ist es heute ganz selbstverständlich, dass man vor der Ehe mehrere Liebes- und Intimbeziehungen durchlebt, bis man die ideale Traumfrau bzw. den idealen Traummann gefunden hat (vgl. FRIESL, 2001, S. 64). Der freiere und aufgeklärtere Umgang mit Sexualität führt nicht automatisch zu einer sexualkonsumistischen Freizügigkeit. Es zeigt insgesamt vielmehr, dass Mädchen und Burschen verantwortungsvoll und durchaus selbstbewusst ihre Sexualität leben. „Der in den 50er Jahren prognostizierte Niedergang (der Werte) bei der Freigabe von Jugendsexualität ist weder eingetreten, noch hat diese die moralischen Grundbausteine der Gesellschaft von Treue, Liebe und Verantwortung weggespült. Jugendliche lassen sich heute nicht vorschreiben, wie sie es nun mit der Sexualität zu halten haben, und scheinen die von ihren Eltern in ihrer Jugendzeit abgelehnten Tugenden wie Treue und Liebe durchaus wertzuschätzen. Somit wird Sexualität für sie weniger ein Natur- als ein (Jugend-)Kulturereignis“ (NEUBAUER, 1996, S. 247). Die traditionelle Sexualmoral wird durch eine Verhandlungsmoral der PartnerInnen ersetzt und ermöglicht damit eine Vielfalt an sexuellen Verhaltensweisen.

### 6.1.3 Sexuelle Erfahrungen und Sexualverhalten von Jugendlichen

Vergleicht man die relevanten Studien zum Sexualverhalten Jugendlicher der letzten Jahrzehnte, so ist festzustellen, dass die Phasen des heterosexuellen Verhaltens bei Mädchen und Burschen – also vom ersten Kuss bis

zum ersten Geschlechtsverkehr – in fast einheitlicher Gestaltung und Abfolge durchlaufen werden. Jugendliche erleben demzufolge ihre ersten sexuellen Erfahrungen in einer ziemlich konformen „Stufenfolge“. D. h. nach dem Verlieben und der festen Verabredung kommt es zum ersten Kuss, nach den ersten Pettingerfahrungen folgt der erste Geschlechtsverkehr, etc. (vgl. BARDELEBEN, 1995; NÖSTLINGER & WIMMER-PUCHINGER, 1994; KROMER & TEBBICH, 1998). Aktuelle repräsentative Zahlen über das durchschnittliche Alter der einzelnen psychosexuellen Entwicklungsschritte von Jugendlichen, so wie es in der Internationalen Studie „Jugendsexualität und AIDS“ Anfang der 90er Jahre erhoben wurde, gibt es für Österreich und Wien nicht (NÖSTLINGER & WIMMER-PUCHINGER, 1994).

Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass heute für die Mehrheit der adoleszenten Mädchen und Burschen das Experimentieren mit der eigenen Sexualität und damit auch sexuelle Erfahrungen mit einem/r PartnerIn schon vor dem 14. Lebensjahr relevant sind und mit zunehmendem Alter an Bedeutung gewinnen. Die überwiegende Mehrheit der unter 14-Jährigen bevorzugt Händchenhalten, Schmusen, Necking und erst mit ansteigendem Alter werden intimere Formen wie Petting und Koitus in Beziehungen wichtig.

Die aktuelle Studie der AutorInnen WEIDINGER, KOSTENWEIN & DRUNECKY im Auftrag der ÖGF (Österreichische Gesellschaft für Familienplanung), bei der insgesamt 1.044 Jugendliche zwischen zwölf und 25 Jahren einen Fragebogen online (541) über das Online-Magazin „rbx.at“ und schriftlich (503) in Wiener Schulen und Einrichtungen zum Bereich „Aufklärung, Sexualverhalten und Kontrazeption“ beantwortet haben, kommt zu folgenden Ergebnissen: 87 Prozent der befragten Mädchen und Burschen bejahen die Frage, ob sie schon einmal mit einem/r PartnerIn des anderen Geschlechts geschmust oder sich geküsst haben (zwei Drittel der unter 14-Jährigen und 95 Prozent der über 17-Jährigen). Bei den intimeren Formen wie Petting sind die sexuellen Erfahrungen etwas geringer, insgesamt sind es 69 Prozent, wobei die bis 14-Jährigen mit 38 Prozent und die 18-Jährigen und älteren Jugendlichen mit rund 90 Prozent diese Frage bejahen.

Tabelle 1: Heterosexuelle Erfahrungen der 12- bis 25-Jährigen (in %)

heterosexuelle Erfahrungen (n = 1.044)	Schmusen/Küssen		Petting	
	Mädchen	Burschen	Mädchen	Burschen
ja	87	87	69	69
nein	11	12	29	30
keine Angabe	2	1	2	1

Quelle: ÖGF 2001, S. 33 f

Fokussiert man die Daten der ÖGF-Studie auf die 14- bis 19-jährigen Wiener Mädchen und Burschen, die den Fragebogen direkt in Wiener Schulen und Beratungsstellen ausgefüllt haben (also ohne Online-Stichprobe), so geben rund 72 Prozent der befragten Mädchen und Burschen an, dass sie schon sexuelle körperliche Kontakte zum anderen Geschlecht (z. B. Petting) hatten. Signifikante Geschlechterdifferenzen lassen sich in dieser Stichprobe nicht erkennen. Viel-

mehr bestätigt sich auch hier wieder die These, dass mit zunehmendem Lebensalter intimere Formen des sexuellen Ausdrucks wichtig werden. Weiters zeigt eine Differenzierung nach Schultypen auf, dass SchülerInnen in Gymnasien und berufsbildenden höheren Schulen (74 Prozent) weniger sexuelle Erfahrungen aufweisen als erwerbstätige Jugendliche und Jugendliche in Berufsschulen (84 Prozent).

Tabelle 2: Pettingerfahrungen Wiener Jugendlicher nach Altersgruppen und Schultypen (in %)

Hattest du schon intimere körperlichen Kontakt, z. B.: Petting? (n = 326)	Altersgruppen			Schultypen		
	14–15 Jahre (n = 146)	16–17 Jahre (n = 129)	18–19 Jahre (n = 51)	HS/Poly (N = 93)	Gym/BHS (n = 121)	BFS/Beruf (n = 99)
ja	56	85	86	53	74	84
nein	44	15	14	47	26	16

Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

### 6.1.3.1 Das erste Mal – Koituserfahrungen von Jugendlichen

Das Alter, in dem männliche und weibliche Jugendliche ihre ersten sexuellen Erlebnisse haben, ist zumeist wilden Spekulationen ausgesetzt. Der Mythos über die zeitliche Vorverlegung des ersten Geschlechtsverkehrs bei heutigen Jugendlichen ist nach wie vor ein zugkräftiges Thema in der Öffentlichkeit. Es ist zwar richtig, dass es in den letzten 50 Jahren zu einer Vorverlegung der sexuellen Erfahrungen kam, aber die wesentlichsten Veränderungen in dieser Hinsicht fanden in den 60er und 70er Jahren statt (vgl. SCHMID, 2000). In den letzten 30 Jahren haben sich die „sexual milestones“ kaum mehr nach vorne verschoben.

Das Durchschnittsalter beim ersten Mal steht demnach bei allen Studien zu Jugendsexualität im Zentrum des öffentlichen (z. B. Tagesmedien) Interesses – umso

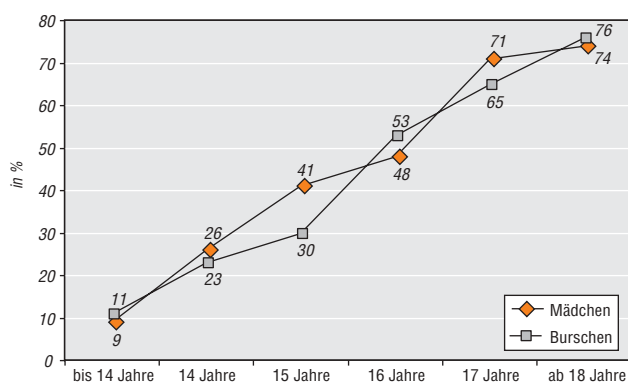
mehr eine Herausforderung, die erhobenen Daten seriös zu interpretieren und auf mögliche Fehlerquellen hinzuweisen: Wichtig ist die Tatsache, dass zumeist in den Untersuchungen der Durchschnittswert für das erste Mal aufgrund des arithmetischen Mittelwerts aus der gezogenen Stichprobe berechnet wird (vgl. NÖSTLINGER & WIMMER-PUCHINGER, 1994; FINK & WIMMER-PUCHINGER, 1998). Da die Stichprobe altersmäßig aber meist auf Jugendliche eingegrenzt ist, werden jene jungen Erwachsenen ohne Koituserfahrung nicht erfasst, d. h. konkret alle „Unerfahrenen“ finden dann bei einer Mittelwertberechnung keine Berücksichtigung mehr. Oft werden auch nur koituserfahrene Jugendliche als Basis für den Durchschnittswert verwendet, was wiederum wenig über den tatsächlichen Durchschnittswert der Gesamtstichprobe aussagt. In der Regel kann daher tendenziell von einem höheren Durchschnittsalter bei sexuellen Erfahrungen ausgegangen werden, als berechnet werden kann.

Tabelle 3: Koituserfahrungen von 12- bis 25-Jährigen (in %)

Hast du schon einmal mit jemandem geschlafen? (n = 1.044)	insgesamt	Alter					
		bis 14	14	15	16	17	18 +
<b>Mädchen (n = 694)</b>							
ja	45	9	26	41	48	71	74
nein	54	90	73	57	51	28	26
keine Angabe	1	1	1	2	1	1	0
<b>Burschen (n = 350)</b>							
ja	43	11	23	30	53	65	76
nein	56	85	77	69	47	35	24
keine Angabe	1	4	0	1	0	0	0

Quelle: ÖGF 2001, Berichtband, S. 35

Grafik 1: Koituserfahrungen von 12- bis 25-Jährigen



Quelle: ÖGF 2001, Berichtband, S. 35

Die aktuelle ÖGF-Studie kommt bei der Fragestellung über das „erste Mal“ zu folgenden Ergebnissen: 45 Prozent aller befragten Jugendlichen geben an „schon einmal mit jemandem geschlafen zu haben“. Es zeigen die Daten insgesamt auf, dass mit 16 Jahren die Hälfte der befragten Mädchen und Burschen Koituserfahrung hat, während die andere Hälfte ihr erstes Mal noch vor sich hat. Signifikante Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Online-Befragung und der schriftlichen Befragung in Wiener Schulen werden von den StudienautorInnen nicht festgestellt.

Natürlich zeigen sich altersmäßige Unterschiede innerhalb des befragten Jugendsegments, und zwar werden mit zunehmendem Alter die sexuellen Erfahrungen bedeutsamer: Im Alterssegment der bis 14-Jährigen hat etwa jede/r zehnte Jugendliche Koituserfahrung; bei

den 14-Jährigen ist es etwa ein Viertel der befragten Kids; in der Altersgruppe der 15-Jährigen ist es ein Drittel der Jugendlichen, wobei hier die Burschen auffallend weniger Erfahrungen angeben als die Mädchen; etwa die Hälfte der befragten 16-Jährigen gibt an, mit jemandem geschlafen zu haben, und bei den 17-, 18-Jährigen und Älteren haben drei Viertel der Befragten schon Koituserfahrung. Die Ergebnisse veranschaulichen aber auch, dass Geschlechtsverkehr bei rund 25 Prozent der befragten Stichprobe erst nach dem 18. Lebensjahr anzusiedeln ist.

Grenzt man die Stichprobe der ÖGF-Studie auf die 14- bis 19-jährigen Wiener Mädchen und Burschen ein, so kommt man hier auf ähnliche Ergebnisse: Ein Drittel der befragten 14- und 15-Jährigen gibt an „schon einmal mit jemandem geschlafen zu haben“. Bei der

Altersgruppe der 16- bis 19-Jährigen gibt es etwa zwei Drittel Jugendliche mit Koituserfahrung, und etwa ein Drittel der bis 19-jährigen WienerInnen hat diese intime sexuelle Erfahrung noch nicht gemacht. Relevante

geschlechtsspezifische Unterschiede können jedoch bei dieser Wiener Stichprobe nicht festgestellt werden (Mädchen: 51 Prozent; Burschen: 52 Prozent).

Tabelle 4: Koituserfahrung der 14- bis 19-Jährigen WienerInnen nach Alter und Schulbildung (in %)

Hast du schon einmal mit jemandem geschlafen? (n = 326)	Altersgruppen			Schulbildung		
	14–15 Jahre	16–17 Jahre	18–19 Jahre	HS/Poly	Gym/BHS	BFS/Beruf
ja	33	64	71	29	53	69
nein	67	36	29	71	47	31

Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Will man die aktuellen Ergebnisse mit den letzten beiden Studien über Jugendsexualität in Österreich (vgl. NÖSTLINGER & WIMMER-PUCHINGER, 1994; FINK & WIMMER-PUCHINGER, 1998) vergleichen, so steht man vor der Schwierigkeit, dass zumeist das Durchschnittsalter für das erste Mal aufgrund des arithmetischen Mittelwerts aus der untersuchten Stichprobe angegeben wurde, dieser Wert aber wenig über das tatsächliche Durchschnittsalter aussagt. Grundsätzlich kann man festhalten, dass der Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs sowohl im Untersuchungssample der Jugendsexualitätsstudie 1990/91 als auch in der Stichprobe der AIDS-Jugendstudie 1997 auf durchschnittlich 15,5 Jahren bei koituserfahrenen Jugendlichen festgelegt wurde. In der ÖGF-Studie kann ein ähnliches Durchschnittsalter in Bezug auf „das erste Mal“ angenommen werden. Aussagekräftiger ist jedoch, wenn man festhält, dass mit ca. 16 Jahren die 50-Prozentmarke überschritten wird, d. h. dass die Hälfte aller befragten Jugendlichen „schon mit jemandem geschlafen hat“, während die andere Hälfte ihr erstes Mal noch vor sich hat.

Vergleiche mit Studien aus Deutschland lassen bei deutschen Jugendlichen auf ein höheres Alter beim Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs schließen. Dass Jugendliche in Wien jedoch „frühreifer“ als in Deutschland sind, ist nicht schlüssig und kann schwer begründet werden. Vielmehr macht es deutlich, dass hier die Auswirkungen unterschiedlicher Erhebungs-, Stichprobengewinnungs- und Berechnungsverfahren sichtbar werden. Gunther SCHMIDT, bekannt durch seine zahlreichen Publikationen über Jugendsexualität, schreibt zuletzt in seinem Buch „Trotz aller Veränderungen ist aber auch für die Zeit nach der ‚sexuellen Revolution‘ der erste Geschlechtsverkehr bei (jungen) Männern und Frauen (...) vor allem ein Ereignis der späten Adoleszenz: Die meisten haben den ersten Geschlechtsverkehr zwischen 16 und 19 Jahren.“ (SCHMIDT, 2000, S. 41).

Auf die Fragestellung warum Jugendliche noch keine Koituserfahrung haben, gibt die folgende Tabelle Auskunft. Aus dreizehn vorgegebenen Antworten konnten die Mädchen und Burschen maximal vier Gründe ankreuzen (vgl. ÖBF-Studie 2001):

Tabelle 5: Gründe für keine Koituserfahrungen bei Wiener Jugendlichen (in %)

Gründe dafür, warum Jugendliche noch nicht mit jemanden geschlafen haben (n = 326)	14- bis 19-jährige	
	Mädchen	Burschen
sie/er war nicht die/der Richtige fürs erste Mal	41	29
wir kannten/kennen uns noch nicht lange genug	32	17
ich hatte Angst ausgenützt zu werden	35	–
ich fühle mich zu jung	49	13
ich hatte Angst vor einer Schwangerschaft	32	21
ich hatte Angst mich ungeschickt anzustellen	16	17
es war mir peinlich nackt zu sein	22	4
wir wollten gerne, aber wir hatten keinen geeigneten Raum	8	29
ich hatte Angst, dass es meine Eltern erfahren könnten	24	13
das Mädchen/der Junge weigerte sich	3	13
vor der Ehe finde ich das nicht richtig	11	–
ich empfinde so intime Berührung nicht als angenehm	5	4
irgendwie hat mir plötzlich gegraut	3	–

Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Aus der Geschlechterperspektive ergeben sich ganz interessante Ergebnisse und diese spiegeln recht deutlich die Geschlechterrealität wider:

So dominieren bei den befragten Wiener Mädchen die Motive „ich fühle mich zu jung“ (49 Prozent), „er war nicht der Richtige fürs erste Mal“ (41 Prozent), „ich hatte Angst ausgenützt zu werden“ (35 Prozent), „wir kannten uns noch nicht lange“ (32 Prozent) und „ich hatte Angst vor einer Schwangerschaft“ (32 Prozent). Burschen nennen hingegen „sie war nicht die Richtige fürs erste Mal“ (29 Prozent), „wir wollten gerne, aber wir hatten keinen geeigneten Raum“ (29 Prozent), „ich hatte Angst vor einer Schwangerschaft“ (21 Prozent), „ich hatte Angst mich ungeschickt anzustellen“ (17 Prozent) und „wir kannten uns noch nicht lange genug“ (17 Prozent).

Insgesamt liegen die Prozentwerte der Mädchen mit zwei Ausnahmen („Mädchen weigerte sich“ und „... hatten keinen geeigneten Raum“) deutlich über denen der Burschen: Mädchen geben im Durchschnitt 2,8 und Burschen 1,6 Gründe an, warum sie noch nicht mit einem Partner/mit einer Partnerin Geschlechtsverkehr hatten. Die vorgegebenen Gründe treffen für die Mädchen bis zu knapp 50 Prozent zu und bei Burschen liegt die Zustimmung bis zu knapp 30 Prozent. Sowohl bei den Mädchen als auch bei den Burschen wird das Argument „sie/er war nicht die/der Richtige fürs erste Mal“ an vorderster Stelle genannt und hat damit eine hohe Bedeutung. Das Fehlen eines geeigneten Raumes und

auch die Verweigerung der Partnerin sind Gründe, die fast ausschließlich von Burschen genannt werden. Hingegen wird die Angst, ausgenützt zu werden von mehr als jedem dritten Mädchen artikuliert – für Burschen ist dieser Grund absolut fremd, denn er kommt gar nicht vor. Ein deutlicher Unterschied zwischen den Mädchen und Burschen ist auch die Einschätzung, sich für Geschlechtsverkehr zu jung zu fühlen: Während jedes zweite Mädchen sich zu jung fühlt, ist dieses Motiv für knapp jeden achten Burschen relevant. Auch hier wird der enge Zusammenhang zwischen Männlichkeit und Sexualität-Haben sehr offensichtlich (vgl. Kap. 6.1.2.2). Die unterschiedliche Sozialisation der Geschlechter kann hier als möglicher Grund für diese differierende Einschätzung der Mädchen und Burschen interpretiert werden. Die Angst vor Schwangerschaft wird sowohl von den Mädchen (mit 32 Prozent an fünfter Stelle) als auch von den Burschen (mit 21 Prozent an dritter Stelle) artikuliert.

### 6.1.3.2 Selbstbefriedigung

Die empirische Sexualforschung in Deutschland zeigt auf, dass Mädchen und Burschen heutzutage deutlich früher mit Masturbation als in den 80er oder gar in den 60er Jahren beginnen. Wobei auch hier ganz deutliche Geschlechtsunterschiede festzustellen sind: Burschen sind früher aktiv als Mädchen (vgl. SCHMIDT et al., 1998). Auch die vorliegende Studie mit Wiener Jugendlichen bestätigt diese nicht unerheblichen Differenzen zwischen den Geschlechtern: So ist für jeden fünften



Burschen Selbstbefriedigung ein wichtiger Bestandteil seines Sexuallebens; hingegen nur bei etwa jedem elften Mädchen. Für Mädchen dürfte diese sexuelle Erfahrung nach wie vor einer stärkeren Tabuisierung unterliegen als für Burschen. Es ist auch zu vermuten, dass

Mädchen aufgrund ihrer sexuellen Sozialisation, die sie wenig ermutigt auf Entdeckungsreise zu gehen und ihren Körper auch als Lustzentrum zu erfahren, kaum ihren Körper und daher auch keine Bedürfnisse in Richtung Masturbation kennen.

Tabelle 6: Einstellung zur Selbstbefriedigung bei Wiener Jugendlichen (in %)

Selbstbefriedigung ...	gesamt (n = 326)	Geschlecht		Altersgruppen		
		weiblich	männlich	14–15	16–17	18–19
ist etwas ganz Natürliches	72	68	75	69	72	79
finde ich abstoßend	13	20	5	18	6	13
machen eher Männer	19	20	18	20	23	6
ist ein wichtiger Bestandteil meines Sexuallebens	15	9	21	13	17	15
macht man nur, wenn man gerade keine Beziehung hat	13	8	17	12	15	6

Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Interessant ist auch bei der Altersverteilung, dass mit zunehmendem Alter Selbstbefriedigung als etwas ganz Natürliches verstanden wird und auch die Meinung darüber, dass eher Männer masturbieren, mit zunehmendem Alter abnimmt.

### 6.1.3.3 Homosexualität

Homosexualität ist bei jungen Menschen ein Faktum, das gesellschaftlich nach wie vor stark tabuisiert ist. Die adoleszente Homosexualität wird oft als eine „normale“ Phase in der Jugendzeit, quasi als Durchgangsstadium interpretiert, bis man(n) zur „richtigen“, gesellschaftlich akzeptierten, heterosexuellen Identität findet. ForscherInnen in Deutschland stellten in ihren Zeitvergleichsstudien fest, dass die sogenannte „passagere Homosexualität“ eine verschwindende Verhaltensform ist (vgl. SCHMIDT, 2000, S. 82). Ein möglicher Faktor könnte die geringere Segregation von Mädchen und Burschen und das Verschwinden homosozialer Lebenswelten heutiger Jugend sein. Angesichts der Datenlage in Deutschland kommen die StudienautorInnen zu folgendem Resümee: „Die gesellschaftliche Akzeptierung Homosexueller sowie die stärkere Präsenz Homosexueller und des Themas ‚Homosexualität‘ in der Öffentlichkeit führen vermutlich dazu, dass die Jungen ihre gleichgeschlechtlichen Erlebnisse nicht mehr länger als ‚un-

schuldigen‘ Akt gemeinsamer Selbstbefriedigung deuten können, sondern sie sofort als ‚homosexuell‘ etikettieren oder benennen. Damit wird aber die gemeinsame Masturbation bedrohlich und gefährlich. Zwar haben Jungen durchaus liberale Einstellungen zur Homosexualität, aber nur solange sie selber damit nichts zu tun haben oder davon ‚berührt‘ werden. (...) Die liberalere und offenere Haltung zur Homosexualität (...) bedingt somit paradoxerweise eine Tabuisierung gleichgeschlechtlicher Verhaltensweisen bei denjenigen Jungen, die sich (noch) nicht für homosexuell halten. (...) Bei Mädchen sind gleichgeschlechtliche adoleszente Sexualexperimentierungen seltener als bei Jungen“ (SCHMIDT, 2000, S. 52 f). Insgesamt ist heute eine stärkere sexuelle Offenheit und Experimentierfreude bei den Mädchen/jungen Frauen beobachtbar.

Heute ist es besonders wichtig, gerade auch im Zeitalter von HIV/AIDS, Homosexualität bei Jugendlichen nicht zu tabuisieren, sondern ernst zu nehmen. In der aktuellen ÖGF-Studie wurden auch einige Fragen zum Themenbereich Homosexualität gestellt, die jedoch insgesamt sehr wenig beantwortet wurden. Insgesamt berichtet rund jede/r 13. Jugendliche von sexuellen Erfahrungen mit einer Person gleichen Geschlechts; gleichzeitig macht aber auch jede/r fünfte Jugendliche keine Angaben zu diesem Themenbereich.

Tabelle 7: Gleichgeschlechtliche sexuelle Erfahrungen bei Wiener Jugendlichen (in %)

sexuelle Erfahrungen mit einer Person deines Geschlechts ...	gesamt (n = 326)	Geschlecht		Altersgruppen		
		weiblich	männlich	14-15	16-17	18-19
hatte noch keine Gelegenheit, würde ich gerne ausprobieren	10	14	6	10	12	9
hatte schon sexuelles Erlebnis mit einem Mädchen/Burschen	8	12	4	3	12	15
ich kann es mir für mich überhaupt nicht vorstellen	65	64	66	66	64	64
ich lehne es bei mir selbst und bei anderen komplett ab	15	8	21	19	12	9

Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Die Daten zeigen auf, dass mit zunehmendem Alter (wie auch bei heterosexuellen Beziehungen) gleichgeschlechtliche sexuelle Erlebnisse interessanter werden. Die Ablehnung ist auch bei den 18- bis 19-Jährigen geringer als bei den 14- bis 15-Jährigen. Interessant erscheint auch, dass von knapp zwei Drittel der Befragten homosexuelle Erlebnisse für sich persönlich absolut unvorstellbar wären und auch jede/r siebente Jugendliche dezidiert Homosexualität ablehnt; überraschenderweise aber gleichzeitig jede/r zehnte sexuelle Erfahrungen mit Personen des gleichen Geschlechts gerne machen würde. Tendenziell stehen Mädchen sexuellen Erfahrungen mit Personen gleichen Geschlechts positiver gegenüber und lehnen diese Erfahrungen deutlich weniger ab als Burschen. Mädchen berichten in Wien – im Gegensatz zu Deutschland – auch häufiger von gleichgeschlechtlichen Erlebnissen.

#### 6.1.4 Missbrauchserfahrungen – erzwungene sexuelle Aktivitäten

Unterschiedlichste Untersuchungen kommen zum gemeinsamen Schluss, dass Jugendliche heute für das

Thema „sexueller Missbrauch und Gewalt“ sensibilisiert sind. Auf aktuelle repräsentative Daten über sexuelle Gewalt im Jugendalter kann weder in Österreich noch in Deutschland zurückgegriffen werden. Nur vereinzelt haben sich ForscherInnen dieser Thematik gewidmet. Das Institut für Psychologie der Universität Potsdam befragte 560 Jugendliche in Berlin und Potsdam über sexuelle Gewalt zwischen Jugendlichen und kommt zu dem Ergebnis, dass 6,3 Prozent der Mädchen vergewaltigt worden waren und bei weiteren 10,5 Prozent unter Drohung bzw. Gewalt versucht wurde, sie zum Geschlechtsverkehr zu zwingen (vgl. BzGA 1999, S. 105).

Die Ergebnisse der österreichischen Studie „Jugendsexualität und AIDS“ zeigt auf, dass jede/r zehnte befragte Jugendliche bereits gezwungenermaßen sexuelle Erfahrungen erlebt hat. Insgesamt wurden 9,5 Prozent aller befragten 15- bis 20-jährigen Jugendlichen in irgendeiner Form zu sexuellen Handlungen gezwungen (vgl. NÖSTLINGER & WIMMER-PUCHINGER, 1994, S. 122 f).

Tabelle 8: Erzwungene sexuelle Aktivitäten bei 15- bis 20-Jährigen in Österreich (in %)

erzwungene sexuelle Aktivitäten	gesamt (N = 104)
Küssen	61
Petting	37
Geschlechtsverkehr	23

Quelle: NÖSTLINGER, 1994; Internationale Studie Jugendsexualität und AIDS 1990/91

Bei der genaueren Auswertung dieser Daten interessiert natürlich besonders, in welchem Umfeld diese erzwungenen sexuellen Handlungen stattfanden. Der Großteil der Täter sind Personen, zu denen die Jugendlichen eine emotionale Beziehung haben. Bei 30 Pro-

zent findet sexueller Missbrauch im Kontext einer festen Partnerschaft oder einer Freundschaft statt. Bei 26 Prozent handelt es sich um einen Bekannten/eine Bekannte, bei vier Prozent um einen Verwandten/eine Verwandte. 31 Prozent nennen Personen, die sie gerade

kennengelernt haben und in neun Prozent der Fälle passierte sexueller Missbrauch in einem nicht näher definierten Kontext. Die Autorinnen der Studie interpretieren die Missbrauchserfahrungen der befragten Jugendlichen als „mögliche Schwierigkeiten in den Interaktions- und Kommunikationsstrukturen jugendlicher Beziehungen“. Betroffenen Jugendlichen scheint es sichtlich schwer zu fallen, ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu verbalisieren und sich im Anlassfall auch gegen ein sexuelles Angebot abzugrenzen und „nein“ zu sagen (vgl. NÖSTLINGER & WIMMER-PUCHINGER, 1994, S. 122 f). In welchem Ausmaß hier Mädchen oder Burschen betroffen sind, wird im Studienbericht (aus unverständlichen Gründen) nicht berücksichtigt und konnte aufgrund der nicht zugänglichen Datenbände auch nicht verifiziert werden.

Die Leserinnenbefragung der Jugendzeitschrift „Mädchen“ Mitte der 90er Jahre ist hier auch noch zu erwähnen, da sie durch ihre enorme Beteiligung und Ernsthaftigkeit seitens der befragten 12- bis 21-jährigen Mädchen in Österreich und Deutschland relevante Ergebnisse zum vernachlässigten Forschungsbereich „sexueller Missbrauch von Jugendlichen“ erhoben hat. (Von 15.000 Fragebögen wurde eine Zufallsstichprobe von 2.048 12- bis 21-jährigen Mädchen gezogen.) Insgesamt fühlen sich ein Drittel der befragten Mädchen missbraucht, wobei die Befragten einen sehr weiten Begriff von Missbrauch als Maßstab setzten: Verbale Beleidigungen, Enttäuschungen und Vertrauensbrüche der Freunde gehören ebenso dazu wie Vergewaltigung und Nötigung. Auffallend ist, dass mit zunehmendem Alter Missbrauchserfahrungen zunehmen: Bereits jede zweite 18- bis 21-jährige junge Frau musste Missbrauchserfahrungen machen. Auch der Anteil der Vergewaltigungen und sexuellen Nötigungen ist um ein Drittel höher (15 Prozent) als bei den 12- bis 14-Jährigen. Bedeutsam

sind in diesem Bereich auch die Unterschiede bezüglich schulischer und beruflicher Situationen der Mädchen: Real- und Hauptschülerinnen erzählen häufiger von erlebtem sexuellen Missbrauch als gleichaltrige Gymnasiastinnen. Besonders häufig betroffen sind Berufsschülerinnen oder berufstätige Mädchen/junge Frauen (vgl. LÖHR & RATHGEBER, 1995).

### 6.1.5 Aufklärung und Verhütung

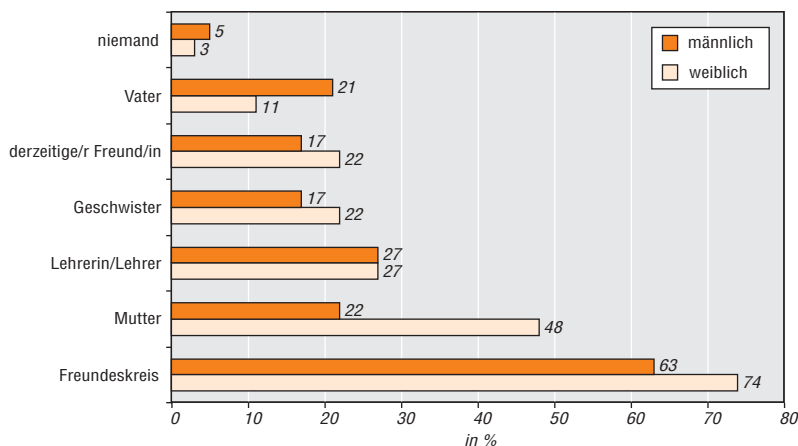
Aufklärungswissen ist abhängig von alltagsrelevanten Bezugspersonen. Auf die Fragestellung, wer die wichtigsten Personen für die 14- bis 19-jährigen Wiener Mädchen und Burschen bei der „Klärung sexueller Dinge“ waren, wurden mit 68 Prozent die FreundInnen/der Freundeskreis an bevorzugter Stelle genannt, gefolgt von der Mutter mit 35 Prozent in der ÖGF-Studie. Andere wichtige Personen für die Aufklärung sind LehrerInnen (27 Prozent), Geschwister (20 Prozent), die derzeitige Freundin/der derzeitige Freund (20 Prozent) und der Vater (16 Prozent). Bei Mädchen kommt der Mutter als gleichgeschlechtlichem Elternteil eine zentrale Rolle zu (48 Prozent), aber auch bei den Burschen ist es tendenziell eher die Mutter (22 Prozent) und nicht der Vater (21 Prozent), die vermehrt die Aufklärung über Sexualität von Elternseite übernimmt. Bei den Burschen sind es vor allem außerfamiliäre Personen wie FreundInnen und LehrerInnen, die eine große Bedeutung für das Aufklärungswissen haben. Auch deutsche Studien zeigen ähnliche Ergebnisse. Anhand der folgenden Tabelle wird auch die Wichtigkeit des Freundeskreises wieder sichtbar. Außerfamiliäre Personen wie ÄrztInnen (neun Prozent), BeraterInnen in Beratungsstellen (sieben Prozent), BetreuerInnen in Jugendzentren (drei Prozent) werden eher selten als AnsprechpartnerInnen für sexuelle Fragen genannt. Insgesamt geben vier Prozent der Wiener Stichprobe an, „niemanden“ zu haben.

Tabelle 9: Ansprechpersonen bei sexuellen Fragen der Wiener Jugendlichen (in %)

die wichtigsten Personen bei der Klärung sexueller Dinge (max. 4)	gesamt (n = 326)	Geschlecht		Altersgruppen		
		weiblich	männlich	14–15	16–17	18–19
Freundeskreis	69	74	63	63	71	80
Mutter	35	48	22	35	40	25
Lehrerin/Lehrer	27	27	27	27	26	29
Geschwister	20	22	17	26	16	12
derzeitige/r FreundIn	20	22	17	11	26	29
Vater	16	11	21	13	21	10
niemand	4	3	5	6	2	4

Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Grafik 2: Ansprechpersonen bei sexuellen Fragen



Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Neben wichtigen Ansprechpersonen für sexuelle Fragen haben Jugendliche auch unterschiedliche Quellen, über die sie Informationen zur Sexualität beziehen. Die Schule hat nach wie vor einen wesentlichen Stellenwert in der sexuellen Aufklärung und wird von etwa zwei Drittel der Mädchen und Burschen genannt. Neben Personen und Institutionen sind es vor allem diverse Zeitschriften, Fernsehen, Bücher, Broschüren

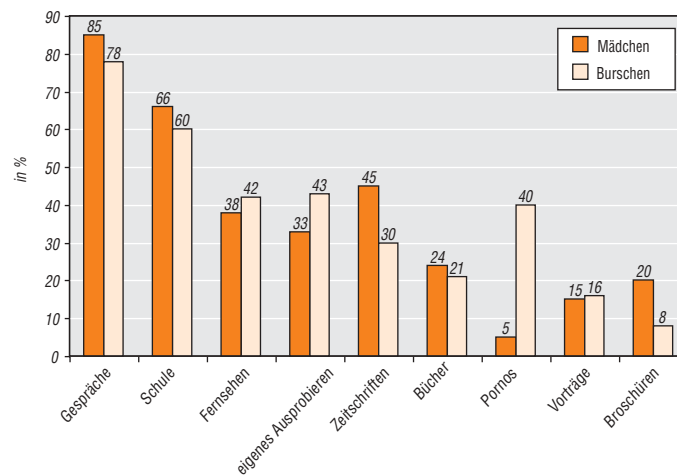
und Pornos, die für Jugendliche wesentliche Informationslieferanten darstellen. Eine geschlechterdifferenzierte Sichtweise erscheint gerade hier sehr wichtig, da Mädchen und Burschen Informationsquellen unterschiedlich nutzen: So bevorzugen Burschen signifikant häufiger Pornos für ihre Kenntnisse über Sexualität, Mädchen hingegen informieren sich häufiger über Zeitschriften.

Tabelle 10: Kenntnisse über Sexualität bei Wiener Mädchen und Burschen (in %)

meine Kenntnisse über Sexualität stammen ...	gesamt (n = 326)	14- bis 19-jährige	
		Mädchen	Burschen
Gespräche	82	85	78
Schule	63	66	60
Fernsehen	40	38	42
eigenes Ausprobieren	38	33	43
Zeitschriften	38	45	30
Bücher	23	24	21
Pornos	23	5	40
Vorträge	16	15	16
Broschüren	14	20	8

Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Grafik 3: Quellen der Kenntnisse über Sexualität



Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Jugendliche wurden in der ÖGF-Studie auch danach gefragt, ob sie sich in sexuellen Dingen aufgeklärt fühlen. Die Tabelle 11 zeigt auf, dass sich die überwiegende Mehrheit sehr bis ziemlich aufgeklärt und nur ein geringer Prozentsatz sich wenig bis gar nicht aufgeklärt fühlt. Bezüglich Geschlecht können keine signifikanten Unterschiede erkannt werden. Erwartungsgemäß spielt hier jedoch das Alter eine Rolle: Jüngere Jugendliche

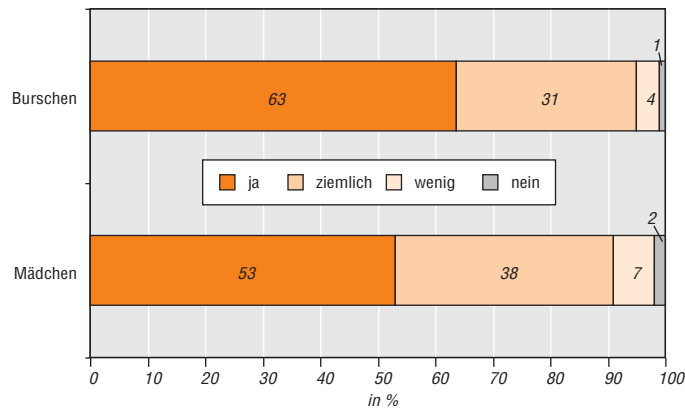
mit 14 Jahren fühlen sich häufiger weniger oder nicht aufgeklärt als ältere Jugendliche ab 18 Jahre. Die AutorInnen der ÖGF-Studie stellten auch in ihrer Gesamtstichprobe fest, dass Jugendliche islamischen Glaubens häufiger angeben, weniger oder gar nicht aufgeklärt zu sein als getaufte Christen und Jugendliche ohne Religionsbekenntnis.

Tabelle 11: Sexuelle Aufklärung bei Wiener Mädchen und Burschen (in %)

Hältst du dich selbst in sexuellen Dingen für aufgeklärt?	gesamt (n = 326)	14–19 Jahre	
		Mädchen	Burschen
ja	58	53	63
ziemlich	34	38	31
wenig	6	7	4
nein	2	2	1

Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Grafik 4: Einschätzung der eigenen Aufgeklärtheit bei 14- bis 19-Jährigen



Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Zur Klärung des tatsächlichen Kenntnisstandes der Mädchen und Burschen wurden zwei offene Fragen zu Verhütungsmitteln und den fruchtbaren Tagen bei der Frau gestellt. Hier gab es eine Reihe von Personen die keine Angaben machten, und zwar rund zehn Prozent bei den Verhütungsmitteln und rund 20 Prozent bei der Frage nach den fruchtbaren Tagen der Frau (vgl. ÖGF 2001). Hier fällt auch auf, dass 18-Jährige häufiger bei der Frage nach den verschiedenen Verhütungsmethoden, und 14- bis 15-Jährige, tendenziell vermehrt die Burschen, bei der Frage nach den fruchtbaren Tagen keine Angaben machten. Die AutorInnen begründen dies bei den 18-Jährigen, dass es den Älteren vermutlich zu mühsam erschienen sei, alle Methoden aufzuzählen und daher häufig „alle“ zur Antwort gaben, hingegen die Nichtbeantwortung der Frage nach den fruchtbaren Tagen der Frau bei den 14-Jährigen eher mit tatsächlicher Unkenntnis der Kids im Zusammenhang stehen würde.

folgt von der Pille (die deutlich öfter bei den Mädchen genannt wird) und der Spirale. Von rund jeder/jedem Dritten wird noch das Diaphragma explizit genannt. Jedes vierte Mädchen nennt noch Zäpfchen, dann die 3-Monatspritze, natürliche Methoden, und Implanon wird noch von jedem zehnten Mädchen genannt. Im Vergleich zu den Mädchen erschöpft sich das Wissen über Verhütungsmethoden beim männlichen Geschlecht sehr bald: Zäpfchen werden von jedem 8. Burschen noch genannt, weitere Methoden werden nur noch von Minderheiten aufgezählt. Insgesamt kennen Mädchen signifikant mehr Verhütungsmittel als Burschen und erfreulicherweise nennen lediglich zwei Prozent die oft verbreitete Methode des „Aufpassens“.

Von jenen, die tatsächlich verschiedene Verhütungsmittel nennen, ist das Kondom am bekanntesten, ge-

Die Darstellung der relativen Häufigkeiten bezüglich der Kenntnisse über fruchtbare Tage der Frau sind in der folgenden Tabelle nach Geschlecht und Altersgruppen aufgliedert:

Tabelle 12: Kenntnis über die fruchtbaren Tage der Frau bei Wiener Jugendlichen (in %)

Wann, zwischen zwei Regelblutungen, glaubst du kann eine Frau am leichtesten schwanger werden?	gesamt (n = 255)	Geschlecht		Altersgruppen		
		weiblich	männlich	14-15	16-17	18-19
„Eisprung“ oder richtiger Zeitraum in der Mitte	26	29	23	13	35	37
falscher Zeitraum oder zu ungenau weiß nicht	14	13	15	14	8	29
	46	47	44	58	40	32
	14	10	18	15	17	2

Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Resümierend lässt sich festhalten: Burschen, insbesondere 14-Jährige, können im Vergleich zu Mädchen und den Älteren weniger häufig den richtigen Zeitpunkt angeben als Jugendliche ab dem 16. Lebensjahr. Hinsichtlich Schultyp lassen sich auch signifikante Zusammenhänge erkennen: SchülerInnen in Hauptschulen/Polytechnischem Lehrgang sind deutlich weniger richtig informiert als SchülerInnen in Gymnasien und berufsbildenden höheren Schulen. Berufstätige Jugendliche sind wiederum besser informiert als SchülerInnen insgesamt.

Mädchen und Burschen artikulieren das Interesse nach mehr sexueller Aufklärung (vgl. ÖGF-Studie 2001), konkret nach mehr Information zu den unterschiedlichsten Themen: An erster Stelle steht bei Mädchen mehr Information über Geschlechtskrankheiten, ge-

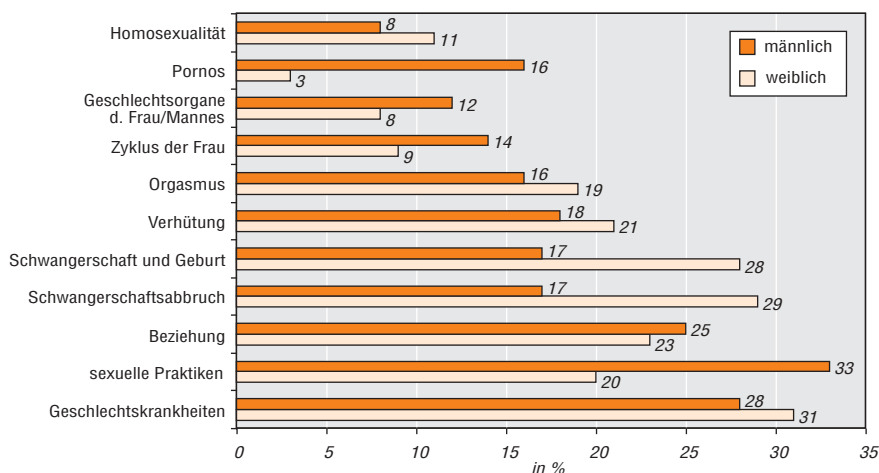
folgt von Schwangerschaftsabbruch, Schwangerschaft und Geburt, Beziehung und Verhütung; bei Burschen sind es die Themen sexuelle Praktiken, gefolgt von Geschlechtskrankheiten, Beziehung, Verhütung und Schwangerschaft. Geschlechtskrankheiten, Beziehung und Verhütung sind Themen, die beide Geschlechter stark interessieren. Die größten Differenzen zwischen den Geschlechtern bezüglich Informationsbedarf sind die Themen Pornos und sexuelle Praktiken – hier dominieren die Burschen, und Mädchen wünschen sich mehr Information über Schwangerschaft/Geburt und Schwangerschaftsabbruch. Die Daten zeigen auch deutlich auf, dass mit zunehmendem Alter mehr Informationsbedarf zu „sexuelle Praktiken“ besteht und mit abnehmendem Alter die Themenbereiche Verhütung, Orgasmus, Pornos bei den Burschen sowie Zyklus der Frau im Vordergrund stehen.

Tabelle 13: Offene Themenbereiche zu Sexualität bei Wiener Jugendlichen (in %)

Über welche Themen würdest du gerne noch mehr erfahren?	gesamt (n = 326)	Geschlecht		Altersgruppen		
		weiblich	männlich	14–15	16–17	18–19
Geschlechtskrankheiten	30	31	28	28	35	20
sexuelle Praktiken	27	20	33	23	28	29
Beziehung	24	23	25	25	26	18
Schwangerschaftsabbruch	23	29	17	25	22	22
Schwangerschaft und Geburt	23	28	17	23	22	24
Verhütung	20	21	18	22	21	10
Orgasmus	18	19	16	21	16	14
Zyklus der Frau	12	9	14	14	10	8
Geschlechtsorgane d.Frau/Mannes	10	8	12	10	11	8
Pornos	10	3	16	11	9	4
Homosexualität	10	11	8	10	10	8

Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Grafik 5: Anteil der Jugendlichen mit Informationsbedarf über folgende sexuelle Themen



Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Aus der Sicht der Mädchen und Burschen zählen das Kondom und die Pille zu den bekanntesten Verhütungsmethoden. Rund 60 Prozent der koituserfahrenen Jugendlichen haben auch mit ihrer/ihrer PartnerIn

über Verhütung vor ihrem ersten Geschlechtsverkehr gesprochen. Inwieweit Verhütungsmethoden tatsächlich angewendet wurden, wird in der nächsten Tabelle dargestellt:

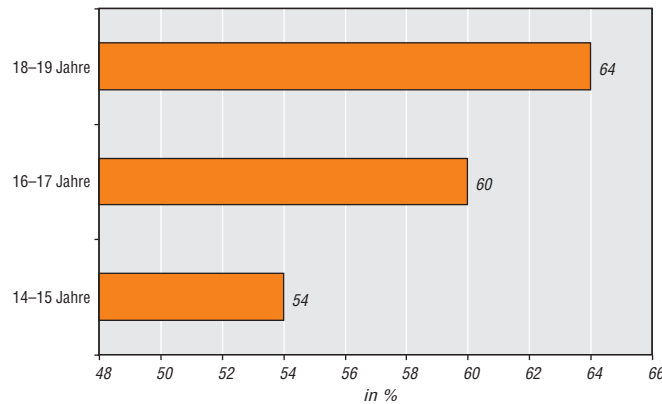
Tabelle 14: Verhütungsverhalten bei Wiener Jugendlichen (in %)

	gesamt (n = 326)	Geschlecht		Altersgruppen		
		weiblich	männlich	14-15	16-17	18-19
<b>Habt ihr vor dem ersten GV über Verhütung gesprochen?</b>						
ja	59	61	57	54	60	64
nein	41	39	43	46	40	36
<b>Welches Verhütungsmittel habt ihr tatsächlich angewendet? (Mehrfachantworten)</b>						
Kondom	76	76	75	81	77	67
Pille	18	20	15	13	15	31
„aufpassen“ (rausziehen)	5	5	4	4	4	6
Schaumzäpfchen	1	-	1	2	-	-
gar nichts	10	7	13	10	11	6
<b>Welches Verhütungsmittel habt ihr später verwendet? (Mehrfachantworten)</b>						
Kondom	74	76	71	77	75	67
Pille	41	46	36	27	44	53
„aufpassen“ (rausziehen)	8	13	3	10	7	6
Schaumzäpfchen	-	-	-	-	-	-
gar nichts	5	2	8	6	5	3
<b>Verwendet ihr das Verhütungsmittel nur an „gefährlichen Tagen“ oder regelmäßig bei jedem GV?</b>						
nur an „gefährlichen Tagen“	13	13	13	16	14	6
regelmäßig	85	86	83	77	85	94
bin nicht zuständig	2	1	4	7	1	-

Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

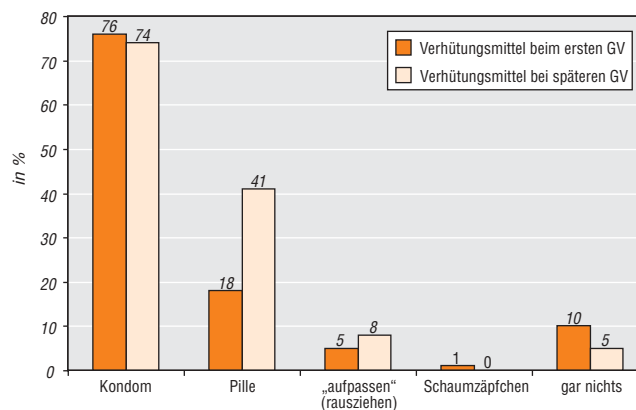


**Grafik 6:** Anteil der Jugendlichen, die vor dem ersten GV über Verhütung sprachen



Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

**Grafik 7:** Verhütungsmittel beim ersten GV und bei späteren GV



Quelle: ÖGF 2001 (eigene Berechnungen)

Die Daten zeigen auf, dass Jugendliche offensichtlich weniger über die Verwendung von Verhütungsmitteln mit ihrem/ihrer PartnerIn reden (60 Prozent), sehr wohl aber „unbesprochen“ rund 90 Prozent der Befragten Verhütungsmethoden anwenden. Das tatsächliche Verhütungsverhalten beim ersten Geschlechtsverkehr zeigt auf, dass drei Viertel der Mädchen und Burschen ein Kondom und jede/r Fünfte die Pille verwendet hatten; dem gegenüber steht eine Gruppe von zehn Prozent, die „gar nichts“ verwendeten und fünf Prozent, die „aufpassten“.

Eine Analyse der Daten zeigt Zusammenhänge auf, dass jene, die beim ersten Mal zwischen 14 und 17 Jahre waren, öfter angeben, dass sie nicht verhütet haben als die 18- und 19-Jährigen. Es ist auch erkennbar, dass mit zu-

nehmendem Alter Jugendliche mit ihrem/ihrer PartnerIn über die Wahl des Verhütungsmittels vor dem ersten Geschlechtsverkehr sprechen. Die Anwendung von Verhütungsmitteln hängt bei Teenagern stark von der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs ab. So zeigen die Daten, dass jene Jugendlichen, die nach dem ersten Mal weiterhin Geschlechtsverkehr hatten, im Vergleich zu den Verhütungsmethoden beim ersten Mal deutlich häufiger die Pille und weniger häufig „gar nichts“ verwendeten. Rund 85 Prozent der jungen Menschen verhüten regelmäßig bei jedem Koitus, wobei auch hier erkennbar ist, dass die 14- bis 15-Jährigen weniger regelmäßig verhüten (77 Prozent) als die 18- bis 19-Jährigen (94 Prozent).

Bilanzierend lässt sich festhalten, dass sich das Verhütungsverhalten in den letzten zehn Jahren zum Positi-

ven gewandelt hat. Waren es Anfang der 90er Jahre noch 26 Prozent der sexuell aktiven Jugendlichen in Österreich (NÖSTLINGER, 1994, S. 140), so sind es heute rund 15 Prozent (inklusive „aufpassen“), die keinerlei Vorsorge treffen.

Dieses Ergebnis darf jedoch nicht dazu verleiten, das Verhütungsverhalten beider Geschlechter als ausreichend zu bewerten. Insbesondere bei jüngeren und männlichen Jugendlichen müsste das noch teilweise herrschende traditionelle Vorurteil „Verhütung ist Mädchensache“ verstärkt abgebaut werden und für eine gemeinsame Verantwortung einer geeigneten Empfängnisverhütung sensibel gemacht werden.

### 6.1.6 AIDS<sup>8</sup> und HIV<sup>9</sup>-Infektionen

Seit 1988 wird jährlich am Welt-AIDS-Tag weltweit auf AIDS und HIV-Infektionen, deren Ursachen und Folgen und auf die durch sie hervorgerufene soziale Problematik aufmerksam gemacht. Denn „Soziales AIDS“ treibt AIDS-Kranke aufgrund falscher Ängste der sozialen Umwelt in die Isolation.

Laut Schätzungen der WHO sind weltweit mehr als 33 Millionen Menschen direkt von HIV/AIDS betroffen. Täglich kommen rund 16.000 Neuinfektionen hinzu, davon 90 Prozent in den Entwicklungsländern. Zwei Drittel der Infizierten leben derzeit in Afrika südlich der Sahara. Bisher sind knapp 14 Millionen Menschen an der Immunschwächekrankheit gestorben. Durch den Einsatz der Kombinationstherapie ist die Zahl der Todesfälle in der westlichen Welt rückläufig. Nie zuvor haben so viele HIV-positive Menschen gelebt. Gleich-

zeitig muss auch festgehalten werden, dass 99 Prozent der Forschungsausgaben in die Entwicklung neuer, teurer Medikamente gehen. Dabei leben mehr als 90 Prozent der Infizierten in Ländern, wo sich kaum jemand die neuen Mitteln leisten kann. Die Erfolge im Kampf gegen das HIV sind dabei vor allem für Menschen in der westlichen industrialisierten Welt nutzbar.

Für die Auswertung und Interpretation von Daten ist es wichtig zu wissen, dass die österreichische AIDS-Statistik auf dem freiwilligen Entschluss von Personen zu einer serologischen Untersuchung und auf der ebenfalls freiwilligen Zusammenarbeit von Testlabors beruht. Das heißt, es gibt auch HIV-infizierte Frauen und Männer, die nicht über ihre Infektion Bescheid wissen und damit auch nicht registriert sind. Die öffentliche Diskussion über Dunkelziffern von HIV-Infizierten ist in Österreich kaum ein Thema und erlaubt damit auch kaum eine Einschätzung der Größenordnungen.

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der lebenden gemeldeten Personen, die an AIDS in Österreich erkrankt sind: Hier ist auffallend, dass vor allem mit Beginn der 90er Jahre die Registrierung deutlich zunimmt und 1995 seinen Höhepunkt mit 114 neu gemeldeten AIDS-Kranken erreichte und bis heute wieder kontinuierlich abnimmt. Auch wenn ein leichter Anstieg von 1999 auf das Jahr 2000 erkennbar wird, so darf nicht die abnehmende Tendenz der HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen übersehen werden, die seit Mitte der 90er Jahre stattgefunden hat. Insgesamt kann seit 1996 als Folge der antiretroviralen Therapie in Westeuropa innerhalb der EU ein abnehmender Trend bei der AIDS-Inzidenz festgestellt werden.

<sup>8</sup> AIDS: Abk. für (engl.) Acquired Immune Deficiency Syndrome, erworbenes Immunschwächesyndrom. Bei einem Immundefekt ist die körpereigene Abwehrschwäche gegenüber Krankheitserregern vermindert. AIDS wird vom HI-Virus verursacht und ist charakterisiert durch verschiedene Infektionen und Tumore, die sich infolge des Immundefekts meist mehrere Jahre nach der Infektion mit HIV entwickeln können.

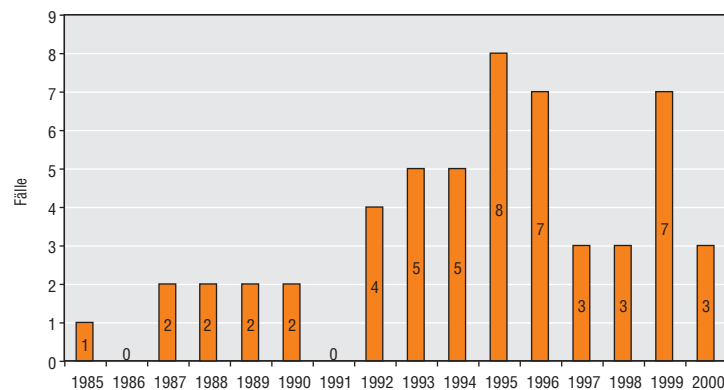
<sup>9</sup> HIV: Abk. für (engl.) Human Immunodeficiency Virus, der zur Familie der Retroviren gehört. 1983 wurde HIV-1 als Erreger von AIDS identifiziert und seitdem in zahlreiche Subtypen unterteilt. Seit 1986 ist mit HIV-2 ein weiterer Virusstamm bekannt, der HIV-1 ähnelt und weltweit (mit Häufung in Zentralafrika) vorkommt.

Tabelle 15: Gemeldete AIDS-Fälle in Österreich (Lebende)

Lebende	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	total
bis 15	–	–	–	–	–	1	2	2	1	–	3	–	1	2	–	1	–	–	13
15–19	–	–	1	–	–	1	–	–	–	–	–	–	1	2	2	2	–	–	11
20–24	–	–	–	–	2	1	2	2	–	4	5	5	7	5	1	1	5	3	43
25–34	–	–	–	1	4	9	11	15	22	25	23	32	54	40	36	15	16	13	336
35–44	–	–	–	–	3	1	2	7	10	11	13	17	37	31	32	32	24	28	247
45–54	–	–	–	1	2	–	3	2	1	6	5	12	9	10	17	14	10	9	101
55–64	–	–	–	1	–	–	1	1	–	3	1	–	5	6	4	3	3	3	31
ab 65	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	1	1	1	2	3	2	1	1	14
insgesamt	–	–	1	3	11	13	22	29	34	49	51	67	114	98	95	80	52	57	796

Quelle: BMSG/Abt. VIII/D/2, Dr. Jean-Paul KLEIN

Grafik 8: AIDS-Neuerkrankungen bei 15- bis 24-Jährigen in Österreich – zeitlicher Verlauf



Quelle: BMSG/Abt. VIII/D/2, Dr. Jean-Paul KLEIN

Sowohl bei den AIDS-erkrankten Lebenden als auch bei den gemeldeten Todesfällen dominieren die 25- bis 44-Jährigen (hier vor allem die Männer) vor den über 45-Jährigen und den 15- bis 24-jährigen Jugendlichen.

Tabelle 16: Gemeldete AIDS-Fälle in Österreich (Verstorbene)

Verstorbene	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	total
bis 15	–	–	–	2	1	2	2	2	4	2	5	–	1	–	1	–	–	–	22
15–19	1	–	–	1	–	1	1	–	3	1	2	1	1	–	–	–	–	1	13
20–24	–	–	2	1	6	8	7	4	7	5	5	1	2	3	2	2	–	–	55
25–34	3	–	5	2	36	38	57	54	47	70	55	56	32	14	10	11	5	3	508
35–44	1	7	5	7	13	24	27	25	48	43	49	41	39	18	14	10	6	10	387
45–54	1	–	4	5	11	11	13	18	19	21	26	16	13	8	3	4	1	7	181
55–64	1	–	–	2	4	4	4	4	9	6	6	6	8	–	2	2	2	3	63
ab 65	–	–	1	–	–	–	4	4	4	2	1	–	4	1	3	2	3	3	32
insgesamt	7	7	17	20	71	88	115	111	141	150	159	121	100	44	35	31	17	27	1.261

Quelle: BMSG/Abt. VIII/D/2, Dr. Jean-Paul Klein

In der breiten Öffentlichkeit gilt die Meinung, dass Jugendliche besonders gefährdet sind, sich mit HIV zu infizieren. Argumentiert wird vor allem mit der langen Zeit bis zum Ausbruch der Krankheit und der Einstellung bzw. dem Verhalten von Jugendlichen bezüglich Sexualität, z. B. ihres Wunsches nach ungehemmtem Empfinden und ekstatischem Ausleben der Gefühle, fernab von Kontrolle oder irgendwelcher Schutzmaßnahmen (vgl. AIDS-Studie 1997, S. 10 f). Widersprüchliche ExpertInnenmeinungen über das HIV-Risiko für Jugendliche machen die Sachlage nicht gerade einfacher. Denn es gibt auch ernst zu nehmende Argumente

bzw. Zahlen die aufzeigen, dass die Infektion mit dem HI-Virus unter Jugendlichen eher gering sein dürfte (vgl. FIALA, C.: AIDS-Risiko für Jugendliche absolut gering. In: Medical Tribune, 29. Jg. [1997] 47, S. 10–11).

Differenziert man die Anzahl der AIDS-Erkrankungen nach der Übertragungsursache, so sind folgende Risikogruppen (AIDS-Hilfe Wien) erkennbar: Männer sind in erster Linie durch ihre Homosexualität und erst in zweiter Linie durch IV-Drogen erkrankt. Bei Frauen stehen sowohl die Heterosexualität als auch IV-Drogen als Übertragungsursache im Vordergrund.

Tabelle 17: Gemeldete AIDS-PatientInnen nach Risikogruppen (Stichtag 31. 4. 2000)

Übertragungsursache	Anzahl der Personen	Prozentsatz
homo/bisexuell	759	38,2
IV-Drogen	492	24,7
heterosexuell	288	14,5
Mutter-Kind-Übertragung	26	1,3

Quelle: AIDS-Statistik 2000, AIDS-Hilfe Wien

In Österreich, aber auch in Wien zeigt sich wie in den Jahren zuvor im Jahr 2000 eine deutliche geschlechtsspezifische Verteilung der AIDS-(Neu)Erkrankungen: Die Werte der Frauen liegen deutlich unter jenen der Männer.

Eine Differenzierung der AIDS-Erkrankungen nach Bundesländern zeigt auf, dass Wien mit seinen knapp 50 Prozent an erster Stelle bei den absoluten Fällen steht und auch die meisten Neuerkrankungen an AIDS aufweist. Werden aber die Neuerkrankungen pro 100.000 EinwohnerInnen berechnet, lässt sich erkennen, dass die Werte in Wien keinesfalls an der Spitze liegen, vielmehr liegt Oberösterreich (1,96), Vorarlberg (1,72), Tirol (1,49) und Burgenland (1,44) klar vor Wien (0,81). In Wien wurden von 1983 bis Ende 2000 insgesamt 1.001 AIDS-Erkrankte registriert, von diesen sind 640 (64 Prozent) bereits verstorben (vgl. Gesundheitsbericht Wien 2001).

#### 6.1.6.1 Wissen, Einstellungen und Verhalten von Jugendlichen

Die internationale Studie „Jugendsexualität und AIDS“ des Ludwig-Boltzmann-Instituts zeigt bei den in Öster-

reich lebenden Jugendlichen eine geringe AIDS-Besorgnis, denn das persönliche Ansteckungsrisiko wird als sehr gering eingestuft. So gibt nur jede/r zehnte Jugendliche an, beim ersten Geschlechtsverkehr „wegen AIDS irgend etwas anders gemacht“ zu haben; beim jüngst zurückliegenden Geschlechtsverkehr sinkt diese Zahl auf sechs Prozent (vgl. NÖSTLINGER & WIMMER-PUCHINGER, 1994).

AIDS ist jedoch für den Großteil der Jugendlichen trotz der geringen Besorgnis ein wichtiges Thema, mit dem sie sich auseinandersetzen: So beschäftigten sich Anfang der 90er Jahre insgesamt 82 Prozent der Stichprobe mit AIDS und 18 Prozent setzten sich mit diesem Thema nicht auseinander (vgl. WIMMER-PUCHINGER, 1996).

Die Daten in der folgenden Tabelle verweisen auf eine Abnahme der Betroffenheit mit steigendem Alter, d. h. konkret die Gruppe der 18-Jährigen fühlt sich tendenziell am geringsten vom Thema AIDS betroffen. Dies könnte mit der Tatsache zusammenhängen, dass mit zunehmendem Alter auch fixe Partnerschaften bestehen und diese als Garant für die Sicherheit vor AIDS gesehen werden.

Tabelle 18: AIDS als Thema, das Jugendliche in Österreich beschäftigt (in %)

Ist Aids ein Thema, das Dich persönlich gegenwärtig beschäftigt? (n = 3.423)	bis 14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre	ab 18 Jahren
ja, sehr	28	25	29	27	24
ja, etwas	58	58	53	55	52
nein	14	17	18	18	24

Quelle: WIMMER-PUCHINGER 1996, Evaluation der AIDS-Kampagne 1994; S. 56

Aktuellere Daten aus der AIDS-Jugendstudie 97 zeigen auf, dass von 98 Prozent aller befragten Jugendlichen AIDS auch heute als ein „wichtiges Problem“ wahrgenommen wird (vgl. FINK & WIMMER-PUCHINGER, 1998). Zudem liefert diese Studie Daten über Wissen, Einstellungen, Verhalten und Informationsbedürfnisse von österreichischen Jugendlichen über HIV/AIDS (Stichprobe: 1.475 Jugendliche mit einem Durchschnittsalter von 16,8 Jahren): Es kann vorneweg gleich festgehalten werden, dass Jugendliche sehr gut informiert sind, dass sich jedoch bezüglich des Verhaltens Diskrepanzen auftun. So lässt sich doch vermuten, dass Jugendliche in einer sexuellen Situation mit so vielen „Dingen“ beschäftigt sind, dass eine vernunftgeleitete Haltung zur Verhütung nur bedingt möglich ist.

Allgemein kann ein relativ hoher Wissensstand über HIV-Mechanismen, Übertragungswege, Risiken und Schutz, Behandlung und Tests bei den teilnehmenden Jugendlichen festgestellt werden. Bei Mädchen kann ein leichter Wissensvorsprung und bei BerufsschülerInnen bzw. Jugendlichen aus Landgebieten Informationsmängel konstatiert werden. Mädchen machen auch umfassendere Angaben beim Wissensbedürfnis und wollen speziell über Risiken beim Geschlechtsverkehr, Behandlung und Umgang mit Betroffenen und Krankheitsverlauf etwas wissen. Sie informieren sich auch generell häufiger als das andere Geschlecht, machen mehr Angaben bei bisherigen Informationsquellen und unterhalten sich auch öfter mit FreundInnen und in Freundesgruppen über AIDS (vgl. FINK & WIMMER-PUCHINGER, 1998, S. 85 ff).

Interessanterweise sind Mädchen in Bezug auf das AIDS-Risiko ängstlicher, der Zukunft gegenüber trauriger und mutloser und demzufolge auch bei neuen Bekanntschaften (zuerst Test, mehr Treue, weniger Partner) vorsichtiger. Burschen hingegen sind der AIDS-Zukunft gegenüber eher gleichgültig eingestellt und haben auch signifikant weniger Lust über AIDS zu

kommunizieren, denn „das ruiniert nur die Stimmung“.

In der Studie konnten auch signifikante Einstellungsunterschiede zwischen den sexuell erfahrenen und unerfahrenen Jugendlichen festgestellt werden. Sexuell erfahrene und zumeist auch ältere Jugendliche halten eine persönliche Ansteckung oder eine Infektion im Freundeskreis für denkbar, lehnen aber gleichzeitig das Kondom, Treue, Verzicht auf riskante Praktiken oder Enthaltensamkeit als Schutz stärker ab als sexuell unerfahrene Jugendliche. Konkret bedeutet das, je sexuell erfahrener und älter die Jugendlichen sind desto ungeschützter praktizieren sie ihre Sexualität. Auffallend ist aber auch, dass mit steigender sexueller Erfahrung nicht nur die Schutzabsichten sinken – die bei Unerfahrenen noch deutlicher ausgeprägt sind – sondern auch die Kommunikationsabsichten verloren gehen; denn „über AIDS zu reden, verdirbt alles“. Es hat den Anschein, dass je älter die Befragten in der Untersuchung, desto weniger die Zustimmung für „man sollte auf alle Fälle über AIDS reden“. BerufsschülerInnen stimmen auch am höchsten der Aussage zu: „Der Gummi ist ein Liebestöter.“ Seit Jahren hält sich bei gut 40 Prozent der Jugendlichen hartnäckig die Meinung: „Ohne ist schöner!“ (FINK & WIMMER-PUCHINGER, 1998, S. 90).

Eines der plakativsten Beispiele für die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der AIDS-Studie ist die Bereitschaft zum „Verzicht“: Mädchen entsagen eher dem Sex, wenn der Partner keinen Gummi nehmen will, Burschen verzichten hingegen bereitwillig auf das Kondom, wenn „sie“ es will. Ein weiterer Unterschied ist auch im Umgang mit Betroffenen erkennbar: Mädchen würden signifikant toleranter gegenüber HIV-Kranken sein als Burschen dies angeben (z. B. positive MitschülerInnen mehr unterstützen, eher einen Kuss geben, Trinkglas borgen, bei sich wohnen lassen ...).

In einem Vergleich mit vorangegangenen Studien zieht der Autor der letzten AIDS-Studie folgendes Resümee: „Zusammengefasst ergibt sich eine Entwicklung, die zeigt, dass der Informationsstand österreichischer Jugendlicher von 1992 bis 1994/95 angewachsen ist, seither aber auf diesem – nicht zu vergessen – allgemein hohen Stand etwas zu stagnieren scheint.“ (FINK & WIMMER-PUCHINGER, 1998, S. 88). Interessanterweise gab es kaum inhaltliche Veränderungen, sondern es ist zu einer graduellen Verbesserung gekommen, die sich jedoch in den letzten beiden Jahren verflachte. Im Bereich der Einstellungen sind vor allem die ausgrenzenden Einstellungen zu HIV/AIDS-Kranken sowie die eigene Unverwundbarkeit bezüglich eigener Ansteckung nach wie vor die wichtigsten Themen bei den befragten jungen Menschen.

#### 6.1.6.2 Jugendliche als Zielgruppe der AIDS/HIV-Prävention

Prävention bei Jugendlichen kann als Chance begriffen werden und bezieht sich – im Unterschied zu Erwachsenen – auf „Neulernen“ und nicht auf „Umlernen“ (wie es z. B. bei älteren männlichen Sextouristen notwendig wäre). Jugendliche und junge Erwachsene zählen zwar nicht zu den Hauptbetroffenengruppen, aber sie sind seit Mitte der 90er Jahre in Österreich, unabhängig davon, ob sie einmal besondere Risiken wie homosexuelle Aktivität oder Drogenkonsum eingehen werden, als wichtige AdressatInnen für spezifisch entwickelte Präventionsprogramme definiert.

Das Umsetzen von Wissen über die Krankheit in schützendes Verhalten wird nach wie vor wichtigstes Ziel in der Präventionsarbeit mit Jugendlichen – aber auch mit anderen Bevölkerungsgruppen – sein.

Resümierend kann für zukünftige Präventionsmaßnahmen folgendes festgehalten werden: Es ist wichtig, Sexualaufklärung und AIDS-Prävention in einer Art und Weise zu gestalten, dass es den jeweiligen subjektiven Erfahrungen von Mädchen/jungen Frauen und Burschen/jungen Männern entspricht. Klar ist auch – das zeigen die inzwischen gemachten Erfahrungen im In- und Ausland – dass mit Panik- oder Angstmache keine anhaltenden Veränderungen des Sexualverhaltens bei jungen Menschen erreicht werden können. Wichtig erscheint vielmehr, mittels differenzierter Präventionsbotschaften auch auf die Gefährlichkeit des ungeschützten passiven/rezeptiven Analverkehrs für Personen weiblichen Geschlechts, ebenso wie für homosexuelle Männer hinzuweisen:

- mit der Vermittlung von grundlegendem Basiswissen über die richtigen Fakten, das die Grundlage für Entscheidungen in sexuellen Situationen (unterschiedliche Risiken bestimmter sexueller Verhaltensweisen, Schutzmaßnahmen, etc.) liefert
- mit den geschlechtsrollentypischen Unterschieden zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen
- mit der Diskrepanz von Wissen und Verhalten, also eine Brücke zwischen rational-kognitivem Verständnis und Verhaltenskonsequenz ermöglichen.

Präventionsmodelle, die zu mehr offenen Dialogen einladen (und das vor allem unter den Jugendlichen selbst, wie es die Peergroup-Education erfolgreich zeigt) und die Zielgruppen aktiv miteinbeziehen, könnten neben dem spezifischen HIV-Anliegen auch das allgemeine Gesundheitsbewusstsein, die Eigenverantwortung und die soziale Kompetenz fördern und damit als Einstieg in systemintegrative Ansätze wie mental/sexual health dienen.

## 6.2 Teenager-Mütter

Mädchen, die schwanger werden, befinden sich häufig in einer schwierigen Situation und bringen ohne praktische und beratende Unterstützung kaum die erforderliche Kraft auf, um ihre Selbstständigkeit als Mutter zu erringen. Die Ursachen einer sehr frühen Mutterschaft liegen häufig in einer psychosozial belasteten Ausgangssituation der jungen Frauen und stellen häufig Versuche dar, Lebenskrisen zu bewältigen.

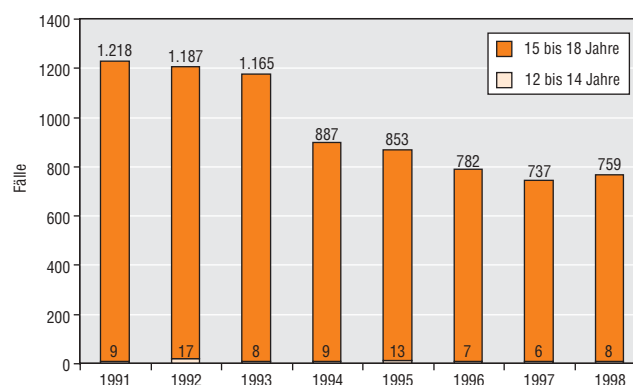
Die vorliegende Tabelle zeigt auf, dass die Anzahl von jugendlichen Müttern im Alter zwischen zwölf und 19 Jahren in Österreich und Wien Ende der 90er Jahre im Verhältnis zum Beginn der 90er Jahre kontinuierlich zurückgegangen ist:

Tabelle 19: Lebendgeborene seit 1991 nach dem Alter der Mutter

Jahr	Österreich					Wien				
	gesamt	12 bis 14 Jahre		15 bis 18 Jahre		gesamt	12 bis 14 Jahre		15 bis 18 Jahre	
	n	n	%	n	%	n	n	%	n	%
1991	94.629	23	0,024	5.573	5,89	17.216	9	0,052	1.218	7,07
1992	95.302	20	0,021	5.468	5,74	17.427	17	0,098	1.187	6,81
1993	95.227	17	0,018	5.174	5,43	17.339	8	0,046	1.165	6,72
1994	92.415	21	0,022	4.271	4,62	17.064	9	0,052	887	5,20
1995	88.669	18	0,020	3.876	4,37	16.261	13	0,080	853	5,25
1996	88.809	11	0,012	3.496	3,94	16.242	7	0,043	782	4,81
1997	84.045	14	0,017	3.353	3,99	15.505	6	0,039	737	4,75
1998	81.233	14	0,017	3.261	4,01	15.235	8	0,053	759	4,98

Quelle: ÖSTAT/Abteilung 1/Bevölkerung 1998 nach LBI für Frauengesundheitsforschung/BALDASZTI

Grafik 9: Teenager-Mütter in Wien



Quelle: ÖSTAT/Abteilung 1/Bevölkerung 1998 nach LBI für Frauengesundheitsforschung/BALDASZTI

Gab es im Jahr 1991 bei den 12- bis 14-jährigen Müttern noch 23 Lebendgeburten in ganz Österreich, davon neun in Wien, so sind es im Jahr 1998 14 Geburten in Österreich und acht in Wien. In Prozenten ausgedrückt bedeutet das, dass der Anteil der Geburten von 12- bis

14-jährigen Müttern an allen Lebendgeburten für ganz Österreich 0,017 Prozent, für Wien 0,053 Prozent beträgt; bei der Altersgruppe der 15- bis unter 19-jährigen Mütter sinkt der Anteil an allen Lebendgeburten in Österreich von 5,89 auf 4,01 Prozent und in Wien von 7,07

auf 4,98 Prozent. Insgesamt kann daher sowohl in Österreich als auch in Wien ein kontinuierlicher Rückgang von Lebendgeburten durch „Teenager-Mütter“ zwischen den Jahren 1991 und 1998 verzeichnet werden.

Eine Analyse der Daten aus dem zweiten Halbjahr 1999 bezüglich Schwangerenberatung minderjähriger Mädchen (in 38 von 44 Rechtsträgerorganisationen) beschreibt die spezifischen Lebensumstände von 40 jungen Frauen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren in Wien (lt. BMSG/Dr. Michael JANDA):

1. Herkunftsland: Etwas mehr als die Hälfte der Mädchen kamen aus Österreich, ein Viertel aus anderen Nachbarländern, der Rest aus anderen europäischen Ländern.
2. Eigene Kinder: Die Mehrheit der jungen Frauen (35 Fälle) hatten noch keine eigenen Kinder und standen somit ganz neu in dieser Situation; jede zehnte jugendliche Mutter hatte schon ein Kind und damit schon Erfahrungen mit einer eigenen Schwangerschaft.
3. Familienstand: Die jungen Frauen waren überwiegend ledig, d. h. drei Viertel (30 Fälle) der Frauen standen sechs verheiratete Frauen gegenüber.
4. Abgeschlossene Ausbildung: Die höchste abgeschlossene Berufsausbildung war bei 15 Frauen die Pflichtschule, bei fünf jungen Frauen eine Lehre/mittlere Schule, bei sechs Personen die AHS/BHS und zwei gaben an, keinen Abschluss zu haben; bei zwölf jungen Frauen wurden keine Angaben zu ihrer Ausbildung gemacht.
5. Aktuelle berufliche Situation: Insgesamt gab es nur zwei junge Frauen, die schon vollzeitig erwerbstätig waren, hingegen stand die Mehrzahl der jungen Frauen (15) in einer Ausbildung; acht jugendliche Mütter waren arbeitslos/Notstand und neun waren als Hausfrauen tätig.
6. Wohn- und Lebensform: Die Mehrheit der minderjährigen Mädchen (14) lebte bei ihren Eltern bzw. einem Elternteil, dann sind in etwa zwei gleich große Gruppen zu erkennen: Die einen leben ge-

meinsam mit ihrem (Ehe-)Partner (7) und die anderen wohnen gemeinsam mit ihrem (Ehe-)Partner *und* den Eltern (6); jede achte junge Frau lebt alleine.

Resümierend kann festgehalten werden, dass minderjährige schwangere Mütter in einer risikoreichen und problematischen Situation leben: Sie haben überwiegend einen niedrigen Schulabschluss und damit auch wenig berufliche Perspektiven. Durch das weitgehende Fehlen einer eigenen ökonomischen Basis leben sie in Sozialbeziehungen, die eine größere Abhängigkeit bedeuten. Junge Frauen haben es noch schwerer als andere Personen, eine eigene Wohnung zu finden und zu bezahlen. Außerdem ist es besonders schwierig, neben der Bewältigung des praktischen Alltags mit einem Kind auch eine perspektivenschaffende Ausbildung zu absolvieren und damit eine eigenständige berufliche Perspektive zu entwickeln. Minderjährige Mütter sind deshalb oft gezwungen, unqualifizierte berufliche Tätigkeiten zu übernehmen und können nur erschwert positive Zukunftsperspektiven entwickeln.

Für die positive Bewältigung von Belastungen junger Mütter werden nach einer österreichischen Studie (vgl. JANIG, 1994) folgenden Faktoren genannt:

- die persönliche Reife der Mädchen
- die Verfügbarkeit von individuellen kognitiven Verarbeitungsstrategien
- das Vorhandensein sozialer und wirtschaftlicher Stützsysteme.

Konkret bedeutet das, dass junge Frauen nur dann höhere berufliche Qualifikationen erreichen, wenn sie Unterstützung bei der Kindererziehung erfahren und von ihrem Umfeld dazu motiviert werden, trotz des Kindes in ihre Bildung zu investieren.

Ein internationaler Vergleich der Geburtenraten bei 15- bis 19-Jährigen Mitte der 90er Jahre zeigt auf, dass Österreich an 17. Stelle steht und mit 15,6 Prozent eine eher niedere Geburtenrate aufweist.



Tabelle 20: Geburtenraten bei 15- bis 19-Jährigen im internationalen Vergleich (1995)

Rangplatz	Land	Geburtenrate (in %)
sehr niedrig: unter 10		
1	Japan	3,9
2	Schweiz	5,7
3	Italien	6,9
4	Schweden	7,7
5	Spanien	7,8
6	Niederlande	8,2
7	Dänemark	8,3
8	Belgien	9,1
9	Slowenien	9,3
10	Finnland	9,8
niedrig: 10–19,9		
11	Frankreich	10,0
12	Norwegen	13,5
13	Deutschland	12,5
14	Griechenland	13,0
15	Irland	15,0
16	Albanien	15,4
17	Österreich	15,6
18	Israel	18,0
19	Australien	19,8
20	Kroatien	19,9
moderat: 20–34,9		
Tschechien, Portugal, Polen, Island, Nordirland, Kanada, Lettland, Schottland, England, Ungarn, Jugoslawien, Slowakei, Estland, Neuseeland		
hoch: 35–49,9		
Litauen, Bosnien, Weißrussland, Rumänien, Mazedonien, Russland, Bulgarien		
sehr hoch: über 50		
Georgien, Moldavien, Ukraine, USA, Armenien		

Quelle: SING & DARROCH, 2000, Table 2, p. 5 (nach LBI für Frauengesundheitsforschung/BALDASZTI)

### 6.2.1 Beratungs- und Betreuungsangebote für jugendliche Mütter

Eine im Jahr 2000 von Magda SORGER-DOMENIGG durchgeführte Studie im Auftrag des Wiener Frauengesundheitsbüros fasst die Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen durch jugendliche Mütter in Wien zusammen und kommt zu folgenden Ergebnissen:

#### 6.2.1.1 Angebote vor, während und nach der Schwangerschaft

Insgesamt kann festgestellt werden, dass jene Angebote, die sich mit dem Anliegen der Prävention, nämlich Empfängnisverhütung, AIDS/HIV-Prävention, sexuelle

Aufklärung, etc., speziell an Jugendliche richten, stark in Anspruch genommen werden. Das sind vor allem

- die Familienberatungsstellen wie z. B. die Beratungsstelle der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF) mit „First Love“ in Wien
- das Frauengesundheitszentrum F. E. M. in der Semmelweis-Frauenklinik Wien
- das Frauengesundheitszentrum F. E. M. Süd im Kaiser-Franz-Josef-Spital Wien.

Jene Beratungsstellen der unterschiedlichen Einrichtungen, die sich ganz allgemein an Schwangere wenden, wie z. B. mit Geburtsvorbereitungskursen, haben kein eigenes Konzept für Teenager-Mütter und werden vorwiegend vom individuellen Einsatz einzelner Hebammen, Sozialarbeiterinnen, Psychologinnen, etc. getragen.

Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Betreuung und Beratung von schwangeren Mädchen einen völlig anderen Zugang als bei jungen Frauen über 19 Jahren erfordert. Zudem zeigt auch die Praxis, dass Teenager-Mütter oft aus so genannten Risikofamilien kommen und mit institutionalisierten Beratungs- und Betreuungsangeboten sehr schwer zu erreichen sind.

In den letzten beiden Jahren wurden neue Angebote und Konzepte im Rahmen der städtischen Mutter-Kind-Heime für die Bedürfnisse von jugendlichen Müttern entwickelt. Im Jahr 2000 konnten insgesamt 37 junge Frauen (teilweise schon vor der Entbindung) auf-

genommen werden. 19 von ihnen waren minderjährig, 13 Mütter verließen das Heim wieder; neun Kinder von minderjährigen Müttern wurden fremd – überwiegend in Pflegefamilien – untergebracht.

### 6.2.1.2 Erfahrungen und Einstellungen von jungen schwangeren Mädchen

Aus den Interviews mit den minderjährigen Müttern wird deutlich, dass den Mädchen einerseits die Einrichtungen gut bekannt sind, andererseits jedoch kaum von den Mädchen in Anspruch genommen werden.

Tabelle 21: Inanspruchnahme von Geburtsvorbereitungsangeboten in Wien

Geburtsvorbereitungsangebote	Anzahl der Teenager-Mütter (n = 17)
keinerlei Geburtsvorbereitung	9
Geburtsvorbereitungskurs	3
Schwangerschaftsgymnastik	2
Elternschule	1
Hebamme	1
keine Angaben	1

Quelle: SORGER-DOMENIGG, 2000; im Auftrag des Wiener Frauengesundheitsbüros

Zur Erklärung der Diskrepanz zwischen unterstützendem Angebot und der geringen Inanspruchnahme dieser Angebote werden folgende Zitate aus den Interviews mit den jugendlichen Müttern in der Studie genannt:

- „In der Schwangerschaft habe ich mich so ‚mischmasch‘ gefühlt ...dumm ... ich hab‘ mich geschämt und hätt‘ mich am liebsten nur versteckt.“
- „Beim Gynäkologen und im Mutter-Kind-Zentrum, das ist ein Horror ... man wird angestarrt wie ein Verbrecher.“
- „Ich wollte nicht alleine in die Schwangerschaftsgymnastik!“

- „Niemand sagt einem was ... man muss alles alleine heraus finden.“
- „Die Frauen auf der Straße, die so 50, 60 sind, die schauen einen an, als hätte man einen Raubüberfall gemacht.“

### 6.2.1.3 Wünsche bezüglich Beratungs- und Betreuungsangeboten

Insgesamt fühlen sich etwa die Hälfte der schwangeren Mädchen in Wien ausreichend über Schwangerschaft und Geburt informiert. Etwa ein Drittel hätte gerne mehr Informationen gehabt und drei junge Frauen wollten nicht mehr wissen.

Tabelle 22: Bedürfnis nach Information während der Schwangerschaft

Informationen während der Schwangerschaft	Anzahl der Teenager-Mütter (n = 17)
ich war ausreichend informiert	8
ich hätte gerne ausführlichere Informationen gehabt	6
ich wollte absichtlich nicht so viel wissen	3

Quelle: SORGER-DOMENIGG, 2000; im Auftrag des Wiener Frauengesundheitsbüros

Die schwangeren Mädchen äußerten in den Interviews folgende Wünsche hinsichtlich Beratung und Betreuung in Wien:

1. Kontakt mit gleichaltrigen Schwangeren und Müttern: Gleich an erster Stelle wurde das Bedürfnis nach Gesprächen und Erfahrungsaustausch, Geburtsvorbereitung, aber auch gemeinsamen Aktivitäten mit gleichaltrigen Schwangeren und Müttern genannt.
2. Information über finanzielle Unterstützung: Weiters wird von fast allen interviewten Mädchen mehr Information über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten gewünscht. Gerade die prekäre Situation der 14-jährigen Schwangeren, die keine Chance auf finanzielle Absicherung haben, werden in der Studie besonders hervorgehoben.
3. Beratungsangebote in der Schule: Ein Teil der Mädchen wünscht sich eine Art Sprechstunde im Rahmen der Beratungsangebote in der Schule, die sich der Thematik Teenager-Schwangerschaft widmet.
4. Eingehen auf soziale und emotionale Situation: Der Wunsch, dass bei Kontrolluntersuchungen in der Schwangeren-Ambulanz im Krankenhaus mehr auf die soziale und emotionale Lage der Mädchen eingegangen werden soll, ist bei den Interviewten stark vorhanden.
5. Verständliche und medizinische Information: Sowohl mehr medizinische als auch mehr verständlichere Informationen wie z. B. über Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt wurden von den jungen Müttern gefordert.
6. Telefonische Beratungs- und Anlaufstelle rund um die Uhr: Eine telefonische Beratungs- und Anlaufstelle rund um die Uhr war u. a. auch ein Wunsch, der von den interviewten Mädchen geäußert wurde.

Die Studienautorin begründet die mangelnde Inanspruchnahme von Beratungs- und Betreuungsangeboten durch minderjährige Schwangere und Mütter zum einem mit dem Mangel an institutioneller Vernetzung, zum anderen mit der Nichtdifferenzierung vorhandener Angebote zwischen den doch sehr verschiedenen Bedürfnissen von jungen Schwangeren bzw. Müttern und erwachsenen Frauen. „Nicht nur aufgrund, sondern besonders wegen der oft schwierigen und problembehafteten psychosozialen Lebenssituation der Teenager ist ein spezielles Beratungs- und Betreuungskonzept erforderlich.“ (SORGER-DOMENIGG, 2000)

### 6.2.2 Schwangerschaftsabbrüche

Daten über die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen liegen in Österreich aufgrund der gesetzlichen Regelung (keine Registrierpflicht) nur in Form von Spitalsstatistiken aus öffentlichen Spitälern und nicht aus dem Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen und der selbstständigen Ambulatorien vor. Österreich zählt damit gemeinsam mit Luxemburg und Portugal zu den einzigen europäischen Ländern, von denen keine regelmäßigen Angaben über die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen vorliegen. In anderen europäischen Ländern werden von in einem Register erfassten ÄrztInnen, Ambulatorien oder Krankenhäusern, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, die jeweiligen Zahlen an eine zentrale Stelle gemeldet. Ebenso liegen über die Vollständigkeit der dabei ermittelten Abbruchzahlen Dokumentationen vor (vgl. TAZI-PREVI & KYTIR, 1999). In Österreich kann daher von einer Untererfassung von Schwangerschaftsabbrüchen ausgegangen werden.

Die folgende Tabelle zeigt gesetzliche Regelungen und Häufigkeiten von Schwangerschaftsabbrüchen in ausgewählten europäischen Ländern:

Tabelle 23: Gesetzliche Regelung und Häufigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

Land	gesetzliche Situation			Häufigkeit der Abbrüche	
	seit	Regelung	Frist bis	Jahr	Abbrüche/auf 100 Lebendgeborene
Dänemark	1973	freier Abbruch	12. Woche	1993	28
Finnland	1970	Indikationenregelung	12. Woche	1994	15
Frankreich	1975	Beratungspflicht	10. Woche	1993	23
Deutschland West	1976	Indikationenregelung	12. Woche	–	–
Deutschland Ost + West	1995	Beratungspflicht	12. Woche	1993	11
Griechenland	1976	freier Abbruch	12. Woche	1992	11
Italien	1978	freier Abbruch	12. Woche	1993	27
Niederlande	1981	freier Abbruch	13. Woche	1992	10
Norwegen	1978	freier Abbruch	12. Woche	1993	25
Spanien	1985	Indikationenregelung	12./22. Woche	1993	12
Schweden	1974	freier Abbruch	18. Woche	1994	29
Großbritannien	1967	freier Abbruch	24. Woche	1990	23

Quelle: TAZI-PREVI & KYTIR, 1999 (nach LBI für Frauengesundheitsforschung/BALDASZTI)

TAZI-PREVI & KYTIR nehmen in Bezug auf die verschiedenen europäischen Länderberichte an, dass die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen in Österreich im Rahmen jener anderen europäischen Länder liege, d. h. zwischen zehn und 29 Abbrüche pro 100 Lebendgeburten, und schätzen damit für die letzten Jah-

re in Österreich etwa 19.000 bis 25.000 Abbrüche pro Jahr.

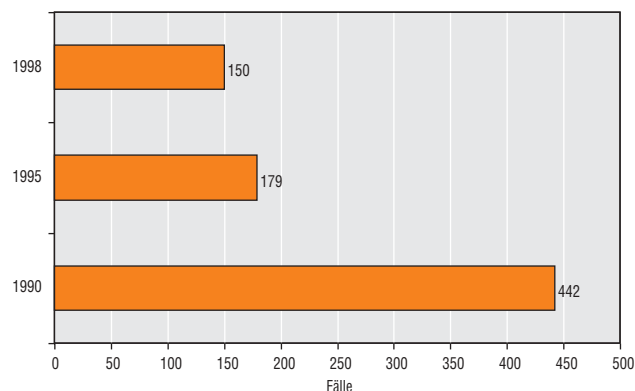
In der folgenden Tabelle ist die Entwicklung der gemeldeten legalen Schwangerschaftsabbrüche in den Jahren 1990, 1995 und 1998 ablesbar:

Tabelle 24: „Legale Interruptio“ laut Spitalsentlassungsstatistik 1990–1995–1998

Altersgruppen	Österreich			Wien		
	1990	1995	1998	1990	1995	1998
unter 14 Jahren	14	8	7	5	5	4
15 bis 19 Jahre	309	248	270	132	64	56
20 bis 24 Jahre	715	498	407	310	115	94
25 bis 29 Jahre	811	580	553	315	138	99
30 bis 39 Jahre	1304	971	943	481	218	140
40 bis 49 Jahre	348	185	182	98	41	23
ab 50 Jahre	4	4	0	1	0	0
Summe	3.505	2.494	2.362	1.342	581	416

Quelle: Statistik Austria (nach LBI für Frauengesundheitsforschung/BALDASZTI)

Grafik 10: „Legale Interruptio“ laut Spitalsentlassungsstatistik bei 15- bis 24-Jährigen in Wien



Quelle: Statistik Austria (nach LBI für Frauengesundheitsforschung/BALDASZTI)

Diese Statistik zeigt ganz deutlich ein kontinuierliches Absinken der legalen Interruptio in allen Altersgruppen in Österreich (von 3.505 im Jahr 1990 auf 2.362 im Jahr 1998), aber auch in Wien von 1.342 auf 416 Fälle. Es ist gut ersichtlich, dass Schwangerschaftsabbrüche bei den jugendlichen Frauen im Alter von 15 bis 24 Jah-

ren in Wien um zwei Drittel im Zeitraum von 1990 bis 1998 gesunken sind.

Eine Differenzierung der Schwangerschaftsabbrüche in Spitälern der Gemeinde Wien in den Jahren 1997 bis 1999 nach Alter zeigt folgende Tabelle auf:

Tabelle 25: Schwangerschaftsabbrüche nach Alter in Spitälern der Gemeinde Wien, 1997–1999

Schwangerschaftsabbrüche im/in der ...		Mädchen/junge Frauen				
		unter 14	14 bis 15	16 bis 18	ab 19	gesamt
AKH	1997	0	0	0	52	52
	1998	0	0	3	53	56
	1999	0	0	0	54	54
SEM	1997	1	1	14	196	212
	1998	1	5	23	192	221
	1999	0	4	26	208	238
KFJ	1997	0	0	1	26	27
	1998	0	0	2	35	37
	1999	0	0	1	24	25
KAR	1997	0	0	5	97	102
	1998	0	2	7	57	66
	1999	0	2	5	58	65
KHL	1997	0	0	1	13	14
	1998	0	0	0	10	10
	1999	0	0	0	7	7
WIL	1997	0	0	1	8	9
	1998	0	0	0	13	13
	1999	0	0	4	7	11
KSZ	1997	0	0	0	4	4
	1998	0	0	0	10	10
	1999	0	0	1	4	5
gesamt (Anzahl)		2	14	94	1.128	1.238
gesamt (in %)		0,16	1,13	7,59	91,11	100

Quelle: KAV-Krankenanstaltenverbund (nach LBI für Frauengesundheitsforschung/BALDASZTI)

Die Tabelle 25 zeigt auf, dass Schwangerschaftsabbrüche überwiegend im späten Teenageralter (ab 19 Jahren: 90 Prozent) stattfinden. Hier ist besonders die Semmelweis Frauenklinik zu nennen, in der auch die meisten legalen Interruptio (238), gefolgt von der Karolinenklinik (65) und dem Allgemeinen Krankenhaus (54), im Jahr 1999 durchgeführt wurden.

Laut Auskunft des Ambulatoriums am Fleischmarkt „Schwangerenilfe und Sexualmedizin“ waren im Jahr 1999 etwa zehn junge Frauen zwischen 14 und 19 Jahre alt, das entspreche laut Geschäftsführerin BÖSCH-KEMTER einem Prozentsatz, der in den letzten Jahren konstant blieb (zitiert nach LBI für Frauengesundheit/BALDASZTI).

### 6.3 Literatur

- BARDELEBEN, H.; FIEBERG, R. & REIMANN, B. W.: Abschied von der sexuellen Revolution. Liebe und Sexualität der „Nach-68er-Generation“ in Zeiten von AIDS. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher AIDS-Forschung, Band 15. Berlin 1995.
- BÖHNISCH, I. & WINTER, R.: Männliche Sozialisation. Bewältigungsprobleme männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf. Weinheim und München 1993.
- BZGA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen und ihrer Eltern. Kurzzusammenfassung der Endergebnisse. Köln 1996.
- BZGA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Jugendsexualität 1998. Ergebnisse der aktuellen Repräsentativbefragung. Köln 1998.
- DOBLHAMMER, G.; LUTZ, W. & PFEIFFER C.: Familien- und Fertilitätssurvey (FFS) Österreich. Frauen und Männer. Materialiensammlung Heft 2; Österreichisches Institut für Familienforschung. Wien 1996.
- FING, B. & WIMMER-PUCHINGER, B.: AIDS-Jugendstudie 1997: Ludwig-Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung (Hrsg.) im Auftrag des BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wien 1998.
- FLAAKE, K.: Körper, Sexualität und Geschlecht. Studien zur Adoleszenz junger Frauen. Gießen 2001.
- FLAAKE, K.: Weibliche Adoleszenz – Neue Möglichkeiten, alte Fallen? Widersprüche und Ambivalenzen in der Lebenssituation und den Orientierungen junger Frauen. In: Oechsle, M./Geissler, B. (Hrsg.): Die ungleiche Gleichheit. Junge Frauen und der Wandel im Geschlechterverhältnis. Opladen 1998, S. 43–66.
- GESUNDHEITSBERICHT WIEN: Bericht B1/2001, Magistrat der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.). Wien 2001.
- GILLIS, D. & GUATTARI, F.: Kapital und Schizophrenie. Frankfurt am Main 1974.
- HABERMAS, J.: Die neue Unübersichtlichkeit. Frankfurt am Main 1985.
- HAGEMANN-WHITE, C.: Sozialisation: Weiblich-Männlich? Opladen 1984.
- HELFFERICH, C.: Jugend, Körper und Geschlecht. Die Suche nach sexueller Identität, Opladen 1994.
- INTERNATIONALE STUDIE JUGENDSEXUALITÄT UND AIDS 1990/1991: Ludwig-Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau (Hrsg.), im Auftrag des BM für Wissenschaft und Forschung und BM für Gesundheit. Wien 1992.

- JANIG, H.: Familiäre Unterstützung, Schulbildung und Berufstätigkeit jugendlicher Mütter. In: Psychologische Forschung in Österreich. Bericht über die 1. wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychologie. Klagenfurt 1994, S. 86–89.
- KROMER, I.: Vom Anbandeln, Schmusen und Miteinanderschlafen. Jugendsexualität in den 90er Jahren. Expertise für den Bericht zur Lage der Jugend in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen. Wien 1998.
- KROMER, I. & TEBBICH, H.: Zwischenwelten. Das Leben der 11- bis 14jährigen. Österreichisches Institut für Jugendforschung (Hrsg.). Wien 1998.
- LEHNER, E.: Männer an der Wende. Grundlagen kirchlicher Männerarbeit. Dissertation an der Universität Wien. Wien 1997.
- LEHNER-HARTMANN, A. (1998): Mädchen oder Bub – eine Leichtigkeit des Seins? Zur Bedeutung des Geschlechts in der Entwicklung des Kindes. In: *Diakonia* 5, S. 202–310.
- LEHNER-HARTMANN, A.: Wider das Schweigen und Vergessen. Sozialwissenschaftliche Erkenntnisse und praktisch-theologische Reflexionen zu Gewaltvorkommen in Familien. Dissertation an der Universität Wien. Wien 2000.
- LÖHR, H. & RATHGEBER, R. (1994): Mädchen und Sexualität, in: *Diskurs* 1[1995]54-60.
- MERTENS, W.: Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität. Band 2: Kindheit und Adoleszenz, Stuttgart – Berlin – Köln.
- NEUNBAUER, G. (1994): Jugendsexualität – ein Generationskonflikt? In: *Focus* 43, S. 247.
- NÖSTLINGER, C. & WIMMER-PUCHINGER, B.: Geschützte Liebe. Jugendsexualität und AIDS. Eine internationale Studie 1990/91. Wien 1994.
- REISEL, B.; WIMMER-PUCHINGER, B. & LEHNER, M. L. u.a.: Gewalt gegen Kinder. In: *Gewalt in der Familie*. Im Auftrag des BM für Umwelt, Jugend und Familie (Hrsg.). Wien 1991.
- SCHMIDT, G. & STRAUSS, B. (Hrsg.): *Sexualität und Spätmoderne. Über den kulturellen Wandel der Sexualität*. Stuttgart 1998.
- SCHMIDT, G. (Hrsg.): *Jugendsexualität. Sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder*. Beiträge zur Sexualforschung; Band 69, Stuttgart 1993.
- SCHMIDT, G.; KLUSMANN, D. & ZEITZSCHLE, U. (1992): Veränderungen der Jugendsexualität zwischen 1970 und 1990. In: *Zeitschrift für Sexualforschung* 5. Jg. 3 [1992], S. 191–218.
- SCHMIDT, G. (Hrsg.): *Kinder der sexuellen Revolution. Kontinuität und Wandel studentischer Sexualität 1966–1996*. Eine empirische Untersuchung, Gießen 2000.
- SEXUALITÄT UND AIDS. Eine empirische Untersuchung in Wien und internationale Forschungsschwerpunkte in der AIDS-Prävention. WHO Projekt: Wien – Gesunde Stadt (Hrsg.). Wien 1996.
- SIELERT, U.: *Sexualpädagogik. Konzeption und didaktische Hilfen für die Aus- und Fortbildung von MultiplikatorInnen*. Schriftenreihe des Instituts für Sexualpädagogik Band 1. Dortmund 1991.
- SINGH, S. & DARROCH, J. (2000): Adolescent Pregnancy and Childbearing. Levels and Trends in Developed Countries. *Fam Plann Persp*, 2000, 32 (1): 14–23; [<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/3201400.html>]
- SORGER-DOMENIGG, M.: Inanspruchnahme von medizinischen und psychosozialen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen durch jugendliche Mütter in Wien. Kurzzusammenfassung, im Auftrag des Wiener Frauengesundheitsbüros, Wien 2000.
- TAZI-PREVI, I. & KYTIR, J. (1999): Schwangerschaftsabbruch in Österreich. „Alte“ Standpunkte – „neue“ Konflikte. Demographische Informationen 1997/99, S. 20–29.
- TEBBICH, H.: Junge Liebe – Lust und Frust der Teenager, in: GROßEGGER & HEINZLMAIER: *Trendpaket 1, Jugendkultur als flächiges Klebekustwerk*. Wien 1997, S. 43 – 47.
- TREMMELE, J.: *Sweet Little Sixteen. Jugend und Sexualmoral*. Frankfurt am Main 1994.
- WEIDINGER, B.; KOSTENWEIN, W. & DRUNECKY, G.: Das erste Mal. Sexualität und Kontrazeption aus der Sicht der Jugendlichen. Eine Untersuchung im Auftrag der Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung. Wien 2001.
- WINTER, R./NEUBAUER, G.: *Kompetent, authentisch und normal? Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexualaufklärung und Beratung von Jungen*. Eine qualitative Studie, hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln 1998.