



Kinder
gesundheits
bericht

Wiener

2000



MA-L | Dezernat für
Gesundheitsplanung

Kwizda

Dieser Bericht wurde mit maßgeblicher Unterstützung der Firma F. Joh. KWIZDA GmbH erstellt.

Kinder
gesundheits
bericht

Wiener
2000



Die Bezirke Wiens



IMPRESSUM

KONZEPT

Mag. Klaudia WAIS
Mag. Monika CSITKOVICS
Univ.-Prof. Dr. Brigitte KWIZDA-GREDLER

PROJEKTLEITUNG UND -KOORDINATION

Univ.-Prof. Dr. Brigitte KWIZDA-GREDLER

WISSENSCHAFTLICHE BEARBEITUNG

Univ.-Prof. Dr. Brigitte KWIZDA-GREDLER
Univ.-Prof. Dr. Anita RIEDER
Mag. Dr. Ingrid KIEFER

PROJEKTBEIRAT

Dr. Erika BALDASZTI
Mag. Monika CSITKOVICS
Mag. Christine HABERZETTL
Mag. Dr. Ingrid KIEFER
Univ.-Prof. Dr. Brigitte KWIZDA-GREDLER
Univ.-Prof. Dr. Anita RIEDER
Univ.-Prof. Dr. Brigitte ROLLETT
DI Dr. Hannes SCHMIDL
Mag. Klaudia WAIS
Univ.-Prof. Dr. Beate WIMMER-PUCHINGER

SACHBEARBEITUNG UND KOORDINATION DER BERICHTERSTELLUNG

Mag. Christine HABERZETTL

BERICHTERSTELLUNG

Mag. Christine HABERZETTL
Mag. Dr. Ingrid KIEFER
Univ.-Prof. Dr. Brigitte KWIZDA-GREDLER
Univ.-Prof. Dr. Anita RIEDER

UNTER MITARBEIT VON

Charlotte PANUSCHKA
Claudia PANUSCHKA

ENGLISCHE ÜBERSETZUNG

Mag. Verena BRAUNIZER

ENDREDAKTION

Mag. Klaudia WAIS
Mag. Monika CSITKOVICS

LEKTORAT

Sachartschenko & Spreitzer OEG

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger:

Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion
Dezernat II – Gesundheitsplanung
Schottenring 24, A-1010 Wien
Tel.: +43-1-531 14-760 27
e-mail: poe@mal.magwien.gv.at
Hersteller: Agneswerk, Wien

Mit Beiträgen von

Kapitel 4.2.2; Anhang Kapitel 10

Univ.-Ass. Prof. Dr. Pia DEIMANN; Univ.-Ass. Prof. Dr. Ursula KASTNER-KOLLER; Patricia SÖLLHAMMER; Eva SZIGET-VARI (Institut für Psychologie der Universität Wien)

Kapitel 3.1.1; 3.1.2; 3.1.3; 3.2.1; 3.2.2; 3.2.3; 3.3; 5.2; 5.4.1; 5.5.1; 5.8.1

Univ. Lektor Mag. Dr. Wolfgang DÜR; Mag. Katharina MRAVLAG; Isabella SCHUSS (Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie)

Kapitel 4.2.4.2

Univ.-Prof. Dr. Max FRIEDRICH (Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien)

Kapitel 3.1.4

Gollia ANNELIES (Institut für Psychologie der Universität Wien)

Kapitel 4.2.3.5.2

Univ.-Prof. Dr. Manfred GÖTZ (Abteilung für Kinder und Jugendheilkunde, Wilhelminenspital der Stadt Wien); Dr. Angela ZACHARASIEWICZ (Ludwig Boltzmann-Institut für Lunge und Umwelt und Forschungsprojekt Lunge und Umwelt, Krankenhaus Lainz; Abteilung für Kinder und Jugendheilkunde, Wilhelminenspital der Stadt Wien); Univ.-Prof. Dr. Hartmut ZWICK (Ludwig Boltzmann-Institut für Lunge und Umwelt und Forschungsprojekt Lunge und Umwelt, Krankenhaus Lainz); Dr. Christa LUCIUS (Magistratsabteilung für Gesundheitswesen der Stadt Wien); Dr. Thomas SVITIL (Magistratsabteilung für Gesundheitswesen der Stadt Wien)

Kapitel 4.2.6.5

Luise HAAS-MASCHL (Integrationskindertagesheim Kaiserebersdorf)

Kapitel 10

DI Anton HLAVA; Dr. Gertrud BRONNEBERG; DI Dr. Gerhard FÜLÖP; Mag. Claudia NEMETH; Mag. Gabriele SAX; Mag. Dr. Barbara SCHLEICHER (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien)

Kapitel 4.1.2.1.1

OA Dr. Osman IPSIROGLU (SIDS-Forschungs-, Beratungs- und Koordinationszentrum, Abteilung für Neonatologie, angeborene Störungen und Intensivmedizin, Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien); Univ.-Prof. Dr. Arnold POLLAK (Abteilung für Neonatologie, angeborene Störungen und Intensivmedizin, Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien); Prim. Univ.-Prof. Dr. Andreas LISCHKA (Kinderklinik Glanzing am Wilhelminenspital, Wien); Prim. Univ. Doz. Dr. Michael SACHER (Kinderinterne Abteilung des SMZ-Ost Wien); Prim. Univ.-Prof. Dr. Walter STÖGMANN (Gottfried von Preyer'sches Kinderspital Wien); Prim. Dr. Ludwig KASPAR (Generaldirektion des Wiener Krankenanstaltenverbundes)

Kapitel 4.2.3.2.2

OA Dr. Osman IPSIROGLU (SIDS-Forschungs-, Beratungs- und Koordinationszentrum, Abteilung für Neonatologie, angeborene Störungen und Intensivmedizin, Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien); Dr. Ali FATEMI (SIDS-Forschungs-, Beratungs- und Koordinationszentrum, Abteilung für Neonatologie, angeborene Störungen und Intensivmedizin, Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien); Univ.-Prof. Dr. Bernhard SCHWARZ (Institut für Sozialmedizin der Universität Wien)

Kapitel 4.2.1.4.1

Univ.-Prof. Dr. Christina KOHLHAUSER; Mag. Renate FUIKO (Universitätsklinik für Kinder und Jugendheilkunde Wien, Nachsorgeambulanz AKH, Abteilung Neonatologie, angeborene Störungen und Intensivmedizin)

Exkurs: Neugeborenen-Screening

Univ.-Prof. Dr. Sylvia STÖCKLER-IPSIROGLU, OA Dr. Osman IPSIROGLU (Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, AKH Wien)

Kapitel 9.2

Univ. Doz. Dr. Ursula KUNZE (Institut für Sozialmedizin der Universität Wien)

Exkurs: Kommunikationsbarrieren - MigrantInnen

Banu WIMMER (Univ. Klinik für Frauenheilkunde, AKH Wien), OA Dr. Osman IPSIROGLU (Referat für Medizinexport, Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde, Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, AKH Wien)

Kapitel 1; 3.1.4; 4.2.2.1; 4.2.2.2; 4.2.2.3; 4.2.2.4

Univ.-Prof. Dr. Brigitte ROLLETT (Institut für Psychologie der Universität Wien; Abteilung für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie)

Kapitel 10.1 Stellungnahme

Dr. Rudolf SCHMITZBERGER; Dr. Erwin POKORNY (Fachgruppe der niedergelassenen Wiener KinderärztInnen)

Kapitel 3.2

Univ.-Ass. Mag. Dr. Ulrike SIRSCH; Eva SZIGETVARI; Patricia SÖLLHAMMER (Institut für Psychologie der Universität Wien)

Kapitel 3.1

Univ.-Ass. Mag. Dr. Harald WERNECK (Institut für Psychologie der Universität Wien)

Präambel

Univ.-Prof. Dr. Beate WIMMER-PUCHINGER (Frauengesundheitsbeauftragte der Stadt Wien; Ludwig-Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung)

Kapitel 4.2.6.2; 5.4.1.1; 5.4.1.2; 5.4.3; 6; 7; 8

Univ.-Prof. Dr. Beate WIMMER-PUCHINGER; Dr. Erika BALDASZTI (Ludwig Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung)

Mit Dank für die freundliche Unterstützung

Dr. Tuerkan AKKAYA, Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien.

Dr. Robert BAUER; Ing. Mag. Thomas LETTNER, Institut Sicher Leben, Wien.

Dr. Christine BRUNS (MA 15, Dez. I/Ref. 2); Dr. Christa LUCIUS (MA 15, Dez. IV/Ref. 4); Hermine MOSER (MA 15, Dez. I/Ref. 3); Dr. Susanne PFUDL (MA 51, Dez. I); Dr. Ingrid PILZ (MA 15, Dez. IV/Ref. 2).

Prim. Univ.-Prof. Dr. Ernst BERGER, Neurologisches Krankenhaus Rosenhügel der Stadt Wien, Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche mit Behinderten-Zentrum.

Univ.-Prof. DDr. Wolfgang BIGENZAHN, Universitätsklinik für HNO-Krankheiten, Klinische Abteilung für Phoniatrie und Logopädie des AKH Wien.

Dr. Elisabeth BRAININ, Institut für Erziehungshilfe, Wien.

Dr. Vera DOBER, Statistik Österreich.

Univ.-Prof. Dr. Ibrahim ELMADFA, Vorstand des Institutes für Ernährungswissenschaften der Universität Wien.

Dr. Thomas ELSTNER, Neurologisches Krankenhaus Rosenhügel der Stadt Wien, Abteilung für Kinder, Jugendliche und Behinderte.

Dr. Waltraut HARTMANN; Doris KOLLER, Institut für Psychologie der Universität Wien

Mag. Ursula HÜBEL, MA-L Dezernat für Gesundheitsplanung.

Dr. Marianne IDINGER, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie sowie Kinderneuropsychiatrie, Wien.

Univ.-Prof. Dr. Michael KUNZE, Institut für Sozialmedizin der Universität Wien.

Univ.-Prof. Dr. Werner LEIXNERING, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Klinische Abteilung für Allgemeine Pädiatrie, Bereich Heilpädagogik und Psychosomatik.

Luise MASCHL-HAAS, Integrationskindertagesheim Kaiserebersdorf.

Univ.-Prof. Dr. Arnold POLLAK und MitarbeiterInnen, Abteilung für Neonatologie, angeborene Störungen und Intensivmedizin, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien

Herzlichen Dank an die MitarbeiterInnen von

AIDS-Hilfe Wien
ARBÖ Wien
Ärztammer Wien
AUVA
Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen
Berufsverband Kinderkrankenpflege
Bundesministerium für Inneres
Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen
Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie
Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten
Bundesministerium für Wissenschaft und Verkehr
Bundesinstitut für Gehörlosenbildung
Caritas Österreich und Caritas Erzdiözese Wien
Diabetes Austria
Die Möwe – Unabhängiger Verein für physisch oder sexuell misshandelte Kinder
Dr. Wilhelm Brenner Institut (Prim. Dr. HABERLER)
Fonds Gesundes Österreich
Forum Umweltbildung (DI Karin SCHNEEWEIS)
Hepatitis Liga Österreich
Institut für Sozialmedizin der Universität Wien
Institut für Umwelthygiene der Universität Wien (Herr Univ.-Prof. Dr. NEUBERGER)
Institut für Umweltmedizin
ISP – Informationsstelle für Suchtprävention
Kids Company
Kinderfreunde Wien
Kinder- und Jugendanwaltschaft Wien
Kuratorium für Verkehrssicherheit
Magistratsabteilung 11 – Amt für Jugend und Familie der Stadt Wien
Magistratsabteilung 12 – Sozialamt
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen
Magistratsabteilung 22 – Umweltschutz
Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt der Stadt Wien
Mobiler Beratungsdienst für Kinder und Jugendliche
ÖAMTC
ÖBIG Wien
Österreichischer Gehörlosenbund
Pädagogisches Institut der Stadt Wien
Pharmig (Ruth MAYRHOFER, Pressestelle/Öffentlichkeitsarbeit)
Preyer Kinderschutzgruppe
Pro Juventute Kinderdorfvereinigung
Rote Nasen Clowndoctors
Rotes Kreuz Österreich
Stadtschulrat für Wien (Dr. KUBEC)
Statistik Österreich
St. Anna Kinderspital
Umweltbundesamt
Unabhängiges Kinderschutzzentrum
Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters Wien (Brigitte Früchtl)
Verein für Konsumenteninformation (VKI)
WGKK
Wirtschafts- und Gesellschaftsmuseum in Kooperation mit der WGKK
Wissenschaftliches Institut der AOK-Deutschland (G. W. SELKE)

VORWORT

Die optimale Entwicklung unserer Kinder muss einen besonders hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft einnehmen. In der Kindheit werden bereits die Grundlagen für die weiteren Lebenschancen gebildet. Unsere Aufgabe besteht darin, unseren Kindern einen Lebensraum zu bieten, in dem sie ihre physischen und psychischen Möglichkeiten maximal entfalten können. Die bestmögliche Förderung unserer Kinder bedeutet gleichzeitig eine Weiterentwicklung unserer Gesellschaft.

Diese Förderung schließt selbstverständlich die gesundheitliche Lage der Kinder ein, zumal die Basis für den Gesundheitszustand als spätere Erwachsene bereits in der Kindheit gelegt wird. Auch werden schon in diesem Lebensabschnitt gesundheitsrelevante Verhaltensweisen gelernt, die sich auf die Lebensweise im Erwachsenenalter und somit lebenslang auf die Gesundheit auswirken.

Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung benötigen Orientierungsdaten, um zielgenaue gesundheitspolitische Maßnahmen entwickeln zu können. Voraussetzung für die Konkretisierung der Zielvorstellungen auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung ist die Kenntnis der relevanten Daten und Fakten, ihre systematische Zusammenführung und Auswertung im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung. Schon seit Jahren werden von der Stadt Wien zielgruppenspezifische Gesundheitsberichte herausgegeben. Bisher wurde die Gesundheit von Frauen, SeniorInnen, MigrantInnen und Männern in Spezialberichten ausführlich dargestellt, die auch zu gesundheitspolitischen Maßnahmen führten.

Eine umfassende Darstellung des Gesundheitszustandes der Wiener Kinder wird nun mit dem Wiener Kindergesundheitsbericht 2000 vorgelegt. Dieser wurde im Auftrag der Stadt Wien von einem multidisziplinären ExpertInnenteam unter der Leitung von Univ.-Prof. Dr. Brigitte Kwizda-Gredler verfasst.

Der Wiener Kindergesundheitsbericht 2000 beschreibt ausführlich die physische und psychische Situation der Wiener Kinder und gibt darüber hinaus einen Überblick über die demographische Situation, Risiken und Gefährdungen, Sexualität, Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsversorgung sowie über weitere Rahmenbedingungen für die Gesundheit von Kindern. Dabei wird etwa auf die rechtliche Position, die sozialen Umstände und das familiäre und schulische Umfeld der Kinder eingegangen.

Diese umfassende Darstellung der gesundheitlichen Situation von Kindern ermöglicht die Identifizierung von relevanten Gesundheitsproblemen, um in der Folge geeignete gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen setzen zu können. Eine vorsorgende Gesundheitspolitik in diesem Bereich ist zudem notwendig, um dem steigenden Trend zu chronischen Krankheiten so früh wie möglich entgegenzuwirken.



Der amtsführende Stadtrat für
Gesundheits- und Spitalswesen

Wien, September 2000

ZUSAMMENFASSUNG
SUMMARY

EINLEITUNG
INTRODUCTION

ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE
DEVELOPMENT PSYCHOLOGY

SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN VON WIEN
SOCIO-DEMOGRAPHIC FIGURES FOR VIENNA

RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITLICHE LAGE VON KINDERN
STRUCTURAL CONDITIONS FOR CHILDREN'S STATE OF HEALTH

EPIDEMIOLOGIE
EPIDEMIOLOGY

RISIKEN UND GEFÄHRDUNGEN
RISKS AND DANGERS

INNERFAMILIÄRE GEWALT UND SEXUELLER MISSBRAUCH VON KINDERN
VIOLENCE IN THE FAMILY, SEXUAL ABUSE OF CHILDREN

PUBERTÄT UND ADOLESZENZ
PUBERTY AND ADOLESCENCE

JUGENDSEXUALITÄT
SEXUALITY OF ADOLESCENTS

GESUNDHEITSVORSORGE UND PRÄVENTION
HEALTH CARE AND PREVENTION

GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEME FÜR KINDER
HEALTH CARE SYSTEMS FOR CHILDREN

LITERATUR
LITERATURE

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung	KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch	KCH	Kinderchirurgie
Abt.	Abteilung	KfV	Kuratorium für Verkehrssicherheit
AFZ	allgemeine Fruchtbarkeitsziffer	KH	Krankenhaus
AHS	Allgemeinbildende Höhere Schule	KISP	Kinderspital
AHSO	Allgemeinbildende Höhere Schule Oberstufe	KJNP	Kinder-/Jugendneuropsychiatrie
AHSU	Allgemeinbildende Höhere Schule Unterstufe	KRAZAF	Geschäftsstelle des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
AIDS	Acquired immune deficiency syndrome = erworbenes Immunschwächesyndrom	LBI	Ludwig Boltzmann Institut
AKH	Allgemeines Krankenhaus	Lj.	Lebensjahr
AMA	Agrarmarkt Austria	LSD	Lysergsäurediäthylamid
ARBÖ	Auto-, Motor- und Radfahrerbund Österreichs	LSKA	Landessonderkrankenanstalt
ASKÖ	Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich	Lt.	Laut
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	m.	männlich
Berufssch.	Berufsschule	MA	Magistratsabteilung
BGBI	Bundesgesetzblatt	Mio.	Millionen
BHS	Berufsbildende Höhere Schule	n	Anzahl
BKA	Bundeskanzleramt	NGO	Non Governmental Organisations
BLS	Bundeslebensmittelschlüssel	NKH	Neurologisches Krankenhaus
BM	Bundesministerium	NO ₂	Stickstoffdioxid
BMAGS	Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales	o.J.	ohne Jahresangabe
BMI	Bundesministerium für Inneres	O ₂	Sauerstoff
BMS	Berufsbildende Mittlere Schule	ÖAMTC	Österreichischer Automobil-, Motorrad- und Touring Club
BMUJF	Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie	ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
BMUK	Bundesministerium für Unterricht und Kunst	ÖGE	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
BMUKa	Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten	ÖSTAT	Österreichisches Statistisches Zentralamt
bzw.	beziehungsweise	p	Konfidenzintervall
ca.	circa	PGA	Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit
CH	Chirurgie	Poly	Polytechnischer Lehrgang
CMV-Inf.	Cytomegalie-Virus-Infektion	ppB	parts per billion
CO	Kohlenmonoxid	RDA	Recommended Daily Allowences/USA
CO ₂	Kohlendioxid	RDS	Respiratory Distress Syndrome
d. h.	das heißt	RZ	Rehabilitationszentrum
dB	Dezibel	SFK	Semmelweis Frauenklinik
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung	SGE	Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung
DMFS	Decayed-Missing-Filled-Surfaces)	SIDS	Sudden Infant Death Syndrome
DMFT	Decayed-Missing-Filled-Teeth	SKA	Sonderkrankenanstalt
DSM-4	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen	SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum Ost
et al.	et alii (und andere)	SÖ	Statistik Österreich
EW	Einwohner	SO ₂	Schwefeldioxid
FAO	Food and Agriculture Organisation	sog.	sogenannt
g	Gramm	SchOrgG	Schulorganisationsgesetz
GB	Gesundheitsbericht	SchUG	Schulunterrichtsgesetz
GFR	Gesamtfruchtbarkeitsrate	STD	sexually transmitted diseases (sexuell übertragbare Krankheiten)
HAV	Hepatitis A Virus	StGB	Strafgesetzbuch
HBSC	Health Behavior in School-Aged Children	Tab.	Tabelle
HBV	Hepatitis B Virus	u. Ä.	und Ähnliches
HIV	Human immunodeficiency virus	u. a.	und andere
HNO	Hals-Nasen-Ohren	usw.	und so weiter
ICD-9	Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO (1979)	u. v. m.	und vieles mehr
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation psychischer Störungen (F00–F99 = Psychische- und Verhaltensstörungen)	UNICEF	United Nations Children's Fund
IQ	Intelligenzquotient	UNO	Vereinte Nationen
ISAAC	International Study of Asthma and Allergies in Childhood	v. a.	vor allem
ISP	Informationsstelle für Suchtprävention	vgl.	vergleiche
Kap.	Kapitel	Vit.	Vitamine
		VS	Volksschule
		vs.	versus
		w.	weiblich
		WHO	World Health Organisation
		z. B.	zum Beispiel

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG	29
SUMMARY	34
EINLEITUNG	43
1 ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE	49
1.1 DAS ZUSAMMENSPIEL VON ANLAGE UND UMWELT IN DER ENTWICKLUNG DES KINDES	50
1.2 PERIODISIERUNG DER ENTWICKLUNG	51
1.3 KOMPETENZENTWICKLUNG UND PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG	51
1.3.1 Die Entwicklung sensumotorischer und kognitiver Kompetenzen	51
1.3.2 Persönlichkeitsentwicklung	52
1.3.2.1 Die Entwicklungsstufen der Persönlichkeit nach ERIKSON (1950, 1963)	52
1.3.2.2 Die „Großen Fünf“ Persönlichkeitsfaktoren	53
1.4 DAS SÄUGLINGS- UND KLEINSTKINDALTER	53
1.4.1 Überblick über das erste Lebensjahr	53
1.4.1.1 Rahmenbedingungen und wichtige Entwicklungsschritte	53
1.4.1.2 APGAR-Index	54
1.4.1.3 Objektpermanenz, Fremdeln und Trennungsangst	56
1.4.2 Vorläufer der Persönlichkeitsentwicklung	57
1.4.2.1 Temperamentsentwicklung	57
1.4.2.2 Bindungsentwicklung und Persönlichkeit	58
1.5 DAS ZWEITE UND DRITTE LEBENSJAHR	58
1.5.1 Selbstständigkeitsentwicklung	58
1.5.2 Die Entwicklung der Spielfähigkeit und ihre Bedeutung für die Kompetenzentwicklung	59
1.5.3 Erwerb neuer Fertigkeiten im zweiten Lebensjahr	59
1.5.4 Bildungsmittel im Kleinst- und Kleinkindalter	60
1.5.5 Trotzphase und Ichentwicklung	60
1.6 DAS KLEINKINDALTER	60
1.6.1 Veränderungen beim Übergang zum Kleinkindalter	60
1.6.2 Kindergartenbesuch	61
1.6.3 Die kognitive Entwicklung im Kleinkindalter	62
1.7 DAS SCHULKINDALTER	63
1.7.1 Schulfähigkeit	63
1.7.2 Der Schulanfang	63
1.7.3 Die Entwicklung der leistungsbezogenen Motivation in der mittleren Kindheit	64
1.7.4 Erlernen der Kulturtechniken	64
1.7.5 Kognitive Entwicklung in der mittleren Kindheit	65
1.8 DIE SPÄTE KINDHEIT ALS ÜBERGANGSSTADIUM	65
2 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN VON WIEN	69
2.1 BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR	70
2.1.1 Allgemeine demographische Entwicklung	70
2.1.2 Differenzierung nach Bezirken und AusländerInnenanteil	71
2.2 BEVÖLKERUNGSBEWEGUNG	74
2.2.1 Geburtenstatistik	76
2.2.1.1 Fruchtbarkeit	76
2.2.1.2 Geburtsgewicht	79
2.2.1.3 Sterbestatistik	81
2.2.1.4 Säuglingssterblichkeit	81
2.2.1.5 Sterberate	83
2.3 LEBENSERWARTUNG	85
2.4 BEVÖLKERUNGSPROGNOSE	87

3	RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITLICHE LAGE VON KINDERN	93
3.1	SOZIOÖKONOMISCHER STATUS UND SOZIALES KAPITAL DER FAMILIE	97
3.1.1	Sozioökonomischer Status der Familie	102
3.1.2	Sozialer Rückhalt durch die Familie als soziales Kapital	103
3.1.3	Familie und Gesundheit	105
3.1.4	Scheidung im kindlichen Erleben	106
3.2	LEBENSRAUM SCHULE	112
3.2.1	Schule und Gesundheit	117
3.2.1.1	Schulzufriedenheit, Belastung in der Schule und Unterstützung durch die LehrerInnen	118
3.2.2	Partizipation und Empowerment in der Schule	120
3.3	PEERGRUPPEN UND GESUNDHEIT	121
3.3.1	Peerkontakte	121
3.3.2	Peergruppenkontakte und Gesundheit	123
3.3.3	Bullying in der Schule	123
4	EPIDEMIOLOGIE	127
4.1	MORTALITÄT VON SÄUGLINGEN UND KINDERN	127
4.1.1	Totgeburten	127
4.1.2	Säuglingssterblichkeit	127
4.1.2.1	Todesursachen bei Säuglingen SIDS: Plötzlicher Säuglingstod und die Wiener Informationskampagne „Sicheres Schlafen für Babys“	128
4.1.3	Mortalität bei Kindern im Alter von 1 bis 14 Jahren	133
4.1.3.1	Todesursachen für das Jahr 1998 bei Kindern im Alter von 1–14 Jahren in Wien	134
4.2	ERKRANKUNGEN	135
4.2.1	Perinatologische Daten	135
4.2.1.1	Impfungen während der Schwangerschaft	137
4.2.1.2	Tabakkonsum, Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Schwangeren	137
4.2.1.3	Durchschnittliches Alter der gebärenden Frauen	139
4.2.1.4	Risikogeburten, Risikokinder und Frühgeburten Entwicklungsverlauf von Risikogeborenen in den ersten zwei Lebensjahren Die Wiener Entwicklungsstudie Das Wiener Risikoprogramm Modellprojekt an der Geburtshilflichen Abteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung	140 142 144 144 145
4.2.1.5	Fehlbildungen	147
4.2.1.6	Ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch Exkurs: Babynest Glanzing	148 149
4.2.2	Entwicklungsdiagnostik	150
4.2.2.1	Sprachentwicklung Überblick über die Sprachentwicklung Sprachentwicklungsstörungen	153 154 155
4.2.2.2	Motorische Entwicklung Vorbemerkung Die Entwicklung der allgemeinen Motorik im ersten und zweiten Lebensjahr Entwicklung der Handmotorik Die motorische Entwicklung ab drei Jahren Entwicklung der Händigkeit Störungen der motorischen Entwicklung Teilleistungsstörungen Überblick Die schulische Entwicklung von Risikokindern Frühdagnose von Risikofaktoren für spätere Störungen schulischer Leistungen Lese- und Rechtschreibstörung (Legasthenie) Rahmenbedingungen für die Intervention Dyskalkulie	158 158 159 160 161 161 161 161 162 162 162 163 164 166 167 169
4.2.2.3	Hyperaktivität bei Kindern	169

4.2.3 Somatische Erkrankungen	171
4.2.3.1 Subjektives Gesundheitsempfinden, Lebensgefühl und Selbstvertrauen der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11–15 Jahren in Wien	175
Subjektive Gesundheit	175
Lebensgefühl, glücklich sein	176
Selbstvertrauen	176
Körperimage	176
4.2.3.2 Befindlichkeitsstörungen	177
Kopfschmerz	177
Schlafstörungen	178
4.2.3.3 Die „SERMO-Studie“	181
Altersstruktur	181
Krankheiten	182
Beschwerden	182
4.2.3.4 Spitalsentlassungsstatistik	183
4.2.3.5 Chronische Krankheiten	186
Diabetes bei Kindern	186
Asthma bronchiale und Allergie bei Kindern in Wien – aktuelle Daten und Perspektiven	187
4.2.3.6 HNO-Erkrankungen	190
4.2.3.7 Kinderkrankheiten	192
Masern	192
Mumps	193
Keuchhusten	193
Scharlach	193
Röteln	194
Windpocken	194
Poliomyelitis acuta	194
Diphtherie	195
4.2.3.8 Meldepflichtige Erkrankungen	195
4.2.3.9 Meningitis	195
4.2.3.10 Hepatitis	195
4.2.3.11 Bakterielle Lebensmittelvergiftungen	197
4.2.3.12 Tuberkulose	198
4.2.3.13 HIV-Infektion und AIDS bei Kindern	199
4.2.3.14 Unfälle	200
Unfallarten bei Kindern	200
Unfallhäufigkeit bei Kindern in Wien und Österreich	201
Unfallgeschehen bei Vorschulkindern	204
Kinderunfälle mit Todesfolge	206
4.2.3.15 Krebs bei Kindern	209
4.2.3.16 Erkrankungen der Haut	210
Atopische Dermatitis (Neurodermitis)	210
Psoriasis (Schuppenflechte)	210
Windel-Dermatitis	211
Seborrhoische Dermatitis (Milchschorf)	211
Exkurs: Neugeborenen-Screening	212
4.2.3.17 Neurologische Erkrankungen	217
Schwerpunkt: Epilepsie	217
4.2.3.18 Haltungsschäden	218
4.2.3.19 Zahngesundheit	219
Untersuchungen von 5–6-jährigen Kindergartenkindern	220
Untersuchung von Wiener Schulkindern	220
Zahnstaturerhebung bei Zwölfjährigen	221
4.2.4 Psychische Probleme/Störungen	223
4.2.4.1 Psychiatrische Diagnosen	224
4.2.4.2 Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	225
Forensische Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	225
Diagnostik und Therapie jugendrelevanter psychiatrischer Phänomene	226
Gesellschaftspolitisch aktuelle Präventionsbereiche	227

Exkurs: Kommunikationsbarrieren – MigrantInnen	228
4.2.4.3 Essstörungen	234
Essstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern	234
Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen	235
Essstörungen in Wien und Österreich	236
4.2.5 Behinderung bei Kindern	238
4.2.5.1 Einrichtungen für Kinder mit Behinderung und deren Familien in Wien	240
4.2.5.2 Pflegegeld	243
4.2.6 Gesundheitszustand und Versorgungslage bei Kindergarten- und Schulkindern	245
4.2.6.1 Kindergartenuntersuchungen	246
4.2.6.2 Schulärztliche Untersuchungen an Wiener Schulen 1995/96 bis 1999/2000	246
Aktueller Stand der schulärztlichen Untersuchungen	246
Statistische Auswertung der schulärztlichen Befunde der Schuljahre 1995/96–1999/2000	248
Diskussion der Ergebnisse	248
4.2.6.3 Kinderbetreuungseinrichtungen	256
4.2.6.4 Schulangebot und Schülerverteilung in Wien	257
4.2.6.5 Situation und Gesundheitszustand ausländischer Kinder	258
5 RISIKEN UND GEFÄHRDUNGEN	265
5.1 ERNÄHRUNGSVERHALTEN	265
5.1.1 Stillen	266
5.1.1.1 Stillsituation in Wien	267
5.1.2 Ernährung von Säuglingen	268
5.1.2.1 Ernährungsplan für das erste Lebensjahr Muttermilchbelastung	269
270	
5.1.3 Empfehlungen für die Aufnahme von Energie, Hauptnährstoffen, Vitaminen und Mineralstoffen	271
5.1.3.1 Empfehlungen für die Aufnahme von Energie, Hauptnährstoffen und Flüssigkeit	271
5.1.3.2 Empfehlungen für die Aufnahme von fett- und wasserlöslichen Vitaminen	273
5.1.4 Empfehlungen für die Aufnahme von Mengen- und Spurenelementen	275
5.1.5 Ermittlung des Ernährungsstatus	277
5.1.5.1 Ernährungssituation der Vorschulkinder Ernährungsstatus von Vorschulkindern Verköstigung der Vorschulkinder	277
277	
280	
5.1.5.2 Ernährungssituation der Schulkinder Ernährungsstatus von Schulkindern	280
280	
280	
Untersuchungen zu Schulspeisungsprogrammen	283
5.1.6 Ernährungsgewohnheiten der Wiener Kinder	285
5.1.7 Ernährungswissen	286
5.1.8 Körpergewicht von Kindern	287
5.1.8.1 Die Beurteilung des Körpergewichtes	287
5.1.8.2 Übergewicht und Adipositas	288
5.1.8.3 Untergewicht	288
5.2 FREIZEITVERHALTEN	289
5.2.1 Sport und Bewegung außerhalb der Schule	289
5.2.2 Bildschirmexposition	290
5.3 UMWELT	292
5.3.1 Grünflächen und Freiräume	293
5.3.1.1 Parkbetreuung	294
5.3.2 Luftschadstoffwirkung auf Wiener Kinder	294
5.3.3 Raumluftqualität	296
5.3.4 Lärmbelastung in Wien	296
5.3.4.1 Auswirkungen von Verkehrs- und Fluglärm bei Kindern	298
5.3.5 Badewasserqualität und Kindergesundheit	298

5.4 RAUCHEN	299
5.4.1 Rauchen bei Kindern	300
5.4.1.1 Einstieg in den Zigarettenkonsum und Progression	301
5.4.1.2 Motive und Funktionen des Zigarettenrauchens	302
5.4.1.3 Einflussfaktor „Schule“ auf das Rauchverhalten	302
5.4.2 Auswirkungen des Passivrauchens auf die Gesundheit von Kindern	303
5.4.3 Gesundheitsfördernde Ansätze zur Prävention des Zigarettenkonsums bei Jugendlichen	303
5.5 ALKOHOLKONSUM	304
5.5.1 Alkoholkonsum bei Wiener Kindern	304
5.6 KONSUM ILLEGALER SUBSTANZEN	308
5.6.1 Cannabis (Haschisch und Marihuana)	310
5.6.2 Ecstasy	311
5.6.3 LSD und Rohypnol	312
5.6.4 Heroin und Kokain	312
5.6.5 Konsum illegaler Substanzen in den unterschiedlichen Schultypen	313
5.6.6 Die Situation von Kindern suchtkranker Eltern	313
5.7 MEDIKAMENTENKONSUM	316
5.7.1 Medikamentenkonsum bei Kindern	316
5.8 BILDSCHIRMSPIELE UND FERNSEHKONSUM	320
5.8.1 Fernseh- und Bildschirmkonsum von Wiener Kindern	320
5.8.2 Auswirkungen von Bildschirmspielen auf Kinder und Jugendliche	312
5.8.2.1 Kognitive Aspekte der Auswirkungen von Bildschirmspielen	322
5.8.2.2 Soziale Aspekte der Auswirkungen von Bildschirmspielen	323
6 INNERFAMILIÄRE GEWALT UND SEXUELLER MISSBRAUCH VON KINDERN	331
6.1 GEWALT GEGEN KINDER UND VERNACHLÄSSIGUNG VON KINDERN	332
6.1.1 Gewalt in der Erziehung	332
6.1.2 Vernachlässigung von Kindern	333
6.1.3 Rechtliche Aspekte bei Gewalt und Vernachlässigung	333
6.2 SEXUELLER MISSBRAUCH VON KINDERN	333
6.2.1 Definition des sexuellem Missbrauchs von Kindern	333
6.2.2 Ausmaß des sexuellen Missbrauchs/der Gewalt	334
6.2.2.1 Amtliche Statistiken	334
6.2.2.2 Statistik des Wiener Kinderschutzzentrums	335
Die Opfer des sexuellen Missbrauchs/der Gewalt	335
Die TäterInnen des sexuellen Missbrauchs/der Gewalt	336
6.2.2.3 Prävalenzangaben zum sexuellen Missbrauch aus Studien in der Allgemeinbevölkerung	337
Prävalenz von sexuellem Missbrauch in Österreich	337
Prävalenz von sexuellem Missbrauch im internationalen Vergleich	337
6.2.3 Erkennen von sexuellem Missbrauch	339
6.2.4 Langfristige Auswirkungen von sexuellem Missbrauch	340
6.2.5 Neue österreichische Gesetzeslage zum Schutz vor Gewalt in der Familie und sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen	341
6.2.5.1 Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie (Gewaltschutzgesetz)	341
6.2.5.2 Schonende Vernehmung und kontradiktorische Befragung (§ 162a StPO – Strafprozessordnung)	342
6.2.5.3 Entschlagungsrecht (§ 152 StPO – Strafprozessordnung)	342
6.2.5.4 Novelle zum Jugendwohlfahrtsgesetz 1998 (Anzeige- und Meldepflicht)	342
6.2.5.5 Neufassung des Sexualstrafrechts und des Pornografiegesetzes	343
6.2.6 Ansätze zur Gewaltprävention in Österreich	343

7	PUBERTÄT UND ADOLESCENZ	349
7.1	DEFINITIONEN DER BEGRIFFE PUBERTÄT UND ADOLESCENZ, KIND UND JUGENDLICHER	350
7.1.1	Die Begriffe Pubertät und Adoleszenz	350
7.1.2	Kind oder Jugendlicher: gesetzliche Altersbestimmungen und Selbstverständnis	348
7.1.2.1	Gesetzliche Altersbestimmungen	350
7.1.2.2	Kind oder Jugendlicher in der Selbsteinschätzung	350
7.2	KÖRPERLICHE VERÄNDERUNGEN IN DER PUBERTÄT	351
7.3	PSYCHOSOZIALE VERÄNDERUNGEN IN DER ADOLESCENZ	351
7.3.1	Emotionale Veränderungen	351
7.3.2	Die Lebenswelt der 11–14-Jährigen aus der Sicht der sozialwissenschaftlichen Jugendforschung	352
8	JUGENDSEXUALITÄT	357
8.1	SEXUALVERHALTEN UND PARTNERSCHAFT VON JUGENDLICHEN	358
8.2	EMPFÄNGNISVERHÜTUNG UND SCHWANGERSCHAFT	358
8.2.1	Kontrazeptionsverhalten Jugendlicher	358
8.2.2	Schwangerschaft und Adoleszenz	360
8.3	SEXUALERZIEHUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN	361
8.4	SEXUALAUFKLÄRUNG UND HIV/AIDS-PRÄVENTION VON JUGENDLICHEN IN ÖSTERREICH	362
8.4.1	Studienergebnisse zur Jugendsexualität und HIV/AIDS-Prävention	362
8.4.2	Empfehlungen für HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen bei Jugendlichen	363
9	GESUNDHEITSVORSORGE UND PRÄVENTION	367
9.1	MUTTER-KIND-PASS	367
9.1.1	Mutter-Kind-Pass Untersuchungen	367
9.2	GESUNDHEITSVORSORGE DURCH IMPFUNGEN	370
9.2.1	Impfwesen	371
9.2.1.1	Das neue Impfkonzept	371
9.2.1.2	Durchimpfungsraten	373
9.2.1.3	Ergebnisse aus der „Sermo-Studie“ zur Befragung über Impfungen	375
9.3	GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN WIEN	378
9.3.1	Kariesprohylaxe in Kindergärten und Schulen	381
9.3.2	Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung	383
9.3.3	Gesundheitsförderung durch Bewegung	384
9.3.4	Maßnahmen zur Unfallverhütung	385
9.3.5	Suchtprävention und Aufklärung	390
9.3.6	Fonds Gesundes Österreich	392
9.3.6.1	Projektdokumentation 1997 (ausgewählte Wiener Projekte)	393
9.3.6.2	Projektdokumentation 1998 (ausgewählte Wiener Projekte)	394
9.3.6.3	Projektdokumentation 1999 (ausgewählte Wiener Projekte)	394
9.3.7	Gesundheitspreis der Stadt Wien	395
9.3.7.1	Ausgewählte Preisträger 1997	395
9.3.7.2	Ausgewählte Preisträger 1998	396
9.3.7.3	Ausgewählte Preisträger 1999	397
9.3.8	Staatspreis Wirtschaftsfilm 1999: Kinder-Unfallverhütungs-Video der Sozialversicherung	398
10	GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEME FÜR KINDER	403
10.1	KINDERÄRZTLICHE VERSORGUNG MIT NIEDERGELASSENEN FACHÄRZTINNEN	404
10.2	KINDERSPITÄLER UND KINDERABTEILUNGEN IN KRANKENHÄUSERN	409
10.3	AMBULANZEN	414
10.4	GEBURTSABTEILUNGEN – HAUSGEBURTEN – HEBAMMEN	416
10.5	SONSTIGE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN FÜR KINDER	420
10.5.1	Mutter-Kind-Pass	420
10.5.2	Schulärztlicher Dienst	421
10.5.3	Jugendzahnkliniken	421

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

10.5.4 Elternberatungsstellen	422
10.5.5 Eltern-Kind-Zentren	423
10.5.6 Kinder- und jugendpsychologische Beratung	423
10.5.7 Kinderschutzzentren	424
10.5.8 Selbsthilfegruppen	426
10.5.9 Rehabilitation: Angebot und Bedarf	427
10.5.10 Kinderhauskrankenpflege: Angebot und Bedarf	429
10.6 ANHANG ZUM KAPITEL 10 – VERSORGUNGSSYSTEME FÜR KINDER	430
10.7 ANHANG ZUM KAPITEL 10 – ENTWICKLUNGSDIAGNOSTISCHE AMBULANZEN	435
LITERATUR	445

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

KAPITEL 2, SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN VON WIEN

Abbildung 1: Wiener Wohnbevölkerung nach Altersklassen, 1999	71
Abbildung 2: Anteil der unter 15-Jährigen im Vergleich europäischer Städte (in %)	74
Abbildung 3: Anteil der 60-Jährigen und Älteren im Vergleich europäischer Städte (in %)	74
Abbildung 4: Entwicklung der Geburten und Sterbefälle, Wien 1981–1998	75
Abbildung 5: Errechnete Wanderungsbilanz, Wien 1971–1998	76
Abbildung 6: Entwicklung der Gesamtfruchtbarkeitsrate, absolut und in Prozent, 1981-1998	78
Abbildung 7: Durchschnittliches Fruchtbarkeitsalter 1961–1998	78
Abbildung 8: Geburtenrate im Vergleich europäischer Städte (pro 1.000 Einwohner)	80
Abbildung 9: Geburtenbilanz im Vergleich europäischer Städte	80
Abbildung 10: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Wien 1978–1998	82
Abbildung 11: Säuglingssterblichkeit, Wien 1961–1998	83
Abbildung 12: Säuglingssterblichkeit im Vergleich europäischer Städte, 1997	84
Abbildung 13: Altersprognose 1998–2050	88

KAPITEL 3, RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITLICHE LAGE VON KINDERN

Abbildung 1: Familieneinkommen von Wiener Familien im Vergleich zu Gesamtösterreich	102
Abbildung 2: Ökonomischer Status von Wiener Familien (in %)	102
Abbildung 3: Familien, die in Armut leben, abhängig von der Familienzusammensetzung	103
Abbildung: 4: Gesprächsklima mit den Eltern nach Geschlecht aus Sicht der 11–15-jährigen Kinder	104
Abbildung 5: Anteil der Kinder, die sich als „sehr gesund“ bezeichnen, in Abhängigkeit von sozio-ökonomischem Status und sozialem Kapital	105
Abbildung 6: Anteil der Kinder, die sich als „sehr glücklich“ bezeichnen, in Abhängigkeit von sozioökonomischem Status und sozialem Kapital	105
Abbildung 7: Anteil der Kinder, die sich „sehr gesund“ fühlen, in Abhängigkeit von ihrer Schulzufriedenheit nach Altersgruppen	118
Abbildung 8: Schulzufriedenheit: „Kinder, denen es sehr gut in der Schule gefällt“ nach Alter und Geschlecht	118
Abbildung 9: Anteil der Kinder, die sich sehr gesund fühlen, in Abhängigkeit von der Belastung durch die Schule	119
Abbildung 10: Anteil der Kinder, die sich sehr gesund fühlen, in Abhängigkeit von der Unterstützung durch die LehrerInnen	119
Abbildung 11: Anteil der Kinder, die bei Schwierigkeiten in der Schule „immer“ mit Unterstützung durch die LehrerInnen rechnen können, nach Alter und Geschlecht	120
Abbildung 12: Anteil der Kinder, die sich durch die Schule stark „empowert fühlen“, nach Alter und Geschlecht (Wien)	120
Abbildung 13: Anteil der „sehr Gesunden“ in Abhängigkeit von Empowerment nach Altersgruppen (Wien)	121
Abbildung 14: Anteil der SchülerInnen, die „meistens glücklich“ sind, in Abhängigkeit von Empowerment nach Altersgruppen (Wien)	121
Abbildung 15: „Schulkinder, die sich 4–5mal pro Woche außerhalb der Schule mit ihren Freunden treffen“ nach Altersgruppen und Geschlecht (Wien)	122
Abbildung 16: „Schulkinder, denen es ‚sehr leicht‘ fällt neue Freunde zu finden“ nach Altersgruppen und Geschlecht (Wien)	122
Abbildung 17: „Schulkinder, die „immer“ eine beste Freundin oder einen besten Freund haben, die bzw. der ihnen bei ernststen Problemen hilft“ nach Altersgruppen und Geschlecht	123
Abbildung 18: „Kinder, die einmal pro Woche oder öfters Opfer von Bullying-Aktionen werden“ nach Altersgruppen und Geschlecht (Wien)	123

KAPITEL 4, EPIDEMIOLOGIE

Kapitel 4.1, Mortalität von Säuglingen und Kindern

Abbildung 1:	SIDS-Inzidenz bezogen auf 1.000 Geburten, Österreich 1980–1998	129
Abbildung 2:	Anzahl der verstorbenen Kinder im Alter von 0–14 Jahren in Österreich und Wien, 1970–1998	134

Kapitel 4.2.1, Perinatologische Daten

Abbildung 1:	Durchschnittsalter der Mütter, Österreich und Wien 1991–1997	140
Abbildung 2:	Frühgeborene (insgesamt und nach Geburtsgewicht), Österreich und Wien 1988–1998	141
Abbildung 3:	Neuromotorische Beeinträchtigungen am Ende des ersten und zweiten Lebensjahres	142
Abbildung 4:	Kognitive Gesamtentwicklung	143
Abbildung 5:	An Fehlbildungen Verstorbene (gesamt und im Alter von 0–4 Jahren), Wien 1990–1998	147

Kapitel 4.2.3, Somatische Erkrankungen

Abbildung 1:	Subjektive Gesundheit nach der Antwort „sehr gut“ nach Alter und Geschlecht	175
Abbildung 2:	Vergleich Asthadiagnose und Asthmasymptome Untersuchung 1996 (insg. 4.676 Kinder)	188
Abbildung 3:	Entwicklung der stationär behandelten Kinderunfälle, Österreich und Wien seit 1990	202
Abbildung 4:	Kinderunfälle nach Altersklassen und Lebensbereichen, Wien 1997	203
Abbildung 5:	Kinderunfälle in Heim, Freizeit und Sport nach Unfallart und Alter, Österreich 1998	204
Abbildung 6:	Tödliche Kinderunfälle (Alter 0–14 Jahre) in ausgewählten europäischen Staaten pro 100.000 Kinder, 1998	206
Abbildung 7:	Entwicklung der tödlichen Kinderunfälle, Österreich und Wien 1990–1998	207
Abbildung 8:	Tödliche Kinderunfälle nach Alter und Unfallarten, Österreich und Wien 1998	208
Abbildung 9:	Vergleich ausgewählter Todesfälle in der Altersgruppe 1–15 Jahre, Wien 1998	208
Abbildung 10:	Zahnstaterhebung bei 12-Jährigen: DMFT-Werte ausgewählter EU-Länder, 1997	220

Kapitel 4.2.6, Gesundheitszustand und Versorgungslage

Abbildung 1:	Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Allergie“ nach Schulstufen im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00	250
Abbildung 2:	Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Brillenträger“ nach Schulstufen im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00	251
Abbildung 3:	Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Tonsillen entfernt“ nach Schulstufen im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00	252
Abbildung 4:	Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Zahnkaries“ nach Schulstufen im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00	253
Abbildung 5:	Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Gebissfehlstellungen ohne Behandlung“ nach Schulstufen im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00	253
Abbildung 6:	Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Asthma oder chronisch rezidivierende Bronchitis nach Schulstufen“ im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00	254
Abbildung 7:	Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Haltungsschäden oder Fehlformen der Wirbelsäule“ nach Schulstufen im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00	255
Abbildung 8:	In Kinderbetreuungseinrichtungen eingeschriebene Kinder, Wien 1997/1998	257
Abbildung 9:	GesamtsschülerInnenzahl geordnet nach Schultypen, Wien 1980/81 und 1998/99	257
Abbildung 10:	Prozentueller AusländerInnenanteil in diversen Schultypen, Wien 1980/81 und 1998/99	258

KAPITEL 5, RISIKEN UND GEFÄHRDUNGEN

Kapitel 5.2, Freizeitverhalten

Abbildung 1:	Anteil der Schulkinder, die täglich Sport betreiben, nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien	289
Abbildung 2:	Anteil der „sehr Gesunden“ in Abhängigkeit von der sportlichen Betätigung, Wien	290
Abbildung 3:	Anteil der „sehr Glücklichen“ in Abhängigkeit von der sportlichen Betätigung, Wien	290
Abbildung 4:	Anteil der Schulkinder, die täglich zwischen 4 und 6 Stunden Computerspielen, nach Alter und Geschlecht, Wien	291

Kapitel 5.3, Umwelt

Abbildung 1:	Ozonwerte, Monatsmittelwert ($\mu\text{g}/\text{m}^3$), Wien 1998	295
Abbildung 2:	Luftqualität in Wien 1998 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	296
Abbildung 3:	Ausmaß der Störung durch verschiedene Lärmquellen in Wien	297

Kapitel 5.4, Rauchen

Abbildung 1:	15-jährige SchülerInnen, die „täglich rauchen“, nach Geschlecht, Wien 1990–1998	301
Abbildung 2:	Anteil der „sehr Gesunden“ in Abhängigkeit von Tabak- und Alkoholkonsum	301

Kapitel 5.5, Alkoholkonsum

Abbildung 1:	Trendanalyse: „15-jährige Wiener SchülerInnen, die bereits viermal oder öfters so viel Alkohol getrunken haben, dass sie einen Rausch hatten“ nach Geschlecht, Wien 1990/1994/1998	305
Abbildung 2:	Gründe für den Alkoholkonsum bei 10–18-jährigen Jugendlichen	306

TABELLENVERZEICHNIS

Kapitel 5.6, Konsum illegaler Substanzen

Abbildung 1: Ort des Drogenkonsums	309
Abbildung 2: Drogenbeschaffung	310
Abbildung 3: Drogenprävalenzen bei 14- und 15–16-Jährigen	313

Kapitel 5.7, Medikamentenkonsum

Abbildung 1: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika (exkl. Antiadiposita) nach Geschlecht und Alter, Österreich 1998	319
---	-----

Kapitel 5.8, Bildschirmspiele und Fernsehkonsum

Abbildung 1: Wieviel Zeit verbringst Du gewöhnlich pro Tag mit Fernsehen?	321
---	-----

KAPITEL 9, GESUNDHEITSVORSORGE UND PRÄVENTION

Abbildung 1: Rückgang/Zunahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 1998 gegenüber dem Vorjahr (nach Bundesländern)	368
Abbildung 2: Durchimpfungsraten bei Vorschulkindern	374
Abbildung 3: Angabe, wann das Kind zuletzt gegen FSME geimpft wurde, Vergleichszeitraum 1991–1995	375
Abbildung 4: Angabe, wann das Kind zuletzt gegen Kinderlähmung geimpft wurde, Vergleichszeitraum 1991–1995	376
Abbildung 5: Angabe, wann das Kind zuletzt gegen Masern/Mumps/Röteln geimpft wurde, Vergleichszeitraum 1991–1995	376
Abbildung 6: Angabe, wann das Kind zuletzt gegen Diphtherie/Tetanus geimpft wurde, Vergleichszeitraum 1991–1995	376

KAPITEL 10, GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEME FÜR KINDER

Abbildung 1: Ärztedichte der FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde (EinwohnerInnen im Alter bis zu 14 Jahren je niedergelassenem/er FachärztIn) nach Wiener Gemeindebezirken 1998	406
Abbildung 2: Entwicklung der Wiener RehabilitationspatientInnen (1–15 Jahre) in Rehabilitationszentren und Krankenanstalten 1992–1998 (indexiert: 1992 = 100 %)	428

TABELLENVERZEICHNIS

KAPITEL 1, ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE

Tabelle 1: APGAR-Index	54
Tabelle 2: Temperament und Entwicklung mit drei Monaten (Bayley-Scales of Infant Development)	58

KAPITEL 2, SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN VON WIEN

Tabelle 1: Wiener Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Altersklassen, 1999	71
Tabelle 2: EinwohnerInnenzahlen nach Bezirken in Wien, Veränderungen von 1981–1999	72
Tabelle 3: Altersstruktur der Wiener Bevölkerung und AusländerInnenanteil nach Bezirken, 1999	73
Tabelle 4: Ausländische Wohnbevölkerung in Wien, Entwicklungstrend von 1987–1999 (in %)	73
Tabelle 5: Bevölkerungsbewegung, Wien 1995–1998	75
Tabelle 6: Lebendgeborene und Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer nach Bezirken, 1998	77
Tabelle 7: Altersspezifische Fertilitätsraten in Wien	78
Tabelle 8: Lebendgeborene nach dem Geburtsgewicht, Wien 1998	79
Tabelle 9: Geborene nach Lebensfähigkeit und Geburtsgewicht (Reifegrad), absolute Häufigkeit, Wien 1998	79
Tabelle 10: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Wien 1978–1998	81
Tabelle 11: Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer und Geburtsgewicht (Reifegrad), Wien 1998	82
Tabelle 12: Säuglingssterblichkeit nach Alter in Wien und Österreich von 1961–1998	83
Tabelle 13: Gestorbene nach Alter und Geschlecht, Wien 1998	84
Tabelle 14: Entwicklung der Lebenserwartung, Wien 1961–1998	85
Tabelle 15: Fernere Lebenserwartung und Absterbeordnung, Wien 1998	86
Tabelle 16: Realisierte demographische Indikatoren und Prognoseannahmen 1999 (Wien)	87
Tabelle 17: Prognose der demographischen Belastungsquoten, Wien bis 2050	88

KAPITEL 3, RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITLICHE LAGE VON KINDERN

Tabelle	1: Kinder nach Familientyp (gemäß letzter Volkszählung, 1991)	99
Tabelle	2: Kinder nach Anzahl der Kinder in der Familie (absolute und relative Häufigkeit), gemäß Volkszählung 1991	101
Tabelle	3: Familienzusammensetzung von Wiener Schulkindern (Zusammenleben mit den leiblichen Eltern oder Ersatzeltern und Geschwistern)	103

KAPITEL 4, EPIDEMIOLOGIE

Kapitel 4.2, Mortalität von Säuglingen und Kindern

Tabelle	1: Anzahl der gestorbenen Säuglinge 1998 in Wien nach Lebensdauer und Todesursachen	129
Tabelle	2: SIDS-Inzidenz (in Prozent), Österreich und Wien 1988/1996/1998	130
Tabelle	3: Anzahl der verstorbenen Kinder (0–14 Jahre), Österreich und Wien 1970–1998	133
Tabelle	4: Todesursachenstatistik von Kindern (1 bis unter 15 Jahre), Wien 1998	134

Kapitel 4.2.1, Perinatologische Daten

Tabelle	1: Perinatale Affektionen (0–1 Jahr), Wien 1998	137
Tabelle	2: Alter der Mütter und Geschlecht des Kindes, Wien 1998	139
Tabelle	3: Alter der Mütter, Österreich und Wien 1991–1997	140
Tabelle	4: Frühgeburten, Österreich und Wien 1988–1998	141
Tabelle	6: Entwicklungsdiagnostische Untersuchungen 1999	145
Tabelle	7: Untersuchungsstatistik der Toxoplasmose-Nachsorgeambulanz, 1996–1998	146
Tabelle	8: An Fehlbildungen Verstorbene, Österreich/Wien 1990–1998	147
Tabelle	9: Ausgewählte Hauptdiagnosen bei Fehlbildungen von Kindern im Alter von 0–15 Jahren	148

Kapitel 4.2.2, Entwicklungsdiagnostik

Tabelle	1: Sprachfähigkeit	157
Tabelle	2: Neugeborenenreflexe	159
Tabelle	3: Entwicklung der Grobmotorik in den ersten zwei Lebensjahren	160
Tabelle	4: Störungen der motorischen Entwicklung	162
Tabelle	5: Vorstellungsgründe	162
Tabelle	6: Wiener Entwicklungsstudie – Risikokinder	163
Tabelle	7: Auffälligkeiten bei Kindern mit unterdurchschnittlicher visomotorischer Leistung (n = 85) (Mehrfachnennung)	164
Tabelle	8: Symptombelastung	165
Tabelle	9: Frühgeburtlichkeit und andere perinatale Komplikationen (Mehrfachnennung)	165

Kapitel 4.2.3, Somatische Erkrankungen

Tabelle	1: Selbsteinschätzung des Aussehens nach Alter und Geschlecht	177
Tabelle	2: 22 multiple-choice Fragen zum Schlafumfeld und zu den spezifischen Leitsymptomen der häufigsten organischen Schlafstörung (OSAS: Obstruktives Schlafapnoe Syndrom) sowie zu Leitsymptomen von nicht-organischen Schlafstörungen (Parasomnien und Insomnien)	179
Tabelle	3: Häufigkeiten einzelner Leitsymptome	180
Tabelle	4: Alter der untersuchten Kinder, Österreich und Wien	182
Tabelle	5: Die häufigsten Krankheiten der österreichischen und Wiener Kinder 1995	182
Tabelle	6: Die häufigsten Beschwerden der österreichischen und Wiener Kinder 1995	183
Tabelle	7: Spitalsentlassungsstatistik 1998 der Wiener Knaben und Mädchen in den Altersgruppen 0–3 und 4–7 Jahre	184
Tabelle	8: Spitalsentlassungsstatistik 1998 der Wiener Knaben und Mädchen in den Altersgruppen 8–11 und 12–15 Jahre	185
Tabelle	9: Asthma- und Allergieerhebung vor dem ISAAC-Protokoll (teilweise)	187
Tabelle	10: Prävalenz der Beschwerden und Diagnoseprävalenz 1996 und 1997 (mit ISAAC Protokoll)	188
Tabelle	11: Ausgewählte HNO-Erkrankungen der Wiener Kinder im Alter von 0–15 Jahren	191
Tabelle	12: Anzahl der Erkrankungen an Keuchhusten unter Wiener Kindern (0–15 Jahre), 1997–1999	193
Tabelle	13: Anzahl der Scharlacherkrankungen unter Wiener Kindern (0–15 Jahre), 1997–1999	194
Tabelle	14: Anzahl der Meningokokken-Meningitiden unter Wiener Kindern (0–15 Jahre), 1997–1999	195
Tabelle	15: Anzahl der Erkrankungen an Hepatitis A für Wiener Kinder (0–15 Jahre), 1997–1999	196
Tabelle	16: Anzahl der Erkrankungen an Hepatitis B unter Wiener Kindern (0–15 Jahre), 1997–1999	196
Tabelle	17: Anzahl der Erkrankungen an Hepatitis C unter Wiener Kindern (0–15 Jahre), 1997–1999	197
Tabelle	18: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen bei Wiener Kindern (0–15 Jahre), 1997–1999	198
Tabelle	19: Kindertuberkulosefälle bei Wiener Kindern (0–14 Jahre), 1997–1999	199
Tabelle	20: Pädiatrische AIDS-Fälle (Alter < 13 Jahre), bis 28.1.2000 in Österreich gemeldet	199
Tabelle	21: Entwicklung der Kinderunfälle, Österreich und Wien 1990–1998	202
Tabelle	22: Kinderunfälle nach Lebensbereichen (Schätzung auf Basis stationär behandelter Spitalsfälle), Wien 1997	203
Tabelle	23: Kinderunfälle in Heim, Freizeit und Sport nach Unfallart, Österreich 1998	203
Tabelle	24: Tödliche Unfälle von Kindern (0–14 Jahre), Österreich und Wien 1998	207

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle	25: Todesfälle im Kindesalter (1 bis unter 15 Jahre) nach Krankheitsgruppen, Wien 1998	208
Tabelle	26: Ausgewählte Neubildungen (ICD-9 140–208 bösartig) bei Kindern im Alter von 0–15 Jahren, Wien 1998	209
Tabelle	26a: Österreichisches Neugeborenen-Screening, Ergebnisse 1966-1999	213
Tabelle	27: Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen in den Schuljahren 1997/98 und 1998/99	219
Kapitel 4.2.4, Psychische Probleme/Störungen		
Tabelle	1: Psychiatrische Diagnosen 1998 bei Wiener Kindern im Alter von 0–15 Jahren	224
Kapitel 4.2.5, Behinderung bei Kindern		
Tabelle	1: Heime für Behinderte und Anzahl betreuter Kinder, Wien 1994–1998	240
Tabelle	2: Anzahl der BezieherInnen von Ausgleichszahlungen und PflegegeldbezieherInnen in allen Altersgruppen jeweils am 31.12. des Beobachtungsjahres	244
Kapitel 4.2.6, Gesundheitszustand und Versorgungslage bei Kindergarten- und Schulkindern		
Tabelle	1: Untersuchungsergebnisse von Kindergartenkindern (unter und über 3 Jahre), Wien 1992/1993 (n = 11.297) und 1997/98 (n = 16.237) (in Prozent)	246
Tabelle	2: Untersuchungsbefunde der schulärztlichen Untersuchungen nach Geschlecht, Schuljahre 1995/96 und 1999/00, Wien	249
Tabelle	3: Eingeschriebene Kinder in Betreuungseinrichtungen (privat und öffentlich), nach Bezirken 1998	256
KAPITEL 5, RISIKEN UND GEFÄHRDUNGEN		
Kapitel 5.1, Ernährungsverhalten		
Tabelle	1: Gesamtstillzeit nach Bundesländern, 1998	267
Tabelle	2: Medikamenteneinnahme und deren Auswirkungen auf das Kind	270
Tabelle	3: Richtwerte für die durchschnittliche tägliche Energiezufuhr bei Säuglingen und Kindern	271
Tabelle	4: Empfohlene tägliche Proteinzufuhr von Säuglingen und Kindern	272
Tabelle	5: Richtwerte über die tägliche Zufuhr von Fett und essenziellen Fettsäuren	272
Tabelle	6: Empfohlene tägliche Flüssigkeitszufuhr bei Säuglingen und Kindern	273
Tabelle	7: Empfohlene tägliche Zufuhr an fettlöslichen Vitaminen bei Säuglingen und Kindern	274
Tabelle	8: Empfohlene tägliche Zufuhr an Vitamin B1, B2, Niacin und B6 bei Säuglingen und Kindern	274
Tabelle	9: Empfohlene tägliche Zufuhr von Folsäure, Pantothensäure, Biotin, Vitamin B12 und Vitamin C bei Säuglingen und Kindern	275
Tabelle	10: Empfohlene tägliche Zufuhr ausgewählter Mengenelemente bei Säuglingen und Kindern	276
Tabelle	11: Empfohlene tägliche Zufuhr von ausgewählten Spurenelementen bei Säuglingen und Kindern	277
Tabelle	12: Aufnahme von Energie, Hauptnährstoffen, Ballaststoffen und Cholesterin bei Vorschulkindern	277
Tabelle	13: Tägliche Aufnahme und Status an fettlöslichen Vitaminen bei Vorschulkindern	278
Tabelle	14: Tägliche Aufnahme und Status an wasserlöslichen Vitaminen bei Vorschulkindern	279
Tabelle	15: Tägliche Aufnahme und Status an Mengenelementen bei Vorschulkindern	279
Tabelle	16: Tägliche Aufnahme und Status an Spurenelementen bei Vorschulkindern	280
Tabelle	17: Tägliche Aufnahme von Energie, Eiweiß, Kohlenhydraten, Ballaststoffen, Fett und Fettkomponenten sowie Vergleich mit der entsprechenden Empfehlung	282
Tabelle	18: Tägliche Aufnahme an fett- und wasserlöslichen Vitaminen der Wiener Schulkinder und Vergleich mit den entsprechenden Empfehlungen	282
Tabelle	19: Tägliche Aufnahme an Spurenelementen der Wiener Schulkinder und Vergleich mit der entsprechenden Empfehlung	283
Tabelle	20: Nährstoff-Richtlinien für die Gemeinschaftsverpflegung in Schulen	284
Tabelle	21: Ergebnisse der Menükomponentenanalyse auf Basis der Wochenpläne	285
Tabelle	22: Konsum von verschiedenen Nahrungsmitteln	286
Tabelle	23: Referenzmaße von Körpergröße und Körpergewicht für die Berechnung des Grundumsatzes	287
Kapitel 5.3, Umwelt		
Tabelle	1: Freizeitaktivitäten und Lärmbelastung	297
Kapitel 5.4, Rauchen		
Tabelle	1: Schulische Einflussfaktoren auf das Rauchverhalten der 15-jährigen Wiener Jugendlichen	302
Tabelle	2: Rauchergewohnheiten in Hauptschule und AHS in % (1998)	303
Kapitel 5.5, Alkoholkonsum		
Tabelle	1: Anteil der Wiener Jugendlichen mit wöchentlichem Alkoholkonsum (in %)	305
Tabelle	2: Alkoholkonsum bei 15-jährigen Jugendlichen in Abhängigkeit von schulspezifischen Faktoren (in %)	307

Kapitel 5.6, Konsum illegaler Substanzen

Tabelle	1: Cannabiskonsum in diversen Altersgruppen (in%)	311
Tabelle	2: Ecstasykonsum in diversen Altersgruppen (in %)	311
Tabelle	3: LSD-Konsum in diversen Altersgruppen (in %)	312
Tabelle	4: Heroin-/Kokainkonsum in diversen Altersgruppen (in%)	312
Tabelle	5: Konsum illegaler Substanzen in verschiedenen Schultypen	313

Kapitel 5.7, Medikamentenkonsum

Tabelle	1: Häufigkeit der Anwendung diverser Medikamente (in%)	317
Tabelle	2: Häufigkeit des Medikamentenkonsums bei unter 14-Jährigen (in%)	317
Tabelle	3: Medikamentenkonsum nach Schultyp (in %)	318
Tabelle	4: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika (exkl. Antiadiposita) nach Geschlecht und Alter, Österreich 1998	318

KAPITEL 6, INNERFAMILIÄRE GEWALT UND SEXUELLER MISSBRAUCH VON KINDERN

Tabelle	1: Häufigkeit und Intensität von Gewaltanwendung von Eltern gegen ihre Kinder (Angaben in %)	332
Tabelle	2: Opferstatistik 1998: §§ 206, 207 StGB – Beischlaf und Unzucht mit Unmündigen	334
Tabelle	3: Gerichtliche Kriminalstatistik 1998: Anzeigen und rechtskräftige Verurteilungen §§ 206, 207 StGB – Beischlaf und Unzucht mit Unmündigen	335
Tabelle	4: Häufigkeit und Art der Misshandlung von Kindern, die das Wiener Kinderschutzzentrum aufsuchten, 1993–1996	335
Tabelle	5: Geschlechtsunterschiede der Gewaltopfer, die das Wiener Kinderschutzzentrum aufsuchten	336
Tabelle	6: Alter der Gewaltopfer, die das Wiener Kinderschutzzentrum aufsuchten	336
Tabelle	7: TäterInnen des sexuellen Missbrauchs/der Gewalt	337
Tabelle	8: Prävalenz von sexuellem Missbrauch im internationalen Vergleich	338
Tabelle	9: Gegenüberstellung von statistischen Angaben aus Printmedien zu Prävalenzzahlen aus der nationalen und internationalen Fachliteratur (Übereinstimmungen sind gelb unterlegt)	339

KAPITEL 8, JUGENDSEXUALITÄT

Tabelle	1: Erfahrung mit Verhütungsmitteln in % (gerundet), Mehrfachnennungen	359
Tabelle	2: Verwendungshäufigkeit von Verhütungsmitteln	359
Tabelle	3: Lebendgeborene nach dem Alter der Mutter, Österreich und Wien, 1991–1997	360

KAPITEL 9, GESUNDHEITSVORSORGE UND PRÄVENTION

Tabelle	1: Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 1998 nach Bundesländern, Veränderungen gegenüber 1997	368
Tabelle	2: Impfplan erstellt nach den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates vom 21.3.1997 (erweitert mit 16.4.1999)	371
Tabelle	3: Durchgeführte Impfungen bei Kindern (ohne Schulen), Wien 1999	372
Tabelle	4: Außerhalb des Wiener Impfkonzeptes durchgeführte Impfungen, 1999	373
Tabelle	5: In Schulen durchgeführte Impfungen, 1999	373
Tabelle	6: Impfungen der letzten fünf Jahre (1991–1995) der österreichischen und Wiener Kinder	375
Tabelle	7: Beispiele für konkrete Maßnahmen der Unfallprävention in Wien	386
Tabelle	8: Auszug aus dem Tätigkeitsbericht der ISP, 1999	391
Tabelle	9: Auszug aus dem Tätigkeitsbericht der ISP, 1999	392

KAPITEL 10, GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEME FÜR KINDER

Tabelle	1: Anzahl der FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde und Ärztedichte (bezogen auf Kinder bis 14 Jahre) bei FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde nach Wiener Bezirken 1990 und 1998	406
Tabelle	2: Parameter zur ambulanten ärztlichen Versorgung von Kindern in Wien und Österreich 1991	408
Tabelle	3: Bettenvorhaltung und -inanspruchnahme in pädiatrisch orientierten Versorgungseinheiten in Wiener Krankenanstalten (KCH, KI, KJNP) 1994–1998	410
Tabelle	4: Stationäre Versorgung von Kindern bis 15 Jahren in Wiener Krankenanstalten nach Fachrichtungen 1998	412
Tabelle	5: Spezielle Einrichtungen für Kinder in Wiener Krankenanstalten	413
Tabelle	6: Vorhaltung und Inanspruchnahme von pädiatrisch orientierten Ambulanzen in Wiener Krankenanstalten, 1994–1998	414
Tabelle	7: Bettenvorhaltung/-inanspruchnahme sowie Ambulanzen mit gynäkologisch-geburtshilflicher Ausrichtung in Wiener Krankenanstalten, 1994–1998	417
Tabelle	8: Inanspruchnahme der Einrichtungen der Jugendzahnklinik 1990–1999	422
Tabelle	A1: Krankenhäuser in Wien mit geburtshilflichen Abteilungen sowie Geburtshaus	430
Tabelle	A2: RehabilitationspatientInnen (1–15 Jahre) in Rehabilitationszentren nach Indikationsgruppen 1992–1998	430
Tabelle	A3: „Rehabilitations“-PatientInnen in Akutkrankenhäusern 1992–1998	432
Tabelle	A4: Beratungsstellen der MA 11	435

ZUSAMMENFASSUNG

SUMMARY

ZUSAMMENFASSUNG

Aufgabe des Wiener Kindergesundheitsberichtes war es, Daten zur physischen, psychischen und sozialen Gesundheit von vor- und schulpflichtigen Kindern (0–15 Jahre) in Wien zu sammeln – mit dem Ziel, einen umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand von Wiener Kindern zu gewinnen und andererseits einen Ausblick auf die Gesundheitsprobleme der nächsten Jahre vorzunehmen.

Entwicklungspsychologie

Im Speziellen geht der Bericht u. a. der Frage nach, welche Lebenswelten Kinder in den Bereichen Familie, Schule und Freizeit benötigen, um sich gesund zu entwickeln.

Da unsere Umwelt ständig komplexer wird, und sie sich auch zunehmend rascher verändert, kommt der Erziehung und Förderung von Kindern eine immer größer werdende Verantwortung zu:

- Die kindliche Entwicklung wird durch die Wechselwirkung angeborener und milieubedingter Faktoren bestimmt. Die jeweiligen Anteile und der Veränderungsspielraum durch Lernen und Erziehung sind je nach Entwicklungsbereich (Altersstufe) unterschiedlich, wobei immer zwei große Entwicklungslinien, die Entwicklung der Kompetenzen und der Persönlichkeit, zu betrachten sind.
- Eine wirksame Erziehung bedeutet auf verschiedenen Altersstufen Unterschiedliches: Während es in frühen Jahren um gezielte Beeinflussung und Förderung geht (Basislegung), wird in den späteren Altersstufen zunehmend die Mit- und darauffolgend die Selbstverantwortung des Kindes und Jugendlichen gefragt sein.
- Einerseits gilt es, in der Bevölkerung noch immer existierende falsche Annahmen über den kindlichen Entwicklungsstand zu korrigieren und andererseits den Informationsstand über Entwicklungsmarker, welchen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte, zu verbessern.

Soziodemographische Daten von Wien

Aufgrund des Geburtenrückganges haben Maßnahmen zum Schutz des Lebens und der Gesundheit der Kinder aus soziodemographischer Sicht absolute Priorität:

- In Wien leben derzeit rund 1,6 Mio. Menschen. Mit einem Kinderanteil (0–15 Jahre) von rund 15 Prozent zeichnet Wien 1999 im europäischen Städtevergleich einen mittleren Rang, im Vergleich zu den anderen Bundesländern allerdings den niedrigsten Wert. Bis 2015 wird der Anteil der Kinder unter 15 Jahren in Wien noch weiter absinken und sich dann bei etwa zwölf Prozent stabilisieren.
- Im europäischen Städtevergleich der Geburtenrate rangiert Wien 1998 mit rund zehn Geburten pro 1.000 EinwohnerInnen im unteren Mittelfeld.
- Die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (Zahl der Geburten auf 1.000 Frauen im Alter von 15–45 Jahren) sank 1998 auf 43,0 (gegenüber 46,3 im Jahre 1996).
- Auch die Gesamtfruchtbarkeitsrate verringerte sich, sodass 1998 eine Frau in Wien durchschnittlich 1,22 Kinder zur Welt brachte, das sind etwa minus 30 Prozent in den letzten 30 Jahren und historischer Tiefstand.
- Im gleichen Zeitraum ist das durchschnittliche Alter der Frau zum Zeitpunkt der Geburt von 26,7 Jahren (1961) auf 27,9 Jahre (1998) gestiegen und wird 2015 bereits 30 Jahre betragen.
- Für einen in Wien 1998 geborenen weiblichen Säugling kann mit einer Lebenserwartung von 80,3 Jahren, für einen männlichen Säugling von 73,7 Jahren gerechnet werden. Im Bundesländervergleich weist Wien bei den Frauen den letzten, bei den Männern den vorletzten Platz auf.
- Der gesamtösterreichischen Situation entsprechend ist auch in Wien die Sterblichkeit bei den Männern, gegenüber jener bei den Frauen, bereits in jungen Jahren deutlich erhöht.
- Wenngleich die Säuglingssterblichkeit in Wien seit den frühen 70er Jahren (wie auch in anderen Landeshauptstädten) höher ist als im österreichischen Durchschnitt, hat sie sich doch deutlich verringert: In Wien verstarben 1998 „nur“ sieben von 1.000 lebendgeborenen Säuglingen desselbes Jahres gegenüber 33,4 pro 1.000 im Jahr 1961.
- Sind städtische Lebensbedingungen generell mit gesundheitlichen Risiken verknüpft, die sich in einer erhöhten Säuglingssterblichkeit widerspiegeln, so ist als bedeutendster singulärer Einflussfaktor für die Säuglingssterblichkeit das Geburtsgewicht bzw. die Dauer der Schwangerschaft anzuführen. Zentrale Bedeutung bei der Reduktion der Anzahl von Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht kommt insbesondere den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen zu. Weiters von Bedeutung ist, dass Maßnahmen zur Beeinflussung von Nikotin-, Alkohol-, Drogenkonsum und Übergewicht im Rahmen dieser vorsorgemedizinischen Untersuchungen derselbe Stellenwert zukommt wie der Therapie eines akuten organischen Leidens.

Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Lage von Kindern

Familie – in welcher Konstellation auch immer – übt einen eindeutig nachweisbaren Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden des Kindes aus.

- In den österreichischen Familien mit Kindern sind derzeit etwa 71 Prozent der Eltern verheiratet, 3,9 Prozent in Lebensgemeinschaft und 25,1 Prozent freiwillig oder unfreiwillig alleinerziehend.
- Der überwiegende Teil der AlleinerzieherInnen von Minderjährigen sind Mütter, die größtenteils erwerbstätig sind. Für die betroffenen Kinder ist diese familiäre Situation meist v. a. mit sozioökonomischen Nachteilen verbunden.
- Die Gesamtzahl der Eheschließungen sinkt seit den 50er Jahren insgesamt relativ kontinuierlich ab.
- Parallel dazu stieg die Zahl der Lebensgemeinschaften, wobei diese Partnerschaftsmodelle häufig zu einem späteren Zeitpunkt in eine Ehe übergehen, was etwa darin zum Ausdruck kommt, dass zum Zeitpunkt der standesamtlichen Anmeldung zur Eheschließung bereits 53 Prozent aller Paare die gleiche Wohnadresse angeben.
- Kinder werden zunehmend nicht mehr im Rahmen einer Ehe zur Welt gebracht. Der Anteil unehelich geborener Kinder stieg im Zeitraum 1965–1999 von elf Prozent auf 30,5 Prozent (Wien: 25,9 Prozent) bzw. 41,3 Prozent bei Erstgeborenen, wobei die sogenannte Legitimierungswahrscheinlichkeit durch nachträgliche Eheschließung der leiblichen Eltern bei 53 Prozent liegt. (In Skandinavien werden bereits über 80 Prozent der Erstgeborenen unehelich geboren.)
- Der Trend zur Kleinfamilie zeigt sich auch im Anteil der Einzelkinder, der in Wien rund ein Drittel beträgt (gegenüber einem Viertel in Gesamtösterreich).
- Die Wahrscheinlichkeit für Kinder und Jugendliche, die Scheidung ihrer Eltern zu erleben, beträgt in Österreich ca. 20 Prozent, in Wien ca. 25 Prozent. Noch um mindestens 50 Prozent höher als bei Ehegemeinschaften liegt das Trennungsrisiko bei Lebensgemeinschaften.
- Von Scheidung sind zunehmend mehr Kinder betroffen. Kinder aus geschiedenen Ehen weisen häufig Befindlichkeitsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten sowie Probleme im Sozialverhalten auf. Bei den Besuchsregelungen sind Entscheidungen abzulehnen, welche dem Kind eine große, seiner Entwicklung nicht entsprechende Anpassungsleistung abverlangt. Hier gilt es, die individuelle und entwicklungsbezogene Situation des Kindes zu berücksichtigen. Sorgerecht, neue Partnerschaften und Familienstrukturen sowie Konflikte mit dem geschiedenen Partner stellen häufig große Anforderungen an das Kind.
- Die Familie hat einerseits durch ihren sozioökonomischen Status und andererseits durch die Qualität des Gesprächsklimas und der Unterstützungsleistungen der Eltern einen Einfluss auf die subjektive Gesundheit der Kinder.
- Sozialen Beziehungen in der Klasse kommt – neben ihrem Einfluss auf schulisches Wohlbefinden – eine wichtige Funktion als Ressource bei der Bewältigung von schulischen aber auch außerschulischen Belastungen zu. Die Mehrheit der Schulkinder fühlt sich von den MitschülerInnen akzeptiert und ist gerne mit ihnen zusammen. Wiener Kinder schätzen ihr Klassenklima allerdings etwas weniger freundlich ein, als dies im österreichischen Schnitt der Fall ist.
- Ein wichtiger Indikator für die Qualität des Klassenklimas ist die Häufigkeit von verbalen und physischen Aggressionen zwischen SchülerInnen („Bullying“). 68 Prozent der österreichischen SchülerInnen haben schon einmal an Bullying-Aktionen teilgenommen. Zum Problem scheint Bullying v. a. bei den 13-jährigen Knaben zu werden, die in Wien zu 19 Prozent regelmäßig an derartigen Aktionen teilnehmen.
- Der Großteil der SchülerInnen geht gerne in die Schule, wobei Mädchen mehr Freude an der Schule empfinden als Knaben. Die Schulzufriedenheit der Wiener Kinder liegt international gesehen im Mittelfeld, wobei es den Jüngeren in der Schule besser gefällt als den Älteren. Kinder, welche sich als „sehr gesund“ bezeichnen, sind häufig mit der Schule sehr zufrieden.
- Ein Teil der SchülerInnen verbindet mit Schule aber auch Schulangst, wobei Angst mit niedriger Leistung einhergeht. Während in der Volksschule geringere Werte in der Schulangst verzeichnet werden, macht sich österreichweit in der Sekundärstufe ein Anstieg bemerkbar.
- Kinder, die mit Unterstützung durch LehrerInnen rechnen können, bezeichnen sich doppelt so häufig als „sehr gesund“ wie diejenigen, die zu wenig Unterstützung erfahren.
- Ähnlich positiv wirken sich Partizipation und Mitgestaltungsmöglichkeiten aus und zwar besonders bei den 15-Jährigen, deren Chancen sehr gesund zu sein dann gleich doppelt so hoch sind.
- Damit Befinden und Gesundheit weitgehend positiv übereinstimmen können, verdienen spezielle Übergänge wie der Schuleintritt und der Übertritt in das Gymnasium besondere Aufmerksamkeit und die betroffenen Kinder entsprechende Unterstützung.
- Peergruppenkontakte und sportliche Betätigung haben ebenfalls einen günstigen Einfluss auf das Gesundheitsempfinden.

Epidemiologie

- 1998 wurden bei annähernd stabiler Entwicklung in Wien 74 Totgeburten registriert; die Säuglingssterblichkeit lag bei sieben pro 1.000 Lebendgeborene.
- 1998 wurden in Wien bei 1.348 Knaben und 952 Mädchen im Alter von 0–1 Jahr perinatale Affektionen und 1.062 Frühgeburten registriert. Die Perinatalzentren in Wien bieten die höchste Versorgungsstufe für Neu- und Frühgeborene; weiters finden in Universitätskliniken, den Entwicklungsdiagnostischen Ambulanzen sowie zahlreichen anderen Einrichtungen und Institutionen Studien/Projekte über Frühgeburtlichkeit statt.
- Maßnahmen zur weiteren Senkung der **Säuglingssterblichkeit** können nicht nur postpartal sondern schon vor der Geburt ansetzen. 19 Prozent der Schwangeren rauchen, was ein enormes Risiko für das Ungeborene darstellt. Es wird wichtig sein, die RaucherInnentherapie allgemein und speziell bei Schwangeren als eine wichtige präventivmedizinische Maßnahme zu vermitteln. Das Ausmaß gesundheitlicher Aufklärung muss gesteigert werden und das Angebot an Entwöhnungstechniken attraktiver gestaltet werden.

Auch bezüglich des Alkoholkonsums sollten schwangere Frauen ausreichend aufgeklärt werden. Nicht nur alkoholabhängige Mütter gefährden ihr Kind durch regelmäßigen Alkoholgenuss, schon der einmalige mehrstündige Konsum von Alkohol kann zu Schädigungen des Neugeborenen führen.

Die Ergebnisse verschiedener Modelle zur Substitution und Betreuung von substanzabhängigen Frauen und ihren Kindern bis zum 6. Lebensjahr weisen darauf hin, dass den psychosozialen Risiken gegenüber den biologischen Risiken ein höherer Einfluss auf die Entwicklung von Kindern substanzabhängiger Mütter zukommt. Die Substitution und die Betreuung von substanzabhängigen Frauen und ihren Kindern erfolgt in Wien am AKH sowie am Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel.

- Die Inzidenz des **plötzlichen Säuglingstodes** (SIDS) war bis vor kurzem in Wien deutlich höher als in den anderen Bundesländern Österreichs. Unter dem Namen „Sicheres Schlafen für Babys“ initiierten die Wiener Kinderspitäler eine Informationskampagne zur Senkung der SIDS-Inzidenz Wiens mit dem Ziel, innerhalb der nächsten zwei Jahre die gesamtösterreichische Inzidenz dauerhaft zu unterschreiten.
- **Entwicklungsdiagnostische Informationen** liefern unerlässliche Grundlagen für jede Erziehungsberatung. Die Entwicklungstestverfahren lassen sich einerseits nach ihrer Bandbreite und andererseits nach dem Altersbereich, in dem sie einsetzbar sind, untergliedern. In Wien gibt es eine Vielzahl von Beratungsstellen und Kliniken, die Entwicklungsdiagnostik im engeren Sinne, aber auch psychologische Diagnostik für Schulkinder und Jugendliche anbieten. Die Fähigkeit sprechen zu lernen ist zwar angeboren, dennoch brauchen Säuglinge eine sprachlich anregungsreiche, kommunikationsfreudige soziale Umwelt für eine gute Sprachentwicklung. Die besten Voraussetzungen haben Kinder, deren SprechpartnerInnen den kindbezogenen Sprechcode benutzen.

Für den Aufbau einer Vielzahl von Kompetenzen ist die motorische Entwicklung von Bedeutung. Bewegungsmangel, unzureichende Spielmöglichkeiten im Freien haben negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Raumorientierung, der Reaktionsschnelligkeit und des Gleichgewichtssinns. Die Feinmotorik und ihre Integration mit der visuellen Verarbeitung muss ebenso gefördert werden, da ansonsten z. B. Beeinträchtigungen des Erlernens des Schreibens zu befürchten sind.

Schulschwierigkeiten sind oftmals durch Teilleistungsstörungen verschiedenster Art (z. B. Lese- und Rechtschreibprobleme, Rechenstörung) mitbedingt. Durch eine Frühdiagnose möglicher Beeinträchtigungen bereits im Kindergartenalter können gezielte Fördermaßnahmen eingeleitet werden.

- Ein **hyperaktives Verhalten** von Kindern ist nicht selten durch Bewegungsmangel und wenig strukturierte häusliche und/oder schulische Lernumgebung bedingt. Lediglich 3,5 Prozent der Kinder weisen echte hyperkinetische Störungen auf; sie werden hauptsächlich mit multimodalen Trainingsprogrammen (Medikamente und Psychotherapie kombiniert) erfolgreich behandelt.
- 96 Prozent der Wiener Kinder im Alter von 11–15 Jahren fühlen sich sehr oder ziemlich gesund; 90 Prozent der Kinder fühlen sich glücklich oder zufrieden. Die Mädchen fühlen sich tendenziell glücklicher, dafür sind die Knaben selbstbewusster.
- In einer Studie über **Schlafstörungen**, in welcher 332 Kinder befragt wurden, gaben 11,4 Prozent an in „fast jeder Nacht“ und 20–60 Prozent „manchmal“ an Symptomen wie z. B. Durchschlafstörungen, Alpträumen oder Schlafwandeln zu leiden.
- Die Sermo-Studie ergab, dass rund 40 Prozent der Wiener Kinder bis 15 Jahren „nie“ und rund 30 Prozent „einmal“ und ebenso viele „zweimal oder öfter“ krank waren.
- 1998 wurden laut Spitalsentlassungsstatistik in Wien 118 Kinder im Alter von 0–15 Jahren mit der Diagnose **Diabetes** entlassen. Bei der Jahrestagung der American Diabetes Association wurden Zahlen präsentiert, die zeigen, dass sich seit Anfang der 90er Jahre die Häufigkeit von Typ II-Diabetes unter Kindern verzehnfachte. Zunehmender Bewegungsmangel und vermehrtes Übergewicht lassen einen ähnlichen Trend für Österreich vermuten.

ZUSAMMENFASSUNG

Vermehrte Aufklärung und rechtzeitig einsetzende Prävention werden notwendig sein, um drohende Spätfolgen zu verhindern.

- **Asthma** im Kindes- und Jugendalter ist gekennzeichnet von ganz unterschiedlicher Prävalenz und zunehmender Tendenz. Laut einer Elternbefragung von Wiener Volksschulkindern 1997 litten sieben Prozent der Kinder an keuchenden Atemgeräuschen. Die Aufmerksamkeit und Betreuung asthmasymptomatischer Kinder scheint in Wien noch mangelhaft zu sein. Mehr als die Hälfte der symptomatischen Kinder erhält keine Therapie. Unterdiagnostik und fehlende Behandlung symptomatischer Kinder sind in Wien häufiger als in anderen europäischen Staaten. Schwerpunkt aller zukünftigen Bemühungen um eine Besserung der Situation und um Finanzierbarkeit der Behandlung muss die Aufklärung der Eltern und der Kinder und ein verbessertes Asthmanagement sein.
- Die häufigsten **HNO-Erkrankungen** waren 1998 laut Spitalsentlassungsstatistik in Wien akute Affektionen der Tonsillen, Rhinopharyngitis, akute Tonsillitis, akute Laryngitis und akute Tracheitits.
- **Kinderkrankheiten** weisen ein hohes Ansteckungspotenzial auf. 1998 wurden in Wien 53 Kinder im Alter von 0–14 Jahren mit der Diagnose Windpocken, 14 mit Masern und neun mit Mumps aus dem Spital entlassen. Im selben Jahr erkrankten 486 Kinder an Scharlach und neun an Keuchhusten.
- Die Zahl der **Meningitis**-Erkrankungen in Wien hat sich zwischen 1997 und 1999 von 17 auf zehn Fälle gesenkt. An **Hepatitis A** erkrankten 1999 64 und an **Hepatitis B** elf Wiener Kinder. Bei den **bakteriellen Lebensmittelvergiftungen** gab es 1999 bei Kindern im Alter von 0–15 Jahren 440 Salmonellosen; 431 Kinder erkrankten durch *Campylobacter jejunii*, 31 aufgrund Yersinien und an 75 Kindern wurde **bakterielle Ruhr** festgestellt. Bei der **Kindertuberkulose** war 1999 erstmals wieder ein Anstieg zu verzeichnen, es wurden 22 Fälle gemeldet. Bis zum 28.1.2000 waren in Österreich 32 pädiatrische **AIDS**-Fälle registriert. Der häufigste Infektionsweg ist die Übertragung von der Mutter auf das Kind.
- **Impfungen** und verbesserte Hygiene drängten Kinderkrankheiten in Österreich weitgehend zurück. Die Folge war ein massiver Rückgang der spezifischen Erkrankungs- und Sterbezahlen. Gleichzeitig machte sich auch ein Umdenken in der Bevölkerung bemerkbar. Die Bedeutung und potenzielle Gefährlichkeit dieser Krankheiten wird von den Eltern teilweise wieder unterschätzt. Daher muss die Prävention von Kinderkrankheiten sowie die Aufklärung über Impfungen und die Motivation der Bevölkerung weiterhin Bestandteil gesundheitsfördernder Maßnahmen sein.
- **Unfälle** stellen die Haupttodesursache der 0–15-Jährigen dar. Die Entwicklung der Kinderunfälle zeigt zwar einen Rückgang der Unfälle mit tödlichem Ausgang, die Zahl der stationär behandelten Fälle steigt aber. In Wien ist der Anstieg der stationär behandelten Unfälle stärker ausgeprägt als in Gesamtösterreich, jedoch ist der Rückgang der tödlichen Unfälle weniger linear. Die Unfallprävention bei Kindern (Verletzungen und Vergiftungen) muss weiterhin forciert werden. Rund 4.000 Wiener Kinder im Alter von 0–15 Jahren wurden 1997 nach Unfällen stationär behandelt. Insgesamt geschehen in dieser Altersgruppe pro Jahr rund 32.000 Unfälle, die sich hauptsächlich (92 Prozent) in den Bereichen Heim, Freizeit und Sport ereignen, sieben Prozent aller Kinderunfälle sind Schul- und Verkehrsunfälle.
- **Krebserkrankungen** bei Kindern sind in den diversen Altersstufen unterschiedlich ausgeprägt und teilweise vom Geschlecht abhängig. 1998 wurden 505 Kinder mit der Diagnose Lymphatische Leukämie sowie 235 mit Myeloischer Leukämie aus einem Wiener Spital entlassen. Neben malignen Neoplasien der Niere bzw. Harnorgane und des Gehirns waren dies die bedeutendsten Krebserkrankungen.
- Die häufigsten **Hauterkrankungen** waren 1998 Atopische Dermatitis, Psoriasis, Seborrhoische Dermatitis.
- Von 1966–1999 wurden unter 2,9 Mio. gescreenten Neugeborenen mehr als 1.200 Kinder mit behandelbaren angeborenen **Stoffwechselerkrankungen** identifiziert. Die Phenylketonurie und die kongenitale Hypothyreose sind die beiden am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen. Ab 2001 ist eine Erweiterung im österreichischen Neugeborenen-Screening mittels Tandemmassenspektrometrie (TMS) geplant.
- 1998 wurden 550 Kinder mit der Diagnose **Epilepsie** aus Wiener Spitälern entlassen. Die Prävalenz der Epilepsie wird auf 0,5–1 Prozent und die Inzidenz auf 0,04 Prozent geschätzt.
- Bei orthopädischen Untersuchungen an Wiener PflichtschülerInnen zeigte sich, dass fast ein Drittel der SchülerInnen haltungsgefährdet ist. Durch ausreichende Bewegung, Vermeidung von Übergewicht, ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes, Beachtung des Gewichtes der Schultasche, Schulturnen und regelmäßige schulärztliche Untersuchungen können **Haltungsschäden** weitgehend vermieden werden. Untersuchungen zu Haltungsschäden an Wiener Pflichtschulen (1998/99) ergaben, dass 36 von 100 Kindern Wirbelsäulenanomalien und 30 von 100 Kindern Bein- und Fußanomalien aufweisen.
- Die Zahl der kariösen oder gefüllten **Zähne** hat sich 1997 bei den 12-Jährigen von 3,0 auf 1,7 gesenkt. Die 5–6-jährigen Kindergartenkinder wiesen im Vergleich 1988/89 zu 1996 zwar weniger geschädigte Zähne auf, jedoch waren diese an mehreren Stellen mit Karies befallen. 1998 wiesen 38 Prozent der von SchulärztInnen der

Jugendzahnklinik untersuchten Kinder behandlungsbedürftige Zähne auf. Die Kariesprävalenz der Wiener SchülerInnen lag 1999/00 in der 1. Klasse bei 30,1 Prozent, in der 4. Klasse bei 26,6 Prozent und in der 8. Schulstufe bei 30,5 Prozent.

Der Beginn der **Kariesprophylaxe** sollte möglichst früh gewählt werden, da die größten Versorgungslücken bei den Kindern bis drei Jahren vorliegen, doch auch ältere Kinder sollten durchaus in prophylaktische Maßnahmen einbezogen werden, da sich deren Zahngesundheit auf das Erwachsenenalter auswirken wird. Dafür werden weiterhin gruppenprophylaktische Angebote notwendig sein. Unter der Voraussetzung, dass die Basisprophylaxe flächendeckend ausgebaut wird, können somit viele Kinder gleichzeitig erreicht werden. Zusätzlich sollte jedoch nicht auf individualprophylaktische Maßnahmen verzichtet werden. Hierzu bedarf es verstärkter Anstrengung, Karies-Risiko-Kinder auffindig zu machen.

- **Psychiatrische Diagnosen** sind in den verschiedenen Altersgruppen beiderlei Geschlechts unterschiedlich in Häufigkeit und Ausprägung. Die forensische Arbeit, welche Begutachtungsfragen von kindlichen und jugendlichen ZeugInnen sowie TäterInnen umfasst, ist ein wichtiger Aspekt der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. An die Diagnostik und Therapie werden z. B. in den Bereichen Süchte, Sekten, Kriminalität, Sexualentwicklung immer höhere Ansprüche gestellt.
- Bis zu 41 Prozent des Gesamt-PatientInnenaufkommens der Wiener Gesundheitseinrichtungen und Krankenanstalten sind fremdsprachige PatientInnen. Da die Hälfte der ausländischen Bevölkerung in Wien über wenige oder keine Deutschkenntnisse verfügt, gestaltet sich die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen schwierig. Neben professionellen DolmetscherInnen wird zur Überwindung der **Kommunikationsbarrieren** auf hausinterne fremdsprachige MitarbeiterInnen zurückgegriffen. In manchen Einrichtungen bereits tätige **Community Interpreters** können in ihrer sprachlichen Vermittlungsfunktion auch kulturbedingte Besonderheiten der fremdsprachigen PatientInnen berücksichtigen.
- **Esstörungen** können bereits beim Kleinkind auftreten (z. B. Pica, Essverweigerung, Appetitlosigkeit und Ruminationsstörungen), doch eine zahlenmäßig weitaus höhere Bedeutung haben die Esstörungen im Kindes- und Jugendalter (Adipositas, Bulimia nervosa, Anorexia nervosa und Binge Eating).
- Bei Kindern mit **Behinderung**, deren genaue Zahl aufgrund fehlenden Datenmaterials nicht bestimmt werden kann, spielt es eine wesentliche Rolle, in welchem Lebensabschnitt (vorgeburtlich/genetisch oder nachgeburtlich) die Behinderung auftritt. Pflegeheime, Pflegefamilien, Sonderkindergärten und -schulen mit diversen Ausrichtungen stehen in Wien den betroffenen Kindern und deren Eltern zur Verfügung.
- Die „Kinderhauskrankenpflege“ ist in Wien bisher kaum etabliert und wird auch wenig nachgefragt. Zur Abschätzung des tatsächlichen Bedarfs sollte eine Bedarfserhebung über Befragungen in den Krankenanstalten durchgeführt werden. Durch den Ausbau der „Kinderhauskrankenpflege“ könnten die Krankenanstalten entlastet werden.
- 63.201 Kinder waren 1998 in Wien in **Kinderbetreuungseinrichtungen** eingeschrieben; die Versorgungsquote mit Kindertagesheimplätzen betrug für Kinder im Alter von 1½–3 Jahren 41,2 Prozent und bei den 3–6-Jährigen 88,2 Prozent. Im Vergleichszeitraum 1980/81 und 1998/99 ist die SchülerInnenzahl in der Volksschule gestiegen in den anderen Schultypen hingegen gesunken. Der AusländerInnenanteil ist in allen Schultypen gestiegen.
- **Ausländische Kinder** empfinden sich – im Gegensatz zu österreichischen Kindern – in eher günstigen sozialen Bedingungen als krank. Dieser Widerspruch kann mit der These einer abnehmenden Symptommhäufigkeit bei extrem negativen Lebensbedingungen erklärt werden.

Risiken und Gefährdungen

- In Wien konnte, nicht zuletzt aufgrund des guten Versorgungsnetzes für Schwangere und Stillende in Wien, in den letzten Jahren eine Zunahme der Stilldauer und -frequenz festgestellt werden.
- Bei den Wiener Vorschulkindern zeigt sich bereits die Tendenz einer überhöhten Aufnahme von tierischen Nahrungsmitteln, Kochsalz und Saccharose. Die Schulkinder weisen zusätzlich einen erhöhten Fettkonsum und eine zu niedrige Ballaststoffaufnahme auf. Die Versorgung mit Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen ist bis auf wenige Ausnahmen (Vitamin D, E und Folsäure) gegeben. Das Ernährungswissen weist sowohl bei den österreichischen Erwachsenen als auch bei den Kindern beträchtliche Mängel auf.
- Die meisten Wiener Kinder im Alter von 11–15 Jahren betreiben mindestens zweimal pro Woche in der Freizeit Sport; 26 Prozent tun dies täglich. Die Kinder, die viel Sport betreiben fühlen sich gesünder, wohler und glücklicher. Die generelle Bewegungsfreude nimmt mit dem Alter ab.
- 37 Prozent der befragten Wiener Kinder im Alter von 11–15 Jahren sehen täglich 2–3 Stunden fern, 13 Prozent vier Stunden und 16 Prozent mehr als vier Stunden. Anders als beim Fernsehen ist das Computerspiel eine Domäne der Knaben. 18 Prozent der 11-jährigen Knaben und drei Prozent der Mädchen im selben Alter spielen täglich zwischen vier und sechs Stunden am Computer.

ZUSAMMENFASSUNG

- Fast die Hälfte der Wiener Stadtfläche entfällt auf Grünfläche. Die Parkbetreuung in allen Wiener Bezirken, durch qualifizierte BetreuerInnen und die Wiener Kinderfreunde, ist ein europaweit einzigartiges Projekt. 1999 haben 80.306 Kinder und 34.709 Jugendliche dieses Angebot wahrgenommen. Ein zusätzliches Angebot für die Wiener Kinder kommt vom Forstamt, welches 1998 die Wiener Waldschule eröffnet hat.
- Die Ozonkonzentrationen lagen 1998 in den warmen Jahreszeiten in Österreich um den Vorwarnwert (100 ppB). Stickstoffdioxid ist vor allem in den verkehrsnahen Standorten erhöht. Die Schwefeldioxidbelastung konnte in Wien seit 1978 deutlich gesenkt werden. Der gesetzliche Grenzwert für Gesamtschwebstaub wurde 1998 nur einmal geringfügig überschritten. Die Lärmbelastung der Wiener Bevölkerung ist nach den Ergebnissen der Studie „Leben in Wien“ und dem Mikrozensus von 1994 beachtlich. Rund die Hälfte der BewohnerInnen fühlen sich durch Lärm gestört, rund ein Viertel sehr stark bis stark gestört. Bei den Wiener Badewässern und Oberflächengewässern mit ausgewiesener Badebenutzung gab es 1996 keine Beanstandungen.
- Das **Rauchverhalten** der Wiener Jugendlichen ist als problematisch einzustufen, denn im internationalen Vergleich liegt ihr Zigarettenkonsum im oberen Viertel. Die größten Einflussfaktoren bezüglich des Rauchverhaltens der 15-jährigen Jugendlichen sind der Freundeskreis und die Schule. Passivrauchen stellt einen Risikofaktor für ein Neuaufreten von Asthma bei Kindern dar und kann bei bereits bestehendem Asthma den Schweregrad der Erkrankung erhöhen. Da besonders bei den jungen Wienerinnen eine starke Zunahme von Zigarettenkonsum zu verzeichnen ist, können diese als spezielle Risikogruppe angesehen werden.
- Der **Alkoholkonsum** der 15-jährigen WienerInnen ist überdurchschnittlich hoch. 69 Prozent der Knaben hatten schon mindestens einmal einen Rausch. In derselben Altersgruppe waren bereits sechs Prozent der Knaben und 14 Prozent der Mädchen öfter als viermal bertrunken. Schlechte Schulnoten und eine negative Schulumgebung können den Alkoholkonsum negativ beeinflussen.
- Die Wiener Burschen weisen gegenüber den Mädchen mehr Erfahrung mit dem **Konsum illegaler Substanzen** auf, jedoch beginnen die Mädchen wesentlich früher mit dem Konsum. Die meisten Jugendlichen konsumieren die Drogen innerhalb der Gruppe. Zu über 90 Prozent werden Hanfprodukte konsumiert. In den verschiedenen Schultypen zeigen sich unterschiedliche Konsumtendenzen. Wichtige Primärprävention wird durch das 1999 vom Gemeinderat verabschiedete Wiener Drogenkonzept geleistet.
- Zwölf Prozent der männlichen und 17 Prozent (n. s.) der weiblichen Befragten nehmen „mehrmals pro Monat“, 3,3 Prozent der Knaben und 6,5 Prozent der Mädchen „mehrmals pro Woche“ **Medikamente** ein. Die Hauptverordnungen in Österreich waren 1998 in der Altersgruppe der 0–9-Jährigen Antiparasitika (27 Prozent), Antibiotika (19 Prozent) und Hypophysenhormone und deren Beeinflussung (19 Prozent). Bei den Wiener Kindern treten psychische Beschwerden, wovon häufiger Knaben betroffen sind, öfter auf als im Bundesdurchschnitt. 1998 wurden bei den unter 1-Jährigen 708, bei den 1–4-Jährigen 1.856, bei den 5–11-Jährigen 4.246 und bei den 12–19-Jährigen 17.960 Verordnungen von Psychopharmaka und Psychoanaleptika registriert.
- Die Auswirkungen von **Bildschirmspielen** auf das Kind sind vor allem vom Spielgerät und der Software abhängig. Unter Bedachtnahme bestimmter „Regeln“ können durch Computerspiele die Konzentration und die visuelle Wahrnehmung gefördert sowie soziale Isolation vermieden werden. Kinder finden in erster Linie Spaß am Spiel, weiters interessiert die Grafik und der Wettkampf. Die Heranwachsenden müssen durch die Erziehungsberechtigten und BetreuerInnen zu einem sinnvollen Umgang mit den Bildschirmspielen ermutigt werden.

Innerfamiliäre Gewalt und sexueller Missbrauch von Kindern

Über das tatsächliche Ausmaß der Gewalt gegen Kinder in Österreich liegen nur Schätzungen vor. Jedoch gilt als gesichert, dass etwa zwei Drittel aller Eltern schon zu „leichteren Erziehungsmaßnahmen“ (Ohrfeige) gegriffen haben. Bezüglich sexuellem Missbrauch bei Kindern muss in Österreich mit mindestens 10.000 Fällen jährlich gerechnet werden. Bei Kindern, die sexuell missbraucht wurden, sind sowohl körperliche als auch psychische Auswirkungen nachgewiesen. Depressionen, Suizidalität und erhöhtes Suchtverhalten sind als bedeutendste langfristige Auswirkungen zu nennen.

Pubertät und Adoleszenz

Die ersten sexuellen Reifungsprozesse beginnen bei den Mädchen frühestens mit acht und bei den Burschen mit neun Jahren; sie dauern etwa vier bis sechs Jahre. Neben den massiven körperlichen finden auch entscheidende psychische Veränderungen statt, wobei die Kinder eine große Anpassungsleistung zu erbringen haben. FreundInnen, Mode und andere „Trends“ haben einen wesentlichen Einfluss auf den Entwicklungsverlauf der Kinder. Die Schule wird eher als sozialer Treffpunkt gesehen und die Freude am Schulbesuch nimmt ab.

Jugendsexualität

Einer jener Bereiche, in denen sich der Übergang von der Kindheit zum Jugendlichen und Erwachsenen am intensivsten äußert, ist die Sexualität. Als gesamtgesellschaftlicher Trend ist eine Vorverlegung der ersten sexuellen Erfahrungen zu beobachten. Treue und Monogamie ist für Jugendliche zwar wichtig, aber die durchschnittliche Beziehungsdauer liegt zwischen sieben und neun Monaten. Das Verhütungsverhalten der österreichischen Jugendlichen kann im internationalen Vergleich als gut bezeichnet werden und ist abhängig von der Schul- und Berufsbildung; weiters existieren große Stadt-Land-Unterschiede.

Der Informationsstand österreichischer Jugendlicher zum Thema HIV/AIDS ist zwischen 1991 und 1995 angewachsen und seither auf diesem insgesamt als sehr hoch zu bezeichnenden Niveau geblieben. Nach wie vor zeigen sich die Wissenmängel der Jugendlichen vor allem darin, dass „falsche“ HIV-Infektionsrisiken wie Ansteckung über Insektenstiche, Wohnen in gemeinsamem Haushalt, Körperkontakt, Küssen usw. genannt werden. Ebenso ist das Wissen zum Krankheitsverlauf und zur Therapie der HIV-Infektionen weiterhin lückenhaft. Einer unrealistisch hohen Angst vor HIV/AIDS steht eine Unterschätzung des eigenen Risikos gegenüber.

Gesundheitsvorsorge und Prävention

- **Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen** dienen vor allem der Früherkennung von Gesundheitsrisiken der Mutter sowie von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen des Kindes. 1997 konnte, nachdem die finanzielle Unterstützung merklich gekürzt wurde (von 15.000 auf 2.000 Schilling), ein Nettorückgang von einem Prozent (unter Berücksichtigung der Geburtenverminderung) errechnet werden. Wien lag damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von vier Prozent. 1998 konnte in Wien bei den Untersuchungen eine Zunahme von 1,7 Prozent registriert werden.
- Vorschulkinder und Schulkinder können in Wien **Impfungen**, welche vom Obersten Sanitätsrat empfohlen werden, kostenlos an zahlreichen öffentlichen Stellen, bei den niedergelassenen ÄrztInnen und an den Schulen erhalten. Hohe Durchimpfungsraten (SORA-Studie) sind bei Diphtherie, Tetanus, Masern, Mumps, Röteln und Polio zu verzeichnen. Die Ergebnisse aus der SERMO-Studie zur Befragung des Impfverhaltens zeigte im Vergleichszeitraum 1991–1995, dass die Kinder am häufigsten gegen FSME, Polio, Masern-Mumps-Röteln sowie Diphtherie und Tetanus geimpft wurden.
- Die **Gesundheitsförderung** in Wien weist eine enorme alters- und themenspezifische Bandbreite (z. B. Bewegung, Kariesprophylaxe, Suchtprävention, Ernährung und Unfallverhütung) auf. Seit 1993 ist Österreich am internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen der WHO beteiligt. Nach einer Pilotphase (1993–1996) wurde das Projekt in den Bundesländern, so auch in Wien, verankert.

Eine gute Zusammenarbeit mit außerschulischen ExpertInnen scheint die Stärke einer „gesunden Schule“ zu sein. Hier besteht offensichtlich für Schulen und Kindergärten der dringende Bedarf, auf einen Pool von außerschulischen ExpertInnen zurückgreifen zu können, die qualitätsgesichert und finanziell erbringbar einen Beitrag zur Gesundheitsförderung in Schule und Kindergarten leisten können und wollen.

Versorgungssysteme für Kinder

Für die Wiener Kinder unter 15 Jahren existiert sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ein dichtes Versorgungsangebot. Für die differenziertere Versorgung von Kindern stehen in den Wiener Krankenanstalten bzw. Ambulanzen sowohl im pädiatrischen als auch im geburtshilflich-neonatologischen Bereich spezielle Einrichtungen zur Verfügung. Die Kinderhauskrankenpflege ist erst ansatzweise ausgebaut. Von Bedeutung für die Gesundheitsvorsorge der Wiener Kinder sind weiters präventivmedizinische Institutionen. Bei psychischen Problemen stehen eine Reihe von Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung, wobei den unentgeltlichen Beratungsstellen der Stadt Wien (Elternberatungsstellen, Entwicklungsdiagnostische Ambulanzen, Eltern-Kind-Zentren usw.) besondere Bedeutung zukommt.

Eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Kindern sind jeweils in den Resümees zu den einzelnen Kapiteln aufgelistet. Weiters wird im Bericht auch auf Themen verwiesen, die noch einer eingehenden Untersuchung bedürfen.

SUMMARY

The purpose of the Vienna Child Health Report was to collect data on physical, psychological and social health of preschool and school children (aged 0 to 15). The aim was to give a comprehensive overview of children's health in Vienna and to attempt a forecast of future health care issues.

Development Psychology

One of the main aims of the report was to find out which kind of home, school and leisure time environment is conducive to children's continuing good health.

In a world which is becoming increasingly more complex and changing ever more rapidly, raising our children and furthering their skills is becoming increasingly important.

- A child's development is determined by the interaction of inherent and environmental factors. Individual development stages each have their share of learning and education. What all of them have in common is the development of competencies and of character.
- Raising a child successfully means different things at different stages. In the early years, a child receives targeted guidance and enhancement (the foundations are laid), later on, the adolescent's co- and self-determination are challenged.
- Existing misconceptions about children's development must be corrected while information about development markers and their significance must become more widespread.

Socio-Demographic Figures for Vienna

From a socio-demographic point of view measures to protect children's lives and their health – rare as they are – must be given absolute priority:

- 1.6 million people currently live in Vienna. With a share of children aged 0 to 15 of approximately 15 percent, Vienna is well within the European average. Compared to other provinces in Austria, it is below average. By 2015, the share of children under the age of 15 will drop even further and then level out at 12 percent.
- Compared to other European cities the birth rate in Vienna in 1998 was quite low with approximately 10 births per 1,000 inhabitants.
- In 1998, general fertility figures, i.e. the number of births per 1,000 women aged 15 to 45, were found to have dropped to 43, compared to 46.3 in 1996.
- The overall fertility rate also went down to 1.22 children per woman in 1998, which is a decline of 30 percent over the course of the past thirty years and an all-time low.
- In the period of reference, the average age of women at the time their children are born has risen from 26.7 years in 1961, to 27.9 years in 1998 and will reach a high of 30 years by the year 2015.
- A female infant born in Vienna in 1998 can expect to live to the age of 80.3, for male infants life expectancy is calculated at 73.7 years. Compared to other provinces, Vienna has the lowest life-expectancy for women and the second-lowest for men.
- As with other provinces, mortality of men in Vienna, even in younger years, is markedly higher than for women.
- Infant mortality in Vienna (and other provincial capitals) has been well above the Austrian average since the early 70ies. Nevertheless, it has gone down considerably in that time. In 1998, "only" 7 infants died for every 1,000 viable births, compared to 33.4 for every 1,000 viable births in 1961.
- Living conditions in cities are always associated with health risks which are said to be responsible for higher infant mortality, yet the single most significant factor influencing infant mortality is the child's weight at birth, or rather the duration of gestation. Mother-child-pass examinations have been introduced to help reduce the number of newborns with low birth-weight. In this context, great emphasis is also placed on measures to reduce cigarette, alcohol and drug consumption as well as obesity. Such measures are believed to be as important as therapies for the treatment of acute organic diseases.

Structural Conditions for Children's State of Health

Families, whatever their constellation, are known to affect a child's health and well-being.

- 71 percent of parents in Austria are married, 3.9 percent live in common-law relationships, 25.1 percent are single parents out of choice or because their situation does not permit otherwise.

Summary

- *The majority of single parents raising minors are women, most of them gainfully employed. The children concerned frequently suffer socio-economic disadvantages.*
- *The total number of marriages has been decreasing continuously since the 50ies. Simultaneously, the number of common-law relationships has risen. Many of these couples decide to get married later on in life, which means that 53 percent of all married couples already share the same address at the time their marriage is registered.*
- *The number of children not raised in wedlock has increased. Between 1965 and 1999, the share of children born out of wedlock rose from 11 percent to 30.5 percent (25.9 percent in Vienna) or 41.3 percent for first-born children, with a probability rate of 53 percent for legitimisation through subsequent marriage of the child's own parents. (In Scandinavian countries more than 80 percent of first-born children are born out of wedlock.)*
- *The trend towards smaller families is also reflected in the number of only children.*
- *The chance of children and adolescents living through divorce of their parents is rated at approximately 20 percent for all of Austria and approximately 25 percent for Vienna. The risk of separating is 50 percent higher for couples living in common-law relationships than for married couples.*
- *The number of children affected by divorce is on the increase. Children from divorced marriages frequently exhibit disturbances in their well-being, conspicuous behavioural patterns, as well as difficulties with their social behaviour. Visitation rights must be determined on the basis of a child's ability to adapt. A child's individual situation, relevant to its state of development, must be taken into consideration. Guardianship, new partnerships and family structures as well as conflicts with ex-partners are a heavy price to pay for many children.*
- *Families, with their socio-economic status, the quality of communication and the support they offer, have a marked influence on children's subjective health.*
- *Social relations in class affect students' well-being at school and play a significant role in problem solving at school as well as outside. Most students feel accepted by their peers and enjoy being with them. In Vienna, children feel slightly less comfortable at school than they do on an average elsewhere in Austria.*
- *The frequency of verbal or physical aggressions between students (bullying) is used as an indicator for the quality of life in class. 68 percent of students in Austria have participated in bullying episodes at least once. Bullying is becoming a serious problem for 13 year old boys, 19 percent of whom participate in such episodes on a regular basis.*
- *Most students enjoy school, with varying degrees of enthusiasm depending on age and gender. Girls generally like school better than boys. Contentedness with school demonstrated by children in Vienna is within the international average, with younger ones showing a greater sense of enjoyment than older ones. Children who consider themselves "very healthy" are frequently very content at school.*
- *Sometimes the thought of school incites fear and children who experience fear perform less well at school. While children at primary school level are rarely affected, fear is more widespread at secondary school level throughout Austria.*
- *Subjectively felt health also seems to benefit from teachers' support. Children who can reckon with their teachers' support consider themselves "in very good health" in twice as many cases as those who do not enjoy any support.*
- *Participation and opportunities to become involved also have a positive effect, particularly on 15 year olds, whose chances of being healthy are rated twice as high under such conditions.*
- *For health and general well-being to be in harmony, transition phases such as entering school or switching to academic secondary schools must be given special attention. Children must receive particular support during those times.*
- *Peers and sports activities also have a favourable influence on a child's sense of health.*

Epidemiology

- *The number of stillbirths has changed little since 1994: in 1998, 74 stillbirths were registered in Vienna. Infant mortality in Vienna was rated at 7/1000.*
- *A total of 1,348 male and 952 female infants aged 0 to 1 were diagnosed with perinatal affections (ICD-9) in 1998, while the number of premature births was registered at 1,062. Perinatal centres in Vienna offer the best possible care for newborns and premature babies. In addition, universities, outpatient departments for development diagnostics as well as several other institutions are carrying out studies and projects on premature births.*

Summary

- Measures to further reduce **infant mortality** can set in before parturition. 19 percent of all pregnant women are smokers, presenting a serious risk for their unborn children. Therapies to stop smoking will become major tools of preventive medicine, particularly for pregnant women. Health education needs to be increased while incentives to stop smoking need to be made more attractive. Pregnant women should also be sufficiently informed about the dangers of alcohol consumption. Children are not only harmed by regular alcohol consumption of their addicted mothers, several hours of drinking on one occasion alone can seriously damage a newborn. Various models of substitution and care for substance-addicted women and their children up to the age of 6 have revealed that psycho-social risks are far more threatening to the development of children and their addicted mothers than biological risks. Substitution therapies and care for substance-addicted women and their children are offered by the Vienna General Hospital and the neurological clinic Rosenhügel.
- The incidence of sudden infant death (SIDS) was, until recently, far higher in Vienna than in other provinces in Austria. Viennese children's clinics have launched an information campaign "Safe sleep for babies" to reduce the SIDS incidence in Vienna and to reach permanent lower levels for all of Austria within the next two years.
- **Information on development diagnostics** provide a vital basis for educational counselling. Development test procedures are distinguished by their scope and the age group they are applied to. In Vienna, there are a number of counselling centres and clinics offering development diagnostics in the narrower sense as well as psychological diagnostics for schoolchildren. Infants, while being equipped with an inborn ability to learn to speak, do require a social environment that will motivate them to speak and to communicate if their skills are to be developed. Most favoured are children addressed by their communication partners in their own, child-oriented, speech codes.
- Motor development is essential for building up a variety of competencies. Lack of opportunities to play outside and a general lack of physical activity are detrimental to the development of spatial perception, reactivity and the sense of equilibrium. Fine motor skills must also be enhanced and integrated into visual perception as a basis for unhampered acquisition of writing skills.
- Difficulties at school are frequently caused by a variety of partial performance deficiencies, such as reading and spelling difficulties and difficulties with numbers, too. Diagnosing possible impairments at kindergarten age is necessary if targeted support measures are to be introduced.
- In many cases, **hyperactive behaviour** is due to a lack of movement or insufficiently structured learning environments at school or at home. The frequency of real hyperkinetic disorders is indicated at 3.5 percent. The majority of these cases are treated successfully with multi-modal therapies, i.e. a combination of medication and psychotherapy.
- 96 percent of Viennese children aged 11 to 15 years consider themselves in good or fair health. 90 percent of all children claim to be happy or content, with girls showing a tendency to be happier than boys.
- A study on **sleeping disorders** carried out with 332 children found that 11.4 percent complained of unbroken sleep disturbances, nightmares or somnambulism almost every night, 20 to 60 percent were bothered occasionally.
- The SERMO-study found that last year, 40 percent of Viennese children below the age of 15 were not ill at all, 30 percent were ill once and 30 percent were ill twice or more times.
- According to hospital release statistics in 1998, a total of 118 boys and girls aged 0 to 15 were discharged with **diabetes** in Vienna. At the annual meeting of the American Diabetes Association figures were presented which indicate that since the early 90ies, the frequency of diabetes type II with children has become more than tenfold. Reduced physical activity, in combination with increasing obesity is likely to foster similar trends in Austria. Special emphasis will have to be placed on better awareness and early prevention to counteract negative consequences later on in life.
- **Asthma** during childhood and adolescence is on the increase, with varying patterns of prevalence. According to a survey on asthma symptoms carried out with parents of primary school beginners in Vienna in 1997, 7 percent of children had wheezing respiration. Care and attention paid to children with asthma symptoms are decidedly lacking in Vienna. More than half of the children exhibiting symptoms do not receive any therapy whatsoever. Lack of diagnostics or treatment of children is more widespread in Vienna than in other European countries. Efforts must be undertaken to improve the situation and to make treatment more affordable. To achieve this, parents and children need to learn more about the disease while asthma management needs to improve.
- According to hospital release statistics, in 1998, most frequent **otorhinolarynx illnesses** during childhood were acute tonsillitis, acute laryngitis as well as acute tracheitis.
- All **childhood diseases** are highly contagious. In 1998, 53 children in Vienna aged 0 to 14 were diagnosed with varicella, 14 with measles, and 9 with epidemic parotitis. In the same year, 486 children fell ill with scarlet fever, 9 with whooping cough.

Summary

- According to hospital release statistics the number of **meningitis** cases amongst Viennese children aged 0 to 15 years dropped from 17 to 10 between 1997 and 1999. The number of **hepatitis A** cases registered in 1999 was 64, in the same year 11 cases of **hepatitis B** were registered. Concerning the number of children with **bacterial food poisoning**, in 1999, 400 children aged 0 to 15 were infected with salmonella, 431 with campylobacter jejunii, 31 with yersinia and 75 children fell ill with bacterial dysentery. The frequency of **childhood tuberculosis** went up slightly in 1999, with 22 cases registered.
- As per January 28, 2000, 32 cases of paediatric **AIDS** were registered in Austria.
- **Vaccinations** and improved hygiene have pushed childhood diseases in Austria to the background. As a consequence, the specific diseases and childhood death figures have gone down considerably. At the same time, a reverse trend in people's attitude has become apparent. Parents have begun to underestimate once again the significance and potential danger of childhood diseases. Thus prevention, awareness-raising and knowledge about vaccinations and motivation of the population will continue to be a part of all health-promoting measures.
- **Accidents** are the most frequent cause of death for children aged 0 to 15. While fatal accidents have become less frequent in recent years the number of accidents treated at inpatient wards have been on the rise. This rise has been more noticeable in Vienna than in other provinces, but the drop in fatal accidents has been less linear. Prevention of accidents with children, i.e. injuries or poisoning, will continue to be a major issue. In 1997, approximately 4,000 children in Vienna aged 0 to 15 were treated in hospital. Approximately 32,000 cases annually are treated medically. The majority of accidents, i.e. 92 percent, happen at home, during leisure time or sports activities, approximately 7 percent of accidents involving children occur in traffic situations or at school.
- **Cancer incidence** with children varies from age to age and partly depends on gender too. In 1998, 505 children were discharged from a Viennese hospital with "lymphatic leukaemia", 235 with "myeloid leukaemia". Along with malignant neoplasia of the kidney, the urinary organs and the brain, these were the most frequent types of cancer diagnosed.
- Main **skin disorders** diagnosed in 1998 were atopic dermatitis, psoriasis, and seborrheic dermatitis.
- Of the 2.9 million newborns screened between 1996 and 1999, more than 1,200 were found to suffer from inborn treatable **disorders of the metabolism**. The majority of these were diagnosed with either phenylketonuria or congenital hypothyroidism. As of 2001, tandem mass spectrometry (TMS) is to become part of the standard Austrian infant screening programme.
- In 1998, 550 children below the age of 15 were released from hospital with diagnosed **epilepsy**. Epilepsy prevalence is rated at 0.5 to 1 percent, incidence is estimated at 0.04 percent.
- Surveys on **postural damages** carried out with children at compulsory schools found that one third of children that age group are at risk. By encouraging physical activities, avoiding obesity, providing ergonomic surroundings in the classroom, choosing lightweight schoolbags, making gymnastics part of the curriculum and performing medical examinations at regular intervals most postural damages can be avoided. Examinations carried out at Viennese compulsory schools in 1998/99 found that 36 children out of 100 have spinal anomalies, 30 out of 100 exhibit anomalies of the feet.
- In 1997, the number of carious or filled **teeth** with 12 year olds dropped from 3.0 percent to 1.7 percent. In 1996, 5 and 6 year olds were tested during a pilot project. Compared to 1988/89, children had fewer damaged teeth, but of the diseased teeth bigger areas were affected by caries. In 1998, 38 percent of children examined by school physicians working at the youth dental clinics were found to have teeth in need of treatment. In 1999/00, caries prevalence of students in Vienna was 30.1 percent in grade 1, 26.6 percent in grade 4 and 30.5 percent in grade 8.
- Lack of treatment is most frequently noticed with children aged 0 to 3, which is why **caries prophylaxis** ought to be started as early as possible. However, prophylactic measures should be extended to include older children too, as the condition of their teeth can have serious repercussions on their health as adults. Group prophylaxis will continue to play an important role in this context. The aim will be to simultaneously provide as many children as possible with basic treatment. Individual measures should aim at detecting children at particular risk.
- Frequency and gravity of **psychiatric diagnoses** for both genders vary considerably according to different age groups. Forensic tasks, including cross-examinations of child or adolescent witnesses and perpetrators, constitute an essential element of neuro-psychiatry for children and adolescents. Diagnostics and therapy in the fields of addictions, sects, criminality and sexual development are becoming increasingly more sophisticated.
- Up to 41% of all patients registered with Viennese health institutions and hospitals are of non-German speaking origin. With half of the foreign population in Vienna speaking little or no German at all, access to health care institutions becomes rather difficult. Professional interpreters as well as hospital staff of non-German speaking origin are employed to help overcome **communication barriers**. Some institutions have

Summary

started to employ **community interpreters** who along with their linguistic mediating skills also dispose of the knowledge necessary to distinguish between and consider patients' different cultural backgrounds.

- Infants and small children can sometimes exhibit **eating disorders** such as ruminations, pica, want of appetite as well as refusal to eat. More frequently, however, eating disorders are found with older children and adolescents, including *adipositas*, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa* and binge-eating.
- It should be noted that there are hardly any data available on the living conditions for children with **disabilities** in Austria. Yet it is essential to know what age or stage of life (prenatal/genetic or postnatal/accidents) a child becomes afflicted by a disability. A variety of nursing homes, foster parents, as well as kindergartens and schools for special needs are available for families and children who require them.
- Home care for children is hardly known in Vienna and there is little demand for it as yet. Clinics and hospitals would have to be assessed as to the need for more extensive home care services.
- In 1998, 63,201 children were registered in **child-care institutions** in Vienna. Supply with day-care places in 1998 was registered at 41.2 percent for children aged 1.5 to 3 years, 88.2 percent for children 3 to 6 years of age.
- In the period from 1980/81 to 1998/99, the number of children attending primary school has risen, while in other school types it has dropped. The percentage of foreigners has increased for all school types.
- Unlike Austrian children, **foreign children** have a tendency to feel ill under socially favoured conditions. This contradiction is best explained by the thesis of decreasing symptom frequency under extremely negative living conditions.

Risks and Dangers

- Recent years have seen an increase in the duration and frequency of breast feeding. This positive trend is very likely due to the excellent supply network established for pregnant and breast-feeding women.
- By preschool age, children in Vienna already take in excess amounts of animal-derived food, common-salt and saccharose. Fat consumption is too high while fibre consumption is too low. Schoolchildren in Vienna are sufficiently supplied with most vitamins, minerals and trace elements, with the exception of vitamins D, E and folic acid. Children's and adults' knowledge about the basics of nutrition is only fragmentary.
- Most children in Vienna aged 11 to 15 engage in sports activities twice or more times a week, 26 percent go in for sports on a daily basis. The more active students are in sports, the healthier, better and happier they feel. General enthusiasm for physical movement decreases with age.
- 37 percent of children asked watch television 2 to 3 hours a day, 13 percent watch 4 hours and 16 percent watch television for more than 4 hours daily. Unlike television computers appear to be more of a boys' domain. 18 percent of 11 year old boys and 3 percent of girls the same age engage in computer games between 4 and 6 hours daily.
- Almost half of Vienna's total area is green space. Vienna's parks and gardens programme provided by qualified caretakers in co-operation with the Vienna Friends of the Children is one of its kind in all of Europe. In 1999, a total of 80,306 children and 34,709 adolescents availed themselves of this free-of-charge service. Additional programmes are offered by Vienna's forestry department and its Vienna Forest School, opened in 1998.
- In Austria, ozone concentrations around the pre-warning level (100 ppb) are found during the warmer periods. Elevated levels of nitrogen dioxide are found in areas with high traffic density. Sulphur dioxide has been reduced markedly since 1978. Statutory limits for total suspended matter were only exceeded once in 1998.
- Current noise pollution in Vienna is considerable, as indicated by the study on "life in Vienna" and the micro-census of 1994. Approximately half the population is bothered by noise, one quarter considers noise a serious to very serious nuisance.
- Public baths and surface waters were found fit for bathing in 1996.
- Children's **attitude to smoking** is alarming, with cigarette consumption figures for Viennese youth ranging in the upper quarter compared to other countries. Friends and schools are influential in determining whether 15 year olds will smoke or not.
- Passive smoke is a risk factor for contracting asthma or for aggravating already existing asthma.
- Austrian and Viennese youngsters consume above average amounts of **alcohol**. 69 percent of 15 year old boys in Vienna have been drunk at least once. In the same age group, 6 percent of all boys and 14 percent of girls have been drunk more than four times. Bad marks at school as well as negative school environments have a negative influence on alcohol consumption.
- Boys generally have more experience with **illegal drugs**, but girls usually start taking illegal substances earlier in life.

Summary

- *Most adolescents take drugs in company. More than 90 percent of drugs consumed by adolescents are hemp-based. Consumption habits vary according to different school types. The Vienna Drug Concept which was approved by the City Council in 1999, represents a major step ahead in drug prevention.*
- *12 percent of male and 17.1 percent of female 14 year olds asked in Vienna claim to take **medication** several times a month. 3.3 percent of boys and 6.5 percent of girls take medication several times a week. Main prescriptions for children aged 0 to 9 years in 1998 were antiparasitics (26.6 percent), antibiotics (19.4 percent) and hypophysis hormones (18.7 percent).*
- *The occurrence of psychological disturbances of children and boys in particular is markedly higher in Vienna than for the rest of Austria. In 1998, the number of prescriptions for psycho-drugs and psycho-analeptics issued to children below the age of one was 708, for 1 to 4 year olds it was 1,856, for 5 to 11 year olds it was 4,246 and for 12 to 19 year olds it was 17,960.*
- *The effects of **screen games** primarily depend on the nature of a game and the software available. Screen games, when played by the rules, can increase a person's capacity to concentrate and enhance visual perception without the risk of isolation. Children primarily see the fun in computer games, followed by the graphic element and competition with others. Adolescents should be encouraged by parents and teachers to use computer games sensibly.*

Violence in the Family, Sexual Abuse of Children

There are no exact figures on the actual extent of violence against children in Austria, but there seems to be evidence that approximately two thirds of parents have used light physical violence as an educational strategy (slapping) before. It is believed that a minimum of 10,000 children in Austria are sexually abused each year. Sexual abuse during childhood is known to cause considerable physical and mental damage. Depressions, suicidal tendencies and addictions are among the most serious long-term effects of sexual abuse.

Puberty and Adolescence

Early signs of sexual maturation with girls and boys may be detected at eight respectively nine years of age. Sexual maturation takes between four to six years.

Along with serious physical changes, children experience significant psychosocial changes and their ability to adapt is highly challenged during that time. Friends, fashion and other "fads" markedly influence a child's development process.

Schools are considered social meeting places and school attendance is viewed with less enthusiasm as time goes on.

Sexuality of Adolescents

Sexuality is where the transition between childhood and adolescence, and subsequently adulthood, becomes most apparent. Considering society as a whole, there is a noticeable trend towards earlier sexual experiences.

While faithfulness and monogamy are important to young people, most monogamous relationships last between 7 to 9 months only.

Adolescents in Austria compare fairly well internationally concerning their attitude towards contraception. Differences are noted, however, between different types of schooling and training as well as between urban or rural areas.

Awareness of and information about HIV/AIDS amongst Austrian youth has risen between 1991 and 1995 and has remained at what is considered a fairly high level since then. Lack of knowledge is particularly evident where HIV infection risks are concerned, as insect bites, living under one roof, physical contact, kissing, etc., are frequently believed to be the cause of infection. Knowledge of the clinical course of and possible therapies for HIV infections continues to be fragmentary too. While fear of the disease as such is unreasonably high amongst young people they tend to underestimate their own risk of contracting HIV/AIDS.

Health Care and Prevention

- ***Mother-child-pass examinations** are performed for the purpose of early recognition of health risks on the part of the mother, as well as development disorders and diseases on the part of the child. In 1997, examinations went back by a net 1 percent, which is due to a drastic reduction in financial support (from ATS 15,000 to ATS 2,000). Vienna was thus well below the Austrian-wide average of 4 percent. In 1998, there was an increase in the number of examinations of 1.7 percent.*

Summary

- All children of preschool age and school age in Vienna are entitled to free-of-charge **vaccinations** as recommended by the Health Council. These are performed through parent-counselling centres, district health offices, and by established physicians. According to the SORA study, most common vaccinations are those for diphtheria, tetanus, measles, epidemic parotitis, rubella and polio. Results of the SERMO study on vaccination attitudes revealed that in the period 1991–1995 children were most frequently vaccinated for FSME, polio, measles – epidemic parotitis – rubella, as well as for tetanus and diphtheria.
- **Health promotion** in Vienna is characterized by a wide range of health-promoting measures for different ages and areas, i.e. caries prophylaxis, nutrition, physical activities, accident prevention and drug prevention. Austria has been participating in the international network for health-promoting schools established by the World Health Organisation since 1993. Following a pilot phase from 1993 to 1996, the project was established in all Austrian provinces, including Vienna. Healthy schools thrive on good co-operation with experts from outside. What schools and kindergartens need most urgently is a pool of experts who can provide quality at an affordable price and thus contribute towards promoting children's health in kindergarten and at school.

Health Care Systems for Children

Vienna offers a dense care network for children below the age of 15, with services offered both in the outpatient and the inpatient sector. Special institutions have been established at Viennese hospitals and outpatient departments to meet the specific needs of children (obstetrics, neonatology and paediatric wards). Home care for children has yet to be developed. There are a number of institutions dealing with preventive care of children, which are of particular relevance for children's health care in Vienna. Several institutions have been established to assist with psychological problems of children. Worth mentioning are free of charge counselling services provided by the City. They consist of a dense network of parent counselling centres, development diagnostics centres, parent-child counselling centres and many more.

A series of measures to improve children's health and well-being have been listed in the summaries of individual chapters. The report also refers to issues which have not been fully examined yet.

EINLEITUNG

INTRODUCTION

EINLEITUNG

Die Stadt Wien hat schon vor mehreren Jahren begonnen, den Gesundheitszustand der Wiener Bevölkerung speziell nach Zielgruppen zu untersuchen.

Der vorliegende Bericht nimmt einen besonderen Stellenwert im Rahmen der Serie zielgruppenspezifischer Gesundheitsberichte ein, er beschäftigt sich mit Kindern, die unsere Zukunft bedeuten.

Rechtliche Rahmenbedingungen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Der technologische, ökonomische und soziale Fortschritt der letzten Jahrzehnte wird sich auch zu Beginn des zweiten Jahrtausends mit derselben Rasanz fortsetzen und nachhaltige Veränderungen im Entwicklungs- und Sozialisationsprozess von Kindern und Jugendlichen herbeiführen. Individualismus, Egoismus und Entsolidarisierung prägen immer mehr das gesellschaftliche Zusammenleben; Globalisierung, Arbeitslosigkeit und Sozialabbau werden zunehmend – insbesondere für Kinder und Jugendliche – eine Bedrohung. Alle diese Phänomene prägen die Erlebniswelt von Kindern und Jugendlichen. Positive Lebensbedingungen für junge Menschen zu schaffen, ist daher ein bedeutendes gesellschaftliches Ziel. In den letzten Jahrzehnten hat es – sowohl in Österreich als auch international – zahlreiche Ansätze gegeben, rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die gewährleisten, dass bei allen öffentlichen Maßnahmen auch das Wohl der Kinder und Jugendlichen beachtet wird.

Bereits 1924 wurde in der Genfer Erklärung über die Rechte des Kindes festgehalten, dass Kinder besonderen Schutz brauchen. Es hat bis zum 20.11.1989 gedauert, bis die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen in Kraft getreten ist; 191 Signatarstaaten haben die Kinderrechtskonvention ratifiziert. Österreich hat das Übereinkommen am 14.7.1994 ratifiziert (BGBl 1993/7). Dieses „Übereinkommen über die Rechte des Kindes“ geht in seiner Präambel davon aus, dass das Kind wegen seiner mangelnden körperlichen und geistigen Reife besonderen Schutzes und besonderer Fürsorge bedarf, insbesondere eines angemessenen rechtlichen Schutzes nach der Geburt. Demnach verpflichten sich alle Vertragsstaaten, alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen zu treffen, um das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewalt, Schadenszufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder Vernachlässigung, vor schlechter Behandlung oder Ausbeutung einschließlich des sexuellen Missbrauchs zu schützen.

Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit an. Die Vertragsstaaten bemühen sich weiters, sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird. Die UN-Kinderrechtskonvention macht weiters deutlich, dass es ganz besonders um die Rechte der Kinder in der Dritten Welt geht und weist besonders darauf hin, dass es in allen Ländern der Welt Kinder gibt, die in außerordentlich schwierigen Verhältnissen leben, und dass diese Kinder der besonderen Berücksichtigung bedürfen.

Neben dem Recht auf Überleben, Entwicklung und Schutz sichert die Konvention den Kindern darüber hinaus das Recht auf Mitbestimmung zu. Kinder müssen die Möglichkeit erhalten, ihre Interessen und Bedürfnisse öffentlich zu artikulieren. Und vor allem: die Erwachsenen müssen bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, das Kindeswohl vorrangig berücksichtigen.

In Österreich wurde ein großer Schritt zur Gewährleistung der Rechte von Kindern und Jugendlichen durch die „Große Familienrechtsreform“ in den 70er Jahren getan. Durch diese Reform wurden familiäre Über- und Unterordnungsregeln beseitigt und hierarchische Ordnungsprinzipien aufgelöst: die männliche Leitungsgewalt der Familie und die väterliche Gewalt wurden aus dem Familienrecht beseitigt, im Jahr 1989 wurde dann die Gehorsamspflicht der Kinder begrenzt. Mit dem Strafrechtsänderungsgesetz im Jahr 1996 wurde schließlich die „Macht“ des Erziehungsberechtigten über das Kind endgültig als obsolet erklärt und durch das Recht des Erziehungsberechtigten auf Bestimmung des Aufenthaltes des Kindes (§ 146b ABGB) ersetzt.

Eine der wesentlichsten gesetzlichen Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt und sexuellem Missbrauch der vergangenen Jahre war die Einführung des „Gewaltschutzgesetzes“ (Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie) im Jahr 1997 (BGBl I 1996/759). Es stellt ein Bekenntnis zur gesellschaftlichen Verantwortung für Opfer häuslicher Gewalt und Misshandlung dar und ist zugleich ein besonders sensibler Bereich der Rechtssprechung, weil es die Familie und die individuelle Privatsache zum Ort staatlicher Interventionen macht. Die sog. „Wegweisung“ und das Rückkehrverbot (§ 38a Sicherheitspolizeigesetz) ermächtigt Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes, bei Gefährdung der körperlichen Sicherheit eines Menschen den Gefährder aus der Wohnung, in welcher die gefährdete Person lebt, wegzuweisen und die Rückkehr für maximal sieben Tage zu verbieten. Kommt es nach einer Gewalt- oder Missbrauchshandlung zu einem Gerichtsverfahren, sieht die neue Strafprozessordnung besonders für minderjährige Opfer spezifische Maßnahmen zur Vermeidung einer sekundären Viktimisierung durch das Verfahren selbst vor, wie z. B. die schonende Vernehmung, d. h. das Opfer hat das Recht, nur einmal vernommen zu werden; insbesondere bei Sexualdelikten gibt es die Möglichkeit der kontradikto-

rischen Befragung durch einen Sachverständigen unter Einsatz von Videoaufnahmen, sodass das Opfer dem Täter nicht persönlich gegenüber treten muss.

Eine weitere wichtige Maßnahme zum rechtlichen Schutz von Kindern und Jugendlichen ist die Jugendwohlfahrtsgesetz-Novelle 1998. Sie sieht die Verpflichtung des Jugendwohlfahrtsträgers vor, an ihn erstattete Meldungen über Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellen Missbrauch von Minderjährigen zu erfassen und Hilfestellung für die Betroffenen einzuleiten.

Seit Beginn des Jahres 1999 liegt ein Entwurf des Kindschaftsrechts-Änderungsgesetzes 1999 des Bundesministeriums für Justiz vor, der voraussichtlich erst nach dem Jahr 2000 in Kraft treten wird. Durch diese Gesetzesreform soll zum einen die elterliche Verantwortung für das Kind und zum anderen die Rechtsstellung von Kindern und Jugendlichen gestärkt werden. Ein Kernstück dieser Reform ist die Herabsetzung des Volljährigkeitsalters vom vollendeten 19. auf das vollendete 18. Lebensjahr, um dadurch eine Harmonisierung der Altersgrenzen z. B. mit dem Führerscheinggesetz, dem Wehrgesetz und dem Mediengesetz zu erlangen. Zudem wurde bereits vom Europarat (COMMITTEE OF MINISTERS, RESOLUTION 72(29)) die Herabsetzung des Volljährigkeitsalters auf das Alter von 18 Jahren empfohlen. Ebenso ist nach Artikel 1 des UN-Übereinkommens über die Rechte des Kindes festgehalten, dass als „Kind“ jeder Mensch gilt, der das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, soweit die Volljährigkeit nach dem auf das Kind anzuwendende Recht nicht früher eintritt.

Ein weiterer wichtiger Punkt im Kindschaftsrecht-Änderungsgesetz ist, dass die „Obsorge“ über ein Kind, d. h. Pflege, Erziehung, Vermögensverwaltung und gesetzliche Vertretung des Kindes, nicht mehr in erster Linie als Recht der Eltern gelten soll, sondern als deren Pflicht. Weiters soll beiden Elternteilen – nicht nur dem Haushaltsvorstand – gleiche Verantwortlichkeit zukommen.

Durch das reformierte Kindschaftsrecht soll die Anerkennung von Kindern als gleichwertige Mitglieder der Gesellschaft und deren Recht auf Selbstbestimmung gesetzlich verankert werden. Die Eltern haben demnach in der Erziehung den Willen des Kindes nach dem Maß seiner Beurteilungs- und Selbstbestimmungsfähigkeit zu beachten. Damit wird dem Artikel 12 der UN-Kinderrechtskonvention Rechnung getragen, der das Recht auf freie Meinungsäußerung und Anerkennung der Meinung für Kinder fordert.

Eine weitere hilfreiche Errungenschaft zur Umsetzung der Rechte von Kindern und Jugendlichen sind die Kinder- und Jugendanwaltschaften, die eine Anlaufstelle für Fragen und Probleme im Zusammenhang mit den Rechten von Kindern darstellen. In Österreich wurde zwischen 1989 (Wien) und 1995 in jedem Bundesland eine Kinder- und Jugendanwaltschaft eingerichtet. Aufgabe dieser Stellen ist es, Minderjährige, Erziehungsberechtigte und gesetzliche VertreterInnen in allen Angelegenheiten zu beraten, die die Stellung des Minderjährigen und die Aufgaben des Erziehungsberechtigten betreffen, sowie Hilfestellung bei Problemen anzubieten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass besonders im vergangenen Jahrzehnt in Österreich, aber auch im europäischen und internationalen Raum zahlreiche Initiativen gesetzt wurden, die rechtliche Situation von Kindern zu verbessern und damit Rahmenbedingungen zu schaffen, die Kinder und Jugendliche vor Gewalt und Missbrauch schützen. Darüber hinaus ist vermehrt eine Tendenz zu beobachten, Kindern über die bloße Befriedigung der materiellen Grundbedürfnisse hinaus auch ideelle Bedürfnisse wie das Recht auf Selbstbestimmung und die Anerkennung als gleichwertige Mitglieder der Gesellschaft zuzugestehen. Dieser allgemeinen Tendenz entspricht auch das Thema der Konferenz der FamilienministerInnen des Europarates in Stockholm 1999, die für das neue Jahrtausend die Richtung „Towards a Child-Friendly Society“ vorgeben.

Dennoch darf nicht vergessen werden, dass viele gesetzlich bereits verankerte Rechte der Kinder noch nicht Wirklichkeit sind. Eine viel zitierte Aussage lautet: „Kinder sind unsere Zukunft“, die ebenso immer wieder auf diese Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit hinweist. Eine Gesellschaft, die ihre Kinder und Jugendlichen vernachlässigt, in dieses Humankapital nicht bewusst und gezielt investiert, damit sich die heranwachsende Generation angemessen entwickeln kann, ist eine Gesellschaft ohne Zukunft.

Der Beitrag der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsförderung zur Sicherung der Rechte von Kindern ist ein essenzieller und reicht von Maßnahmen zur Verhinderung von familiärer und sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen bis zur Gewährleistung eines an den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen orientierten Zugangs zu den Einrichtungen des Gesundheitssystems.

Aufgabenstellung des Berichtes

Aufgabe des Wiener Kindergesundheitsberichtes ist es, Daten zur physischen, psychischen und sozialen Gesundheit von vor- und schulpflichtigen Kindern (0–15 Jahre) in Wien zu sammeln, mit dem Ziel, einen umfassenden Überblick über den Gesundheitszustand von Wiener Kindern zu gewinnen und andererseits einen Ausblick auf die Gesundheitsprobleme der nächsten Jahre vorzunehmen.

Schon bei der Entwicklung des Konzeptes zum vorliegenden Bericht wie auch bei dessen Bearbeitung zeigte sich die große Zahl verschiedenster Themenstellungen, welche für den Gesundheitszustand von Kindern relevant sind.

Nicht alle Themen konnten in gleichem Umfang bearbeitet werden, sodass durch Schwerpunktsetzung einige Bereiche Priorität erhielten. So wird im Kap. 1 **Entwicklungspsychologie** ein Überblick über die Kompetenz- und Persönlichkeitsentwicklung im Verlauf der Kindheit sowie über die Möglichkeiten ihrer fördernden Beeinflussung gegeben.

Ausgehend von der untersuchten Population 0–15-jähriger Kinder wird im Kap. 2 der Frage nachgegangen, welche **soziodemographischen Besonderheiten** den Wiener Raum charakterisieren.

Breiten Raum nimmt die über mehrere Kap. 3, 5 bearbeitete Frage ein, welche gesundheitlichen Rahmenbedingungen und somit gesundheitsbezogene Risiken bzw. Ressourcen Kinder heute in den Bereichen **Familie, Schule und Freizeit** vorfinden.

Eine große Datenmenge zu Todes- und Erkrankungsursachen, aber auch Befindlichkeitsstörungen konnte im Kap. 4 **Epidemiologie** aggregiert, aufbereitet und interpretiert werden. Hier wie in allen anderen Kapiteln wurde der Aufgabenstellung des Berichtes größtenteils Rechnung getragen und wo immer möglich, wurden wienspezifische Daten erhoben. Wo dies nicht möglich war, konnten in vielen Fällen sekundärstatistische Analysen vorliegender Primärdaten durchgeführt werden (z. B. WHO-HBSC-Survey, 1998); in einigen Fällen konnte dabei auf bislang nicht veröffentlichte Daten von Forschungseinrichtungen (wie z. B. die Daten über die Befindlichkeitsstörungen bei Kindern) zurückgegriffen werden. Im Fall der schulärztlichen Untersuchungsbefunde wurde im Rahmen der vorliegenden Studie eine statistische Auswertung bislang nicht bearbeiteter Primärdaten vorgenommen.

Im Kap. 5 **Risiken und Gefährdungen** nimmt das Ernährungsverhalten (inkl. Stillen) einen zentralen Stellenwert ein; Risiken und Gefährdungen, die sich aus dem Freizeitverhalten und dem Konsum von legalen und illegalen Substanzen ergeben, betreffen insbesondere die Altersgruppe der 11–15-jährigen Kinder und Jugendlichen.

Besondere Aufmerksamkeit wurde auch den Themen **Innerfamiliäre Gewalt und sexueller Missbrauch, Pubertät und Adoleszenz** sowie **Jugendsexualität** gewidmet, die in den Kap. 6 bis 8 behandelt werden.

Praxisorientiert und gemäß der im vorliegenden Bericht untersuchten Population werden die Grundlagen der **Gesundheitsförderung** in Schule und Kindergarten erläutert und v. a. ein Überblick über die Bandbreite gesundheitsfördernder Maßnahmen in Wien, alters- und themenspezifisch, gegeben (Kap. 9).

Kap. 10 bietet abschließend einen Überblick über die **medizinischen Einrichtungen**, die speziell der Wiener Bevölkerung im Kindesalter zur Verfügung stehen.

Trotz der weitestgehenden Aktualität, Vergleichbarkeit und Dichtheit der erhaltenen Informationen kann kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden. So wird in diesem Bericht auch immer wieder auf Fragen und Themen verwiesen, die einer weiteren intensiven Bearbeitung bedürfen.

Sind die Adressaten des Berichtes zwar insbesondere Entscheidungsträger des Gesundheitswesens und anderer Sektoren des öffentlichen Lebens, so stellt der Wiener Kindergesundheitsbericht 2000 doch auch ein aktuelles Nachschlagewerk insbesondere für LehrerInnen, KindergartenpädagogInnen, SchulärztInnen und Eltern dar.

Dass diese umfassende Arbeit in so kurzer Zeit (sechs Monate) möglich war, ist nur auf die dankenswerte Unterstützung aller im Impressum genannten ExpertInnen für Kinder-/Gesundheitsfragen und -institutionen zurückzuführen.

Die Beiträge der zur Berichterstellung eingeladenen ExpertInnen sowie die Arbeit der Mitglieder des für dieses Projekt speziell eingerichteten Beirates sind ein zuversichtliches Beispiel von interdisziplinärer Teamarbeit und Ressourcembündelung zur Verbesserung der Gesundheit unserer Wiener Kinder.

I.
ENTWICKLUNGS-
PSYCHOLOGIE

*DEVELOPMENT
PSYCHOLOGY*

1	ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE	49
1.1	DAS ZUSAMMENSPIEL VON ANLAGE UND UMWELT IN DER ENTWICKLUNG DES KINDES	50
1.2	PERIODISIERUNG DER ENTWICKLUNG	51
1.3	KOMPETENZENTWICKLUNG UND PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG	51
1.3.1	Die Entwicklung sensumotorischer und kognitiver Kompetenzen	51
1.3.2	Persönlichkeitsentwicklung	52
1.3.2.1	Die Entwicklungsstufen der Persönlichkeit nach ERIKSON (1950, 1963)	52
1.3.2.2	Die „Großen Fünf“ Persönlichkeitsfaktoren	53
1.4	DAS SÄUGLINGS- UND KLEINSTKINDALTER	53
1.4.1	Überblick über das erste Lebensjahr	53
1.4.1.1	Rahmenbedingungen und wichtige Entwicklungsschritte	53
1.4.1.2	APGAR-Index	54
1.4.1.3	Objektpermanenz, Fremdeln und Trennungsangst	56
1.4.2	Vorläufer der Persönlichkeitsentwicklung	57
1.4.2.1	Temperamentsentwicklung	57
1.4.2.2	Bindungsentwicklung und Persönlichkeit	58
1.5	DAS ZWEITE UND DRITTE LEBENSJAHR	58
1.5.1	Selbstständigkeitsentwicklung	58
1.5.2	Die Entwicklung der Spielfähigkeit und ihre Bedeutung für die Kompetenzentwicklung	59
1.5.3	Erwerb neuer Fertigkeiten im zweiten Lebensjahr	59
1.5.4	Bildungsmittel im Kleinst- und Kleinkindalter	60
1.5.5	Trotzphase und Ichentwicklung	60
1.6	DAS KLEINKINDALTER	60
1.6.1	Veränderungen beim Übergang zum Kleinkindalter	60
1.6.2	Kindergartenbesuch	61
1.6.3	Die kognitive Entwicklung im Kleinkindalter	62
1.7	DAS SCHULKINDALTER	63
1.7.1	Schulfähigkeit	63
1.7.2	Der Schulanfang	63
1.7.3	Die Entwicklung der leistungsbezogenen Motivation in der mittleren Kindheit	64
1.7.4	Erlernen der Kulturtechniken	64
1.7.5	Kognitive Entwicklung in der mittleren Kindheit	65
1.8	DIE SPÄTE KINDHEIT ALS ÜBERGANGSSTADIUM	65

1 ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE

Zusammenfassung

In einer ständig komplexer werdenden und sich zunehmend rascher ändernden Umwelt bedeutet Erziehung und Förderung von Kindern eine immer größer werdende Verantwortung. Kenntnisse der kindlichen Entwicklung und der Möglichkeiten ihrer fördernden Beeinflussung können den Erziehungsprozess wirksam unterstützen.

Die kindliche Entwicklung wird durch die Wechselwirkung angeborener und milieubedingter Faktoren bestimmt. Je nach Entwicklungsbereich sind die jeweiligen Anteile und der Veränderungsspielraum durch Lernen und Erziehung unterschiedlich. Immer sind zwei große Entwicklungslinien, die Entwicklung der Kompetenzen einerseits, der Persönlichkeit andererseits zu betrachten. Im ersten Lebensjahr geht es um den Aufbau der Sinneswahrnehmung und Motorik und die Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit als Interaktion zwischen dem angeborenen Temperament und den Erziehungseinflüssen seiner unmittelbaren Bezugspersonen. Einen wichtigen Faktor stellt der Aufbau einer sicheren Bindung zu diesen dar. Durch den Erwerb des Gehens und der Anfänge der Sprache erobert sich das Kind im zweiten Lebensjahr zunehmend die Umwelt. Mit etwa zweieinhalb Jahren beginnt mit der Trotzphase eine erste Autonomieentwicklung, da das Kind sein Ich entdeckt und nun in der Lage ist, eigene Pläne anzustreben. Zwischen drei und vier Jahren erfolgt eine erste Konsolidierung der eigenen Persönlichkeit und ihrer Charakteristika, die Sprachentwicklung erreicht einen ersten Abschluss, da nun die Alltagskommunikation beherrscht wird. Zwischen vier und fünf Jahren nehmen die schulbezogenen Kompetenzen (Zeichenfähigkeit, erster Umgang mit Mengen und Zahlen) zu. Der Eintritt in die Schule bedeutet nicht selten ein kritisches Lebensereignis, vor allem dann, wenn Kinder noch Entwicklungsrückstände aufweisen. Eine diagnostische Absicherung der individuellen Schulfähigkeit kann Fehlentscheidungen vorbeugen. Im Grundschulalter nehmen vor allem auch die kognitiven Fähigkeiten rasch zu, es entwickelt sich das konkret operative Denken und die Fähigkeit, reflexiv mit Denkaufgaben umzugehen.

Summary

In a world which is becoming increasingly more complex and changing ever more rapidly raising our children and furthering their skills is becoming a major responsibility for all of us. Knowing about a child's development stages and the way we can nurture its abilities can help us to actively support its course of life.

A child's development is determined by the interaction of inherent and environmental factors (nature and nurture). Each individual development stage is characterized by its share of learning and education. However, they all have two things in common, the development of competencies and the development of character. During the first 12 months, sensual perception and motor skills are developed, as is a child's character insofar as it concerns interactions between its inherent temperament and the educational influence of the person in charge. Establishing secure ties to that person constitutes a major element in this context. By learning to walk and acquiring the basics of speech in the second year of life, a child begins to conquer its environment. At about 2.5 years (the terrible twos), it starts to show first signs of autonomy, which are manifested by streaks of obstinacy in its behaviour. By now it has discovered its own self and is capable of pursuing its own plans. Between ages three and four, its character and personality are consolidated for the first time. It has completed the first stage of speech development and is capable of basic everyday communication. Between ages four and five, school-related competencies are expanded (drawing skills, basic management of sums and figures). Starting school can constitute a critical moment in a child's life, particularly if it is slow in its development. Diagnosing whether a child is ready for school is a good way of avoiding mistakes.

During primary school, cognitive skills are increased rapidly, operative thinking and the ability to handle brain activities in a reflective manner are also developed at that stage.

Spätestens im zweiten Schuljahr fallen Kinder mit Teilleistungsstörungen auf. Bei Schul-schwierigkeiten sind genaue Diagnosen und Ursachenanalysen notwendig, damit gezielt interveniert werden kann. Die Entscheidung über den weiteren Schulweg nach Abschluss der Grundschule stellt einen für das Kind und seine Zukunft wichtigen Übergang dar, der in schwierigen Fällen durch entsprechende schulpsychologische Begutachtungen unterstützt werden sollte. Bei Mädchen können in dieser Zeit bereits die ersten Anzeichen der beginnenden Reifung auftreten. Bei Buben erscheinen diese mit einer Zeitverzögerung von etwa eineinhalb bis zwei Jahren. Mit etwa elf Jahren entwickelt sich im Kompetenzbereich das abstrakte formallogische Denken. Je nach Erziehungsklima im Elternhaus können sich erste Ablösungsprozesse von den Eltern in mehr oder weniger krisenhafter Form zeigen. Es hängt von der Konfliktlösefähigkeit der Betroffenen ab, ob es sich um Reifungskrisen handelt, die zu einer verbesserten Integration der Persönlichkeit führen oder um erste Manifestationen problematischer Entwicklungen.

Wirksame Erziehung bedeutet daher auf verschiedenen Altersstufen Unterschiedliches: In den frühen Jahren geht es um gezielte Beeinflussung und Förderung, während auf den späteren Altersstufen zunehmend die Mit- und später die Selbstverantwortung des Kindes und Jugendlichen gefragt ist. Auf den frühen Altersstufen sollte die Basis für diese Bereitschaft durch eine das Kind als Persönlichkeit anerkennende und wertschätzende Form der Interaktion mit ihm geschaffen werden.

By the second year of school at the latest, partial performance disorders will manifest themselves. Difficulties at school must be diagnosed precisely and analyses of causes need to be prepared for targeted interventions to become effective. The choice of further schooling after primary school is instrumental in determining a child's future course of life and, in the event that difficulties are encountered, should be supported by school psychologists' reports. Girls frequently experience the onset of adolescence during that stage, while boys are generally a little slower, varying between one and a half and two years. At the age of 11 approximately, first signs of abstract, formal-logical thinking are developed. Depending on the educational climate prevailing at home children may begin to detach themselves from their parents in a more or less radical form. It entirely depends on the ability to solve conflicts of those concerned whether or not these critical stages of maturation will add to a person's ability to integrate themselves or rather turn out to be a first manifestation of future problems.

Thus, raising a child successfully means different things at different stages. In the early years, a child receives targeted guidance and enhancement, later on, the adolescent's co- and self-determination are called upon. Ideally, a child should be met with recognition and appreciation during the first stages of life so that it can develop all of the above skills later on in life.

1.1 Das Zusammenspiel von Anlage und Umwelt in der Entwicklung des Kindes

Die menschliche Entwicklung ist in besonders hohem Ausmaß durch eine genetisch bedingte Anpassungs- und damit Lernfähigkeit charakterisiert. Menschen sind in der Lage, in den unterschiedlichsten Klimazonen zu leben und mit den verschiedensten Umweltbedingungen zurecht zu kommen. Dies setzt eine weitgehende Veränderbarkeit der durch die Erbanlagen vorgegebenen Strukturen voraus. Jede Anlage ist daher durch einen sogenannten „Veränderungsspielraum“ gekennzeichnet, der die Förderbarkeit einerseits, die Störbarkeit (Vulnerabilität) andererseits bestimmt.

In der entwicklungspsychologischen Forschung wurden in den 60er und 70er Jahren vor allem die milieubedingten Einflüsse untersucht, während in den 80er und 90er Jahren Studien über genetische Bedingungen und ihre Veränderungsmöglichkeiten dominierten (siehe z. B. PLOMIN, 1994; SCARR, 1993). Tatsächlich handelt es sich bei den im Einzelfall beobachtbaren Entwicklungsprozessen immer um verschiedene Formen von Wechselwirkungen zwischen „Nature“ und „Nurture“, Erbanlagen und Umwelteinflüssen, wobei festzuhalten ist, dass anlagebedingt nicht mit „unveränderbar“ und milieubedingt nicht mit „modifizierbar“ gleichgesetzt werden kann (siehe dazu ROLLETT, 1997). Die Auswirkungen dieser Interaktion zwischen Erbanlagen und Umwelt sind nicht in allen Lebens-

abschnitten gleich. Die Beeinflussbarkeit des Entwicklungsgeschehens durch Außeneinflüsse sowohl im positiven wie im negativen Sinn ist, wie bereits der Psychoanalytiker Sigmund FREUD (1969) postulierte, am eindrucksvollsten im Säuglingsalter und in der frühen Kindheit. Die Gehirnrinde und die Verbindungen der Nervenzellen untereinander entwickeln sich weitgehend erst nach der Geburt, wobei den Anregungen, die als Spiel- und Kommunikationsangebote von der Umwelt bereitgestellt werden, besondere Bedeutung zukommt. Eine anregungsreiche Umwelt sorgt daher auch für eine bessere neuropsychologische „Hardware“. Die Förderangebote müssen allerdings richtig dosiert sein, da nicht nur zu wenige, sondern auch zu viele Angebote („overloading“) zu schlechteren Ergebnissen führen. Überangebote, besonders, wenn sie unter autoritärem Druck erfolgen, können zur Abwehr und damit zu verminderten Lernanstrengungen führen, die langfristig geringere Leistungen, als es den Fähigkeiten des Individuums entspräche, zur Folge haben („underachievement“). Bei der Bewertung der Qualität der Entwicklungsbedingungen eines Kindes sind daher nicht nur die Bedingungen in Kindergarten und Schule, sondern auch die familialen Rahmenbedingungen und das dort realisierte Erziehungsmilieu zu berücksichtigen. In derselben Familie können allerdings die Anregungen, die ein Kind erfährt, und die erzieherischen Interventionen je nach Geschwisterpositionen unterschiedlich ausfallen. Beim ältesten Kind müssen sich die Eltern selbst erst an ihre Erziehungsaufgabe anpassen. Häufig wird es restriktiver erzogen als die nachfolgenden Kinder. Geschwister, die in derselben Familie leben, können daher in recht unterschiedlichen Verhältnissen aufwachsen, je stärker der Einfluss jener Umweltanteile ist, die nicht gemeinsam erfahren werden („nonshared environment“).

Neben Genetik und Umweltangeboten bestimmt im Laufe des Lebens als dritte Komponente zunehmend die Eigeninitiative des Kindes die individuelle Entwicklung: Interessierende Umweltangebote werden aktiv aufgesucht, die Kinder bzw. Jugendlichen beginnen, sich ihr eigenes Milieu zu schaffen.

1.2 Periodisierung der Entwicklung

Im Einzelnen lassen sich im Laufe der kindlichen Entwicklung die folgenden Entwicklungsperioden unterscheiden:

- Säuglingsalter (von der Geburt bis 1 Jahr)
- Kleinstkindalter (1–3 Jahre)
- Kleinkindalter (3–6 Jahre)
- Mittlere Kindheit (6–ca. 10–11 Jahre)
- Adoleszenz (11–21 Jahre)

In der Literatur verwendete weitere Untergliederungen:

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Vorpubertät (ca. 10–12/13 Jahre) ● Pubertät (12/13–14/15 Jahre) ● Jugendalter (14–18 Jahre) | } | späte Kindheit (siehe Kap.7) |
|---|---|------------------------------|

Für den Eintritt in die Pubertät bestehen große geschlechtsspezifische und individuelle Unterschiede. Bei Mädchen beginnt die Pubertät (siehe Kap. 7) um ca. eineinhalb Jahre früher als bei Buben. Insgesamt ist im Laufe des vergangenen Jahrhunderts eine Vorverlegung der Pubertät erfolgt („säkulare Akzeleration“).

1.3 Kompetenzentwicklung und Persönlichkeitsentwicklung

Von der Geburt an sind zwei große übergreifende Entwicklungslinien zu beobachten: Die eine betrifft die **Kompetenzentwicklung** (sensumotorische und kognitive Entwicklung allgemein, Entwicklung der Intelligenz im Besonderen, aber auch die Entwicklung von spezifischen Begabungen wie z. B. sportliche, musische, interaktive Kompetenzen usw.). Die zweite große Entwicklungslinie wird durch die Entwicklung jener Faktoren bestimmt, die das ausmachen, was wir als die **individuelle Persönlichkeit** des Menschen erleben.

1.3.1 Die Entwicklung sensumotorischer und kognitiver Kompetenzen

Nach wie vor haben sich die Entwicklungsstufen, wie sie PIAGET (1948, 1976) in seinen klassischen Untersuchungen dargestellt hat, trotz verschiedener Modifikationen, die vor allem die Vorverlegbarkeit der Stufen durch Förderung betreffen, als allgemeine Richtschnur für die Beschreibung der kognitiven Entwicklung bewährt. Im ersten Lebensjahr ist es vor allem die Entfaltung und das Ineinandergreifen von (greif-)motorischer und wahrnehmungsbezogener Sinnesentwicklung, welche die Zunahme an Kompetenz erklärt, ab dem zweiten Lebensjahr die Entwicklung der Vorstellungswelt und des Sprechens:

Stadien der Intelligenzentwicklung nach PIAGET (1948, 1976)

- **Präoperative Periode:**

1. Stadium der sensumotorischen Intelligenz (0–1 1/2 Jahre)
2. Stadium des vorbegrifflich-symbolischen Denkens (1–4 Jahre)
3. Stadium des anschaulichen Denkens (4–7 Jahre)

- **Operative Periode:**

4. Stadium der konkreten Operationen (8–11 Jahre)
5. Stadium der formalen Operationen (ab etwa 11 Jahren)

Differenzierung des sensumotorischen Stadiums: Im ersten Lebensjahr bestehen große individuelle Unterschiede, was den Beginn der einzelnen Entwicklungsschritte betrifft. Einteilungsprinzip ist der Erwerb neuer Lernformen. Auf der ersten Stufe erfolgt das **Üben angeborener Reflexmechanismen**, z. B. Saugen; der Säugling wird nach einigen Lebenstagen das Saugen auch zwischen den Stillzeiten üben. Das Üben funktionsbereiter Reflexmechanismen sieht PIAGET als erstes Anzeichen geistiger Tätigkeit.

Auf der zweiten Stufe folgen die **primären Kreisreaktionen** (Beginn: 0–0;3)¹. Es bilden sich erste sensumotorische, auf den eigenen Körper bezogene Gewohnheiten durch Ausbau der Reflexschemata; das Kind beginnt z. B. bereits zu saugen, wenn sich die Mutter über das Bett beugt. Die Saugbewegung führt zu weiterem Saugen. Es handelt sich um Formen klassischer Konditionierung nach PAWLOW (1927).

Die dritte Stufe wird als Stufe der **sekundären Kreisreaktionen** bezeichnet (Beginn: 0;3–0;6). Das Kind entdeckt, dass ein einmal angewandtes Mittel immer wieder seinen Zweck erfüllen kann. Es entdeckt z. B., dass ein Spielzeug klappert, wenn man es schüttelt und wiederholt die Handlung (Lernen am Erfolg, operantes Konditionieren nach SKINNER, 1953).

Die vierte Stufe ist die Stufe der **Koordinierung der erworbenen Handlungsschemata und deren Anwendung auf neue Situationen**, wobei flexibel die einen als Mittel, die anderen als Zweck benutzt werden (z. B. Wegstoßen eines Hindernisses, um einen Gegenstand ergreifen zu können). Beginn: 0;8–0;10.

Es folgt die fünfte Stufe mit der **Entdeckung neuer Handlungsschemata** (Beginn um 1;0). Durch aktives Experimentieren oder „**tertiäre Kreisreaktionen**“ werden neue Variationen und Abwandlungen vorhandener Handlungsschemata durchprobiert und neue Umgangsformen mit dem Spielobjekt gefunden. Die erreichten Ziele sind aber noch zufällig. Es handelt sich um Versuch-Irrtum-Lernen.

Auf der sechsten Stufe erfolgt der **Übergang von sensumotorischen Intelligenzakt** zur Vorstellung (Beginn etwa mit 1;3–1;6): Viele Möglichkeiten des Umgangs mit den Dingen werden nun durch Verstehen von Zusammenhängen entdeckt. Das Kind löst Probleme nicht mehr nur durch Herumprobieren, sondern auch durch Einsicht.

1.3.2 Persönlichkeitsentwicklung

Aus der Fülle der Theorien sollen hier nur zwei, in der Praxis bewährte Ansätze zur Beschreibung der Persönlichkeit kurz dargestellt werden, und zwar der Ansatz ERIKSONS (1950, 1963), der eine empirisch gestützte Entwicklungstheorie der menschlichen Persönlichkeit umfasst, und die ebenfalls empirisch gut dokumentierten „Großen Fünf“, eine Liste von Persönlichkeitsfaktoren, die das Produkt der Interaktion zwischen Anlage und Umwelt darstellen.

1.3.2.1 Die Entwicklungsstufen der Persönlichkeit nach ERIKSON (1950, 1963)

Im Anschluss an die psychoanalytische Persönlichkeitstheorie (siehe dazu FREUDS Darstellung in der „Neuen Folge zur Einführung in die Psychoanalyse“, 1969) entwickelte ERIKSON (1950, 1963) ein Stufenmodell, nach dem gelungene oder misslungene Auseinandersetzungen mit den für ein bestimmtes Alter charakteristischen Anforderungen der sozialen Umwelt zur Persönlichkeitsentwicklung beitragen. Jede Stufe ist durch einen bestimmten krisenhaften Konflikt gekennzeichnet. Zumindest für entwickelte Länder hat sich diese Einteilung als Richtschnur für die Identifikation häufiger Störungen bzw. Anpassungsprobleme allgemein und ihre Rückführung auf misslungene Lösungen der „Entwicklungsaufgaben“ (nach HAVIGHURST, 1948) einer bestimmten Altersstufe bewährt.

¹ Anmerkung: 0–0;3 = 0 Jahre bis 3 Monate; 1;3–1;6 = 1 Jahr 3 Monate bis 1 Jahr 6 Monate

Entwicklungsstufen nach ERIKSON (1950, 1963)

- Vertrauen versus Misstrauen (Geburt–1. Jahr)
- Autonomie versus Scham und Zweifel (2–3 Jahre)
- Initiative versus Schuld (4–5 Jahre)
- Produktivität versus Minderwertigkeit (6–11 Jahre)
- Identität versus Rollenkonfusion (12–18 Jahre)
- Intimität versus Isolation (die Zeit des jungen Erwachsenenalters)
- Generativität versus Stagnation (mittleres Lebensalter)
- Integrität versus Verzweiflung (Alter)

1.3.2.2 Die „Großen Fünf“ Persönlichkeitsfaktoren

In vielen Untersuchungen, die sowohl in Form von Eigen- als auch Fremdbeurteilungen durchgeführt wurden, konnten immer wieder übereinstimmend fünf Persönlichkeitsdimensionen ermittelt werden, die für die individuelle Entwicklung und Differenzierung der Persönlichkeit ausschlaggebend sind. Erstmals wurden sie von TUPES und CHRISTAL (1958, 1961) zusammengestellt. NORMAN (1963) benannte sie wie folgt:

1. **Extraversion** (Gegenpol: Introversion)
2. **Verträglichkeit** (Gegenpol: Unverträglichkeit)
3. **Gewissenhaftigkeit** (Gegenpol: Pflichtvergessenheit)
4. **Emotionelle Stabilität** (Gegenpol: Labilität)
5. **Kultiviertheit, Bildung** (Gegenpol: Unkultiviertheit, Desinteresse an Kultur und Bildung)

Wie aus dieser Beschreibung hervorgeht, ist der 5. Faktor nicht unbedingt überzeugend definiert, da hier nicht, wie in den anderen Bereichen, auf eine zugrundeliegende Persönlichkeitseigenschaft zurückgegriffen wird, sondern die „Produkte“ einer an Neuem interessierten Auseinandersetzung mit der Umwelt mit angesprochen werden. Er wurde daher von verschiedenen Forschern etwas unterschiedlich charakterisiert. McCRAE und COSTA (1985) bezeichneten ihn als „Offenheit für Erfahrungen“ allgemein. Wie die Liste zeigt, handelt es sich um Dimensionen, bei deren Ausgestaltung im Laufe der Entwicklung Anlage und Sozialisationsangebote interagieren. So ist z. B. die Neigung zu emotionaler Labilität eine angeborene Disposition, die jedoch durch eine entsprechende Erziehung so gemildert werden kann, dass der oder die Betreffende mit seinem Leben gut zurecht kommt. Umgekehrt kann auch eine emotional stabile Person durch ungünstige Lebensumstände dauerhaft destabilisiert werden. Bei den fünf Faktoren handelt es sich um sehr allgemeine, zusammenfassende Beschreibungen, die auf einem niedrigeren Abstraktionsniveau durch entsprechende inhaltliche Differenzierungen ergänzt werden können.

„Labilität“ kann sich z. B. als leichtes Ansprechen von Gefühlen und eine wenig entwickelte Fähigkeit zeigen, den eigenen emotionalen Innenzustand zu kontrollieren. Betrachtet man inhaltlich unterschiedliche Emotionen, so hat sich vor allem eine hohe Angstneigung, die schon im ersten Lebensjahr als Folge ungünstiger Interaktionen mit der sozialen Umwelt manifest werden kann, und die Neigung zur erhöhten Aggression, die im zweiten und dritten Lebensjahr beobachtbar wird, als relativ überdauernd erwiesen, wenn nicht erzieherisch oder therapeutisch eingegriffen wird. In beiden Fällen interagieren sowohl dispositionelle wie Sozialisationsinflüsse, und zwar sowohl in positiver wie in negativer Richtung.

1.4 Das Säuglings- und Kleinstkindalter

1.4.1 Überblick über das erste Lebensjahr

1.4.1.1 Rahmenbedingungen und wichtige Entwicklungsschritte

Das termingerecht Neugeborene verfügt bereits nach der Geburt über eine Ausstattung an Neugeborenenreflexen, die für das Überleben sorgen oder „Platzhalter“ für die weitere Entwicklung darstellen, da sie durch Lernvorgänge ausgeweitet werden können. (So entwickelt sich z. B. aus dem Moro-Reflex die Überraschungsgeste).

Ein wichtiger Indikator für den Entwicklungszustand des Neugeborenen ist der sogenannte „APGAR-Index“, der sofort nach der Geburt erhoben wird. Es handelt sich um ein Akronym der Beobachtungsvariablen, die in diesen Index eingehen. Jedes Merkmal wird mit zwei Punkten bewertet. Ein gut entwickeltes Kind hat einen APGAR-Index von neun oder zehn Punkten.

1.4.1.2 APGAR-Index

Die folgenden Merkmale werden eine Minute und fünf Minuten (bei Mangelgeburten auch nach zehn Minuten) nach der vollständigen Geburt des Kindes (mit Ausnahme der Nabelschnur und der Plazenta) bewertet und die jeweilige Punkteanzahl addiert: 7–10 Punkte = normal, 4–7 Punkte = weniger günstig, 3 und darunter = kritisch.

Tabelle 1: APGAR-Index

Beschreibung	Punkte		
	0	1	2
Aussehen (Farbe)	bläulich, blass	Körper rosig, Gliedmaßen bläulich	rosig
Puls (Herzrate)	nicht vorhanden	langsam (unter 100)	schnell (über 100)
Grimassieren (Reflexauslösbarkeit: Ein Katheter wird kurz in die Nase eingeführt, nachdem Mund und Rachen von Schleim befreit sind)	keine Reaktion	Verziehen des Gesichtes	husten, niesen, schreien
Aktivität (Muskeltonus)	schlaff	schwach, inaktiv	stark, aktiv
Respiration (Atmung)	nicht vorhanden	langsam, unregelmäßig	regelmäßig, Baby schreit

Wie noch immer viel zu wenig bekannt ist, können Säuglinge bereits vor der Geburt auf Licht- und Hörreize reagieren. Laute Geräusche führen dazu, dass das Kind sich energischer im Mutterleib bewegt und unter Umständen sogar mit Stress reagiert. Diese beiden wichtigen Sinnesorgane sind daher gleich nach der Geburt funktionsfähig, wenn auch ihre volle Ausformung erst in der Interaktion mit der Umwelt erfolgt. Um sicher zu sein, dass von den ersten Lebenstagen an eine angemessene Entwicklungsförderung des Säuglings stattfindet, ist die Aufklärung über diese Tatsache von gesundheitspolitischer Bedeutung. Noch immer existiert nämlich in der Bevölkerung die falsche Auffassung, dass Neugeborene noch nicht sehen und hören könnten. Ein Grund für diese fehlerhafte Annahme sind die verlängerten Reaktionszeiten der Neugeborenen, wenn es nicht um laute Geräusche (die zum Erschrecken führen), sondern um Sprachreize und um Sehangebote geht. Da die Gehörgänge nach der Geburt noch von Fruchtwasser verlegt sind, nehmen Babys leises Sprechen nicht wahr. Spontan neigen Erwachsene jedoch dazu, mit Neugeborenen nur zu flüstern. Rhythmisches, entsprechend lautes und fröhliches Einsprechen auf das Kind führt dagegen nach etwa zehn Minuten dazu, dass sich der Säugling im Takt der Sprechmelodie zu bewegen beginnt. So wird z. B. auch eine durch ein Tuch abgedunkelte Taschenlampe, die man langsam in 20 cm Abstand (der Zone des schärfsten Sehens bei Säuglingen) vor den Augen des Kindes hin- und herführt, nach einer ein bis zwei Minuten währenden „Aufwärmphase“ mit dem Blick verfolgt.

Die Linse des Auges liefert zunächst ein umgekehrtes und seitenverkehrtes Bild an die Netzhaut. Das Gehirn des Kindes muss daher erst lernen, dieses Bild umzudrehen, wozu ebenfalls Erfahrung notwendig ist. Eine Seherfahrung ist jedoch offenbar angeboren: Das Erkennen von Abgründen. In einem bekannten Experiment, der sogenannten „visuellen Klippe“, wird eine Glasplatte über einen Abgrund gelegt und das Baby von der Mutter aufgefordert, darüberzukrabbeln. Die Kinder weigern sich in so einem Fall, über die scheinbare Absturzstelle hinüberzurobben.

Die Art der frühen Kommunikation mit Säuglingen wurde ausführlich untersucht (siehe dazu MUSSEN, 1976): Tiefe Töne wirken beruhigend, hohe Töne bewirken Aufmerksamkeitszuwendung. Kurze Anstiegszeit des Tons führt zu besonders hoher Aufmerksamkeit bzw., im Extremfall, zum Erschrecken, besonders, wenn es sich um laute Töne handelt. Allgemein hat eine modulierte, ausdrucksstarke, durch Pausen gegliederte Sprechweise der Bezugspersonen (das sogenannte „Motherese“ oder „kindorientierte Sprechweise“) den günstigsten Einfluss im Sinne einer Förderung der vorsprachlichen und später der sprachlichen Entwicklung des Kindes. Die normalerweise eher monotone „Erwachsenensprache“ mit ihren langen, durch Pausen weitgehend ungliederten Sprechpassagen hat sich für die Sprachentwicklung als weniger förderlich erwiesen. In Einzelfällen kann es später zu Sprachentwicklungsrückständen kommen, wenn die Kinder mit den Sprechangeboten der Erwachsenen nicht zurecht kommen. Ein charakteristisches Symptom für eine solche fehlgegangene Entwicklung sind z. B. die „Pseudodialoge“ (ROLLETT, 1994), wobei 2–4-jährige Kinder in einer selbst erfundenen „Sprache“ plappern, die sich wie Erwachsenensprache anhört, aber keine sinnvollen Wörter enthält. In der Sprachtherapie hat es sich daher bewährt, in solchen Fällen auf die modulierte Sprechweise der Motherese zurückzugreifen.

Eine wichtige Funktion für die emotionelle, und, auf ihr aufbauend, die lerngesteuerte Entwicklung der Kompetenzen des Kindes hat die **Bindung (attachment) an eine Haupt Bezugsperson** (siehe Kap. 1.4.2.2). Die Bindung an die Mutter wird durch die lange vorgeburtliche Entwicklung insofern begünstigt, als, wie entsprechende Untersuchungen gezeigt haben, das Kind bereits nach der Geburt den Geruch der Mutter und ihre Stimme von jenen anderer Personen unterscheiden kann. Unterstützt wird die Bindung an die Mutter durch die Angebote der „**sanften Geburt**“ nach LEBOYER (1995), wobei es besonders wichtig ist, dass das Baby unmittelbar nach der Geburt der Mutter auf den Bauch gelegt wird und Gelegenheit zu ersten Saugversuchen bekommt. Wie WIMMER-PUCHINGER (1992) zeigen konnte, führt eine derartige Vorgangsweise auch dazu, dass Kinder länger gestillt werden. KLAUS und KENNEL (1987) wiesen auf die besondere Bedeutung dieser frühen Kontaktaufnahme für die Mutter und ihre Beziehung zu dem Kind im Sinne eines an Prägung erinnernden Prozesses der Bindung („**Bonding**“) der Mutter an das Kind hin. Auch für die Vater-Kind-Beziehung ist der frühe väterliche Körperkontakt wichtig. Eltern von Säuglingen auf der Frühgeborenenstation wird daher heute vermehrt Gelegenheit zu liebevollem Körperkontakt mit ihrem Kind angeboten. Günstig hat sich außerdem das „**Rooming-In**“ (siehe Kap. 5.1.1) erwiesen. Wenn Mutter und Kind bereits in der Geburtsklinik im selben Zimmer untergebracht sind, haben beide bessere Möglichkeiten, einander näher zu kommen und sich aufeinander einzustellen. (Ein Abweichen von dieser Praxis in Einzelfällen ist nur dann anzuraten, wenn die Mutter sehr erschöpft ist oder das Kind zu den sogenannten „Difficult Babies“ oder „Schreikindern“ gehört.)

Bei entsprechender Anleitung, die in Wien in so gut wie allen Geburtskliniken (siehe Kap. 10. 4) durchgeführt wird, sind fast alle Mütter in der Lage, ihr Kind auch zu **stillen**. Empfehlenswert ist eine Stillzeit bis zu etwa sieben Monaten, d. h. bis zu dem Zeitpunkt, zu dem das Kind sein eigenes Immunsystem aufgebaut hat. Als Unterstützung der Mütter haben sich die Stillgruppen bewährt, d. h. angeleitete Selbsthilfegruppen von Müttern mit ihren Säuglingen, da dort nicht nur konkrete Ratschläge ausgetauscht werden können, sondern die Mütter auch die Möglichkeit haben, aus ihrer Isolation herauszukommen und Kontakte zu knüpfen. Sind Mütter nicht in der Lage oder bereit, selbst zu stillen, sollte die Füttersituation in einer liebevoll entspannten Atmosphäre, ähnlich wie dies beim Stillen der Fall ist, stattfinden.

Zum Aufbau der Bindung zwischen dem Neugeborenen und beiden Elternteilen ist nicht nur zärtlicher Körperkontakt, sondern auch ein der Entwicklung des Kindes angepasstes Spielangebot von besonderer Bedeutung. Im Säuglingsalter sollte z. B. nicht nur die Fütter-, sondern auch die Bade- und Wickelsituation als liebevolle Kontaktsituation gestaltet werden. Bindung kann sich nur entwickeln, wenn dafür auch Zeit vorgesehen ist. Dies gilt auch für die weiteren Entwicklungsjahre: Für berufstätige Mütter und für Väter hat sich die Regel bewährt, jeden Tag wenigstens etwa eine halbe Stunde Zeit pro Kind für gemeinsame Aktivitäten wie Spiele, Gespräche usw. vorzusehen.

Mit ca. zwei Monaten kommt es zu einer wichtigen Neuentwicklung. Es entsteht das sogenannte „**soziale Lächeln**“, das Kind antwortet auf Augenkontakt und Lächeln von Personen, die sich über sein Bettchen beugen, ebenfalls mit Lächeln. Es handelt sich um einen angeborenen Auslösemechanismus, da Versuche gezeigt haben, dass dieses Lächeln auch durch eine Maske auslösbar ist. Selbst die eigene Mutter wird jedoch nicht angelächelt, wenn sie sich dem Kind nicht en face, sondern vom Profil her zeigt. Das soziale Lächeln hat eine wichtige Funktion: Die Bezugspersonen des Kindes werden durch die freundliche Zuwendung angeregt, sich mit dem Baby zu beschäftigen. Das soziale Lächeln ist ein Entwicklungsmarker: Tritt es nicht auf, sollte eine Untersuchung des Kindes durchgeführt werden, da z. B. eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (ICD-10, F84) bzw. ein frühkindlicher Autismus (ICD-10, F84.0) vorliegen könnte. Bestätigt sich die Diagnose, sind besondere Fördermaßnahmen angezeigt, deren Ziel es unter anderem ist, die Kontaktschranke zu überwinden, um die Lernbereitschaft des Kindes zu unterstützen.

Der nächste Entwicklungsmarker tritt mit etwa vier Monaten auf. Es handelt sich um den Erwerb der **Auge-Hand-Koordination**, einer wichtigen intermodalen Leistung. Der Säugling ist nun in der Lage, gezielt nach etwas zu greifen und ein Spielzeug selbstständig beobachtend und erkundend hin und her zu bewegen. Damit sind erste eigenständige Spielaktivitäten möglich. Förderung erfolgt durch ein entsprechend variables Angebot an Babyspielzeug. Es sollte bunt, leicht greifbar und nicht zu schwer sein. Da Säuglinge auch mit dem Mund erkunden, dürfen die Objekte nicht zu klein sein und keine giftigen oder leicht abblätterbaren Farben aufweisen. Die neue Erfahrung des Babys, dass es durch **sein Verhalten** eine **Reaktion der Umwelt** auslösen kann, ist für seine intellektuelle Entwicklung besonders bedeutungsvoll. Auch die sprechende und spielende Interaktion der Bezugspersonen mit dem Kind werden für seine Entwicklung immer wichtiger. Die Personen seiner Umgebung halten ihm im Zuge dieses Wechselspiels sozusagen einen „biologischen Spiegel“ vor, mit dessen Hilfe sich das Kind immer besser selbst wahrnehmen und sein Verhaltensrepertoire ausbauen lernt.

1.4.1.3 Objektpermanenz, Fremdeln und Trennungsangst

Mit 7–8 Monaten erwirbt das Kind die „**Objektpermanenz**“, d. h. die Einsicht, dass Objekte, die aus seinem Blickfeld verschwinden, weiter existieren. Dies zeigt sich in Versuchen, bei denen man etwas vor den Augen des Kindes versteckt. Vor dieser Zeit ist kein Suchverhalten beobachtbar. Hat das Kind jedoch die Objektpermanenz bereits ausgeformt, wird es nach dem Objekt gezielt suchen. Es hat nun auch Freude an ersten Versteckspielen, wobei entweder es selbst oder der Spielpartner hinter einem Tuch verschwindet. Solche Spiele wirken daher entwicklungsfördernd. Damit sind die Voraussetzungen für einen weiteren Entwicklungsfortschritt gegeben: Mit etwa acht Monaten entsteht die sogenannte „**Fremdenangst**“: Während das Kind vorher jede freundlich lächelnde Person freudig begrüßt hat, reagiert es nun auf Menschen, die es nicht kennt oder die es nur sehr selten sieht, mit Angst und Abwehr. In natürlichen Umwelten war dies eine notwendige Schutzmaßnahme gegen möglicherweise feindlich gesinnte Fremde. Dafür spricht, dass das Fremdeln am deutlichsten unbekannteren erwachsenen Personen gegenüber gezeigt wird, Kindern gegenüber, selbst wenn diese dem Baby nicht vertraut sind, weit weniger heftig oder überhaupt nicht auftritt. Das Ausbleiben des „Fremdelns“ kann ein gewisses soziales Entwicklungsdefizit anzeigen. Es tritt z. B. bei Heimkindern, die keine festen Bezugspersonen hatten, nicht auf. Bei ihnen beobachtet man im Gegenteil eine besonders intensive Zuwendung zu jeder beliebigen Person, die sich ihnen freundlich nähert. Falls dieses Verhalten nicht korrigiert wird, kann es im Schul- und vor allem im Jugendalter zu Problemen kommen, da diese Kinder zu Distanzlosigkeit neigen. (In modernen Heimen, wie z. B. dem Wiener Charlotte-Bühler-Heim, ist man daher dazu übergegangen, sogenannte Familiengruppen einzurichten, in denen eine konstante Betreuungsperson für die betreffende Kindergruppe zuständig ist).

Trennungsangst: Je mobiler das Kind wird, je mehr es sich selbstständig krabbelnd und in der Folge auch gehend bewegen kann, desto intensiver kommt ein weiterer Schutzmechanismus zum Tragen: Es handelt sich um die „Trennungsangst“. Er sorgt dafür, dass das Kind von sich aus ein Bedürfnis entwickelt, in der Nähe der vertrauten Bezugsperson zu bleiben. Die Trennungsangst ist daher zwischen einem und eineinhalb Jahren besonders stark ausgeprägt. Nicht selten wird dies von den Erziehungspersonen als Dominanzverhalten missverstanden und zu unterbinden versucht. Gelegentlich führt dies zu einem negativen Zirkel: Je mehr sich die Erwachsenen weigern, dem Bedürfnis des Kindes nach Nähe nachzukommen, je autoritärer sie es gezielt abwehren, desto angstvoll-anhänglicher wird das Kind („Klammerkinder“). In einem solchen Fall hat sich eine Interventionsform bewährt, wobei den Eltern einerseits der Zusammenhang erklärt wird und ihre eigenen Bedürfnisse nach Ruhe und Unge-störtsein mit ihnen aufgearbeitet sowie neue Verhaltensweisen im Umgang mit dem Kind eingeübt werden. Schwerwiegender sind jene Fälle, in denen das Kind bereits resigniert hat, sodass es zu einer negativen Bindungs-entwicklung gekommen ist (s. unten).

Eine **Fremdunterbringung** des Kindes ist aus diesem Grund in dieser Zeit mit Problemen verbunden. Ein sorgfältig durchgeführter Beziehungsaufbau zur Tagesmutter bzw. Krippenerzieherin ist besonders wichtig. Die Krippenunterbringung hat nur dann gute Ergebnisse im Sinne einer altersangemessenen Förderung des Kindes, wenn die Gruppen klein genug sind, um eine intensive, familienähnliche Betreuung durch die Krippenerzieherin zu garantieren. International werden vier Kinder pro Betreuerin empfohlen. Mehr als acht Kinder pro Betreuerin stellen sowohl für die Betreuerin selbst wie für die Kinder eine Überforderung dar, da allein die Pflegemaßnahmen (Füttern und Wickeln) bereits den Großteil der Zeit in Anspruch nehmen, sodass für beziehungsfördernde Spiele, Unterstützung der Sprachentwicklung und andere Fördermaßnahmen kaum Zeit bleibt. Kleinstkinder sind außerdem noch nicht in der Lage, ohne Unterstützung durch Betreuungspersonen längere Zeit konfliktfrei miteinander zu spielen, da ihnen noch die sprachliche Kompetenz fehlt, die notwendig ist, um sich metakommunikativ über laufende oder geplante Spielaktionen zu unterhalten und über den Spielhergang einigen zu können, sodass auch aus diesem Grund eine angemessene Kind-Betreuer-Relation zu empfehlen ist, um belastende Konfliktsituationen zu vermeiden.

Zwei wichtige kompetenzbezogene Entwicklungslinien, die **Sprachentwicklung** und ihre Vorläufer und die **motorische Entwicklung** werden in den Abschnitten 4.2.2.1 und 4.2.2.2 behandelt.

1.4.2 Vorläufer der Persönlichkeitsentwicklung

Im ersten Lebensjahr ist das angeborene Temperament des Kindes auf der einen, die durch die Angebote der Bezugspersonen gestaltete Bindungsentwicklung auf der anderen Seite für die Persönlichkeitsentwicklung ausschlaggebend.

1.4.2.1 Temperamentsentwicklung

Wie THOMAS und CHESS (1968, 1977) gezeigt haben, können bereits bei Neugeborenen drei Temperamentstile unterschieden werden: Die „Easy Babys“ („pflegeleichten Kinder“) sind fröhlich und unkompliziert, gewöhnen sich schnell an einen bestimmten Rhythmus und entwickeln rasch ein ausgeprägtes Spiel- und Zuwendungsverhalten. Die „Slow to warm up Babys“ („langsamen Reagierer“) machen den Eltern bei der Pflege zwar ebenfalls wenig Probleme, brauchen aber sehr viel mehr Stimulation, um ein angemessenes Spiel- und Kontaktverhalten zu entwickeln. Bei ihnen besteht die Gefahr, dass sie zu wenig Förderung erhalten, da sie offenbar mit allem zufrieden sind. Große Probleme machen dagegen die „Difficult Babys“ („schwierigen Kinder“) oder, populär „Schreibabys“. Bei THOMAS und CHESS (1968, 1977) wurde eine vierte „unauffällige“ Gruppe von Babys festgestellt, die nach keiner der drei Richtungen besonders auffallen. Je nach Stichprobe handelt es sich bei den „schwierigen“ Säuglingen um etwa 8–15 Prozent der Untersuchungspopulation. Sie schreien viel, sind äußerst leicht irritierbar, schwer zu beruhigen und geben ihren Eltern wenig positive Rückmeldungen. Sie bedeuten für die Eltern eine große Herausforderung. Viele Eltern, die ein derartiges Kind haben, berichten, dass die Kinder nur dann ruhig sind, wenn sie herumgetragen werden. Da zu wenig bekannt ist, dass es sich um eine angeborene Temperamenteigenschaft handelt, erhalten die Eltern von ihrer Umgebung sehr viel Kritik, da fälschlich angenommen wird, dass es sich um Erziehungsfehler handle. Hier ist Aufklärungsarbeit dringend erforderlich.

Die durch die Schwierigkeit des Kindes entstehende Belastung (mangelnder Schlaf, Stress durch das ständige Schreien u. Ä.) kann zu schweren Beeinträchtigungen des Befindens der Eltern selbst und ihrer Beziehung zum neugeborenen Kind führen, wie ROLLETT und WERNECK (1993) in einer Längsschnittuntersuchung bei 175 Elternpaaren aus Wien und Umgebung feststellen konnten: acht Prozent dieser Säuglinge hatten mit drei Monaten der Gruppe der schwierigen Kinder angehört. Nicht nur die Bindung des Kindes an die Eltern und der Eltern an das Kind kann durch exzessives Schreien leiden; auch für die elterliche Partnerschaft bedeutet das Schreiverhalten ein ernstes Problem: Wie die genannte Studie zeigte, war die Beziehung der Eltern zueinander in solchen Fällen deutlich schlechter, als dies bei den pflegeleichten bzw. langsam reagierenden Babys der Fall war, obwohl es auch dort zu einer Verschlechterung der Partnerbeziehung nach der Geburt des Kindes kam. Wegen der besonderen Belastung, die schwierige Kinder für sich selbst und ihre Eltern darstellen, sind „Schreiambulanz“ eine wertvolle unterstützende Maßnahme, die ausgebaut werden sollte.

In der Literatur findet man immer wieder die Aussage, dass diese Kinder eine schlechte Prognose im Hinblick auf ihre Persönlichkeitsentwicklung hätten (hohe Aggressivität, Delinquenz u. Ä.). Dabei scheint es sich um einen Irrtum zu handeln, da in der erwähnten Studie die überwiegende Mehrzahl der schwierigen Säuglinge beim nächsten Erhebungszeitpunkt mit drei Jahren eher zu den ruhigen, zurückgezogenen Kindern gehörten. Eine Erklärung dieser Diskrepanz könnte sein, dass zwar die Sondergruppe der aggressiven Jugendlichen nicht selten bereits im Säuglingsalter vermehrt auffällig ist, der Umkehrschluss aber nicht zutrifft, dass aus schwierigen Säuglingen unbedingt schwierige Kinder werden müssten. (Gar nicht so selten handelt es sich später sogar um besonders für das Verstehen von Gefühlsnuancen empfängliche, intelligente Kinder.) Jene Kinder aus der erwähnten Untersuchung, die mit drei Jahren als „dominant“ und damit als „schwierig“ auffielen, rekrutierten sich im Gegenteil vorzugsweise aus der Gruppe der pflegeleichten Kinder, wohl deshalb, weil die Eltern ihnen aufgrund ihrer Offenheit und Kontaktfreudigkeit sehr viel Eigeninitiative gestattet hatten.

Ein interessantes Nebenergebnis der Studie war die Beobachtung, dass es bei schwierigen Säuglingen zwar weniger leicht fällt, sie auf einen Tagesrhythmus einzustellen, dass sie aber, wenn es einmal gelungen ist, eine bestimmte Routine aufzubauen, auf Veränderungen des Rhythmus besonders negativ reagieren. Sie scheinen diese Kontinuität der täglichen Abläufe als Stütze ihrer emotionalen Befindlichkeit besonders zu benötigen, ein für die Beratungsarbeit bei betroffenen Eltern wichtiges Detailergebnis.

Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzentwicklung verlaufen nicht unabhängig voneinander. Zwischen den drei Temperamentsgruppen (die vierte Gruppe nach THOMAS und CHESS (1968, 1977) fehlte zu diesem Zeitpunkt noch) konnten in der erwähnten Studie signifikante Unterschiede im Bayley-Test festgestellt werden (Tabelle 1).

Tabelle 2: Temperament und Entwicklung mit drei Monaten (Bayley-Scales of Infant Development)

Temperamentstypen	Mental Scale	Motor Scale
Pflegeleichte Babys	97,9	111,7
Schwierige Babys	89,6	104,8
Langsame Reagierer	94,0	105,2

Quelle: ROLLETT und WERNECK, 1993

Die günstigste Entwicklung (höhere Werte) zeigten die pflegeleichten Kinder, die ungünstige die Gruppe der schwierigen Kinder. Wie die Untersuchungsergebnisse bei denselben Kindern mit drei Jahren zeigten, können diese Unterschiede in der Folge weitgehend aufgeholt werden.

1.4.2.2 Bindungsentwicklung und Persönlichkeit

Eine weitere einflussreiche Entwicklungslinie der Persönlichkeit wird durch die im Folgenden beschriebenen Besonderheiten der weiteren Entwicklung der Bindung des Kindes an die unmittelbaren Bezugspersonen bestimmt. Sie vermittelt Sicherheit im Umgang mit der Außenwelt: Wie AINSWORTH (1978) und ihre MitarbeiterInnen in den USA, oder das Ehepaar GROSSMANN (1991) in Deutschland in Untersuchungen zeigen konnten, wird durch die spezifische Bindung des Kindes an seine Eltern auch seine Bereitschaft, sich mit der Umwelt erkundend auseinander zu setzen und damit die Persönlichkeitsdimension „Offenheit für Erfahrungen“ maßgeblich beeinflusst.

AINSWORTH (1978) ermittelte die Art der Bindung eines Kindes an seine Hauptbezugspersonen im Rahmen einer Versuchsanordnung, die unter der Bezeichnung „fremde Situation“ in die Literatur eingegangen ist: Das Kind wird z. B. mit seiner Mutter in ein für es unbekanntes Spielzimmer gebracht und sein Spielverhalten dokumentiert. Eine fremde Person kommt dazu, während die Mutter für ca. drei Minuten das Zimmer verlässt. Die Bereitschaft des Kindes, mit der fremden Person zu spielen und seine Reaktion auf die Rückkehr der Mutter stellen wichtige Indikatoren der Bindungsbeziehung dar. In den ursprünglichen Untersuchungen konnten drei Bindungsstile, A, B und C, identifiziert werden: A-Babys verfügen über eine unsichere Bindung an ihre Mutter, sie reagieren gelassen auf ihre Abwesenheit, spielen mit der fremden Person und beachten die Mutter kaum, wenn sie zurückkehrt: Sie zeigen einen vermeidenden Bindungsstil. Die sicher gebundenen B-Babys sind verzweifelt, versuchen der Mutter nachzukrabbeln oder nachzulaufen, verweigern sich der fremden Person und begrüßen die Mutter stürmisch, wenn sie wieder das Zimmer betritt, alles Anzeichen einer sicheren Bindung. C-Babys sind durch eine ambivalente Bindung gekennzeichnet, sie begrüßen die Mutter zwar bei ihrer Rückkehr, sind aber offenbar böse auf sie, da sie gleichzeitig Zuwendung und Ablehnung, die sich auch körperlich ausdrückt, zeigen. Eine weitere Beziehungsform, der „desorganisierte-desorientierte („verstrickte“) Bindungsstil“ (MAIN und SALOMON, 1986) äußert sich in inkonsistentem Verhalten im Sinne eines Annäherungs-Vermeidungskonfliktes des Kindes. Wie Klaus und Karin GROSSMANN (1991) und ihre Forschungsgruppe im Rahmen ihrer Längsschnittuntersuchungen feststellen konnten, haben diese Bindungsstile langfristige Auswirkungen auf die Bereitschaft des Kindes, sich vertrauensvoll mit der Umwelt auseinander zu setzen und eigenständiges Erkundungsverhalten zu zeigen. Es handelt sich mithin um eine bedeutungsvolle Einflussgröße für die Entwicklung der Persönlichkeitsvariable „Offenheit für Erfahrungen“.

1.5 Das zweite und dritte Lebensjahr

1.5.1 Selbstständigkeitsentwicklung

Sobald sich das Kind im letzten Viertel des ersten Lebensjahres krabbelnd, und später gehend, in der elterlichen Wohnung fortbewegen kann (zur Entwicklung der Motorik siehe Kap. 4.2.2.2), tauchen die ersten Konflikte mit der Umwelt auf. Die Kinder sind nun in der Lage, erste kurzfristige Handlungsziele konsequent zu verfolgen. Ein wichtiger Motor der Entwicklung ist das „Selbermachen wollen“ (HECKHAUSEN, 1989), ein Vorläufer der Entwicklung der Leistungsmotivation, der mit etwa ein bis eineinhalb Jahren auftritt. Es hängt vom elterlichen Erziehungsge-schick ab, wie dem Kind die notwendigen, seinen Erkundungsdrang einschränkenden Regeln vermittelt werden, ohne ihm die Freude am Sammeln neuer Erfahrungen zu nehmen. Eine erste, wichtige Maßnahme ist die Gestaltung einer „kindersicheren Wohnung“, um ein weitgehend problemloses Spiel- und Erkundungsverhalten zu ermöglichen (siehe Kap. 9.3.4). Verstehen es die Eltern nicht, das Kind durch Ablenkung und geduldiges Einüben notwendiger Verhaltensregeln zu sozialisieren, können die „Pseudotrotzanfälle“, die mit eineinhalb Jahren gele-

gentlich zu beobachten sind, wenn das Kind seine Zielsetzungen nicht erreichen kann, gehäuft auftreten. Bei einer zu einschränkenden Erziehung in dieser Altersstufe kann es langfristig zu einem Verlust der Eigeninitiative kommen.

Wie oben bereits ausgeführt wurde, verlaufen Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzentwicklung nicht unabhängig voneinander. Dies gilt auch für die Vorläufer der motivationalen Entwicklung: Je rascher die Sprachentwicklung bei einem Kind Fortschritte macht, desto leichter wird es, ihm die für das Zusammenleben notwendigen Regeln in einer verständnisvollen Weise zu vermitteln. Da die Entwicklung bei Mädchen rascher verläuft, haben Mütter oft den Eindruck, dass sie „braver“ sind als gleichaltrige Buben, weil es bei Mädchen etwas früher möglich ist, ihnen erfolgreich sprachliche Anweisungen zu geben (zur Sprachentwicklung siehe Kap. 4.2.2.1).

1.5.2 Die Entwicklung der Spielfähigkeit und ihre Bedeutung für die Kompetenzentwicklung

Säuglinge und Kleinkinder entwickeln ihre Welterfahrung vor allem im Spiel. Spielstörungen sind daher oft Vorboten späterer Lernstörungen. Echtes, erkenntnisförderndes Spiel ist immer lustvoll, es unterscheidet sich von der Arbeit dadurch, dass es freiwillig und von der Freude an der Sache geleitet erfolgt. Es führt das Individuum zu immer differenzierteren Umwelterfahrungen. Spiel ist daher auch entscheidend für die Entwicklung aller höheren geistigen Leistungen. Das Spiel schafft einen Freiheitsraum, um die nähere und später auch die fernere Umgebung ohne Gefahr erkunden zu können. Das Fernsehen kann daher die eigene spielende Konfrontation mit der Wirklichkeit nicht ersetzen. Erfahren und Spielen muss jeder für sich selbst leisten. Man kann ebenso wenig „Spielen lassen“, wie man andere für sich Sport betreiben lassen kann.

Wie im Kap. 1.4.1 bereits dargestellt wurde, ist die erste Form des Spiels das sogenannte **„Funktionsspiel“**. Säuglinge und Kleinstkinder spielen mit ihrem Körper, mit Gegenständen, sie beziehen auch das Schmecken, Riechen und das Tasten mit den Händen und mit dem Mund mit ein und entwickeln so ihre Objektwahrnehmung. Ein reichhaltiges Angebot an gut ausgewähltem Spielzeug unterstützt diese Entwicklung. Die Funktionsspiele werden später zu den für die Integration von Wahrnehmung und Grobmotorik besonders bedeutungsvollen **„Bewegungsspielen“** ausgebaut: Aktivitäten wie Laufen, Klettern, Springen, die im Kleinstkindalter neu erworben werden, üben nicht nur die Grobmotorik, sondern auch die intermodale Zusammenarbeit. Gut geplante, für verschiedene Altersgruppen gestaltete Spielplätze sind daher für Kinder und später auch für Jugendliche unverzichtbare Erlebnisräume (siehe Kap. 5.3). Nur durch die konkrete Erfahrung des Raumes kann das Kind so wichtige Dinge wie das Abschätzen von Entfernungen, die Auswirkung, die eine Richtungsänderung hat, die vielfältigen Erfahrungen mit den Materialien des Untergrundes, auf dem man sich bewegt, kennen lernen. Besonders bedeutungsvoll ist ein gut strukturiertes Angebot von Bewegungsmöglichkeiten für sportlich begabte Kinder und für die Sondergruppe der hyperaktiven Kinder (hyperkinetische Störung F90 nach ICD-10).

Mit ungefähr eineinhalb Jahren beginnt das Kind, sich mit Materialien konstruktiv zu beschäftigen. Das sogenannte **„Konstruktionsspiel“** eröffnet neue Erfahrungsmöglichkeiten: Sand, Bausteine, Malgeräte helfen, die Feinmotorik, die Wahrnehmung und die Integration von Sensorik und Motorik zu schulen. Zunächst werden Bausteine nur nebeneinander gelegt, etwas später auch aufeinander getürmt, sodass Dreidimensionalität erfahren werden kann.

Parallel zum Konstruktionsspiel entwickelt sich das **„symbolische Spiel“** (z. B. einen Teddybären „füttern“, Autos hin- und herschieben usw.), das, sobald die Sprache ausreichend beherrscht wird, zum **„Rollenspiel“** und schließlich mit ca. vier Jahren zum komplexen **„Fantasiespiel“** ausgebaut wird.

1.5.3 Erwerb neuer Fertigkeiten im zweiten Lebensjahr

Zwischen ein und eineinhalb Jahren werden viele **neue Fertigkeiten** erlernt. So sollten die Grundlagen für das selbstständige Essen erworben werden: Das Kind lernt eine Tasse zum Trinken zu halten und den Löffel zum Mund zu führen. Mit etwa 17 Monaten gelingt dies schon recht gut, ohne etwas zu verschütten. Das gemeinsame Anschauen von Bilderbüchern macht Spaß, das Kind blättert selbstständig um und versucht, sich zu den Bildern zu äußern (z. B. „da“ oder erste Benennungen). Es versucht beim Anziehen zu helfen, indem es z. B. die Arme ausstreckt. Mit eineinhalb Jahren kann es Socken selbstständig ausziehen. Die Spiele werden komplexer: Das Kind wirft den Ball zu, lässt kleine Autos hin- und herfahren, baut Türme aus zwei Teilen, füttert die Puppe und kritzelt, wenn man ihm Papier und einen dicken Stift zur Verfügung stellt.

Da sich das Kind in dieser Zeit für Objekte und ihre Beziehungen besonders interessiert, sollte man es beim Aufräumen der Spielobjekte helfen lassen, um so die **Grundlage für den Ordnungssinn** (Faktor „Gewissenhaftigkeit“ im Rahmen der „Großen Fünf“ Persönlichkeitsfaktoren) aufzubauen. Je länger man damit zuwartet, desto schwieriger wird es, die entsprechende Bereitschaft zu entwickeln. Es ist allerdings noch jahrelang notwendig,

das Kind bei Ordnungsaufgaben helfend zu unterstützen, da Kinder erst mit etwa sechs Jahren in der Lage sind, konzentriert an fremdgestellten Aufgaben zu arbeiten. So ist es z. B. später bei Schuleintritt notwendig, dem Kind anfangs zu helfen, die Schultasche zu packen oder für Ordnung am Arbeitstisch zu sorgen, an dem es seine Hausaufgaben erledigt. Die selbstständige Sorge für Ordnung im eigenen Zimmer gelingt den meisten Kindern erst im Jugendalter. Haben die Eltern auf die langsame Einübung des Ordnungsverhaltens und damit der Fähigkeit, sich zu organisieren, verzichtet und das Kind daran gewöhnt, dass diese Arbeiten für es erledigt werden, ist es meist mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, diese Fertigkeiten in späteren Perioden, z. B. im Jugendalter zu erlernen.

Die im ersten Halbjahr des zweiten Lebensjahres erworbenen Kompetenzen werden im **zweiten Halbjahr** weiter perfektioniert: **Grob- und Feinmotorik** sind nun bereits gut entwickelt. Die Sprachentwicklung macht rasche Fortschritte.

Mit 20 Monaten kennt das Kind im Durchschnitt bereits 20 Wörter und benützt sie sachgemäß im Rahmen von Zwei- und etwas später auch von Dreiwortsätzen. Es hört gerne beim Geschichtenerzählen zu und versucht, seine eigenen Erlebnisse zu erzählen. Einfache Anweisungen können selbstständig verfolgt werden, wenn sie nicht seinen eigenen Zielsetzungen widersprechen. Es kann sauber essen und beim An- und Ausziehen aktiv mithelfen. Höhere Türme zu bauen oder einfache Steckspiele erfolgreich zu lösen, bedeutet kein Problem mehr. Ab etwa 22 Monaten können zunächst waagrechte, dann senkrechte Striche und schließlich auch kreisförmige Kritzeleien nachgeahmt werden. Gelegentlich benennt das Kind anschließend seine Kritzeleien (z. B. „Mama“).

1.5.4 Bildungsmittel im Kleinst- und Kleinkindalter

Eine wichtige Funktion kommt bereits im zweiten Lebensjahr dem gemeinsamen Betrachten und Erklären von Bilderbüchern, später dem Vorlesen und Erzählen zu. Selbst erfundene Geschichten, besonders, wenn man das Kind beim Erfinden beteiligt, schulen die Fantasie. Durch das Vorlesen entdeckt das Kind den Wert von Büchern und entwickelt im günstigen Fall das Bedürfnis, sie selbst lesen zu können. Das Abhören von Kassetten kann dies nicht ersetzen.

1.5.5 Trotzphase und Ichentwicklung

Zwischen zwei und drei Jahren kommt es zur echten Trotzphase. Nach ERIKSON (1950, 1963) handelt es sich um die Bewältigung der Krise, in der es im günstigen Fall um eine erste Form der Autonomieentwicklung, im anderen um die Vorläufer der Entwicklung einer durch Scham und Zweifel charakterisierten Persönlichkeit geht. Dem Kind wird nun bewusst, dass es gelegentlich andere Zielsetzungen als die Eltern hat. Nichtigste Anlässe können zu eindrucksvollen Trotzanfällen führen. Aus diesem Konflikt entsteht das Bedürfnis, sich selbst gezielter auszudrücken, ein wichtiger Motor der Sprachentwicklung: Während das Kind vor dieser Zeit sich selbst mit dem Vor- oder Kosenamen benennt, kommt es nun zum Gebrauch des Wortes „Ich“ und damit der Möglichkeit, sich als eigene Person zu artikulieren. Kinder leiden selbst am meisten unter diesen Trotzanfällen und den damit verbundenen emotionalen Durchbrüchen. Es ist daher günstiger, sie bei einem Trotzanfall in einer ihrem individuellen Sprachniveau angemessenen Form zu beruhigen und den Konfliktfall erst dann wieder aufzugreifen und zu lösen zu versuchen, wenn sie wieder ansprechbar sind.

Die Probleme können eskalieren, wenn die Eltern die **Sauberkeitserziehung** gerade in dieser Zeit mit erhöhter Konsequenz durchzusetzen versuchen. Es ist daher günstiger, dem Kind zwar das Angebot zu machen, das Töpfchen zu benutzen, die Leistung aber nicht mit Nachdruck zu fordern, sondern mit Lob und Ermunterung zu arbeiten, wenn es ihm gelingt.

1.6 Das Kleinkindalter

1.6.1 Veränderungen beim Übergang zum Kleinkindalter

Mit etwa drei Jahren ändert sich das **körperliche Erscheinungsbild**: Die Muskulatur wird insgesamt kräftiger, das Skelett widerstandsfähiger. Die Milchzähne sind nun vollständig vorhanden. Bei Mädchen geht die körperliche Entwicklung insgesamt rascher vor sich: Die Entwicklungsstufe der Handwurzelknochen, die z. B. bei Mädchen mit drei Jahren erreicht wird, ist bei Buben erst mit dreieinhalb Jahren vorhanden. Auch das **Toilettentraining** dauert in der Regel bei Buben länger. Mädchen können im Durchschnitt mit etwa zwei Jahren tagsüber, mit etwa drei Jahren auch nachts sauber sein, bei Buben erfolgt dies etwa ein halbes bis dreiviertel Jahr später, doch kann es im

Einzelfall auch erheblich länger dauern, ohne dass dies etwas bedeutet. Enuresis (Einnässen) wird daher erst ab einem Alter von fünf Jahren diagnostiziert (siehe ICD-10, F98.0).

Mit etwa drei Jahren verringert sich der Nahrungsbedarf (siehe Kap. 5.1), die Kinder brauchen nicht mehr so viele Kalorien pro Kilogramm Gewicht, da das Wachstum nicht mehr ähnlich rasch erfolgt wie in den Jahren zuvor. Hier ist Aufklärung nötig, da Eltern sonst versucht sind, aus der Sorge um ihr Kind heraus es zum Essen zu zwingen, was zu Essstörungen (siehe Kap. 4.2.4.3) führen kann. Gelegentlich entwickeln Kinder dieser Altersstufe eine besondere Vorliebe für bestimmte Gerichte und verweigern alles andere. Je weniger man dies dramatisiert, desto rascher pendelt sich wieder ein „normales“ Essverhalten ein. Die Kompetenzen nehmen nun rasch zu: Sowohl die Grob- als auch die Feinmotorik und die Sprachentwicklung machen rasche Fortschritte. Mit drei Jahren hat die kindliche Persönlichkeitsentwicklung einen ersten Abschluss erreicht, der sich darin äußert, dass die Kinder wesentlich selbstständiger werden. Sie beginnen sich mit ihrer eigenen Geschlechtsrolle auseinander zu setzen. In diesem Zusammenhang kann erstmals sexuelle Neugier („Doktorspiele“) auftreten. Bis zu etwa sechs Jahren sind Kinder noch immer der Meinung, dass es möglich sei, das eigene biologische Geschlecht zu ändern.

Die Spiele der Kinder werden zunehmend komplexer. Neben ersten Rollenspielen kann das Kind nun auch an einfachen „Regelspielen“ mitmachen, die neben dem Einüben des Umgangs mit Regeln auch soziale Interaktionserfahrungen, wie Gewinnen und Verlieren, Kooperationen schließen, strategisches Handeln u.v.a.m. vermitteln. Die Regelspiele, an denen das Kind Freude hat, werden in den weiteren Jahren zunehmend schwieriger und komplexer, bis sie im Jugendalter das Erwachseneniveau erreichen.

Während das Zweijährige bei Bauspielen noch sogenannte „Kritzelbauten“ bevorzugt hatte, beginnt das Kind nun sinnvolle Bauwerke zu gestalten. Beim Zeichnen treten die ersten einfachen Menschendarstellungen auf. Kinder dieser Altersstufe zeichnen nicht, was sie sehen, sondern was sie wissen: Für sie wichtige Details werden hervorgehoben, Unwichtiges weggelassen. Menschendarstellungen werden z. B. als „Kopffüßler“ gezeichnet, indem Arme und Beine direkt am Kopf angesetzt werden. Erst mit 5–6 Jahren kommt es zu detailgetreuen Menschendarstellungen. Rückstände in der Entwicklung des Zeichnens können Anzeichen einer Legasthenie sein.

Wie GEPPERT und HECKHAUSEN (1990) nachwiesen, verfügen Dreijährige aber bereits über ein **Repertoire an emotionalen Reaktionsmöglichkeiten**. Sie sind nun vor allem dazu fähig, die Gefühle zu erkennen und zu benennen. Auch ambivalente Gefühle können perzipiert werden.

1.6.2 Kindergartenbesuch

Mit drei Jahren sind die meisten Kinder **„in der Gruppe bildbar“**, d. h., es gelingt ihnen ohne größere Schwierigkeiten, sich von der Mutter zu lösen und mit Spaß an Gruppenaktivitäten teilzunehmen. Manche Kinder benötigen dafür allerdings noch ein weiteres Jahr, das man ihnen, falls es möglich ist, gönnen sollte. Ist dies nicht der Fall, sollte die Eingewöhnung in den Kindergarten möglichst langsam und schonend erfolgen.

Der Kindergarten ist eine Bildungseinrichtung, in der die Kinder eine umfassende Förderung erhalten (siehe dazu HARTMANN et al., 2000). Sie lernen außerdem, sich in der Gruppe Gleichaltriger zu bewegen. Dies bedeutet jedoch auch, dass vom Kind vielfältige Anpassungsleistungen gefordert werden. Obwohl es aus Gründen der elterlichen Berufstätigkeit häufig notwendig ist, das Kind ganztägig im Kindergarten unterzubringen, muss man sich doch bewusst sein, dass dies eine Belastung darstellt. Wie STOLL und HARTMANN (1994) in einer österreichweiten Repräsentativuntersuchung gezeigt haben, neigen Ganztagskinder im Vergleich zu Kindern, die nur halbtags bzw. bis nach dem Mittagessen den Kindergarten besuchen, zu vermehrter Ermüdung und Aggressivität. Man sollte gerade auf diese Kinder daher am Abend möglichst einfühlsam eingehen.

Im Kindergartenalter können viele Kleinkinder allerdings noch nicht verlässlich zwischen **sicheren und gefährlichen Situationen** unterscheiden; es ist daher nach wie vor eine verlässliche Aufsicht notwendig. Auch zu Beginn des Grundschulalters verfügen Kinder noch nicht über einen angemessenen Unfall- bzw. Gefahrenbegriff, da sie „Unfall“ mit „Verletzung“ gleichsetzen und daher „Beinaheunfälle“ nicht als Anzeichen für Gefährdungen wahrnehmen. Es ist daher notwendig, diese Voraussetzungen eines sicheren Verhaltens durch entsprechende, langfristig geplante erzieherische und unterrichtliche Maßnahmen aufzubauen (siehe Kap. 4.2.3.9 und 9.3.4). In einer Untersuchung von PENN (1996) bei 3–4-jährigen Kindergartenkindern wurde überprüft, ob diese bereits in der Lage waren, zwischen sicheren und gefährlichen Situationen zu unterscheiden (siehe dazu auch die Untersuchung von GRIEVE und WILLIAMS, 1985). Den Kindern wurden Bildkartenpaare von ähnlichen Situationen vorgelegt, von denen die eine gefährlich, die anderen ungefährlich war. Dabei stellte es sich heraus, dass jene Kinder, die über einen besseren kognitiven Entwicklungsstand (gemessen mit dem Wiener Entwicklungstest von KASTNER-KOLLER und DEIMANN, 1998) verfügten, mehr richtige Entscheidungen bezüglich der Gefährlichkeit einer Situation trafen. Der erreichte Entwicklungsstand stellt daher eine wesentliche Voraussetzung für die Sicherheitserziehung dar. Vernünftige Vorschläge für ein sicheres Verhalten konnten jedoch auch die gut entwickelten Kinder noch nicht geben. Dies ist erst im Grundschulalter möglich.

1.6.3 Die kognitive Entwicklung im Kleinkindalter

Kinder zwischen drei und sechs Jahren können die Umwelterfahrungen, die sie machen, immer besser integrieren. OERTER und DREHER (1995) erklären die in dieser Zeit zu beobachtenden kognitiven Entwicklungsfortschritte mit der zunehmenden Fähigkeit des Kindes, Informationen zu verarbeiten, was sowohl mit der verbesserten Speicherkapazität, als auch mit dem Erwerb differenzierterer Informationsaufnahme-strategien zusammenhängt. Regeln des induktiven Denkens werden nach der G-V-Theorie von KLAUER (1993) bereits in dieser Zeit durch Vergleichsprozesse erworben, die durch das Beobachten von Gleichheiten (G) und Verschiedenheiten (V) von Merkmalen einerseits und Relationen andererseits zustande kommen. Die Art, wie die Erziehungspersonen mit dem Kind bei Problemlöseprozessen umgehen, ist nicht unwesentlich: Wie MOSS und STRAYER (1990) zeigen konnten, neigen Mütter von Kindern, die eine geringere Problemlösekompetenz entwickelt haben, dazu, ihnen bei Aufgabenstellungen, wie z. B. dem Lösen von Puzzles, sehr direkt Lösungsanweisungen zu geben oder die Aufgabe selbst durchzuführen, während Mütter von Kindern mit hoher Kompetenz dem Kind eher metakognitive Anleitungen geben, die ihm helfen, die Aufgabe selbstständig zu bewältigen.

Zwischen vier und sieben Jahren befinden sich Kinder nach PIAGET (1976, 1983) allerdings noch in der Phase des **anschaulichen Denkens**. Ihr Denken ist an die Anschauung gebunden und egozentrisch. Problemstellungen, bei denen ein Ausgangszustand erinnert und mit einem veränderten Endzustand verglichen werden muss, um zur richtigen Lösung zu kommen, gelingen noch nicht. Erhaltungsaufgaben, bei denen z. B. die Anordnung einer Anzahl von Spielsteinen vor den Augen des Kindes geändert wird, oder Flüssigkeit aus einem breiten, niedrigen in ein hohes Glas gegossen wird, sind daher noch nicht korrekt lösbar, da die Kinder dieser Altersstufe der Meinung sind, dass sich die Anzahl bzw. das Volumen durch die Manipulation geändert habe. Sie können auch noch nicht den Standpunkt des anderen bei der Beurteilung einer Situation einnehmen, da sie noch nicht über eine „**Theory of mind**“ (Theorie über den Bewusstseinsinhalt des anderen, siehe WIMMER und PERNER, 1983) verfügen. Versuche zur Theory of mind finden nach folgendem Modell statt: Man zeigt zwei Kindern, Anna und Berta, z. B. einen Ball, legt ihn in ein Schrankfach und schickt Berta hinaus. Anschließend versteckt man den Ball an einer anderen Stelle, z. B. in einer Lade und fragt Anna, wo Berta wohl den Ball suchen wird. Kinder, die bereits eine Vorstellung davon entwickelt haben, was der andere wissen kann, d. h. über eine Theory of mind verfügen, antworten korrekt „im Schrankfach“, andere, bei denen dies nicht der Fall ist, „in der Lade“. Bei autistischen Kindern bleibt dieser Zustand lange erhalten (siehe FRITH, 1989).

Die **Sprachentwicklung** (siehe Kap. 4.2.2.1) findet mit ungefähr vier Jahren einen ersten Abschluss, indem die Kinder nun in der Lage sind, sich kindgemäß in der Alltagssprache zu unterhalten. Vierjährige haben große Freude an Sprachspielen und -scherzen. Es ist die Zeit der Fantasiespiele und der Entdeckung der Kreativität und ihrer Möglichkeiten, die Welt spielerisch zu erleben und zu gestalten. Die neue Sprachkompetenz stellt auch die Voraussetzung für die Entwicklung des „inneren Dialogs“ dar, d. h. der Fähigkeit, zu sich selbst zu sprechen, eine wichtige Voraussetzung für den Aufbau einer „**inneren Welt**“ als Vorbereitung für die spätere, mit etwa acht Jahren erfolgende Entwicklung des reflexiven Denkstils und für den selbstständigen Einsatz metakognitiver Strategien bei der eigenen Handlungsplanung.

Als neue, komplexe Spielform entwickelt sich aus dem Rollenspiel das **Fantasiespiel**. Die Spielpsychologen EINSIEDLER und BOSCH (1986) konnten zeigen, dass Kinder, die im Kindergarten viel Gelegenheit zum Fantasiespiel hatten, ihre Fähigkeiten zum abstrakten Denken und kreativen Problemlösen besonders entwickelten, was sich in besseren schulischen Leistungen in der Grundschule manifestierte. Allerdings sind dazu bestimmte Voraussetzungen notwendig. Es muss genügend Zeit, aber auch der entsprechende Raum vorhanden sein, und es müssen anregende Spielobjekte und -partnerInnen zur Verfügung stehen.

Zum entwicklungsfördernden Lebensraum kann ein Spielort nur werden, wenn es möglich ist, die Kinder in gewissem Rahmen für ihr Tun selbst verantwortlich sein zu lassen, da sie nur so ihre eigenen Grenzen durch Erfahrung kennenlernen können. Dazu müssen bestimmte Voraussetzungen geschaffen werden. Echte Gefahren müssen weitgehend ausgeschlossen sein. Für Spielplätze gilt z. B., dass es Bereiche geben muss, in denen Fortbewegungsmittel, wie Skateboard, Dreirad, Gocart usw. benützt werden können, ohne dass die Kinder sich oder andere gefährden. Das Eingreifen der Erwachsenen sollte möglichst wenig notwendig sein. Spielgeräte sollten sicher sein und regelmäßig gewartet werden (siehe Kap. 9.3).

Die neu erworbene Fähigkeit, zu sich selbst zu sprechen und in Gedanken Dialoge mit anderen zu führen, hat aber auch zur Folge, dass die Emotionen intensiver (nach-) erlebt werden. Auch die Traumbilder und -szenen werden wesentlich lebhafter und haben mehr Realitätscharakter, sodass es vermehrt zu **Angstträumen** kommen kann. Derartige Alpträume sind für Perioden intensiverer emotionaler Entwicklung überhaupt charakteristisch. Obwohl die Kinder unter Umständen sehr darunter leiden können, deutet dies nach ICD-10 (F51.5, 1993) **nicht** auf psychopathologische Auffälligkeiten hin. Meist reichen beruhigende Maßnahmen und eine entängstigende Gestaltung der Schlafsituation.

Zwischen fünf und sechs Jahren beginnen Kinder zunehmend, sich für **Lernaufgaben** zu interessieren. Diesem Bedürfnis sollte man in altersgemäßer, d. h. spielerischer Form entgegenkommen. In dieser Zeit kommt es zu einem erneuten **Wachstumsschub**. An die Stelle der Kleinkindform mit ihren im Verhältnis zum Rumpf kurzen Gliedmaßen tritt die charakteristische Schulkindform. Außerdem beginnt der Zahnwechsel. Diese körperlichen Veränderungen sagen jedoch **nichts** über die soziale und intellektuelle Schulfähigkeit des Kindes aus, wie man in der älteren Entwicklungspsychologie fälschlich vermutet hatte.

1.7 Das Schulkindalter

1.7.1 Schulfähigkeit

Die Definition der Schulfähigkeit hängt eng mit dem Schuleintrittsalter des jeweiligen nationalen Schulsystems zusammen. Allgemein gilt, dass der Unterricht umso mehr in spielerischer, die affektive Lage des Kindes berücksichtigender Form durchgeführt werden muss, je jünger die Kinder im Durchschnitt sind, die beschult werden. Die folgenden Ausführungen gehen daher von einem Schuleintrittsalter von sechs Jahren aus.

Unter der **sozialen Schulfähigkeit** ist die Bereitschaft zu verstehen, längere Zeit ohne die Mutter bzw. die Familie auszukommen und Lernangebote in Gruppensituationen wahrnehmen zu können, das heißt z. B., keine persönliche Aufforderung mehr zu benötigen, wenn eine Anweisung an alle ergeht. Die Kinder sollten außerdem ein angemessenes Kontaktverhalten zu ihren MitschülerInnen zeigen. Kinder, die den Kindergarten besucht haben, sind dazu in der Regel problemlos in der Lage.

Schulfähige Kinder sollten bereits die **Spielorientierung durch die Lernorientierung** ersetzt haben. Für Kinder, die noch ein sehr großes Spielbedürfnis haben, bedeutet die Schule eine Belastung. Schulfähige sechsjährige Kinder können sich **fremdgestellten Aufgaben** widmen und eine gewisse Zeit konzentriert bei einer Aufgabe verharren, auch wenn sie diese nicht sehr interessiert. Bei jüngeren Kindern wird dagegen die Konzentration allein vom Interesse an der Sache geleitet. Längerfristige Lernaufgaben müssen in diesem Fall in spielerischer Form gestellt werden. Ein weiteres, wenn auch nicht ausschließendes Kriterium der Schulfähigkeit ist eine gewisse **Fähigkeit zum Triebverzicht** (Toilettengang und Essen überwiegend nur in der Pause).

Die **intellektuelle** und die **grafomotorische** Entwicklung sollte der Lerngruppe entsprechen oder zumindest die Möglichkeit der Annäherung an den Leistungsstandard der Klasse erwarten lassen. Ein Kriterium, auf das KERN (1951) in den 50er-Jahren aufmerksam machte (es allerdings in der Bedeutung weit überschätzte), ist die altersgemäße Entwicklung der „Gliederungsfähigkeit“, d. h., der Fähigkeit, akustische und optische Vorgaben auf ihre Teilinhalte hin zu analysieren. Diese Kompetenzen sind jedoch zum Teil förderabhängig, sie sind daher auch mit geeigneten Materialien sehr gut trainierbar.

Die Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen (siehe Kap. 4.2.1.4) bei den sprachlichen, zeichnerischen und zahlenbezogenen Leistungen ist im Interesse einer angemessenen schulischen Entwicklung des Kindes wesentlich. Dies gilt besonders für Kinder, die frühe Anzeichen einer möglichen Teilleistungsstörung aufweisen (z. B. Schwierigkeiten bei der **phonologischen Analyse**, Störungen bei der **Visomotorik** und geringe Ausprägung der **Mengen- und Zahlauffassung**): Nach den Vorgaben des österreichischen Schulsystems sollten schulfähige Kinder bereits detailgetreu zeichnen, bis zehn zählen und bis etwa fünf rechnen können.

Ein weiterer Bereich, in dem die dargestellten Schulfähigkeitskriterien von großer Bedeutung sind, ist die Entscheidung über eine verfrühte Einschulung von sogenannten „**Dispenskindern**“, d. h. von Kindern, die zwischen dem 1. September und 31. Dezember des laufenden Jahres sechs Jahre alt werden. Aufgrund eines begründeten Antrages der Eltern ist ihnen dies möglich. Für hoch begabte Kinder bedeutet dies eine Chance, die es zu nützen gilt, für Kinder, die den Anforderungen noch nicht gewachsen sind, kann die verfrühte Einschulung jedoch eine schwer ausgleichende Überforderung darstellen. Die Entscheidung sollte daher nicht ohne eine genaue psychologische Diagnose getroffen werden.

1.7.2 Der Schulanfang

Der Schuleintritt ist ein „**kritisches Lebensereignis**“, auch wenn er vom Kind positiv erlebt wird. Es braucht daher die Unterstützung seiner Bezugspersonen. Eine erste Aufgabe, die die Schule gemeinsam mit dem Elternhaus zu leisten hat, besteht in der **Entwicklung eines angemessenen Arbeitsstils**. In den ersten Schulwochen sollte daher z. B. die für das individuelle Kind günstigste Zeit für seine Hausaufgaben ermittelt werden. Bei den meisten Kindern ist dies nach einer Erholungs- und Spielpause nach dem Mittagessen etwa zwischen 15 und 16 Uhr zu empfehlen, bei einigen Kindern, welche die Belastung durch die nicht gemachte Hausaufgabe nicht aushalten,

sofort nach dem Mittagessen. Auf jeden Fall sollte das Aufschieben bis zum Abend vermieden werden. Sehr wichtig ist die Einrichtung eines Arbeitsplatzes, der nicht gleichzeitig Spiel- oder Fernsehort sein darf. Ein unzureichender Arbeitsplatz stellt eine wesentliche ökologische Komponente bei der Entwicklung von Lernstörungen dar. Der Aufbau eines guten Arbeitsstils und einer angemessenen Lernorganisation kann durch weitere Maßnahmen unterstützt werden: Führung eines Aufgabenheftes, regelmäßige Kontrolle der Hausaufgaben durch den Lehrer oder die Lehrerin usw.

1.7.3 Die Entwicklung der leistungsbezogenen Motivation in der mittleren Kindheit

Mit dem Schuleintritt werden Kinder – und ihre Eltern – das erste Mal bewusster mit der Tatsache des Leistungsvergleichs in der Lerngruppe konfrontiert. Erhöhter Leistungsdruck und eine eher wettbewerbsorientierte Klassenführung haben sich für die weitere Entwicklung des Kindes wenig bewährt. Im ungünstigen Fall kommt es zur Entwicklung eines **misserfolgsorientierten** im Gegensatz zu einem von **Hoffnung auf Erfolg** getragenen Motivationsstils: Misserfolgsängstliche Kinder attribuieren positive Leistungen, auf die sie eigentlich stolz sein könnten, darauf, dass sie einfach Glück gehabt hätten oder die Aufgabe leicht gewesen sei (externe, variable Ursachenzuschreibung), negative Leistungsergebnisse aber auf ihre Unfähigkeit (interne, stabile Attribution). Ihre negative Einstellung zur eigenen Leistungsfähigkeit wird so zementiert. Kinder, die eine positive Entwicklung ihrer Leistungsmotivation zeigen, schreiben dagegen Erfolg ihren eigenen Kompetenzen zu (interne, stabile Kausalattribution); bei Misserfolg nehmen sie an, dass sie sich einfach noch mehr anstrengen müssten, um die schlechte Leistung beim nächsten Mal ausgleichen zu können (interne, variable Ursachenzuschreibung). Auf dieser Grundlage kann ein optimistisches **Selbstkonzept der eigenen Leistungsfähigkeit** entstehen. Eine besonders negative motivationale Entwicklung stellt die Ausformung einer Haltung der **Anstrengungsvermeidung** schulischen Anforderungen gegenüber dar (siehe ROLLETT und BARTRAM, 1997; ROLLETT, 1998). Sie ist in der Regel durch Überforderung bedingt. So konnte GASSER (1991) feststellen, dass Kinder, die in der Vorschule oder im letzten Kindergartenjahr täglich eine halbe bis eine Stunde mit dem Ausfüllen der üblichen „Vorschulübungsblätter“ verbringen mussten, im ersten Schuljahr hohe Tendenzen zur Leistungsverweigerung zeigten, während dies bei Kindern, die täglich nur eine etwa zehn Minuten dauernde Übungszeit gehabt hatten, nicht der Fall war.

1.7.4 Erlernen der Kulturtechniken

Bei der Entwicklung des **Lesens, Schreibens und Rechnens** handelt es sich nicht nur um einfache Prozesse des Abspeicherns, wie z. B. beim Auswendiglernen eines Gedichtes, sondern um die Etablierung neuer, dafür in Zukunft vorzugsweise zuständiger Zentren im Gehirn sowie um den Aufbau komplexer Formen der intermodalen Zusammenarbeit zwischen den für die Verarbeitung visueller, sprachlicher, akustischer und grafomotorischer Reize verantwortlichen Hirnregionen. So ist z. B. ein für das Lesen wichtiger visueller Assoziationsbereich im Gyrus angularis des Occipetallappens der linken Hirnhemisphäre nachgewiesen. Kinder benötigen für den Aufbau der für die Kulturtechniken notwendigen neuropsychologischen Grundlagen individuell unterschiedlich viel Zeit, die man ihnen einräumen sollte. Bei **LinkshänderInnen** kann die Etablierung des Zusammenspiels der einzelnen Funktionsbereiche länger dauern, da bei ihnen die Hemisphärendominanz und damit die Spezialisierung oft weniger ausgeprägt ist. LinkshänderInnen sollten prinzipiell die linke Hand als Schreibhand benützen dürfen. Eine gewaltsame Umstellung, wie dies früher üblich war, kann im Einzelfall zu ernsthaften Belastungsreaktionen bis hin zum Stottern führen.

Bei Störungen des Erwerbs der Kulturtechniken sollte routinemäßig eine **Überprüfung der Seh- und Hörleistung** (siehe Kap. 9.3.6.3) stattfinden, da Fehlsichtigkeit oder weniger ausgeprägte Hörbeeinträchtigungen oft nicht oder zu spät entdeckt werden. Hat ein Kind z. B. einen isolierten Ausfall bei den tiefen Tönen, dann kann es Worte, die ein „u“ beinhalten, phonologisch schlecht differenzieren; männliche Stimmen bedeuten für es ein Problem, was das Heraushören von relevanten Lauten, Silben und Wörtern aus dem Sprachstrom betrifft. Analoges ist bei selektiven Ausfällen im hohen Bereich der Fall, da für diese Kinder Worte mit „i“ und weibliche Stimmen schlechter differenziert werden können. Gelegentlich kommt es vor, dass diesen Kindern fälschlich „Unaufmerksamkeit“ zugeschrieben wird. Eine unentdeckte Fehlsichtigkeit kann Lehrkräften auffallen, wenn sie beobachten, dass ein Kind gewohnheitsmäßig bei Abschreibaufgaben nicht auf die Tafel, sondern in das Heft des Nachbarn blickt. In allen diesen Fällen kommt der schulärztlichen und schulpsychologischen Untersuchung eine wesentliche Bedeutung zu.

Teilleistungsstörungen, wie die Legasthenie (Rechtschreib- und Lesestörungen bei normaler oder sogar hoher Intelligenz) oder die Dyskalkulie (Rechenstörungen bei normal- bis hochintelligenten Kindern) sollten möglichst früh diagnostiziert werden, da sie sich bei einem an den Einzelfall angepassten Training, das allerdings mindestens zwei Jahre in Anspruch nimmt, gut beherrschen lassen.

1.7.5 Kognitive Entwicklung in der mittleren Kindheit

Die kognitive Entwicklung des Kindes geht in der Grundschulzeit rasch voran. Ab etwa sieben Jahren (dem Beginn des Stadiums der konkreten Operationen nach PIAGET) löst es sich von dem in der Periode des anschaulichen Denkens herrschenden Primat der Wahrnehmung. Es kann nun logische Operationsregeln denkend anwenden, benötigt dazu aber noch immer konkrete Anschauungshilfen.

In diesem Stadium beginnen Kinder, ein besseres Verständnis für den Zeit- und Raumbegriff aufzubauen, als dies in der Phase des anschaulichen Denkens der Fall war. Sie entwickeln ihr Zahlenverständnis und die Fähigkeit, Klassifikationen vorzunehmen und im Zahlenraum zu operieren. Im Laufe der Grundschulzeit bauen Kinder außerdem zunehmend die Fähigkeit zur denkenden Herstellung von „**Invarianzen**“ aus, wie PIAGET (1976, 1983) sie bezeichnete. Zunächst wird die Mengeninvarianz erworben: Das Kind erkennt nun, dass ein Umordnen von Objekten ihre Anzahl nicht ändert, auch wenn der Wahrnehmungseindruck einem vorgaukelt, dass dieselbe Anzahl weiter auseinandergestreuter Objekte „mehr“ sei, als dieselben Objekte in einer kompakten Anordnung. Mit 9–10 Jahren begreift das Kind, dass eine Verformung eines Objektes sein Gewicht nicht ändert: Ein Kilo Watte zu einem kleinen Ball zusammengedrückt bleibt ein Kilo Watte. Das Konzept der Volumenskonstanz wird zwischen elf und zwölf Jahren entwickelt.

Abstrakte Denkvorgänge werden allgemein mit etwa elf Jahren, dem Beginn der formalen Denkentwicklung nach PIAGET, möglich. In der Grundschulzeit können Kinder daher komplexere, abstrahierende Aufgabenstellungen noch nicht selbstständig erledigen. Weniger bekannt ist, dass dazu auch das Verstehen von Landkarten gehört. Ein Verständnis für die Zuordnung einer Karte zu einer konkreten Situation ist den meisten Kindern noch nicht möglich. Maßnahmen der Verkehrserziehung, die mit Karten und darauf bewegten Objekten arbeiten, haben sich daher in dieser Altersstufe nicht bewährt, da die Erkenntnisse noch nicht auf die Realsituation übertragen werden können.

Im Laufe der Grundschulzeit löst sich das Kind mehr und mehr von den ganzheitlichen Betrachtungsweisen der Frühkindheit, sein Denkstil wird **analytisch**, besonders, wenn dies durch den Unterricht unterstützt wird. Eine weitere wichtige Entwicklung betrifft die Ausformung eines eher **reflexiven**, im Gegensatz zu einem impulsiven kognitiven Stil mit etwa acht Jahren. Das Kind lernt nun, Aufgaben langsamer, dafür aber korrekter zu lösen. Kindern, die im impulsiven Denkstil verharren, was z. B. bei hyperaktiven Kindern der Fall ist, sollte man ein entsprechendes Training anbieten, dessen wesentlichster Baustein in der Ausformung des „zu sich selber Sprechens“ bei Problemlösungen besteht (MEICHENBAUM, 1979; WAGNER, 1976). Auch COPPENS (1986) stellte bei 112 Kindern zwischen drei und neun Jahren fest, dass ein reflexiver, weniger impulsiver Verhaltensstil bei Kindern erst ab etwa acht Jahren zu beobachten ist, sich dann aber unter anderem auch in einem sicherheitsbewussteren, verantwortlicheren Handeln niederschlägt. Kinder dieser Altersstufe sind außerdem nicht mehr so kontext- oder „feldabhängig“ (WITKIN et al., 1967), wie dies bei jüngeren Kindern zu beobachten ist; sie sind eher in der Lage, ein Objekt oder ein Problem aus dem Umgebungszusammenhang herauszulösen und feldunabhängig zu beurteilen.

Grundschulkindern sind noch nicht fähig, Lernaufgaben selbstständig angemessen zu strukturieren, um die Lernanstrengung an die Besonderheiten des Lernstoffs anzupassen. Dazu ist nach FLAVELL (siehe dazu FLAVELL und WELLMAN, 1977) die Kenntnis der eigenen Stärken und Schwächen beim Lernen, aber auch das Verfügen über entsprechende Lernstrategien sowie Kenntnisse über die Anforderungen der jeweiligen Lernaufgabe notwendig: Beim Erlernen eines Gedichtes sind z. B. andere Strategien notwendig als beim Einüben einer Rechtschreibregel. Grundschulkindern fehlen sowohl die erforderlichen differenzierten Informationen als auch die Fähigkeit, derartig komplexe Entscheidungen selbstständig zu treffen (siehe ROLLETT, 1997). Lernanforderungen müssen daher von den Erwachsenen so vorgeplant werden, dass dem Kind die Lernaufgabe leicht fällt. „**Lernen lernen**“ im eigentlichen Sinn, d. h., als selbstverantwortete Entscheidung über die im konkreten Fall beste Vorgangsweise, ist erst im frühen Jugendalter möglich, wenn sich neben dem abstrakten Denken auch die „**Metamemory**“, das Wissen um das Funktionieren des eigenen Gedächtnisses, entwickelt hat. Trainings des Lernen Lernens haben daher erst ab der sechsten Schulstufe Sinn. Sie sind aber auch nur dann erfolgreich, wenn sie an einer konkreten Lernaufgabe ansetzen und nicht abstrakt Techniken vermitteln, da die Lernübertragung (Transfer of Training) in diesem Bereich erfahrungsgemäß besonders schwierig ist.

1.8 Die späte Kindheit als Übergangsstadium

Je nach betrachtetem Entwicklungsvorgang wird der Übergang von der mittleren Kindheit zur „späten Kindheit“, die die Zeit der Vorpubertät und Pubertät umfasst, in der Literatur unterschiedlich zeitlich eingeordnet. Bei Mädchen können die ersten Anzeichen der beginnenden körperlichen Reife bereits mit acht Jahren auftreten, bei Buben durchschnittlich eineinhalb bis zwei Jahre später. Geht man von der intellektuellen Reife aus, treten die eindrucksvollsten Veränderungen, wie oben bereits dargestellt wurde, erst zwischen elf und zwölf Jahren auf: Ent-

wicklung des abstrakten formalen Denkens und der entwicklungsmäßigen Voraussetzungen des Lernen Lernens sowie der Selbstreflexion. Die Gruppe der Gleichaltrigen wird in der späten Kindheit als Instanz für die Normierung des eigenen Verhaltens immer wichtiger, es kommt zu ersten Ablöseprozessen von den Eltern. Diese Periode ist daher in vieler Hinsicht als Übergangssituation von der Kindheit zum Jugendalter anzusehen.

Ein einschneidendes kritisches Lebensereignis am Ende der mittleren Kindheit ist der in unserer Kultur vorgesehene **Übergang zur weiterführenden** Schule nach Absolvierung der 4. Volksschulklasse. Ob eine derartig frühe Entscheidung über den künftigen Bildungsweg sinnvoll ist, wurde und wird in PädagogInnenkreisen kontrovers diskutiert, da Prognosen in dieser Altersstufe immer mit einer gewissen Irrtumswahrscheinlichkeit belastet sind. Eine gewisse Unterstützung der Entscheidung kann in kritischen Fällen durch den Einsatz psychologischer Testverfahren erfolgen, aber keine absolute Sicherheit gewähren. Die im österreichischen Schulsystem vorhandene hohe Durchlässigkeit des Schulsystems stellt daher einen Vorteil dar. Im Wiener Schulsystem gibt es die „Neue Mittelschule“ als schonende Übergangsform, die für viele Kinder eine Chance bedeutet, da die Entscheidung erst nach dem sechsten Schuljahr fällt (Kap. 3.2).

Resümee

Die Wechselwirkungen zwischen angeborener Anpassungs-, und damit Lernfähigkeit, und dem Erziehungsmilieu in Familie, Kindergarten und Schule bestimmen die Qualität der Entwicklungsbedingungen eines Kindes. Wobei festzuhalten ist, dass anlagebedingt nicht mit „unveränderbar“ und milieubedingt nicht mit „modifizierbar“ gleichgesetzt werden kann. Auch ist zu bedenken, dass Außeneinflüsse sowohl im positiven wie auch im negativen Sinne das Entwicklungsgeschehen mitbestimmen können.

Um sicher zu sein, dass von den ersten Lebenstagen an eine angemessene Entwicklungsförderung des Säuglings stattfindet, ist die Verbesserung des Wissensstandes der Bevölkerung über die kindliche Entwicklung von gesundheitspolitischer Bedeutung.

Einerseits gilt es, in der Bevölkerung noch immer existierende falsche Annahmen über den kindlichen Entwicklungszustand zu korrigieren, so z. B.

- die Auffassung, dass Neugeborene noch nicht sehen und hören könnten.
- Weiters ist viel zu wenig bekannt, dass es sich bei den „Difficult Babys“ („Schreibabys“) um eine angeborene Temperamenteigenschaft handelt. Eltern dieser Kinder erhalten von ihrer Umgebung sehr viel Kritik, da fälschlich angenommen wird, dass es sich um Entwicklungsfehler handle. Wegen der besonderen Belastung, die schwierige Kinder für sich selbst und ihre Eltern darstellen, sind „Schreiambulanz“ eine wertvolle unterstützende Maßnahme, die ausgebaut werden sollte.
- Da das Wachstum mit etwa drei Jahren nicht mehr ähnlich rasch erfolgt wie in den Jahren zuvor, verringert sich der Nahrungsbedarf des Kindes. In Unkenntnis dieser Tatsache sind Eltern aus Sorge um das physische Wohl ihres Kindes versucht, es zum Essen zu zwingen, was zu Essstörungen führen kann.

Eine weiterer Schwerpunkt der Aufklärung ist die Wissensvermittlung über Entwicklungsmarker, welchen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte:

- Das sogenannte „soziale Lächeln“: Tritt es nicht auf, sollte eine Untersuchung des Kindes durchgeführt werden, da eine tief greifende Entwicklungsstörung bzw. ein frühkindlicher Autismus vorliegen könnte.
- Das Ausbleiben des „Fremdelns“ kann ein gewisses soziales Entwicklungsdefizit anzeigen.
- Nicht selten wird die Trennungsangst, die zwischen einem und eineinhalb Jahren besonders stark ausgeprägt ist, von den Erziehungspersonen als Dominanzverhalten missverstanden und zu unterbinden versucht. Gelegentlich führt dies dazu, dass das Kind umso angstvoll-anhänglicher wird („Klammerkind“).
- Da Säuglinge und Kleinkinder ihre Welterfahrung vor allem im Spiel entwickeln, sind Spielstörungen oft Vorboten späterer Lernstörungen.

Förderungsangebote müssen richtig dosiert sein, da nicht nur ein Zuwenig, sondern auch ein Zuviel zu schlechteren Ergebnissen führt – wie dies beim nur allzu oft gehegten Wunsch nach dem perfekten Kind der Fall sein kann.

Mit dem Schuleintritt werden Kinder und ihre Eltern das erste Mal bewusster mit der Tatsache des Leistungsvergleiches in der Lerngruppe konfrontiert. Erhöhter Leistungsdruck und eine eher wettbewerbsorientierte Klassenführung bewähren sich wenig für die weitere Entwicklung des Kindes.

II.
SOZIODEMOGRAPHISCHE
DATEN VON WIEN

*SOCIO-DEMOGRAPHIC
FIGURES FOR VIENNA*

2	SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN VON WIEN	69
2.1	BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR	70
2.1.1	Allgemeine demographische Entwicklung	70
2.1.2	Differenzierung nach Bezirken und Ausländeranteil	71
2.2	BEVÖLKERUNGSBEWEGUNG	74
2.2.1	Geburtenstatistik	76
2.2.1.1	Fruchtbarkeit	76
2.2.1.2	Geburtsgewicht	79
2.2.1.3	Sterbestatistik	81
2.2.1.4	Säuglingssterblichkeit	81
2.2.1.5	Sterberate	83
2.3	LEBENSERWARTUNG	85
2.4	BEVÖLKERUNGSPROGNOSE	87

2 SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN VON WIEN

Zusammenfassung

Am 31.12.1999 zählten laut Bestandsstatistik der Gemeinde Wien 1.608.144 Personen zur Wiener Wohnbevölkerung (Hauptwohnsitze). Davon sind 52,5 Prozent weiblich und 47,5 Prozent männlich. Derzeit hat Wien mit 20,4 Prozent, im Bundesvergleich, den fünfgrößten Anteil an älteren Menschen über 60 Jahre. Die weibliche Bevölkerung stellt in dieser Altersgruppe den größten Anteil dar. Gleichzeitig weist Wien – zuwanderungsbedingt – den höchsten Anteil der 15–60-Jährigen (64,9 Prozent) auf, aber auch den niedrigsten Kinderanteil (14,7 Prozent). Mit jeweils mindestens einem Fünftel stellen die Bezirke Floridsdorf, Donaustadt, Liesing und Simmering derzeit die höchsten Anteile von Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre.

Die höchsten Einwohnerzahlen weisen die Bezirke Favoriten (158.101), Donaustadt (136.421) und Floridsdorf (130.271) auf, die wenigsten Menschen wohnen in der Inneren Stadt (19.039) und Josefstadt (23.216).

Der prozentuelle AusländerInnenanteil ist im 15. (33 Prozent), 5. (27,1 Prozent) und 17. Bezirk (26,5 Prozent) am höchsten. Die Bezirke 23 (7,2 Prozent), 22 (8,0 Prozent) und 21 (8,5 Prozent) weisen die niedrigsten AusländerInnenanteile auf. 1997 lebten 9,1 Prozent Ausländer bzw. Ausländerinnen in Österreich, in Wien hingegen 17,6 Prozent.

Die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer, d. h. die Zahl der Geburten auf 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren, sank 1998 in Wien auf 43,0. Überdurchschnittlich hoch ist die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer im 22., 2., 20., 5., 16. und 15. Bezirk (gleichfalls hoher Anteil an AusländerInnen, für die 1997 ein doppelt so starker Geburtenrückgang wie unter Inländerinnen registriert wurde, siehe Kap. 3.1). Ebenfalls verringert hat sich die Gesamtfruchtbarkeitsrate, also die Anzahl der Kinder, die eine Frau in ihrer Fertilitätsphase lebend zur Welt bringt. Gebar eine Frau aus Wien 1961 noch durchschnittlich 1,83 Kinder, so sind es im Jahre 1998 nur mehr 1,22. Im selben Zeitraum ist das Fruchtbarkeitsalter (Durchschnittliches Alter der Frauen zum Zeitpunkt der Geburt) von 26,7 auf 27,9 Jahre gestiegen.

Summary

As per December 31, 1998, according to statistical data issued by the municipality, 1,608,144 people had their main residence in Vienna. Of these, 52.5 percent were female and 47.5 percent were male. Currently, 20.4 percent of the population are 60 years and over, the majority being women, which puts Vienna in 5th place compared to other provinces. At the same time, Vienna has the highest rate of 15 to 60 year olds (64.9 percent) and the lowest share of children (14.7 percent). The number of children and adolescents below the age of 19 is highest in districts Floridsdorf, Donaustadt, Liesing and Simmering, where they constitute one fifth of the population.

Highest population figures were registered in districts Favoriten (158,101), Donaustadt (136,421) and Floridsdorf (130,271). The Inner City (19,039) and Josefstadt (23,216) are the least populated districts in Vienna.

The percentage of foreigners is highest in the 15th, the 5th and the 17th district (33 percent, 27.1 percent and 26.5 percent respectively). Districts 23, 22 and 21 have the lowest share of foreigners with 7.2 percent, 8.0 percent and 8.5 percent respectively. In 1997, 9.1 percent Austrian residents were foreigners and 17.6 percent of Viennese residents were foreigners.

General fertility rates, i.e. the number of births per 1,000 women aged 15 to 45, was down to 43 in 1998. Fertility rates were above average in districts 22, 2, 20, 5, 15 and 16. The share of foreigners in these districts is high while birth rates registered with foreign women have been decreasing twice as much as with native Austrians. The number of viable births per woman during her fertile years has also dropped. In 1961, women in Vienna gave birth to an average of 1,83 children, by 1998, that figure had dropped to 1.22. In the period of reference, the age of fertility (women's average age at date of birth) rose from 26.7 to 27.9.

Rund 92 Prozent der lebend geborenen Säuglinge in Wien weisen ein „normales“ Geburtsgewicht zwischen 2.500 und 4.500 Gramm auf. Die Säuglingssterblichkeit ist in Wien zwischen 1978 und 1998 von 16,8 auf 7 pro 1.000 Lebendgeborene gesunken. Hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit liegt Wien im europäischen Mittelfeld.

Die Lebenserwartung in Wien betrug 1998 bei Frauen 80,3 und bei Männern 73,7 Jahre. Die Lebenserwartung in ganz Österreich liegt für Frauen bei 80,9 und für Männer bei 74,7 Jahren.

Die Vorausschätzung der künftigen Bevölkerungsentwicklung ist im wesentlichen von den Variablen Fertilität, Lebenserwartung und Wanderungssaldo abhängig. Für die Fertilitätsentwicklung wird zunächst eine Stabilisierung und danach ein langsamer Anstieg von 1,22 auf 1,39 Kinder im Jahr 2020 je Frau erwartet. Das durchschnittliche Fruchtbarkeitsalter wird voraussichtlich auf 30 Jahre ansteigen. Die Lebenserwartung wird im Jahre 2030 für Frauen auf 84,8 und für Männer auf 79,5 Jahre geschätzt. Der stärkste Anstieg bei der älteren Bevölkerung wird zwischen 2020 und 2030 erfolgen. Der Anteil der Kinder unter 15 Jahren wird bis 2015 weiter abnehmen und sich dann bei zwölf Prozent stabilisieren. Ab etwa 2008 wird wahrscheinlich der Wanderungsüberschuss das Geburtendefizit kompensieren und die EinwohnerInnenzahl Wiens wird wieder leicht zunehmen.

Approximately 92 percent of infants born alive in Vienna are of "normal" birth-weight (2,500–4,500 grams). Infant mortality in Vienna dropped from 16.8 per 1,000 viable births in 1978 to 7 per 1,000 viable births in 1998. These figures are well within the European average.

Life expectancy in Vienna in 1998 was 80.3 years for women and 73.7 years for men. Figures for all of Austria were 80.9 years for women and 74.7 years for men.

Forecasts for future development largely depend on the variables fertility, life expectancy and migration. Fertility rates are expected to remain stable to begin with and then to rise slowly from 1.22 to 1.39 children per woman in 2020. The average fertility age will rise to 30. Life expectancy for the year 2030 is estimated at 84.8 years for women and 79.5 years for men. The biggest increase in the share of the older generation is believed to take place in the years 2020 to 2030. The share of children below 15 will continue to fall until 2015 and is expected to level out at 12 percent thereafter. As of 2008, excess flows of migration are likely to compensate for low birth rates, which indicates that the population of Vienna will increase marginally.

2.1 Bevölkerungsstruktur

2.1.1 Allgemeine demographische Entwicklung

Zum Zeitpunkt der Volkszählung 1991 betrug die Wohnbevölkerung Wiens knapp 1,54 Millionen Personen. Nach der Bestandsstatistik der Gemeinde Wien zählten am 31.12.1999 zur Wiener Wohnbevölkerung 1.608.144 Personen (Tabelle 1).

Während der Frauenanteil an der Gesamtbevölkerung Wiens rund 52,5 Prozent beträgt, liegt er bei den älteren Personen wesentlich höher: Von den etwa 335.000 Personen über 60 Jahre sind rund 62 Prozent Frauen (Tabelle 1).

In der Altersgruppe der über 75-Jährigen steigt der Frauenanteil sogar auf 72 Prozent. Der Anteil der 0–15-Jährigen an der gesamten Wiener Bevölkerung beträgt 14,7 Prozent, das sind 235.682 Mädchen und Buben. 51 Prozent der 0–15-Jährigen sind männlich und 49 Prozent weiblich. Anteilsmäßig an der Gesamtbevölkerung sind die 10–15-Jährigen mit 4,8 Prozent am stärksten vertreten, den geringsten Anteil weisen die 0–3-Jährigen mit 2,9 Prozent auf (Tabelle 1, Abb.1).

Tabelle 1: Wiener Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Altersklassen, 1999¹

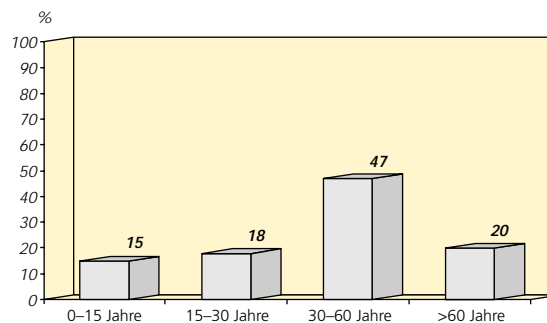
Altersklassen in vollendeten Lebensjahren	Frauen		Männer		insgesamt ²⁾	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
0 bis unter 3 Jahre	22.827	2,7	23.821	3,1	46.648	2,9
3 bis unter 6 Jahre	23.118	2,7	24.371	3,2	47.489	3,0
6 bis unter 10 Jahre	31.524	3,7	33.161	4,3	64.685	4,0
10 bis unter 15 Jahre	37.317	4,4	39.543	5,2	76.860	4,8
15 bis unter 30 Jahre	143.421	16,9	141.678	18,6	285.098	17,7
30 bis unter 45 Jahre	205.954	24,4	212.740	27,8	418.694	26
45 bis unter 60 Jahre	170.357	20,2	162.843	21,3	333.200	20,7
60 bis unter 75 Jahre	115.865	13,7	88.934	11,6	204.799	12,8
75 Jahre und älter	93.562	11,1	37.109	4,9	130.671	8,1
insgesamt	843.945	100,0	764.200	100,0	1.608.144	100,0

1) STATISTISCHES JAHRBUCH DER STADT WIEN, 1999

2) Wohnbevölkerung mit Hauptwohnsitz

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien, 1999

Abbildung 1: Wiener Wohnbevölkerung nach Altersklassen, 1999



Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien, 1999

Als Folge der Zuwanderung vor dem 1. Weltkrieg war Anfang der 70er Jahre mehr als ein Viertel der Wiener Bevölkerung über 60 Jahre alt. Die Überalterung der Stadt Wien erreichte zu dieser Zeit ihren ersten Höhepunkt. Seitdem ist eine leichte Verjüngung festzustellen, die insbesondere aus Wanderungen (Zuwanderung von vor allem 20–35-jährigen Personen) resultiert. Seit 1971 ist der Anteil an Personen über 60 Jahre rückläufig. Derzeit hat Wien, im Vergleich zu den anderen Bundesländern (nach Burgenland, Niederösterreich, Steiermark und Kärnten), den fünfgrößten Anteil an älteren Menschen (20,4 Prozent). Gleichzeitig weist Wien aber zuwanderungsbedingt den höchsten Anteil bei den 15–60-Jährigen (64,9 Prozent) auf, hat andererseits aber den insgesamt niedrigsten Kinderanteil (14,7 Prozent) (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

2.1.2 Differenzierung nach Bezirken und AusländerInnenanteil

Die höchsten **EinwohnerInnenzahlen** (EW) weisen 1999 die Bezirke Favoriten (158.101 EW), Donaustadt (136.421 EW) und Floridsdorf (130.271 EW) auf, die geringste EinwohnerInnenzahl verbuchen hingegen die Bezirke Innere Stadt (19.039 EW) und Josefstadt (23.216 EW) (Tabelle 2).

Tabelle 2: EinwohnerInnenzahlen nach Bezirken in Wien, Veränderungen von 1981–1999

Bezirk	Einwohnerzahlen				Veränderung in %		
	1981	1991	1998	1999	1981/91	1991/98	1998/99
1.	19.537	18.002	19.272	19.039	- 7,9	+ 7,1	- 1,2
2.	95.892	93.542	89.659	89.989	- 2,5	- 4,2	+ 0,4
3.	86.054	84.500	84.937	85.231	- 1,8	+ 0,5	+ 0,3
4.	31.800	31.410	30.126	30.109	- 1,2	- 4,1	- 0,1
5.	52.436	51.521	53.680	53.295	- 1,7	+ 4,2	- 0,7
6.	28.771	30.298	30.580	30.344	+ 5,3	+ 0,9	- 0,8
7.	29.490	30.396	30.681	30.301	+ 3,1	+ 0,9	- 1,2
8.	24.769	23.850	23.465	23.216	- 3,7	- 1,6	- 1,1
9.	45.314	40.416	41.410	40.790	- 10,8	+ 2,5	- 1,5
10.	147.101	147.636	158.677	158.101	+ 0,4	+ 7,5	- 0,4
11.	65.859	66.881	74.584	76.293	+ 1,6	+11,5	+ 2,3
12.	79.408	79.592	81.150	81.003	+ 0,2	+ 2,0	- 0,2
13.	55.331	54.909	54.188	53.513	- 0,8	- 1,3	- 1,2
14.	78.996	80.822	82.480	81.743	+ 2,3	+ 2,1	- 0,9
15.	70.066	69.309	72.054	70.823	- 1,1	+ 4,0	- 1,7
16.	88.587	88.931	89.845	90.041	+ 0,4	+ 1,0	+ 0,2
17.	49.337	50.944	51.874	51.486	+ 3,3	+ 1,8	- 0,7
18.	52.548	49.761	47.328	47.061	- 5,3	- 4,9	- 0,6
19.	67.522	67.377	68.268	67.681	- 0,2	+ 1,3	- 0,9
20.	73.696	71.876	76.341	77.746	- 2,5	+ 6,2	+ 1,8
21.	116.033	119.415	130.589	130.271	+ 2,9	+ 9,4	- 0,2
22.	99.801	106.589	132.803	136.421	+ 6,8	+24,6	+ 2,7
23.	72.998	81.871	82.852	83.647	+12,2	+ 1,2	+ 1,0
insgesamt	1.531.346	1.539.848	1.606.843	1.608.144	+ 0,6	+ 4,4	+ 0,1

Quellen: Statistik Österreich² 1981 und 1991: Volkszählungen; 1998 und 1999: Bestandsstatistik des Statistischen Amtes der Stadt Wien

Die **Veränderung der EinwohnerInnenzahlen** (Tabelle 2) in den Bezirken war in den letzten Jahren sehr unterschiedlich: Zwischen **1981 und 1991** war der Anstieg im 23. Bezirk mit rund zwölf Prozent am größten, mit Abstand gefolgt vom 22. Bezirk (+7 Prozent) und 6. Bezirk (+5 Prozent). Ein starker Rückgang war hingegen im 9. Bezirk (-11 Prozent) und im 1. Bezirk (-8 Prozent) festzustellen.

Seit 1991 weist vor allem der 22. Bezirk die größte Zuwachsrate (+24,6 Prozent!) auf. Einwohnerzahlmäßig stark zugenommen haben aber auch die Bezirke 11 (+11,5 Prozent) und 21 (+9,4 Prozent) sowie 10 (+7,5 Prozent) und 1 (+7,1 Prozent). Rückgänge waren hingegen im 2., 4., 8. und 18. Bezirk zu verzeichnen.

Im Vergleichszeitraum **1998/99** zeigt sich eine leicht positive Tendenz der Einwohnerzahlen in den Bezirken 2 (+0,4 Prozent), 3 (+0,3 Prozent), 11 (+2,3 Prozent), 16 (+0,2 Prozent), 20 (+1,8 Prozent), 22 (+2,7 Prozent) und 23 (+1,0 Prozent). In allen anderen Bezirken war eine negative Tendenz zu verzeichnen (STATISTISCHES AMT DER STADT WIEN, 1999).

Die höchsten Anteile von 60-jährigen und älteren Personen an der Wohnbevölkerung (Tabelle 3) zeigen die Bezirke Hietzing (im Wesentlichen aufgrund des Geriatriezentrums am Wienerwald, ehem. Pflegeheim Lainz), Döbling (ebenfalls mehrere Pensionisten- und Pflegeheime) und Innere Stadt. Knapp ein Viertel über 60-Jährige leben in den Bezirken Wieden und Währing. Die Bezirke Floridsdorf, Donaustadt, Liesing und Simmering stellen hingegen mit mindestens einem Fünftel die höchsten Anteile an Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre.

² Im vorliegenden Bericht wird durchgehend die seit 1.1.2000 gültige Bezeichnung Statistik Österreich für das ehemalige Österreichische Statistische Zentralamt verwendet.

Tabelle 3: Altersstruktur der Wiener Bevölkerung und AusländerInnenanteil nach Bezirken, 1999

Bezirk	Alter in Jahren							AusländerInnenanteil	
	unter 19		19 bis unter 60		60 und älter		insgesamt		
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	
1.	2.527	13,3	11.458	60,2	5.054	26,5	19.039	18,3	
2.	16.538	18,4	54.259	60,3	19.192	21,3	89.989	24,4	
3.	14.535	17,1	52.343	61,4	18.353	21,5	85.231	20,2	
4.	4.679	15,5	18.382	61,1	7.048	23,4	30.109	17,4	
5.	9.285	17,4	33.978	63,8	10.032	18,8	53.295	27,1	
6.	4.963	16,4	19.899	65,6	5.482	18,1	30.344	22,2	
7.	4.833	15,9	20.057	66,2	5.411	17,9	30.301	23,1	
8.	3.593	15,5	15.089	65,0	4.534	19,5	23.216	18,1	
9.	6.404	15,7	25.952	63,6	8.434	20,7	40.790	20,9	
10.	29.376	18,6	94.787	60,0	33.938	21,5	158.101	18,2	
11.	15.914	20,9	46.873	61,4	13.506	17,7	76.293	12,8	
12.	15.165	18,7	48.571	60,0	17.267	21,3	81.003	17,2	
13.	8.505	15,9	28.494	53,2	16.514	30,9	53.513	9,2	
14.	14.547	17,8	48.448	59,3	18.748	22,9	81.743	14,6	
15.	13.319	18,8	44.739	63,2	12.765	18,0	70.823	33,0	
16.	16.770	18,6	55.059	61,1	18.212	20,2	90.041	26,0	
17.	9.547	18,5	31.590	61,4	10.349	20,1	51.486	26,5	
18.	8.109	17,2	27.635	58,7	11.317	24,0	47.061	18,6	
19.	11.188	16,5	38.204	56,4	18.289	27,0	67.681	13,9	
20.	13.801	17,8	47.958	61,7	15.987	20,6	77.746	25,5	
21.	26.928	20,5	77.758	59,7	25.585	19,6	130.271	8,5	
22.	30.586	22,4	84.256	61,8	21.579	15,8	136.421	8,0	
23.	16.335	19,5	49.438	59,1	17.874	21,4	83.647	7,2	
insgesamt	297.447	18,5	975.227	60,6	335.470	20,9	1.608.144	17,7	

Quelle: Bestandsstatistik des Statistischen Amtes der Stadt Wien, 1999

Der prozentuelle **AusländerInnenanteil** (Tabelle 3) ist in den Bezirken 15 (33,0 Prozent), 5 (27,1 Prozent) und 17 (26,5 Prozent) am höchsten. Der 23. Bezirk (7,2 Prozent), der 22. Bezirk (8,0 Prozent) und der 21. Bezirk (8,5 Prozent) wiesen den niedrigsten Ausländeranteil auf.

1987 betrug der AusländerInnenanteil an der Gesamtbevölkerung 8,4 Prozent, 1999 waren es 17,7 Prozent. Der Großteil der ausländischen Bevölkerung ist jünger als 45 Jahre (Tabelle 4).

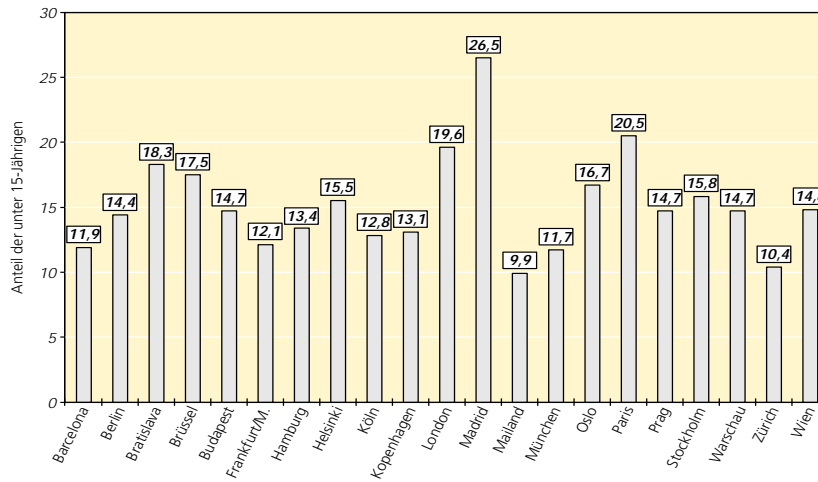
Tabelle 4: Ausländische Wohnbevölkerung in Wien, Entwicklungstrend von 1987–1999 (in %)

	1987	1993	1998	1999
0 bis unter 15	14,0	22,0	20,6	20,2
15 bis unter 30	11,5	26,6	24,2	24,0
30 bis unter 45	12,7	26,0	23,5	23,1
45 bis unter 60	4,9	10,9	14,6	15,8
60 und älter	1,3	3,8	5,4	5,8
insgesamt (%)	8,4	17,9	17,6	17,7

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien, 1999

Mit einem **Kinderanteil** von rund 15 Prozent der Gesamtbevölkerung liegt Wien im europäischen Städtevergleich im Mittelfeld (Abb. 2). Den höchsten Anteil von unter 15-Jährigen weist Madrid mit 26,5 Prozent auf. Ebenfalls hohe Anteile mit jeweils rund 20 Prozent finden sich in Paris und London. Die niedrigsten Anteile weisen die Industriestadt Mailand und Zürich auf (jeweils rund zehn Prozent) sowie Barcelona (zwölf Prozent) – übrigens jene Städte, die gleichzeitig auch den höchsten Anteil an 60- und Mehrjährigen haben.

Abbildung 2: Anteil der unter 15-Jährigen im Vergleich europäischer Städte (in %)

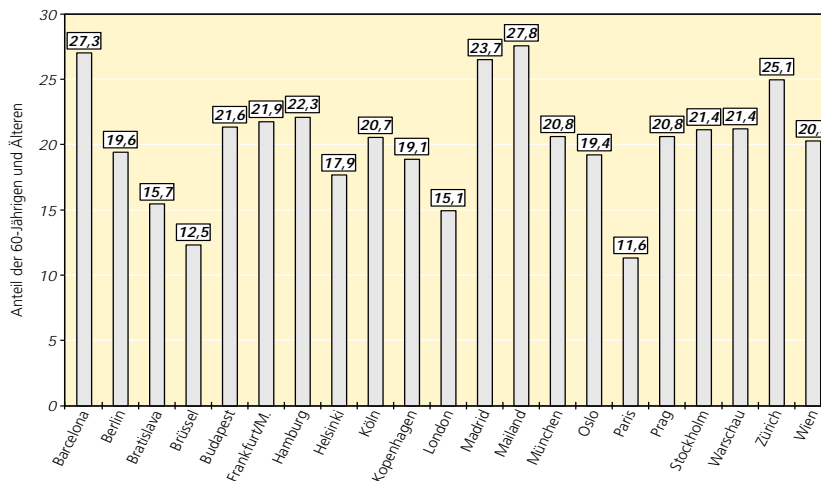


Anm.: Brüssel: Bruxelles-capitale; Hamburg: Altersaufbau 1995; Kopenhagen: einschließlich Frederiksberg; Paris: Ile de France

Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1998

Beim **Anteil der älteren Personen** an der Gesamtbevölkerung (60 Jahre und mehr) weist Wien mit 20,5 Prozent einen relativ hohen Wert auf (Abb. 3). Die höchsten Altenanteile finden sich in den kinderarmen Städten Mailand (28 Prozent) und Barcelona (27 Prozent), gefolgt von Zürich (25 Prozent), Madrid (24 Prozent), Hamburg, Frankfurt/Main und Budapest (je 22 Prozent). Die niedrigsten Anteile von 60- und Mehrjährigen weisen Paris (zwölf Prozent) und Brüssel (12,5 Prozent) auf (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Abbildung 3: Anteil der 60-Jährigen und Älteren im Vergleich europäischer Städte (in %)



Anm.: Brüssel: Bruxelles-capitale; Hamburg: Altersaufbau 1995; Kopenhagen: einschließlich Frederiksberg; Paris: Ile de France

Quelle: Statistisches Taschenbuch der Stadt Wien, 1998

2.2 Bevölkerungsbewegung

Die **Bevölkerungsentwicklung** wird im Wesentlichen durch zwei Einflussfaktoren bestimmt: Die **natürliche Bevölkerungsbewegung** und die (Zu- und Ab-)Wanderungen. Die natürliche Bevölkerungsbewegung (Geburten, Sterbefälle) kann relativ zuverlässig vorausgeschätzt werden. Zwar ergeben sich Änderungen aufgrund veränderter Lebensführung (z. B. Werthaltungen gegenüber Ehe und Familie), doch verlaufen diese Änderungen meist kontinuierlich, wodurch Schätzungen über künftige Entwicklungen möglich sind.

Anders verhält es sich mit **Wanderungen**, insbesondere Zuwanderungen aus dem Ausland, da diese großteils von den politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Heimatländer sowie der jeweiligen Migrationspolitik der Zielländer abhängen. Das Ausmaß der Zuwanderung im Zuwanderungsland ist deshalb nur zum Teil kontrollierbar.

Natürliche Bevölkerungsbewegung

1998 verstarben 18.082 Personen der Wiener Wohnbevölkerung, davon waren 85 Prozent über 60 Jahre bzw. 63 Prozent über 75 Jahre alt (Tabelle 5). Diesen **Sterbefällen** standen 15.235 **Lebendgeborene** gegenüber, was eine **Geburtenbilanz** von -2.847 ergibt (Abb. 4). Damit ist das Geburtendefizit seit Beginn der 90er Jahre weitgehend stabil: Betrug Mitte der 80er Jahre die Geburtenbilanz noch -9.000, reduzierte sie sich bis 1990 bereits auf die Hälfte (-4.500) und schwankte seither mit einer Bandbreite von +/-500 um den Wert von -3.000. Ursache für die sinkenden Geborenen- und Gestorbenenanzahlen sind der Rückgang der Reproduktionsrate und der Anstieg der Lebenserwartung im gleichen Zeitraum.

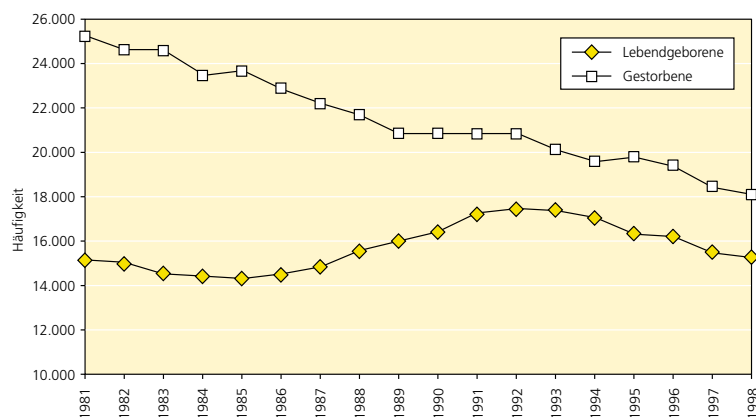
Tabelle 5: Bevölkerungsbewegung, Wien 1995–1998

Bevölkerungsbewegung	absolut		auf 1.000 EinwohnerInnen	
	Ø 1995–1997	1998	Ø 1995–1997	1998
Eheschließungen	9.307	8.693	5,8	5,4
Ehescheidungen	5.375	5.175	3,4	3,2
Gesamtscheidungsrate ¹⁾	50,5	49,9		
Lebendgeborene	16.003	15.235	10,0	9,5
Gestorbene	19.194	18.082	12,0	11,3
Geburtenbilanz	-3.191	-2.847	-2,0	-1,8
Zuwanderung	44.558	47.299	27,9	29,6
Abwanderung	39.771	42.830	24,9	26,8
Wanderungssaldo	+4.787	+4.469	+3,0	+2,8

1) Summe der einjährigen ehedauerspezifischen Scheidungsraten (in %).

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien, 1998 (Raten bezogen auf Fortschreibung der Statistik Österreich)

Abbildung 4: Entwicklung der Geburten und Sterbefälle, Wien 1981–1998



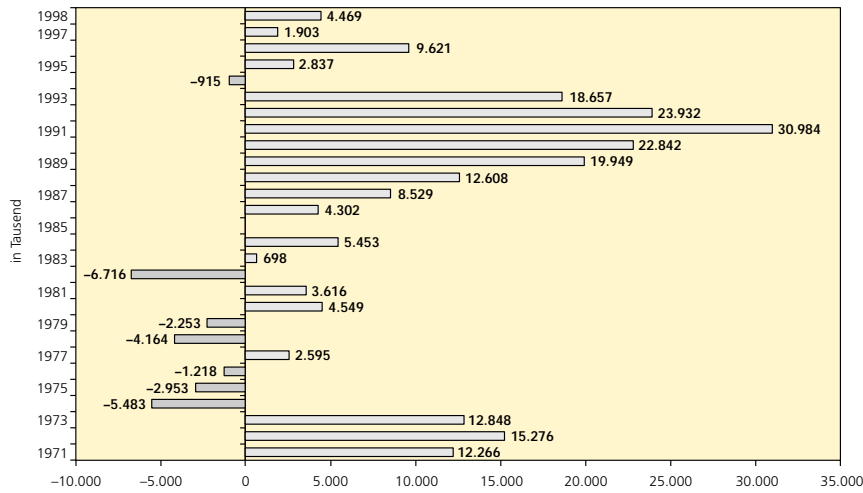
Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1998

Seit Mitte der 90er Jahre tendenziell rückläufig ist sowohl die Zahl der **Eheschließungen** als auch die Zahl der **Ehescheidungen**. 1998 heirateten 5,4 von 1.000 EinwohnerInnen, 3,2 von 1.000 ließen sich scheiden. Das bedeutete bei den Eheschließungen wieder einen Rückgang gegenüber dem Vorjahr. Die Gesamtscheidungsrate betrug 1998 fast 50 Prozent, d. h., unter der Annahme einer konstanten ehedauerspezifischen Scheidungsrate wird beinahe die Hälfte aller Ehen wieder geschieden. Insgesamt wurden 1998 in Wien 8.693 Eheschließungen und 5.175 Ehescheidungen registriert (Tabelle 5). Interessant ist, dass Wien einen hohen Anteil an Wiederverheirungen aufweist (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Wanderungen

Während 1991 noch 81.400 Personen (In- und AusländerInnen) nach Wien zugewandert sind, sank die Zuwanderung 1992 auf 76.500 Personen und 1993 auf 67.900 Personen. Als Folge einer neuerlichen Reduzierung der Zuwanderung auf 52.600 Personen ergab sich – erstmals nach zwölf Jahren – 1994 eine negative Wanderungsbilanz von ca. 900 Personen. Seit 1995 schwankte der Zuwanderungsüberschuss zwischen 2.000 und 10.000 Personen. Im Jahr 1998 weist Wien einen Wanderungssaldo von + 4.469 auf (Zuwanderung 47.299 Personen) (Abb. 5).

Abbildung 5: Errechnete Wanderungsbilanz, Wien 1971–1998



Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1998

2.2.1 Geburtenstatistik

2.2.1.1 Fruchtbarkeit

Die **allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (AFZ)**, d. h. die Zahl der Geburten auf 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren, sank 1998 in Wien auf 43,0 (1996: 46,3; 1997: 44,3). Überdurchschnittlich war sie jedoch im 22. Bezirk (mit 48,1 Geburten je 1.000 Frauen), im 2., 20., 5., 16. und 15. Bezirk (jeweils zwischen 47,3 und 46,0 Geburten je 1.000 Frauen). Die hohe Geburtenrate in diesen Bezirken ist zumindest teilweise auf den relativ hohen Anteil von Ausländerinnen zurückzuführen (insbesondere Türkinnen). Umgekehrt basieren die niederen Werte etwa im 1. und 6. bis 8. Bezirk auf dem hohen Anteil von Singles und Studentinnen in diesen Stadtteilen (Tabelle 6).

Tabelle 6: Lebendgeborene und Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer nach Bezirken, 1998

Bezirk	Lebendgeborene			AFZ ¹⁾	GFR ²⁾
	weiblich	männlich	insgesamt		
1.	63	63	126	34,1	0,98
2.	423	471	894	47,3	1,43
3.	387	412	799	42,4	1,21
4.	138	118	256	39,5	1,11
5.	278	304	582	46,8	1,31
6.	111	123	234	32,3	0,89
7.	145	160	305	40,8	1,13
8.	108	99	207	37,3	1,02
9.	176	218	394	40,8	1,12
10.	694	722	1.416	42,7	1,25
11.	347	413	760	45,5	1,31
12.	385	419	804	45,8	1,34
13.	229	229	458	45,0	1,21
14.	327	376	703	40,3	1,15
15.	374	368	742	46,0	1,32
16.	441	474	915	46,3	1,35
17.	246	256	502	44,0	1,30
18.	236	221	457	44,4	1,23
19.	280	293	573	42,3	1,16
20.	372	394	766	47,0	1,37
21.	594	637	1.231	43,2	1,24
22.	737	753	1.490	48,1	1,35
23.	297	324	621	36,2	1,06
insgesamt ³⁾	7.388	7.847	15.235	43,6	1,25

1) Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (AFZ): Geburten auf 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren.

2) Gesamtfruchtbarkeitsrate (GFR): Anzahl der Kinder, die eine Frau in ihrer Fertilitätsphase unter den Fertilitätsverhältnissen des jeweiligen Jahres lebend zur Welt bringen würde. (Berechnet auf Basis der Bestandsstatistik.)

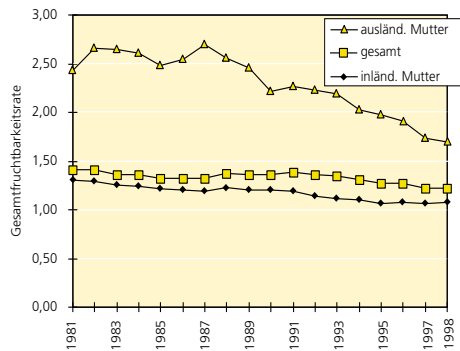
3) Durch Differenzen in der Altersstruktur zwischen der Bestandsstatistik der Stadt Wien und der Bevölkerungsfortschreibung des Statistik Österreich, die nicht auf Bezirksebene vorliegt, weichen die AFZ und die GFR von den vom Statistik Österreich für Wien publizierten Werten ab.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien, 1998

Ebenfalls verringert hat sich die **Gesamtfruchtbarkeitsrate (GFR)**, also die Anzahl der Kinder, die eine Frau in ihrer Fertilitätsphase unter den Fertilitätsverhältnissen des jeweiligen Jahres lebend zur Welt bringen würde. Gebar eine Frau in Wien 1961 noch durchschnittlich 1,83 Kinder, so reduzierte sich dieser Wert im Jahr 1998 auf durchschnittlich 1,22 Kinder. Dies bedeutet einen Rückgang der Gesamtfruchtbarkeitsrate in den letzten drei Jahrzehnten um rund 30 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr (1997) ist trotz eines Rückgangs der Lebendgeborenen durch Verschiebungen in der Altersstruktur ein Anstieg der Gesamtfruchtbarkeitsrate zu verzeichnen (Tabelle 6, Abb.6).

Eine bezirksspezifische Aufschlüsselung ergibt, dass die meisten Geburten (bezogen auf die Gesamtfruchtbarkeitsrate) im 2. und 20. Bezirk registriert wurden, gefolgt von den Bezirken 16 und 22, 12 und 15. Die Gesamtfruchtbarkeitsrate ist am niedrigsten in Bezirken mit hohem Studentinnenanteil, am höchsten bei hohem AusländerInnenanteil (v.a. Türiinnen). Der 22. Bezirk (Donaustadt) ist in den letzten Jahren durch eine starke Wohnbautätigkeit geprägt, was einen überproportionalen Anteil an Jungfamilien und damit auch eine höhere GFR als in heterogen durchmischten Bezirken zur Folge hat (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Abbildung 6: Entwicklung der Gesamtfruchtbarkeitsrate, 1981-1998



Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1998

Der Rückgang der **Fertilitätsraten** seit 1961 ist vor allem auf das veränderte Fertilitätsverhalten der 20- bis unter 25-jährigen Frauen zurückzuführen (Tabelle 7).

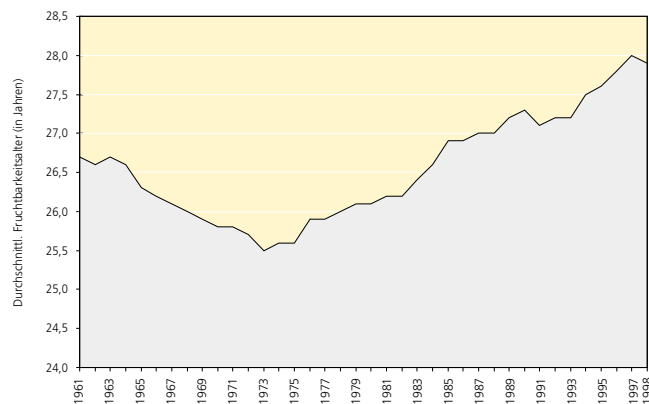
Tabelle 7: Altersspezifische Fertilitätsraten in Wien¹⁾

Jahr	Altersgruppen					
	15 – < 20	20 – < 25	25 – < 30	30 – < 35	35 – < 40	40 – < 45
1961	45,66	114,34	107,49	63,39	26,81	7,25
1971	57,40	106,95	80,57	51,39	20,89	5,29
1981	30,28	99,58	89,06	45,23	15,05	3,00
1991	31,42	75,39	89,01	56,64	23,24	3,08
1996	21,76	68,18	75,67	59,78	25,25	5,01
1997	19,96	61,67	75,26	57,26	25,37	5,19
1998	20,44	62,11	74,55	58,27	24,83	4,81

1) Lebendgeborene auf 1.000 Frauen der jeweiligen Altersgruppe.

Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1998

Abbildung 7: Durchschnittliches Fruchtbarkeitsalter 1961–1998



Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1998

Gleichzeitig ist im selben Zeitraum (1961–1998) auch das durchschnittliche Alter von Frauen (siehe Kap. 4.2.1.3) zum Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes (**Fruchtbarkeitsalter**) von 26,7 auf 27,9 Jahre gestiegen. Bis Anfang der 70er Jahre zeigt sich vorerst allerdings ein Rückgang des Erstgeburtsalters, während danach ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen ist (Abb. 7) (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

2.2.1.2 Geburtsgewicht

Das durchschnittliche Geburtsgewicht wird für Mädchen allgemein mit 3.200 Gramm und für Knaben mit 3.400 Gramm angegeben. Rund 92 Prozent der lebend geborenen Säuglinge in Wien weisen ein „normales“ Geburtsgewicht zwischen 2.500 und 4.500 Gramm auf. Etwa sieben Prozent der Säuglinge wiegen weniger als 2.500 Gramm (Frühgeborene siehe Kap. 4.2.1.4), wobei Säuglinge unter 1.500 Gramm als sehr kleine Frühgeburten gelten und besonderen Risiken ausgesetzt sind. Etwas mehr als ein Prozent der lebend geborenen Säuglinge sind mit mehr als 4.500 Gramm „übergewichtig“ (Tabelle 8, 9).

Tabelle 8: Lebendgeborene nach dem Geburtsgewicht, Wien 1998

Geburtsgewicht in Gramm	Lebendgeborene					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Unter 1.000	39	0,5	49	0,6	88	0,6
1.000 bis unter 1.500	68	0,9	84	1,1	152	1,0
1.500 bis unter 1.700	27	0,4	37	0,5	64	0,4
1.700 bis unter 1.900	32	0,4	50	0,6	82	0,5
1.900 bis unter 2.100	95	1,3	68	0,9	163	1,1
2.100 bis unter 2.300	112	1,5	97	1,2	209	1,4
2.300 bis unter 2.500	154	2,1	150	1,9	304	2,0
2.500 bis unter 2.700	341	4,6	262	3,3	603	4,0
2.700 bis unter 2.900	612	8,3	442	5,6	1.054	6,9
2.900 bis unter 3.100	984	13,3	754	9,6	1.738	11,4
3.100 bis unter 3.300	1.248	16,9	1.085	13,8	2.333	15,3
3.300 bis unter 3.500	1.234	16,7	1.265	16,1	2.499	16,4
3.500 bis unter 3.700	1.055	14,3	1.196	15,2	2.251	14,8
3.700 bis unter 3.900	694	9,4	963	12,3	1.657	10,9
3.900 bis unter 4.100	371	5,0	638	8,1	1.009	6,6
4.100 bis unter 4.300	180	2,4	363	4,6	543	3,6
4.300 bis unter 4.500	90	1,2	201	2,6	291	1,9
4.500 bis unter 5.000	50	0,7	126	1,6	176	1,2
5.000 und mehr	2	0,0	17	0,2	19	0,1
gesamt	7.388	100,0	7.847	100,0	15.235	100,0

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien, 1998

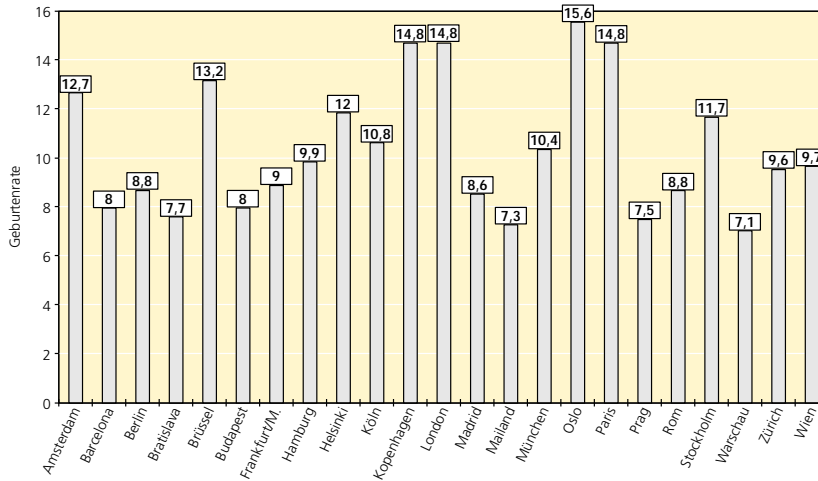
Tabelle 9: Geborene nach Lebensfähigkeit und Geburtsgewicht (Reifegrad), absolute Häufigkeit, Wien 1998

Geborene	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
Totgeborene	37	37	74
Lebendgeborene	7.847	7.388	15.235
davon:			
unter 2.500 g (Frühgeborene)	535	527	1.062
≥ 2.500 g (Reifegeborene)	7.312	6.861	14.173

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien 1998

Im Vergleich der **Geburtenraten** in verschiedenen europäischen Städten liegt Wien mit rund zehn Geburten auf 1.000 EinwohnerInnen im unteren Mittelfeld (Abb. 8). Gleich niedrig ist die Geburtenrate in Zürich, und noch niedriger in Frankfurt/Main, Berlin, Rom, Madrid, Barcelona und Budapest. Die Tiefstwerte liegen in Warschau, Mailand und Prag. Umgekehrt weist Oslo die höchste Geburtenrate auf (15,6), gefolgt von Paris, London und Kopenhagen (jeweils 14,8).

Abbildung 8: Geburtenrate im Vergleich europäischer Städte (pro 1.000 Einwohner)

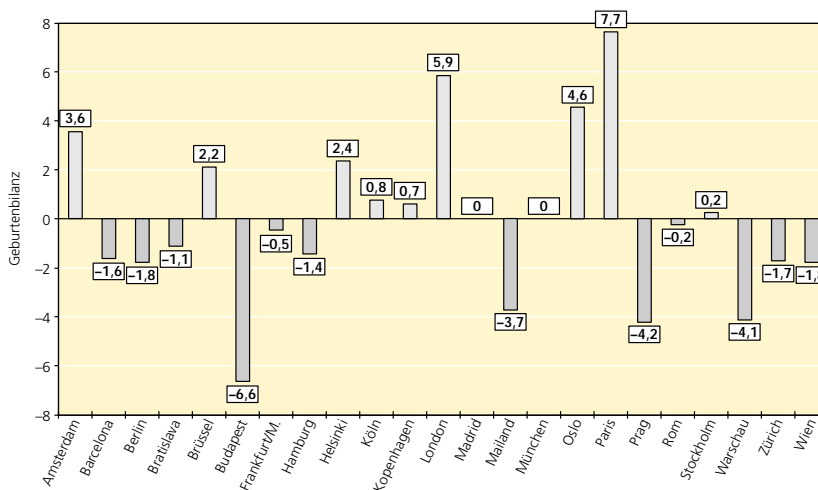


Anm.: Brüssel: Bruxelles-capitale; Hamburg: Altersaufbau 1995; Kopenhagen: einschließlich Frederiksberg; Paris: Ile de France

Quelle: Statistisches Taschenbuch der Stadt Wien, 1998

Ein Blick auf die **Geburtenbilanz** zeigt, dass Wien mit den meisten anderen europäischen Städten eine negative Bilanz aufweist (Abb. 9). Den niedrigsten Wert überhaupt weist Budapest mit -6,6 je 1.000 EinwohnerInnen auf. Eine positive Geburtenbilanz zeigen vor allem Paris (+7,7!), London, Oslo, Amsterdam, Helsinki und Brüssel. Nur geringfügig im positiven Bereich befinden sich Köln, Kopenhagen und Stockholm (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Abbildung 9: Geburtenbilanz im Vergleich europäischer Städte



Anm.: Brüssel: Bruxelles-capitale; Hamburg: Altersaufbau 1995; Kopenhagen: einschließlich Frederiksberg; Paris: Ile de France

Quelle: Statistisches Taschenbuch der Stadt Wien 1998

2.2.2 Sterbestatistik

2.2.2.1 Säuglingssterblichkeit

Wenngleich die Säuglingssterblichkeit in Wien (siehe Kap. 4.1.2) seit den frühen 70er Jahren höher ist als im Österreich-Durchschnitt (mit Ausnahme der Jahre 1994 und 1997), ist diese sowohl in absoluten Zahlen als auch in Bezug auf die Säuglingssterblichkeitsrate (= im ersten Lebensjahr Gestorbene bezogen auf 1.000 Lebendgeborene) deutlich zurückgegangen. Die oftmals höhere Säuglingssterblichkeit in Wien könnte die Folge eines im Vergleich zu den anderen Bundesländern höheren Anteils an zu früh geborenen Kindern sein (Kap. 4.2.1.4). Dem Geburtsgewicht (2.2.1.2) käme damit die Rolle eines intermediären Risikofaktors zu. Städtische Lebensbedingungen sind generell mit gesundheitlichen Risiken verknüpft, die sich in einer erhöhten Säuglingssterblichkeit widerspiegeln. Das zeigte sich auch in anderen Landeshauptstädten Österreichs, wie beispielsweise Graz, Linz, Innsbruck und Salzburg (KYTIR und KÖCK, 1995). Die Todesursachen bei Säuglingen sind im Kapitel 4.1.2. angeführt.

1998 verstarben 7,0 von 1.000 lebend geborenen Säuglingen desselben Jahres. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies allerdings einen Anstieg der Säuglingssterblichkeit (Säuglingssterblichkeitsrate 1997: 4,6) (Tabelle 10).

Tabelle 10: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Wien 1978–1998

Jahr	Gestorbene Säuglinge auf 1.000 Lebendgeborene ¹⁾			Totgeborene	
	weiblich	männlich	insgesamt	insgesamt ²⁾	auf 1.000 Lebendgeborene ²⁾
1978	15,1	18,4	16,8	99	7,4
1979	18,2	18,9	18,5	90	6,6
1980	13,7	16,2	15,0	101	7,0
1981	12,3	15,7	14,1	82	5,4
1982	11,8	18,0	14,9	75	5,0
1983	12,7	16,8	14,8	89	6,1
1984	12,5	15,0	13,8	83	5,7
1985	8,6	14,3	11,5	76	5,3
1986	8,7	11,9	10,4	81	5,6
1987	10,9	12,3	11,6	53	3,6
1988	8,3	10,4	9,4	58	3,7
1989	9,7	10,3	10,0	74	4,6
1990	8,7	8,6	8,7	60	3,7
1991	7,9	9,0	8,5	62	3,6
1992	8,4	11,4	9,9	65	3,7
1993	7,6	8,6	8,1	64	3,7
1994	5,8	6,0	5,9	73	4,3
1995	6,4	8,9	7,7	68	4,2
1996	5,1	5,6	5,4	83	5,1
1997	5,7	3,5	4,6	80	5,2
1998	6,9	7,0	7,0	74	4,9

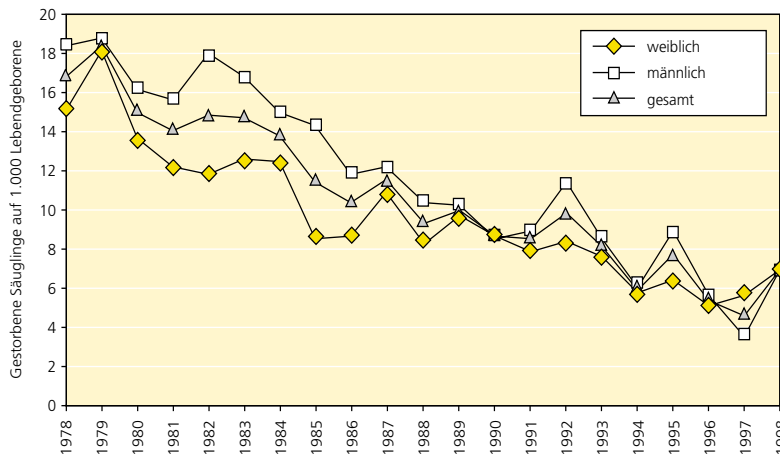
1) Säuglingssterblichkeitsrate: Im ersten Lebensjahr gestorbene Säuglinge bezogen auf 1.000 Lebendgeborene desselben Jahres (und desselben Geschlechts).

2) Ab 1995 weiter gefasste Definition der Totgeborenen.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien 1998

Während 1997 bei den Knaben eine außerordentlich niedrige **Säuglingssterblichkeit** vorlag (3,5 gegenüber 5,7 bei den weiblichen Säuglingen), ist 1998 die Rate bei beiden Geschlechtern angestiegen und annähernd gleich: bei den Mädchen 6,9 und bei den Knaben 7,0 gestorbene Säuglinge auf 1.000 Lebendgeborene desselben Geschlechts (Tabelle 10, Abb. 10) (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Abbildung 10: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Wien 1978–1998



Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1998

74 **Totgeburten** (Tabelle 10) wurden 1998 verzeichnet (d. h. 4,9 Totgeborene von 1.000 Lebendgeborenen). Unter Berücksichtigung der Definitionsänderung ab 1995 ist die Häufigkeit der Totgeburten seit 1994 vermutlich annähernd stabil. Die seit 1.1.1995 geltende neue Definition nach WHO-Richtlinien sieht eine weitere Fassung des Begriffes „Totgeburt“ vor. Wurden bis 1994 alle totgeborenen Säuglinge unter einer Länge von 35 cm als Totgeburt bezeichnet, so müssen diese ab 1995 mindestens 500 Gramm haben und dürfen keines der Merkmale von Lebendgeburten aufweisen. Somit wurde die Grenze zwischen einer Fehlgeburt und einer Totgeburt deutlich verschoben, was in der Folge zu einem „Anstieg“ der Totgeburten um etwa ein Drittel führte (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Das Sterberisiko der unter Einjährigen steht in Zusammenhang mit dem Lebensalter des Säuglings. Dabei gelten die ersten Lebensstunden und Tage für viel gefährdeter als die späteren Lebensmonate. So etwa bestimmen endogene Faktoren, wie z. B. die Frühgeburt des Kindes oder angeborene Fehlbildungen das Sterblichkeitsgeschehen unmittelbar nach der Geburt. Exogene Faktoren, wie z. B. Infektionskrankheiten, plötzlicher Kindstod (SIDS) oder Unfälle sind hingegen für die meisten Todesfälle nach dem ersten Lebensmonat verantwortlich. Der bedeutendste singuläre Einflussfaktor für die Säuglingssterblichkeit ist jedoch das Geburtsgewicht bzw. die Dauer der Schwangerschaft (Tabelle 11) (KYTIR und KÖCK, 1995).

Tabelle 11: Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer und Geburtsgewicht (Reifegrad), Wien 1998

Lebensdauer der gestorbenen Säuglinge	Reifegrad				zusammen	
	Frühgeborene (unter 2.500 g)		Reifgeborene (über 2.500 g)			
	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾
Unter 7 Tagen	40	37,7	7	0,5	47	3,1
7 bis unter 28 Tage	17	16,0	8	0,6	25	1,6
28 Tage bis unter 1 Jahr	13	12,2	21	1,5	34	2,2
zusammen	70	65,9	36	2,5	106	7,0

1) Auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Gewichts.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien 1998

Die Säuglingssterblichkeit hat sich in Österreich und in Wien im Vergleichszeitraum 1961–1998 deutlich verringert. Lag die Säuglingssterblichkeit in Wien 1961 noch bei 33,4 von 1.000 Lebendgeborenen, so starben 1998 „nur“ mehr sieben von 1.000 Lebendgeborenen (Tabelle 12, Abb. 11).

Dieser glückliche Umstand ist sicherlich der verbesserten medizinischen Versorgung (siehe Kap. 10) und den Fortschritten in der prä- und postnatalen Diagnostik (siehe Kap. 4.2.1.4) zuzuschreiben.

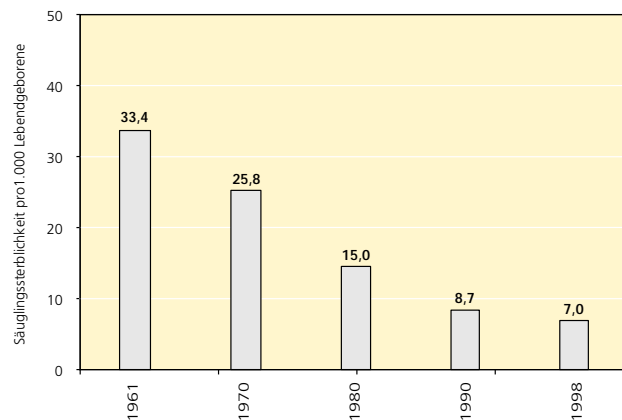
Tabelle 12: Säuglingssterblichkeit nach Alter in Wien und Österreich von 1961–1998

Jahr	Unter 1 Jahr	Unter 28 Tagen	Unter 7 Tagen	Unter 24 Stunden	auf 1.000 Lebendgeb. entfallen in Wien	auf 1.000 Lebendgeb. entfallen in Österreich**
1961	583*	440*	391*	261*	33,4**	37,5
1970	461*	358*	342*	202*	25,8**	25,9
1980	73**	143**	114**	38**	15,0**	14,3
1990	55**	87**	62**	32**	8,7**	7,8
1994	101	74	53	35	5,9	6,3
1995	125	78	47	26	7,7	5,4
1996	87	58	40	25	5,4	5,4
1997	71	48	26	15	4,6	4,7
1998	106	72	47	31	7,0	-

Quelle: * Statistik Österreich, 1999

** Statistik Österreich, 1997 Gesundheitsstatistisches Jahrbuch
alle anderen: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

Abbildung 11: Säuglingssterblichkeit, Wien 1961–1998



Quelle: Statistik Österreich, 1997, 1998

2.2.2.2 Sterberate

In Wien verstarben 1998 130 Kinder, von diesen befand sich der Großteil (106 Kinder) im ersten Lebensjahr. Bei den 1–5-Jährigen ist die altersspezifische Sterbeziffer bei Knaben fast doppelt so hoch wie bei Mädchen (0,29 vs. 0,15). Insgesamt verstarben in dieser Altersgruppe zehn Knaben und fünf Mädchen.

Tabelle 13: Gestorbene nach Alter und Geschlecht, Wien 1998

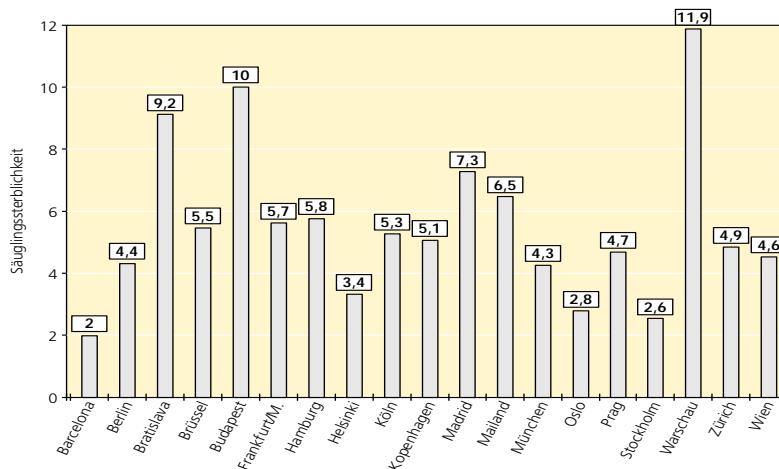
Alter in Jahren	Gestorbene					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000 ¹⁾
0 – unter 1 ²⁾	51	6,90	55	7,01	106	6,96
1 – unter 5	5	0,15	10	0,29	15	0,23
5 – unter 10	4	0,10	3	0,07	7	0,09
10 – unter 15	-	0,00	2	0,05	2	0,03
15 – unter 20	8	0,21	23	0,59	31	0,40
20 – unter 25	16	0,34	51	1,16	67	0,76
25 – unter 30	16	0,23	43	0,67	59	0,47
30 – unter 35	31	0,40	82	1,05	113	0,74
35 – unter 40	54	0,79	130	1,81	184	1,29
40 – unter 45	78	1,38	144	2,54	222	1,87
45 – unter 50	117	2,20	240	4,64	357	3,38
50 – unter 55	210	3,76	411	7,71	621	5,56
55 – unter 60	308	5,11	623	11,07	931	7,66
60 – unter 65	279	8,51	457	15,90	736	11,54
65 – unter 70	442	12,06	795	28,52	1.237	18,72
70 – unter 75	978	22,88	1.061	42,79	2.039	29,54
75 – unter 80	1.421	36,57	1.149	64,45	2.570	42,00
80 – unter 85	1.618	71,94	927	103,62	2.545	85,19
85 – unter 90	2.456	123,44	1.114	180,49	3.570	136,20
90 – unter 95	1.555	211,42	506	260,15	2.061	207,99
95 unter dar.	512	323,23	97	237,16	609	279,36
insgesamt	10.159	12,02	7.923	10,40	18.082	11,25

1) Altersspezifische Sterbeziffer auf 1.000 EinwohnerInnen in der jeweiligen Altersgruppe.
 2) Berechnet auf 1.000 Lebendgeborene.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien, 1998; Statistik Österreich, 1998

Hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit (siehe Kap. 2.2.2.1; Kap. 4.2.1 ff) liegt Wien im europäischen Mittelfeld – etwa gleichwertig mit Zürich, Prag, München und Berlin. Die niedrigste Säuglingssterblichkeit ist in Barcelona, Stockholm, Oslo und Helsinki zu finden. Die höchste Säuglingssterblichkeit weist hingegen Warschau auf, gefolgt von Budapest und Bratislava (Abb. 12) (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Abbildung 12: Säuglingssterblichkeit im Vergleich europäischer Städte, 1997



Anm.: Brüssel: Bruxelles-capitale; Hamburg: Altersaufbau 1995; Kopenhagen: einschließlich Frederiksberg; Paris: Ile de France

Quelle: Statistisches Taschenbuch der Stadt Wien 1998.

2.3 Lebenserwartung

Seit 1961 hat die Lebenserwartung in Österreich (bei Geburt) sowohl bei Frauen als auch bei Männern um sieben Jahre zugenommen. Als Hauptursache der verlängerten Lebensspanne wird der Rückgang der Mortalität im Erwachsenenalter angesehen. Die Mortalität im Säuglings- und Kleinkindalter, hat – wie in allen westlichen Industriestaaten – seit den 90er Jahren bereits ein so niedriges Niveau erreicht, dass dieser Einfluss auf die Lebenserwartung nur mehr sehr gering ist.

1998 betrug in Wien die Lebenserwartung von Frauen 80,3 Jahre, diejenige von Männern 73,7 Jahre (Tabelle 14). Die geringere Lebenserwartung von Männern ist nicht nur auf eine konstitutionell niedrigere Lebenserwartung, sondern auch auf eine deutlich höhere Sterbeziffer zwischen etwa 18 und 35 Jahren durch Verletzungen und Vergiftungen sowie eine allgemein höhere Sterblichkeit bei den Männern bereits in jüngeren Jahren zurückzuführen.

Hat man bereits das 60. Lebensjahr erreicht, so können Frauen damit rechnen, noch durchschnittlich weitere 23,3 Jahre zu leben, Männer jedoch durchschnittlich nur noch weitere 18,8 Jahre. Damit ist die fernere Lebenserwartung mit 60 Jahren seit 1961 für Frauen um 22,6 Prozent (von 19 auf 23,3 Jahre) und für Männer sogar um 25,3 Prozent (von 15 auf 18,8 Jahre) gestiegen.

Während bei Frauen fast durchwegs ein Rückgang der altersspezifischen Sterbeziffern zu beobachten ist, verläuft die Entwicklung bei den Männern unterschiedlich. Im Vergleich zum Vorjahr ist bei den Männern ein leichter Rückgang der Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt um 0,3 Jahre festzustellen. Dieser Rückgang ist ausschließlich durch den Anstieg der Säuglingssterblichkeit begründet; die fernere Lebenserwartung nach Vollendung des ersten Lebensjahres ist in etwa gleich wie 1997. Bei den Frauen ist hinsichtlich der Lebenserwartung eine Fortsetzung des Anstiegstrends zu beobachten (Tabelle 14).

Tabelle 14: Entwicklung der Lebenserwartung, Wien 1961–1998

Jahr	Lebenserwartung bei der Geburt		Fernere Lebenserwartung mit 60 Jahren	
	Mädchen	Knaben	Frauen	Männer
1961	73,3	66,7	19,0	15,0
1971	73,5	66,7	18,9	14,8
1981	75,7	69,2	20,2	16,0
1991	78,1	71,4	21,9	17,5
1992	78,2	71,1	21,9	17,5
1993	78,5	71,7	22,3	17,8
1994	78,9	72,4	22,4	18,0
1995	78,8	72,4	22,5	18,1
1996	79,2	73,0	22,4	18,4
1997	79,7	74,0	22,9	18,7
1998	80,3	73,7	23,3	18,8

Quelle: Statistik Österreich, 1998

Für einen 1998 geborenen **weiblichen** Säugling kann also von einer Lebenserwartung von 80,3 Jahren ausgegangen werden (Tabelle 14). Im Alter von 80 Jahren hat sie die Chance, noch weitere 8,5 Jahre zu leben, und ist sie bereits 90, kann sie im statistischen Durchschnitt mit weiteren 4,2 Jahren rechnen (Tabelle 15). Von 100.000 lebend geborenen weiblichen Säuglingen würden unter den Sterblichkeitsverhältnissen von 1998 rund 92.000 das 60. Lebensjahr, rund 62.000 das 80. Lebensjahr und mehr als 23.000 das 90. Lebensjahr erreichen.

Für einen 1998 geborenen **männlichen** Säugling kann von einer Lebenserwartung von 73,7 Jahren ausgegangen werden (Tabelle 14). Im Alter von 80 Jahren hat er die Chance, noch weitere 6,9 Jahre zu leben (Tabelle 15). Mit 90 Jahren kann er noch immer mit weiteren rund 3,9 Jahren Lebenszeit rechnen. Von 100.000 lebend geborenen männlichen Säuglingen würden unter den Sterblichkeitsverhältnissen von 1998 etwa 85.000 das 60. Lebensjahr, rund 39.000 das 80. Lebensjahr und mehr als 9.000 das 90. Lebensjahr erreichen. Ab etwa dem 60. Lebensjahr ist hier ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied feststellbar (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Tabelle 15: Fernere Lebenserwartung und Absterbeordnung, Wien 1998

Alter in Jahren	Fernere Lebenserwartung		Absterbeordnung	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
0	80,28	73,75	100.000	100.000
1	79,84	73,26	99.310	99.299
5	75,89	69,35	99.247	99.179
10	70,92	64,38	99.198	99.145
15	65,92	59,39	99.198	99.119
20	60,99	54,56	99.093	98.829
25	56,09	49,86	98.927	98.251
30	51,15	45,03	98.810	97.916
35	46,25	40,25	98.608	97.404
40	41,42	35,59	98.212	96.519
45	36,69	31,02	97.533	95.294
50	32,07	26,68	96.470	93.121
55	27,62	22,61	94.681	89.625
60	23,28	18,77	92.265	84.750
65	19,17	15,11	88.428	78.208
70	15,18	12,01	83.281	67.810
75	11,68	9,29	74.361	54.660
80	8,54	6,93	61.715	39.275
85	6,01	4,90	43.461	23.508
90	4,17	3,94	22.802	9.196
95	3,09	4,22	7.661	2.457

Quelle: Statistik Österreich, 1998

Interessant und von Bedeutung im Zuge der Verlängerung der Lebensdauer ist jedoch vor allem die Qualität der gewonnenen Jahre: Wie viele dieser Jahre können bei körperlicher Gesundheit verbracht werden, wie viele sind geprägt von funktionalen Beeinträchtigungen und Behinderungen? Aufgrund der Ergebnisse eines Berichtes des Instituts für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften lag die Lebensspanne frei von Behinderung 1992 für männliche Neugeborene bei 69,0 Jahren und für weibliche Neugeborene bei 72,4 Jahren. Im statistischen Durchschnitt müssen Männer weitere 3,9 Jahre und Frauen weitere 6,9 Jahre mit funktionalen Behinderungen leben. Der prozentuelle Anteil der behinderungsfreien Lebenszeit an der Gesamtlebenszeit beträgt daher für Männer 94,7 Prozent und für Frauen 91,3 Prozent (Stand 1992) (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998; vgl. KYTIR, J.: Lebenserwartung frei von Behinderung. In: ÖSTAT, Statistische Nachrichten 8/1994, 650–657).

Lebenserwartung im nationalen und regionalen Vergleich

Eine **regionale Differenzierung** zeigt, dass die Lebenserwartung im Zeitraum 1988–1997 sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen in mehreren Wiener Gemeindebezirken signifikant unter dem **österreichischen Bundesdurchschnitt** lag. Bei den Männern galt dies insbesondere für den 10., 15., 16. und 20. Bezirk, wobei der 15. und 20. Bezirk jene mit der niedrigsten Lebenserwartung unter allen österreichischen Bezirken überhaupt waren. Ähnlich war die Situation bei den Frauen: Mit dem 10., 11., 12. und 16. Bezirk liegen gleich vier Wiener Bezirke am untersten Ende der gesamtösterreichischen Reihenfolge bezüglich der weiblichen Lebenserwartung.

Legt man den **Wiener Landesdurchschnitt** als Vergleichskriterium zugrunde, so zeigt sich, dass die Lebenserwartung der **Männer** im 20. Bezirk signifikant unter dem – ohnehin schon sehr niedrigen – Wiener Landesdurchschnitt liegt und dass die Situation auch im 10., 11., 12., 15. und 16. Bezirk relativ ungünstig ist. Eine relativ hohe Lebenserwartung kann hingegen für die Männer im 1., 13. und 23. Bezirk festgestellt werden.

Die Lebenserwartung der **Frauen** weicht im 10. und 11. Bezirk vom Wiener Landesdurchschnitt signifikant nach unten ab und ist auch im 12., 15., 16. und 20. Bezirk relativ niedrig. Im 1., 8., 13. und 18. Bezirk hingegen zeigt sich eine wesentlich günstigere Situation (FÜLÖP, 1999; In: GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Insgesamt sind also die Innenstadtbereiche sowie die südwestlichen und nordwestlichen Zonen Wiens in Bezug auf die Lebenserwartung deutlich besser gestellt – insbesondere im Vergleich zum 10., 11., 12., 15., 16. und 20. Bezirk. Die Ursachen für diese Unterschiede in der Lebenserwartung (immerhin fast vier Lebensjahre zwischen dem 1. und dem 20. Bezirk bei den Männern bzw. mehr als zwei Lebensjahre zwischen dem 10. und dem 13. Bezirk bei

den Frauen) dürften unter anderem in den sozioökonomischen Rahmenbedingungen und im unterschiedlichen Gesundheitsverhalten der Menschen in diesen Regionen zu suchen sein (FÜLÖP et al., 1998).

Im Vergleich mit anderen westeuropäischen Ländern liegt **Österreich** mit 80,6 Jahren bei den Frauen und 74,3 Jahren bei den Männern (1997) eindeutig im oberen Bereich. Die höchste Lebenserwartung ist bei den Frauen in Frankreich und in der Schweiz zu finden, bei den Männern in Schweden, Island und der Schweiz.

Im Vergleich der Lebenserwartung mit Ländern außerhalb Europas wird Österreich von Japan, Kanada und Australien übertroffen. Die Vereinigten Staaten von Amerika liegen mit 79,1 Jahren bei den Frauen bzw. 72,3 Jahren bei den Männern etwas hinter Österreich (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

2.4 Bevölkerungsprognose

Für die Vorausschätzung der künftigen Bevölkerungsentwicklung werden Annahmen über die Entwicklung von Fruchtbarkeit, Lebenserwartung und Wanderungssaldo getroffen, wobei zumeist verschiedene Varianten dieser Parameter die Bandbreite der möglichen Entwicklungen abstecken und in verschiedener Weise miteinander kombiniert werden können. In der Folge wird die Hauptvariante der Prognose der STATISTIK ÖSTERREICH, die sich aus der Kombination der jeweils mittleren Annahmen der Prognoseparameter ergibt, dargestellt (Tabelle 16).

Für die **Fertilitätsentwicklung** wird nach dem sprunghaften Rückgang der Gesamtfruchtbarkeitsrate im 2. Halbjahr 1997 und 1. Halbjahr 1998 eine Stabilisierung und danach ein langsamer Anstieg von 1,22 auf 1,39 Kinder je Frau erwartet, wobei dieses Niveau im Jahr 2020 erreicht werden sollte. Wegen der abnehmenden Zahl der Frauen im fruchtbaren Alter bedeutet das aber dennoch einen weiteren Rückgang der Geburtenzahlen bis 2010 auf etwa 13.000. Für das durchschnittliche Fruchtbarkeitsalter wird bis 2015 ein Anstieg von 27,9 auf 30 Jahre angenommen (Tabelle 16).

Bei der **Mortalität** wird davon ausgegangen, dass sich der in den letzten zehn Jahren sehr rasche Anstieg der Lebenserwartung nur geringfügig verlangsamt und 2030 für Frauen 84,8 und für Männer 79,5 Jahre erreicht. Im Vergleich zur vorherigen Prognose wurden diese Annahmen somit deutlich nach oben revidiert (Tabelle 16).

Aus diesen Annahmen ergibt sich auch für die nächsten zehn Jahre ein **Geburtendefizit** von etwa 3.000 Personen pro Jahr.

Für die **Migration** wird bis 2007 mit nur geringen Wanderungsüberschüssen zwischen 1.500 und 2.500 Personen gerechnet, danach wird infolge des wegen der Altersstruktur der Bevölkerung sinkenden Arbeitskräfteangebotes mit einem bis 2020 auf 7.000 Personen steigenden Saldo gerechnet. Damit würde ab etwa 2008 der Wanderungsüberschuss das Geburtendefizit kompensieren und die Einwohnerzahl Wiens wieder leicht zunehmen (Tabelle 16) (RITTER, 1999; In: GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Tabelle 16: Realisierte demographische Indikatoren und Prognoseannahmen 1999 (Wien)

Jahr, Variante	Gesamtfruchtbarkeitsrate	Lebenserwartung bei der Geburt				Wanderungssaldo
		Männer		Frauen		
1998 ¹⁾	1,22	73,7		80,3		+ 4.469
2000 ²⁾	1,22	73,9		80,4		+ 1.050
2005 ²⁾	1,23	74,7		81,0		+ 1.470
2010 ²⁾	1,29	75,6		81,7		+ 3.430
2020 ²⁾	1,39	77,4		83,2		+ 7.000
Langfristannahme	ab 2020	2030	2050	2030	2050	ab 2020
mittel	1,39	79,5	81,6	84,8	86,5	+ 7.000
hoch	1,67	81,5	85,6	86,3	89,5	+13.800
nieder	1,12	77,6	77,6	83,5	83,5	+ 800

1) Realisierte Werte.

2) Annahmen gemäß mittlerer Variante.

Quelle: Statistik Österreich, 1999: Bevölkerungsvorausschätzung 1999–2050

Altersverteilung

Unbestritten, weil von der Wahl der Prognoseannahmen innerhalb der plausiblen Bereiche unabhängig, ist der auch in Wien bevorstehende **Alterungsschub** in der Zusammensetzung der Bevölkerung. Verschiedene Varianten differieren nur in der Stärke dieses Prozesses. Der Anteil der über 60-Jährigen hat 1998 sein Minimum erreicht und wird bis 2020 um ca. sieben Prozentpunkte zunehmen, der stärkste Anstieg erfolgt jedoch zwischen 2020 und 2030. Auch der Anteil der älteren SeniorInnen über 75 Jahre, der bereits seit 1996 wieder leicht zunimmt, wird vorerst langsam, ab 2015 dann stark ansteigen (Tabelle 17, Abb. 13).

Auch bei der Bevölkerung im **Erwerbsalter** kommt es zu einer Verlagerung in den oberen Bereich, da sich die am stärksten besetzten Jahrgänge derzeit im Alter zwischen 28 und 40 Jahren befinden.

Hingegen wird der Anteil der **Kinder** unter 15 Jahren bis 2015 abnehmen und sich dann bei etwa zwölf Prozent stabilisieren. Somit wird es bis 2020 zu einem moderaten, in den folgenden zehn Jahren zu einem kräftigen Anstieg der **demographischen Belastungsquote** (Zahl der Kinder und SeniorInnen bezogen auf Personen im Erwerbsalter) kommen (Tabelle 17, Abb. 13) (RITTER, 1999; In: GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

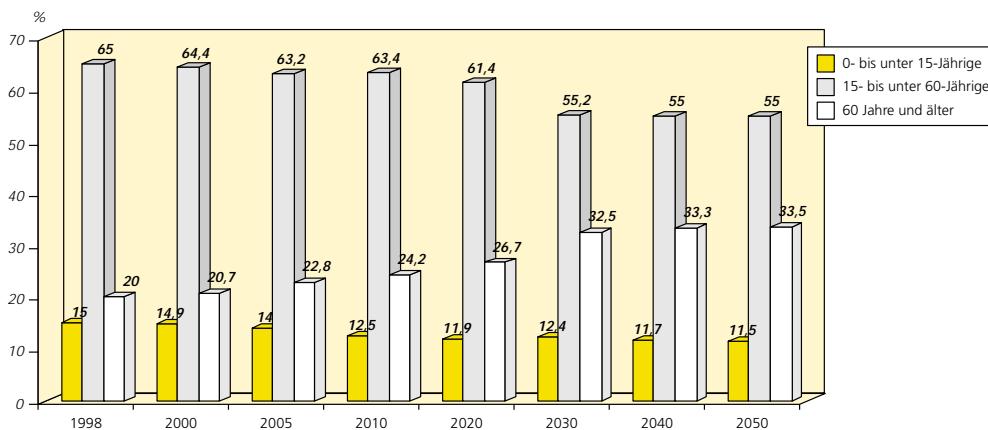
Tabelle 17: Prognose der demographischen Belastungsquoten, Wien bis 2050

Jahr	insgesamt absolut	0 bis unter 15 Jahre %	15 bis unter 60 Jahre %	60 Jahre und älter %	Belastungsquote ¹⁾
1998	1.598.897	15,0	65,0	20,0	53,8
2000	1.598.661	14,9	64,4	20,7	55,2
2005	1.587.348	14,0	63,2	22,8	58,1
2010	1.580.889	12,5	63,4	24,2	57,9
2020	1.613.258	11,9	61,4	26,7	62,9
2030	1.655.515	12,4	55,2	32,5	81,3
2040	1.668.421	11,7	55,0	33,3	81,8
2050	1.665.040	11,5	55,0	33,5	91,9

1) Unter 15-Jährige + über 60-Jährige auf 100 15- bis unter 60-Jährige

Quelle: Statistik Österreich, 1999: Bevölkerungsschätzung 1999–2050

Abbildung 13: Altersprognose 1998–2050



Quelle: Statistik Österreich, 1999: Bevölkerungsschätzung 1999–2050

Resümee

Aufgrund des Geburtenrückganges haben auch aus soziodemographischer Sicht Maßnahmen zum Schutz des Lebens und der Gesundheit der Kinder absolute Priorität:

- In Wien leben derzeit rund 1,6 Millionen Menschen. Mit einem Kinderanteil (0–15 Jahre) von rund 15 Prozent verzeichnet Wien 1999 im europäischen Städtevergleich einen mittleren Rang, im Vergleich zu den anderen Bundesländern allerdings den niedrigsten Wert. Bis 2015 wird der Anteil der Kinder unter 15 Jahren in Wien noch weiter absinken und sich dann bei etwa zwölf Prozent stabilisieren.
- Im europäischen Städtevergleich der Geburtenrate rangiert Wien 1998 mit rund zehn Geburten pro 1.000 EinwohnerInnen im unteren Mittelfeld.
- Die allgemeine Fruchtbarkeitsziffer (Zahl der Geburten auf 1.000 Frauen im Alter von 15–45 Jahren) sank 1998 auf 43,0 (gegenüber 46,3 im Jahre 1996).
- Auch die Gesamtfruchtbarkeitsrate verringerte sich, sodass 1998 eine Frau in Wien durchschnittlich 1,22 Kinder zur Welt brachte, das sind etwa minus 30 Prozent in den letzten 30 Jahren und historischer Tiefstand.
- Im gleichen Zeitraum ist das durchschnittliche Alter der Frauen zum Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder von 26,7 Jahren (1961) auf 27,9 Jahre (1998) gestiegen und wird 2015 bereits 30 Jahre betragen.
- Für einen 1998 geborenen weiblichen Säugling kann mit einer Lebenserwartung von 80,3 Jahren, für einen männlichen Säugling von 73,7 Jahren gerechnet werden. Im Bundesländervergleich weist Wien bei den Frauen den letzten, bei den Männern den vorletzten Platz auf.
- Der gesamtösterreichischen Situation entsprechend ist auch in Wien die Sterblichkeit bei den Männern, gegenüber jener bei den Frauen, bereits in jungen Jahren deutlich erhöht.
- Wenngleich die Säuglingssterblichkeit in Wien seit den frühen 70er Jahren (wie auch in anderen Landeshauptstädten) höher als im österreichischen Durchschnitt ist, hat sie sich doch deutlich verringert: In Wien verstarben 1998 „nur“ sieben von 1.000 lebendgeborenen Säuglingen desselben Jahres gegenüber 33,4 pro 1.000 im Jahr 1961.

Sind städtische Lebensbedingungen generell mit gesundheitlichen Risiken verknüpft, die sich in einer erhöhten Säuglingssterblichkeit widerspiegeln, so ist als bedeutendster singulärer Einflussfaktor für die Säuglingssterblichkeit das Geburtsgewicht bzw. die Dauer der Schwangerschaft anzuführen. Zentrale Bedeutung bei der Reduktion der Anzahl von Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht kommt insbesondere den Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen zu (siehe Kap. 9.1).

Weiters von Bedeutung ist, dass Maßnahmen zur Beeinflussung von Nikotin-, Alkohol-, Drogenkonsum und Übergewicht im Rahmen dieser vorsorgemedizinischen Untersuchungen derselbe Stellenwert zukommt wie der Therapie eines akuten organischen Leidens.

Die starke Zunahme von RaucherInnen weist nicht zuletzt aufgrund des Umstandes, dass Rauchen während der Schwangerschaft das Risiko für niedriges Geburtsgewicht erhöht, auf die Bedeutung der Intensivierung der Kooperation zwischen dem medizinischen System und den Einrichtungen, die schon Entwöhnungstrainings für rauchende Schwangere anbieten. Das Frauengesundheitszentrum F.E.M. an der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik der Stadt Wien ist die erste, in eine Frauenklinik integrierte Anlaufstelle für Nikotinentwöhnung bei Schwangeren in Österreich.

Mit der im Juni 2000 gestarteten Kampagne „Sicheres Schlafen für Babys“ hat die Stadt Wien einen weiteren wichtigen Schritt zur Senkung der Säuglingssterblichkeit gesetzt. Die Kampagne verfolgt das Ziel, die ebenfalls maßgeblich für die Säuglingssterblichkeit verantwortliche Zahl von Fällen „Plötzlichen Kindstodes“ (SIDS) durch Aufklärung der Bevölkerung dramatisch zu senken (siehe Kap. 4.1.2.1.1).

III.
RAHMENBEDINGUNGEN
FÜR DIE GESUNDHEITLICHE
LAGE VON KINDERN

*STRUCTURAL CONDITIONS
FOR CHILDREN'S STATE OF
HEALTH*

3 RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITLICHE LAGE VON KINDERN	93
3.1 SOZIOÖKONOMISCHER STATUS UND SOZIALES KAPITAL DER FAMILIE	97
3.1.1 Sozioökonomischer Status der Familie	102
3.1.2 Sozialer Rückhalt durch die Familie als soziales Kapital	103
3.1.3 Familie und Gesundheit	105
3.1.4 Scheidung im kindlichen Erleben	106
3.2 LEBENSRAUM SCHULE	112
3.2.1 Schule und Gesundheit	117
3.2.1.1 Schulzufriedenheit, Belastung in der Schule und Unterstützung durch die LehrerInnen	118
3.2.2 Partizipation und Empowerment in der Schule	120
3.3 PEERGRUPPEN UND GESUNDHEIT	121
3.3.1 Peerkontakte	121
3.3.2 Peergruppenkontakte und Gesundheit	123
3.3.3 Bullying in der Schule	123

3 RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITLICHE LAGE VON KINDERN

Zusammenfassung

Infolge der zunehmenden Pluralität der Lebensformen wird es künftig voraussichtlich verstärkt zu einer Aneinanderreihung verschiedener Lebensformen in den individuellen Biografien, im Sinne von Durchgangsstadien, kommen. Wie stellt sich in diesem Zusammenhang nun die Lebenswelt „Familie“ für unsere Kinder heute dar, welche gesundheitsbezogenen Ressourcen bzw. Belastungen erfahren sie durch die Familie?

- Von den österreichischen Familien mit Kindern sind derzeit etwa 71 Prozent der Eltern verheiratet, 3,9 Prozent in Lebensgemeinschaft und 25,1 Prozent freiwillig oder unfreiwillig alleinerziehend.
- Unter die Gruppe der AlleinerzieherInnen fallen: (Noch) ledige Elternteile – wobei sich Frauen mit steigender Tendenz ganz bewusst für diese Lebensform (ohne Partner, mit Kind) entscheiden – geschiedene, getrennt lebende und verwitwete Elternteile.
- Der überwiegende Teil der AlleinerzieherInnen von Minderjährigen sind Mütter, die größtenteils erwerbstätig sind. Für die betroffenen Kinder ist diese familiäre Situation meist v. a. mit sozioökonomischen Nachteilen verbunden.
- 15 Prozent der 11- bis 15-jährigen Wiener Schulkinder leben in einer Familie, deren Einkommen als an der Armutsgrenze oder darunter beschrieben werden muss. Weiters zeigt sich, dass Familien umso armutsgefährdeter sind, je mehr Kinder sie haben.
- Die Gesamtzahl der Eheschließungen sinkt seit den 50er Jahren insgesamt relativ kontinuierlich ab.
- Parallel dazu stieg die Zahl der Lebensgemeinschaften, wobei diese Partnerschaftsmodelle häufig zu einem späteren Zeitpunkt in eine Ehe übergehen, was etwa darin zum Ausdruck kommt, dass zum Zeitpunkt der standesamtlichen Anmeldung zur Eheschließung bereits 53 Prozent aller Paare die gleiche Wohnadresse angeben.

Summary

Due to the increasing diversity of life itself individuals will very likely go through a number of successive, temporary stages in the span of their own lives. With this in mind we need to look into how our children experience “family” as a (temporary) environment and how this environment can adversely affect or benefit their health.

- *71 percent of parents in Austria are married, 3.9 percent live in common-law relationships, 25.1 percent are single parents out of choice or because their situation does not permit otherwise.*
- *Single parents include: (still) unmarried parents – with women showing a growing tendency to deliberately choose this way of life (i.e. with child but without partner) – divorced, separated or widowed parents.*
- *The majority of single parents raising minors are women, most of them gainfully employed. The children concerned frequently suffer socio-economic disadvantages.*
- *15 percent of Viennese schoolchildren ages 11 to 15 years live in families with incomes right at or just below the poverty line. Added to this, the risk of falling below the poverty line increases with the number of children.*
- *The total number of marriages has been decreasing continuously since the 50ies.*
- *Simultaneously, the number of common-law relationships has risen. Many of these couples decide to get married later on in life, which means that 53 percent of all married couples already share the same address at the time their marriage is registered*

III. RAHMENBEDINGUNGEN

- Kinder werden zunehmend nicht mehr im Rahmen einer Ehe zur Welt gebracht. Der Anteil unehelich geborener Kinder stieg im Zeitraum 1965 bis 1999 von 11 Prozent auf 30,5 Prozent (Wien: 25,9 Prozent) bzw. 41,3 Prozent bei Erstgeborenen, wobei die sogenannte Legitimierungswahrscheinlichkeit durch nachträgliche Eheschließung der leiblichen Eltern bei 53 Prozent liegt. (In Skandinavien werden bereits über 80 Prozent der Erstgeborenen unehelich geboren.)
 - Der Trend zur Kleinfamilie zeigt sich auch im Anteil der Einzelkinder, der in Wien rund ein Drittel beträgt (gegenüber einem Viertel in Gesamtösterreich). Die Situation von Einzelkindern ist v. a. unter der Bedingung hochwertiger Eltern-Kind-Beziehungen, und wenn sich das Kind individuell entfalten kann, positiver zu bewerten als dies bisher der Fall war. Hier nehmen Kindergärten und Schule kompensatorische Funktionen wahr.
 - Die Wahrscheinlichkeit für Kinder und Jugendliche, die Scheidung ihrer Eltern zu erleben, beträgt in Österreich ca. 20 Prozent, in Wien ca. 25 Prozent. Noch um mindestens 50 Prozent höher als bei Ehegemeinschaften liegt das Trennungsrisiko bei Lebensgemeinschaften. Als wesentlichster Faktor der Scheidungsbewältigung durch die betroffenen Kinder stellt sich eine positive Beziehungsgestaltung in den Familien auch nach der Trennung (vor allem zum nicht sorgeberechtigten Elternteil) dar. In diesem Zusammenhang ist auch auf den Stellenwert der Mediation und der Kinderbegleitung bei Trennung oder Scheidung der Eltern hinzuweisen. Besonders ungünstig verläuft die Anpassung der Kinder an die neue Situation, wenn der Konflikt der Eltern weiter über sie ausgetragen wird.
 - Besuchsregelungen, aber auch unterschiedliche Erziehungsvorstellungen, verlangen dem Kind eine große Anpassungsleistung ab. Eine große Belastung für die Kinder aller Altersstufen stellen die neuen Partnerschaften der Eltern dar. Ist der entsprechende Beziehungsaufbau erfolgt, kann ein weiteres Problem entstehen, wenn die Partnerschaft zerbricht und das Kind einen neuen Beziehungsabbruch erleiden muss. Eine ganze Palette schwieriger Interaktionen kann im Einzelfall die Beziehung der Kinder zu ihren Stiefeltern und Stiefgeschwistern erschweren.
- *The number of children not raised in wedlock has increased. Between 1965 and 1999, the amount of children born out of wedlock rose from 11 percent to 30.5 percent (25.9 percent in Vienna) and 41.3 percent for first-born children, with a probability rate of 53 percent for legitimisation through subsequent marriage of the child's own parents. (In Scandinavian countries more than 80 percent of first-born children are born out of wedlock).*
 - *The trend towards smaller families is also reflected in the number of only children. In Vienna one third of all children are only children compared to one quarter for all of Austria. The situation of only children must be viewed as more positive than in the past, particularly for high-quality parent-child relationships and families where children are allowed to develop their individuality. In these cases, kindergartens and schools compensate for larger families.*
 - *The chance of children and adolescents living through a divorce of their parents is rated at approximately 20 percent for all of Austria and approximately 25 percent for Vienna. The risk of separating is fifty percent higher for couples living in common-law relationships than for married couples. If the children concerned are to cope with their parents' divorce it is essential that they view their relationship with their parents (particularly the side which does not have the right of custody) as positive. This is where mediation and child support during separation and divorce come into play. Children do not adapt to their new situation very well if their parents continue to view them as the matter in dispute.*
 - *Visitation rights and differing views on education are very demanding for children and their ability to adapt. Parents' new partnerships can weigh heavily on children of all ages. Once they have developed sound relations there is a risk that the new partnership too breaks up and they are faced once more with having to sever their ties. The number of difficult interactions a child has to handle can at times seriously impact on its relationship with step-parents and step-siblings.*

III. RAHMENBEDINGUNGEN

Verdeutlicht (wenn auch übertrieben) beschreibt der Sozialkritiker Michael Mitterauer die Situation: „Das moderne Kind hat zwei Kinderzimmer und acht Großeltern“. Also je ein eigenes Zimmer bei einem geschiedenen Elternteil und zusätzliche Großeltern von der Seite der Stiefmutter und des Stiefvaters (DIE PRESSE, 1999).

- Familie – in welcher Konstellation auch immer – übt einen eindeutig nachweisbaren Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden des Kindes aus.
- Untersuchungen an 11- bis 15-jährigen Wiener Schulkindern zeigen, dass Unterschiede im Familieneinkommen, im familiären Gesprächsklima und im Ausmaß an erfahrener familiärer Unterstützung mit Unterschieden im selbstberichteten Gesundheitszustand assoziiert sind. Darüber hinaus bezeichnen sich Kinder, die mit Vater, Mutter, Bruder oder Schwester über ihre persönlichen Probleme sprechen können, fast doppelt so häufig als sehr glücklich gegenüber Kindern, für die kein positives Gesprächsklima gegeben ist.

Schuleintritt und auch der Übergang in das weiterführende Schulsystem sind als markante Ereignisse im Leben von SchülerInnen zu verstehen, weil dadurch eine Neuorientierung und eine Neuanpassung an veränderte Umweltgegebenheiten vorgenommen werden muss. Der Lebensbereich Schule ist gekennzeichnet durch:

- Eine sehr starke zeitliche Auslastung der Kinder und Jugendlichen. Darüber hinaus streben immer mehr Kinder und Jugendliche länger dauernde Ausbildungen und einen höheren Schulabschluss an.
- Der Großteil der SchülerInnen geht gerne in die Schule, wobei sich die Schulfreude über die Schulstufen hinweg verschlechtert und Mädchen insgesamt mehr Freude an der Schule empfinden als Knaben.
- Sozialen Beziehungen in der Klasse kommt – neben ihrem Einfluss auf das schulische Wohlbefinden – eine wichtige Funktion als Ressource bei der Bewältigung von schulischen aber auch außerschulischen Belastungen zu. Die Mehrheit der Schulkinder fühlt sich von den MitschülerInnen akzeptiert und ist gerne mit ihnen zusammen.

Wiener Kinder schätzen ihr Klassenklima allerdings etwas weniger freundlich ein als dies im österreichischen Schnitt der Fall ist.

The social scientist and critic Michael Mitterauer offers a very apt, if somewhat exaggerated, description of the situation: "Today's children have two nurseries and eight grandparents, one nursery at each of their parents' house, plus additional grandparents from their stepmother's or stepfather's side." (DIE PRESSE, 1999).

- *Families, whatever their constellation, are known to affect a child's health and well-being.*
- *Results of surveys carried out with Vienne school-children aged 11 to 15 show that differences in family income, communication patterns and the extent of support experienced within the family are reflected in children's self-reported state of health. Children who can talk about their problems with their fathers, mothers or siblings consider themselves very happy in twice as many cases as children who do not enjoy constructive communication.*

Entering school and moving on to secondary school are crucial experiences for children, who must learn to reorientate and adapt to these new situations. Schools constitute a young person's living environment.

- *They take up much of a child's or young person's time. Also, children and adolescents increasingly opt for longer training and higher school-leaving qualifications.*
- *Most students enjoy school, with varying degrees of enthusiasm depending on age and gender. Girls generally like school better than boys.*
- *Social relations in class affect students' well-being at school and play a significant role when solving problems at school as well as outside. Most students feel accepted by their peers and enjoy being with them.*

In Vienna, children feel slightly less comfortable at school than they do in other parts of Austria.

III. RAHMENBEDINGUNGEN

- Ein wichtiger Indikator für die Qualität des Klassenklimas ist die Häufigkeit von verbalen und physischen Aggressionen zwischen SchülerInnen („Bullying“).

68 Prozent der österreichischen SchülerInnen haben schon einmal an Bullying-Aktionen teilgenommen. Zum Problem scheint Bullying v. a. bei den 13-jährigen Knaben zu werden, die in Wien zu 19 Prozent regelmäßig an derartigen Aktionen teilnehmen.

- Ein Teil der SchülerInnen verbindet mit Schule aber auch Schulangst, wobei Angst mit niedriger Leistung einhergeht. Während in der Volksschule geringere Werte in der Schulangst verzeichnet werden, macht sich österreichweit in der Sekundärstufe ein Anstieg bemerkbar.
- Mit zunehmender Schulerfahrung sehen die SchülerInnen die Schule weniger positiv, die objektive wie auch subjektive Belastung steigt.
- Das allgemeine Selbstwertgefühl (als generelle Einschätzung von sich selbst) verändert sich kaum, leistungsbezogene und soziale Selbsteinschätzung (bezogen auf Freunde, Beliebtheit usw.) zeigen einen absteigenden Verlauf über die Schulstufen hinweg. Speziell auffällig ist ein beträchtliches Absinken in allen Selbsteinschätzungen beim Übertritt von der Volksschule in das Gymnasium, wobei niedrigere Selbsteinschätzungen und Angst mit bedrohlichen Erwartungen einhergehen. Interessant ist, dass Kinder, die bereits in der neuen Schule waren, weniger Bedrohung empfinden.
- Die Möglichkeiten der Mitgestaltung und Mitbestimmung an ihrer Schule werden von SchülerInnen eher als gering eingeschätzt.

Als weitere Effekte der Schule auf die Gesundheit von Wiener (11-, 13- und 15-jährigen) Schulkindern sind anzuführen:

- Die subjektive Gesundheit der Schulkinder steigt mit der Schulzufriedenheit etwa um das 2,5-Fache an. Von den Kindern, die sich durch die Schule belastet fühlen, bezeichnen sich nur 19 Prozent als „sehr gesund“ gegenüber 58 Prozent der Kinder, die sich nicht belastet fühlen.

- *Frequency of verbal or physical aggressions between students (bullying) is used as an indicator for the quality of life in class.*

68 percent of students in Austria have participated in episodes of bullying at least once. Bullying is becoming a serious problem for 13 year old boys, 19 percent of whom participate in such episodes on a regular basis.

- *Sometimes the thought of school incites fear and children who experience fear perform less well at school. While children at primary school are rarely affected, fear is more widespread at secondary school.*
- *The more years students spend at school the less positive they become about it and instead experience it as a real and subjective burden.*
- *The general feeling of self-esteem (general assessment of oneself) changes very little, while performance-oriented and social self-assessment (concerning friends, popularity, etc.) decrease over the years. A general and noticeable drop in self-assessment is registered with children about to enter secondary academic schools. Lower self-assessment and fear are usually generated by notions of threat. It is interesting to note that once children have been to their new school they feel less threatened.*
- *Students generally see little opportunity to become involved in their schools' set-up or to participate in decision-making processes.*

Schools were found to affect the health of Viennese schoolchildren aged 11, 13 and 15 in other ways as well:

- *Subjectively experienced health increases 2.5 times with children who are happy at school.*
- *Only 19 percent of children who feel burdened by school consider themselves "in very good health"; for children who do not feel burdened by school that figure is as high as 58 percent.*

- Ebenso scheint die subjektive Gesundheit der Kinder von der Unterstützung durch die LehrerInnen zu profitieren. Kinder, die mit der Unterstützung durch ihre LehrerInnen rechnen können, fühlen sich doppelt so oft „sehr gesund“.
- In allen Altersgruppen wirken sich Möglichkeiten der Mitgestaltung und Mitbestimmung in der Schule auf das subjektive Gesundheitsempfinden und Wohlbefinden positiv aus.

Peers, die Cliquen der Gleichaltrigen, erfüllen eine wichtige Pufferfunktion gegenüber Familie und Schule und haben einen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Viele Freunde zu haben, diese häufig zu treffen und die Möglichkeit, leicht neue Freunde zu finden, sind günstige Voraussetzungen für Kinder, sich wohl zu fühlen.

- *Subjectively felt health also seems to benefit from teachers' support. Children who can reckon with their teachers' support consider themselves "in very good health" in twice as many cases as others.*
- *Children of all age groups who become involved in their school's set-up consider themselves healthier and have a positive sense of well-being.*

Peers and cliques have a buffering function in students' relations with their parents or school and also influence children's and young persons' health.

Having many friends, getting together frequently and making new friends easily provide a good basis for children's well-being.

3.1 Sozioökonomischer Status und soziales Kapital der Familie

Bedeutung der familiären Verhältnisse für die kindliche Gesundheit

Gesundheits- bzw. krankheitsrelevantes Verhalten, Normen, Gebote und Verbote zum Gesundheitsverhalten werden Kindern in aller Regel maßgeblich durch die Familie vermittelt (Genaueres zum Begriff und zum Konzept der Familie findet sich etwa bei PETZOLD, 1998 oder bei SCHNEEWIND, 1999). Familie – in welcher Konstellation auch immer – bildet trotz zunehmender Pluralisierung der Lebensformen (z. B. SCHNEIDER et al., 1998; VASKOVICS und SCHATTOVITS, 1998) noch immer den wichtigsten Rahmen für die primäre Sozialisation. Familienbeziehungen üben einen eindeutig nachweisbaren Einfluss auf das Krankheitsgeschehen bzw. den Gesundungsprozess aus (GERHARDT, 1989), den Familienangehörigen kommt allgemein für Gesundheit und Wohlbefinden des Individuums entscheidende Bedeutung zu. Besonders deutlich wird dies etwa bei Extremfällen wie der Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindesalter, wo familiäre Unterstützung neben der medizinischen Versorgung eine ganz zentrale Rolle spielt (PETERMANN, 1997).

Psychische, soziale und somatische Gesundheit, Bewältigungsmechanismen und persönliche Ressourcen, aber auch deren Wechselwirkungen, werden also wesentlich von der Familie und ihren Mitgliedern bestimmt (siehe ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR FAMILIENFORSCHUNG, 1999). Familiäre Beziehungen können dementsprechend eine Art Schutzfunktion gegenüber gesundheitlichen Belastungen ausüben, bzw. gesundheitsbezogene Belastungen durch außerfamiliäre Lebensbereiche, etwa durch die Schule, kompensieren (GRUNOW, 1994).

Dieser hohen Bedeutung der Familie für das kindliche Gesundheitsverhalten – direkt, etwa durch Instruktionen, oder indirekt, etwa als Modell für aktives und konstruktives Bewältigungsverhalten – wurde und wird auch auf institutioneller Ebene zunehmend Rechnung getragen, auf medizinischer Ebene etwa durch die Etablierung der Österreichischen und der Wiener Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM, WIGAM) bzw. der World Organization of Family Doctors (WONCA). Auf psychologischer Ebene ist hier etwa die Sektion „Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie“ des Berufsverbandes Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (B.Ö.P.) zu erwähnen.

Historisch betrachtet standen bei Forschungsarbeiten zum Einfluss der Familie auf das Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten vorerst krankheitserregende Faktoren im Mittelpunkt (GERHARDT, 1989), während in den 70er- und 80er Jahren wieder auf die gesundheitserhaltenden Elemente und das Krankheitsbewältigungspotenzial der Familie fokussiert wurde. Eine Konsequenz dieser Betrachtungsweise war etwa, den Eltern (überwiegend Müttern) die Mitaufnahme in Spitälern, gemeinsam mit ihren kranken Kindern zu ermöglichen.

Gesundheit bzw. Wohlbefinden kann und soll, speziell bei Kindern, möglichst dort gefördert werden, wo die primären sozialen Beziehungen bestehen, in aller Regel also in der Familie. Eine umfassende familiäre Gesundheitsförderung muss daher auch auf ein „empowerment“ der Familie, eine Verbesserung der strukturellen Lebens- und Entwicklungsbedingungen aller Familienmitglieder abzielen (ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR FAMILIENFORSCHUNG, 1999).

Die hohe und auch längerfristige Bedeutung der familiären Verhältnisse und Beziehungen sowohl für psychische als auch physische Komponenten der kindlichen Gesundheit wird auch durch empirische Resultate der Bindungsforschung (siehe auch Kap. 1.4.2.2) belegt, welche die Beziehungen der Kinder zu den primären Bezugspersonen, also in der Regel den Eltern, untersucht und je nach Art und Ausmaß ihrer Bindung grob in sicher und unsicher (vermeidend oder ambivalent) gebunden unterscheidet (siehe dazu z. B. den Überblick von RAUH, 2000). Kinder mit einer unsicheren Bindung an die Mutter erweisen sich nun häufiger als schlecht gelaunt, aggressiver, verfügen über ein geringeres Selbstwertgefühl und weniger gute Freunde (siehe etwa die Übersicht von GROSSMANN, 1995). Die Qualität der Bindung beeinflusst aber auch physiologische Parameter, wie z. B. kardiovaskuläre, psychoendokrine und psychoimmunologische Prozesse (SPANGLER und SCHIECHE, 1995). Determiniert wird die Art der Bindung in erster Linie durch die Feinfühligkeit der primären Bezugspersonen (RAUH, 2000). Diese elterliche Responsivität, die Fähigkeit und Neigung, feinfühlig auf das Kind einzugehen und zu reagieren, hängt wiederum u. a. wesentlich von der Zufriedenheit der Eltern mit ihrer Partnerschaft ab, aber auch von eher strukturellen Parametern der familiären Verhältnisse, wie z. B. der Dauer des Erziehungsurlaubes (CLARK et al., 1997; KRAUSE, 1999).

Gleichgültigkeit, Verständnislosigkeit, Inkonsequenz oder Überbesorgtheit der Eltern können schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt längerfristig negative Entwicklungen begründen, wie z. B. eine erhöhte Suchtneigung (siehe ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR FAMILIENFORSCHUNG, 1999). Es kann aber auch die Familie selbst, im Sinn der sog. „Familienstresstheorie“ (siehe dazu z. B. BODENMANN, 1997; SCHNEEWIND, 1999), zum gesundheitsgefährdenden Stressor werden, etwa durch anhaltende Konflikte zwischen den Eltern, oder wenn Familienmitglieder mehr oder weniger die Familie verlassen, typischerweise durch Trennung bzw. Scheidung der Eltern.

Dennoch führen derartige familiär bedingte Risikofaktoren nicht in jedem Fall zwangsläufig zu pathologischen Entwicklungen. Es gibt, wie aus der Resilienzforschung bekannt (siehe z. B. BENDER und LÖSEL, 1998; LÖSEL und BENDER, 1999), immer wieder Kinder, die trotz ungünstigster familiärer Verhältnisse und Lebensumstände über ein erstaunlich hohes Maß an Widerstandsfähigkeit verfügen.

Eine wichtige, potenziell protektive Funktion kommt auch dem Erziehungsstil der Eltern zu: So wirkt etwa ein Erziehungsverhalten von Eltern, die sich im Umgang mit ihren Kindern an einem autoritativen Erziehungsstil (siehe BAUMRIND, 1971) orientieren, kompensatorisch dem Einfluss benachteiligender Lebensumstände auf die Entwicklung unangepassten Verhaltens bei Kindern deutlich entgegen (SCHNEEWIND, 1999). Eine emotional positive, zugewandte und akzeptierende, angemessen fordernde und kontrollierende Erziehung erfüllt somit eine grundlegende Funktion für eine psychisch gesunde Entwicklung von Kindern (siehe z. B. BENDER und LÖSEL, 1998).

All diese Einflüsse und Wechselwirkungen, welche hier speziell die Bedeutung der familiären Verhältnisse für die kindliche Gesundheit belegen, werden sehr anschaulich analysiert im Rahmen des ökologisch orientierten Sozialisationsmodells nach BRONFENBRENNER (z. B. 1981; siehe dazu auch die Ausführungen von NICKEL und PETZOLD, 1993), welches zwischen verschiedenen strukturellen Ebenen, im Wesentlichen einem Mikrosystem (z. B. Familie), einem Mesosystem (Wechselbeziehungen z. B. zwischen Familie und Schule), einem Exosystem (für die Kinder z. B. die Berufswelt der Eltern) und einem Makrosystem (gesellschaftlich-kultureller Bezugsrahmen) unterscheidet. Dieses (bio-)ökologische Modell stellt auch einen Versuch dar, im Zuge der Anlage-Umwelt-Debatte („nature – nurture“), das Zusammenwirken von genetischen und Umwelteinflüssen grundlegend zu erklären, wobei diesem Ansatz zufolge das genetische Potenzial nur in Auseinandersetzung mit entwicklungsfördernden Umwelten phänotypisch zur Geltung kommen kann (siehe BRONFENBRENNER und CECI 1994; SCHNEEWIND, 1999). Andere, in letzter Zeit zunehmend (wieder) an Bedeutung gewinnende Ansätze führen die beobachtbaren Differenzen zwischen Menschen primär auf den individuellen Genotypus zurück (siehe z. B. SCARR, 1992). ROWE und JACOBSON (2000) fassen die Befundlage auch im Kontext der Bedeutung familiärer Verhältnisse dahingehend zusammen, dass bei dem Versuch, die Rolle familiärer Einflüsse zu verstehen, auch die Wirkung von Genen niemals ignoriert werden soll.

Aus demographischer Perspektive lassen sich die familiären Verhältnisse gegenwärtig vor allem durch das steigende Durchschnittsalter bei der Geburt des Kindes (bei den Müttern 27 Jahre) und das „low fertility-syndrom“ (KYTIR und MÜNZ, 1999) – ein Sinken der Gesamtfertilitätsrate auf den historischen Tiefstand von durchschnittlich 1,32 (1997) Kinder pro Frau charakterisieren.³ Das geringe Fertilitätsniveau macht sich auch im Sinken der durchschnittlichen Haushaltsgröße bemerkbar. Sie beträgt österreichweit 2,5 Personen, in Wien sogar nur (mehr) 2,0 (STATISTIK ÖSTERREICH, 2000b; WERNECK und ROLLETT, in Druck).

³ Unter den Ausländerinnen zeigte sich 1997 ein doppelt so starker Geburtenrückgang wie unter Inländerinnen. Der Anteil von Geburten durch Ausländerinnen betrug österreichweit 13,1 Prozent, in Wien 21,7 Prozent (insg. lebten 1997 9,1 Prozent Ausländer bzw. Ausländerinnen in Österreich, in Wien 17,6 Prozent; siehe Österreichisches Statistisches Zentralamt, 1999).

Alleinerziehende Eltern

Von den österreichischen Familien mit Kindern sind etwa 71 Prozent der Eltern verheiratet, 3,9 Prozent in Lebensgemeinschaft und ca. 25,1 Prozent (freiwillig oder unfreiwillig) alleinerziehend. Aus Perspektive der Kinder selbst werden etwa 22,1 Prozent aller Minderjährigen von nur einem Elternteil erzogen, bei steigender Tendenz (siehe z. B. NOWAK und SCHIPFER, 1998; STATISTIK ÖSTERREICH, 1999). 87,5 Prozent von diesen Alleinerziehenden sind Mütter, bei den jüngeren Kindern liegt der Anteil höher (BEHAM et al., 1997; NOWAK und SCHIPFER, 1998). Für die betroffenen Kinder ist diese familiäre Situation meist vor allem mit sozioökonomischen Nachteilen verbunden.

Der Anteil der Kinder alleinerziehender Eltern beträgt unter den Krippenkindern etwa 16 Prozent und unter den Kindergartenkindern neun Prozent (NOWAK und SCHIPFER, 1998). Die Erwerbsquote⁴ unter alleinerziehenden österreichischen Frauen (von 15–59 Jahren) mit mindestens einem Kind unter 15 Jahren betrug 1998 86 Prozent, im Unterschied zu 69 Prozent bei Ehefrauen (siehe BEHAM und SCHRAMM, 1995; STATISTIK ÖSTERREICH, 2000b).

Es ist weniger die Tatsache selbst, (überwiegend) von einem Elternteil erzogen zu werden, welche das – psychische und physische – Gesundheitsrisiko der betroffenen Kinder negativ beeinflusst, als vielmehr das damit verbundene Bedingungsgefüge anderer Faktoren, wie etwa die Familienatmosphäre, der Erziehungsstil, das Bildungsniveau, der soziale und materielle Status, die Art und Weise, wie der/die Alleinerziehende mit den Aufgaben zurecht kommt usw. (siehe z. B. SANDER, 1989).

Typische Gesundheitsrisiken für Kinder alleinerziehender Elternteile ergeben sich aus einem unsicheren, inkonsequenten Erziehungsverhalten und erhöhten, unangemessenen bzw. nicht altersgemäßen Anforderungen an die Kinder, sowohl arbeitsmäßig (etwa bei der Mithilfe im Haushalt) als auch emotional. Speziell die Tendenz, das gegengeschlechtliche Kind zunehmend in die Rolle eines (Ehe-)Partnersubstituts zu drängen, führt oft zwangsläufig zur psychischen Überforderung (siehe z. B. KREPPNER und ULLRICH, 1999).

Unter optimalen Bedingungen können Kinder, die nur von einem Elternteil erzogen werden, aus ihrer speziellen Situation allerdings auch profitieren, etwa durch die forcierte Entwicklung von internen Kontrollüberzeugungen oder mehr Selbstständigkeit und Verantwortlichkeit in bestimmten Lebensbereichen (z. B. AMATO, 1987).

Zu unterscheiden, auch in Hinblick auf mögliche gesundheitliche Konsequenzen für die betroffenen Kinder, ist allerdings auch nach den Ursachen, weshalb das Kind nur von einem Elternteil erzogen wird: Grob kann unterschieden werden zwischen (noch) ledigen Elternteilen – wobei sich vor allem zunehmend mehr Frauen ganz bewusst für diese Lebensform (ohne Partner, mit Kind) entscheiden –, geschiedenen, getrennt lebenden und verwitweten Elternteilen (siehe z. B. KRÜGER, 1998).

Legitimation/Familienstand der Eltern

In Österreich haben derzeit insgesamt 8,1 Millionen Menschen ihren Hauptwohnsitz, in Wien 1,6 Millionen. 1998 gab es österreichweit 2,26 Millionen Familien, davon 37 Prozent kinderlose Ehepaare, 51 Prozent Ehepaare mit Kindern (im selben Haushalt lebend, ohne Rücksicht auf deren Alter) und 12 Prozent Teilfamilien. In den 1,41 Millionen Familien mit Kindern lebten insgesamt 2,46 Millionen Kinder, davon in 854.900 Familien mit mindestens einem Kind unter 15 Jahren (STATISTIK ÖSTERREICH, 2000b; siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Kinder nach Familientyp (gemäß letzter Volkszählung, 1991)

Familienstand	Kinderanzahl			
	Wien		Österreich	
	absolut	relativ	absolut	relativ
Eltern verheiratet	245.316	68,2	1.926.961	78,5
Eltern in Lebensgemeinschaft	16.473	4,6	76.827	3,1
alleinstehende Mutter	81.350	22,6	381.807	15,5
alleinstehender Vater	16.414	4,6	70.001	2,9
insgesamt	359.553	100,0	2.455.596	100,0

Quelle: Statistik Österreich, Volkszählung 1991 (zitiert nach BEHAM et al., 1997)

⁴ Die Erwerbsquote wird hier berechnet nach dem Labour-Force-Konzept (LFK), wonach jene Personen als erwerbstätig definiert werden, die in der Woche vor der Befragung zumindest eine Stunde gegen Bezahlung gearbeitet haben oder zwar nicht gearbeitet haben, aber einen Arbeitsplatz (auch als Selbstständige oder mithelfende Angehörige) hatten.

Etwa 68 Prozent aller Frauen und 47 Prozent aller Männer in Österreich zwischen 20 und 54 Jahren leben mit Kindern in einem gemeinsamen Haushalt (BM FÜR UMWELT, JUGEND UND FAMILIE, 1999). 15 Prozent aller Familien mit Kindern haben drei oder mehr Kinder (siehe STATISTIK ÖSTERREICH, 2000b).

Die Gesamtzahl der Eheschließungen sinkt seit den 50er Jahren insgesamt relativ kontinuierlich (abgesehen von wenigen Unregelmäßigkeiten, bedingt etwa durch die Einführung der Heiratsbeihilfe 1972 oder deren Wegfall 1988). 1999 wurden in Österreich insgesamt 39.485 Ehen geschlossen (davon etwa zwei Drittel Erst-Ehen), in Wien 9.104, was sogar einem Zuwachs von 4,7 Prozent (dem höchsten aller Bundesländer) gegenüber 1998 entspricht (STATISTIK ÖSTERREICH, 1999, 2000c).

Das Durchschnittsalter bei der (ersten) Eheschließung stieg dabei, z. B. von 1975–1995 für Frauen von 21,4 auf 26,0 Jahre und für Männer von 24,4 auf 28,2 Jahre (siehe z. B. WERNECK und ROLLETT, in Druck).

Parallel dazu stieg die Zahl der Lebensgemeinschaften. Diese Lebensform wird zur Zeit etwa von 10 Prozent aller 20–30-Jährigen (KYTIR, persönl. Mitteilung, 12.11.1997) und – wie in den meisten Ländern West- und Nordeuropas – etwa von einem Drittel der Altersgruppe zwischen 25 und 30 Jahren (PRINZ, 1998) praktiziert. Sehr oft gehen diese Partnerschaftsmodelle allerdings zu einem späteren Zeitpunkt in eine Ehe über, was etwa darin zum Ausdruck kommt, dass 1995 zum Zeitpunkt der standesamtlichen Anmeldung zur Eheschließung bereits 53 Prozent aller Paare die gleiche Wohnadresse angaben (FINDL, 1996). In der Gruppe der 35–39-Jährigen reduzierte sich der Anteil der Lebensgemeinschaften dementsprechend wieder auf ca. zehn Prozent (PRINZ, 1998).

Insgesamt werden Kinder allerdings zunehmend nicht mehr im Rahmen einer Ehe zur Welt gebracht. Der Anteil unehelich geborener Kinder stieg im Zeitraum 1965–1999 von 11,0 Prozent auf 30,5 Prozent⁵ (Wien: 25,9 Prozent) bzw. 41,3 Prozent bei den Erstgeborenen,⁶ wobei die sogenannte Legitimierungswahrscheinlichkeit durch nachträgliche Eheschließung der leiblichen Eltern bei 53,3 Prozent lag (FINDL, 1996; GISSER et al., 1995; STATISTIK ÖSTERREICH, 2000c; WILK, 1995).

Im Zusammenhang mit dieser zunehmenden Pluralität der Lebensformen wird es künftig voraussichtlich verstärkt zu einer Aneinanderreihung verschiedener Lebensformen in den individuellen Biografien, im Sinne von Durchgangsstadien, kommen – mit all den damit verbundenen Konsequenzen, vor allem auch für die betroffenen Kinder (SCHNEIDER, 1998, WERNECK und ROLLETT, in Druck).

Trennungs- und Scheidungsraten

Die Scheidungsquoten lagen 1999 bundesweit bei 40,5 Prozent, in Wien bei 51,4 Prozent, mit steigender Tendenz⁷ (FINDL, 1996; NOWAK und SCHIPFER, 1998; STATISTIK ÖSTERREICH, 1999, 2000a, 2000d). Die Zahl der von der Scheidung ihrer Eltern betroffenen Kinder betrug 1999 insgesamt 20.910 (das entspricht einem Mittelwert von 1,13 Kinder pro geschiedener Ehe), darunter 16.907 Minderjährige (Personen unter 18 Jahren), mit einem Durchschnittsalter von 9,2 Jahren (STATISTIK ÖSTERREICH, 1999, 2000a, 2000d). Die Wahrscheinlichkeit für Kinder und Jugendliche, die Scheidung ihrer Eltern zu erleben, beträgt österreichweit ca. 20 Prozent, in Wien ca. 25 Prozent (BM FÜR UMWELT, JUGEND UND FAMILIE, 1999).

In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass das Trennungsrisiko bei Lebensgemeinschaften – etwa aufgrund geringerer (v.a. finanzieller) Abhängigkeit – noch um mindestens 50 Prozent höher als bei Ehegemeinschaften lag, auch wenn Kinder vorhanden waren (PRINZ, 1998). Die Zahl der von der Trennung ihrer Eltern betroffenen Kinder lag de facto also weit über jener der Scheidungskinder.

Die möglichen Folgen einer Scheidung (siehe Kap. 3.1.4) für die betroffenen Kinder sind sehr differenziert zu beurteilen und variieren relativ stark, in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht des Kindes, vom Temperament des Kindes, den Eltern-Kind-Beziehungen, der sozioökonomischen Situation, dem sozialen Umfeld, dem Verlauf der Trennung, der Qualität der Nachscheidungsbeziehung der Eltern, dem Wohlbefinden der Eltern usw. (siehe z. B. SCHWARZ 1999; WALPER und SCHWARZ, 1999).

AMATO und KEITH (1991) fanden in einer Metaanalyse von 92 Studien zu den Scheidungsfolgen für Kinder Hinweise für Beeinträchtigungen vor allem in folgenden Bereichen:

1. Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Aggressivität);
2. Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Ängste, Depressionen);
3. Schul- und Leistungsprobleme;
4. Auffälligkeiten im Sozialverhalten (v.a. weniger soziale Aktivitäten);

⁵ Innerhalb Europas zeigen sich hier große geografische Unterschiede, insofern als vor allem in den skandinavischen Ländern schon fast die Hälfte aller Kinder unehelich geboren wird, in anderen Ländern (z. B. Deutschland, Schweiz, Italien) nur etwa jedes zehnte Kind, allerdings auch mit stark steigender Tendenz (PRINZ, 1998).

⁶ In Skandinavien werden bereits über 80 Prozent der Erstgeborenen unehelich geboren; betrachtet man nur jene Kinder, die im Rahmen einer aufrechten Partnerschaft geboren werden, reduziert sich dieser Prozentsatz allerdings meist um mehr als die Hälfte (siehe PRINZ, 1998).

⁷ 1972 lag die Scheidungsquote (Eheschließungen eines Jahres bezogen auf jene Eheschließungsjahrgänge, aus denen geschiedene Ehen stammen) in Österreich bei 17,8 Prozent (GISSER, HOLZER, MÜNZ und NEBENFÜHR, 1995).

5. Langfristige Beeinträchtigungen im psychischen und physischen Wohlbefinden (z. B. mehr Gesundheitsprobleme als Erwachsene);
6. Negativere Einstellung zur Ehe und höheres Scheidungsrisiko als Erwachsene.

In diesem Zusammenhang ist vom methodischen Standpunkt allerdings auf die zumeist relativ geringen Effektgrößen und auch auf mögliche Konfundierungen mit Außenvariablen (etwa dem sozioökonomischen Status) hinzuweisen. Scheidungsfolgen sind nie ausschließlich auf die Veränderung der Familienstruktur zurückzuführen, sondern immer auch im gesamten Lebenskontext der Familie und ihrer Mitglieder zu sehen. Außerdem gilt es, nicht nur die mutmaßlichen Effekte einer Scheidung auf die Entwicklung der Kinder zu berücksichtigen, sondern speziell auch Prozesse, die überhaupt erst zu diesen Effekten geführt haben (siehe z. B. SCHNEEWIND, 1999). Die Scheidung selbst ist demgemäß nicht als ein automatisch pathogenes, mit Defiziten verbundenes Ereignis zu begreifen, sondern vielmehr als eine – vorerst einmal – neutral zu bewertende Übergangsphase, im Sinne einer Reorganisation (siehe z. B. FTHENAKIS, 2000). Als wesentlichster Faktor der Scheidungsbewältigung durch die betroffenen Kinder stellt sich eine positive Beziehungsgestaltung in den Familien auch nach der Trennung (vor allem zum nichtsorgeberechtigten Elternteil) dar. Die elterliche Paarbeziehung kann also als wirkungsvollster Ansatzpunkt zur Wahrung des Kindeswohls, der kindlichen Gesundheit und zur Sicherung kindlicher Entwicklungsmöglichkeiten nach der Scheidung angesehen werden (siehe v.a. SCHMIDT-DENTER, 2000) (siehe Kap. 3.1.4).

Geschwisterzahl/Einzelkinder

45,1 Prozent aller (lebendgeborenen⁸) Kinder waren in Österreich 1997 Erstkinder, 35,8 Prozent Zweitkinder, 13,6 Prozent Drittkinder, 3,9 Prozent Viertkinder, und bei 1,6 Prozent handelte es sich um das fünfte oder ein weiteres Kind (siehe STATISTIK ÖSTERREICH, 1999). Aus Perspektive der Kinder bzw. Jugendlichen unter 15 Jahren lebten 1991 in Österreich 23,5 Prozent als Einzelkinder, 44,5 Prozent mit einer Schwester oder einem Bruder, 21 Prozent mit zwei Geschwistern und elf Prozent mit drei oder mehreren Geschwistern zusammen. In Wien betrug der Anteil der Einzelkinder 32,7 Prozent, also etwa ein Drittel (BEHAM et al., 1997).

Auch in diesem Zusammenhang wird der Trend zur Kleinfamilie deutlich. So sank beispielsweise in Wien zwischen den Volkszählungen 1981 und 1991 die Zahl jener Kinder, die mit drei oder mehr Geschwistern in einem Haushalt leben, um 17,8 Prozent (siehe auch Tabelle 2).

Tabelle 2: Kinder nach Anzahl der Kinder in der Familie (absolute und relative Häufigkeit), gemäß Volkszählung 1991

Kinderanzahl pro Familie	Wien		Österreich	
1 Kind	145.468	40,5 %	699.568	28,5 %
2 Kinder	144.438	40,2 %	994.100	40,5 %
3 Kinder	48.156	13,4 %	484.104	19,7 %
4 und mehr Kinder	21.491	6,0 %	277.824	11,3 %
insgesamt	359.553	100,0 %	2.455.596	100,0 %

Quelle: Statistik Österreich, Volkszählung 1991 (zitiert nach BEHAM et al., 1997)

In Österreich beträgt – aus Kinderperspektive (für Kinder bis 15 Jahre) – die durchschnittliche Kinderanzahl im Haushalt 2,79, in Wien 2,55 (BEHAM et al., 1997).

Die Geschwisterbeziehung nimmt schon allein deshalb eine besondere Stellung ein, da sie in der Regel die am längsten währende, eine unaufkündbare und annähernd egalitäre menschliche Beziehung darstellt, die auf einer gemeinsamen Vergangenheit beruht (siehe z. B. SCHNEEWIND, 1999).

Aus struktureller, systemischer Sichtweise bedeutet die Ankunft eines Geschwisters primär eine Vermehrung der dyadischen und triadischen Konstellationen, somit eine Veränderung der bestehenden Beziehungsmuster und oft auch des Familienklimas (siehe z. B. KREPPNER, 2000). Prinzipiell gelten Geschwisterbeziehungen als wichtige potenzielle Ressource, speziell unter belasteten Familienverhältnissen, die das persönliche Wohlbefinden, die psychische Gesundheit deutlich stärken können. Ältere Geschwister fungieren nicht nur als Lernmodell, ihnen kommt für ihre jüngeren Geschwister auch oftmals eine Art „Pionierfunktion“ zu.

Die Situation von Einzelkindern, welche häufig als potenziell belastend dargestellt wurde, wird in jüngeren Studien positiver als bisher dargestellt, vor allem unter der Bedingung hochwertiger Eltern-Kind-Beziehungen, und wenn

⁸ Die Säuglingssterblichkeit im ersten Lebensjahr lag 1999 (ähnlich wie auch in den Jahren zuvor) österreichweit bei 4,4 Promille, in Wien bei 5,1 Promille (STATISTIK ÖSTERREICH, 2000c).

sich das Kind individuell entfalten kann (siehe z. B. KASTEN, 1998). Auch hier ergibt sich häufig das methodische Problem, dass Einzelkinder schon in gestörtere Familienverhältnisse hineinwachsen bzw. Problemfamilien eher keine weiteren Kinder bekommen und daher viele Gesundheitsgefährdungen von Einzelkindern fälschlicherweise monokausal der Tatsache zugeschrieben wurden, dass diese Kinder keine Geschwister haben.

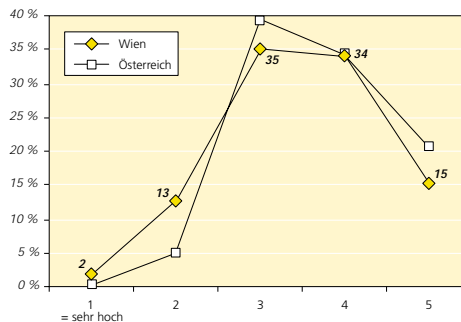
3.1.1 Sozioökonomischer Status der Familie

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse des WHO-HBSC-Surveys von 1998 dargestellt (LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR MEDIZIN- UND GESUNDHEITSSOZIOLOGIE, 1998). In dieser Befragung von 11–15-jährigen Kindern wird der sozioökonomische Status der Familie – angesichts der Messschwierigkeiten in dieser Population – mit drei verschiedenen Indikatoren erfasst: mit dem Beruf der Eltern, mit dem Vorhandensein von bestimmten Lebensstandardfaktoren und über die von den Kindern wahrgenommene finanzielle Situation der Familie. Aus diesen Indikatoren lässt sich das Familieneinkommen mit hoher Treffsicherheit rekonstruieren.

In Abb. 1 ist die Verteilung der Wiener Schulkinder nach dem Familieneinkommen in fünf Gruppen dargestellt. Danach leben zwei Prozent der Wiener Schulkinder in einer Familie mit sehr hohem Familieneinkommen, hingegen 15 Prozent in einer Familie, deren Einkommen als an der Armutsgrenze oder darunter beschrieben werden muss. Im Vergleich mit Daten des Österreichischen Statistischen Zentralamtes gibt dieser Index die tatsächliche ökonomische Situation von Wiener Haushalten sehr gut wieder. Laut STATISTIK ÖSTERREICH (1999) leben 13 Prozent der österreichischen Bevölkerung an der Armutsgrenze und rund 300.000 Personen in tatsächlicher Armut. Im europäischen Durchschnitt liegt der Anteil der armutsgefährdeten Familien bei 20 Prozent (EAPN, 1998).

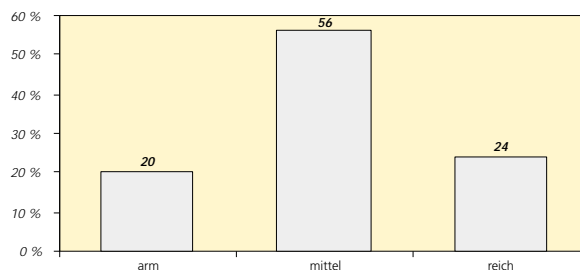
Für die weiteren statistischen Berechnungen wurde ein vereinfachter dreiteiliger Index⁹ verwendet, der die österreichischen Familien in ärmere, mittelschichtige und wohlhabende Familien differenziert, wobei Oberschicht und obere Mittelschicht zusammengefasst sind. Dieser Index teilt die Wiener Familien in 20 Prozent Arme, 56 Prozent Mittelschicht und 24 Prozent Wohlhabende (siehe Abb. 2).

Abbildung 1: Familieneinkommen von Wiener Familien im Vergleich zu Gesamtösterreich



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Abbildung 2: Ökonomischer Status von Wiener Familien (in %)



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

⁹ Zur Konstruktion des Index wurden folgende Variablen herangezogen: „Hat Deine Familie ein Auto?“; „Hast Du zu Hause ein eigenes Zimmer für Dich alleine?“; „Wie oft bist Du während des letzten Jahres in den Ferien mit Deiner Familie verreist?“; „Für wie reich schätzt Du Deine Familie ein?“.

Um das tatsächliche ökonomische Auskommen von Familien beschreiben zu können, muss neben dem Familieneinkommen auch die Familienzusammensetzung berücksichtigt werden, also die Frage, auf wie viele Köpfe das Einkommen zu verteilen ist.

Der Großteil der Befragten (35 Prozent) lebt mit beiden Eltern und mit einem weiteren Geschwisterteil zusammen in einem Vier-Personen-Haushalt. 26 Prozent der Wiener Schülerinnen und Schüler sind Einzelkinder, wovon sieben Prozent mit nur einem Elternteil zusammenleben. 28 Prozent leben in einem Fünf- und Mehr-Personen Haushalt (Tabelle 3).

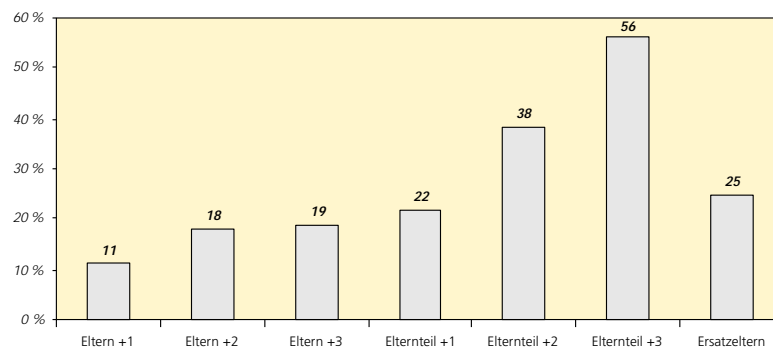
Tabelle 3: Familienzusammensetzung von Wiener Schulkindern (Zusammenleben mit den leiblichen Eltern oder Ersatzeltern und Geschwistern)

Familienzusammensetzung	%
Vater, Mutter und 1 Kind	19
Vater, Mutter und 2 Kinder	35
Vater, Mutter und 3 oder mehr Kinder	28
Nur Vater oder Mutter und 1 Kind	7
Nur Vater oder Mutter und 2 Kinder	7
Nur Vater oder Mutter und 3 oder mehr Kinder	3
Ersatzeltern	1
insgesamt	100

Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Wie die folgende Abb. 3 sehr deutlich zeigt, gilt, dass Familien desto armutsgefährdeter sind, je mehr Kinder sie haben. Noch stärker ist dieser Effekt in AlleinerzieherInnenfamilien gegeben, wo nur ein Einkommen zur Verfügung steht. 56 Prozent der AlleinerzieherInnen mit drei oder mehr Kindern sind der Kategorie der Armen zuzurechnen.

Abbildung 3: Familien, die in Armut leben, abhängig von der Familienzusammensetzung



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

3.1.2 Sozialer Rückhalt durch die Familie als soziales Kapital

Die neuere internationale Diskussion zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit berücksichtigt verstärkt das auf den französischen Soziologen Pierre BOURDIEU zurückgehende Konzept des Sozialen Kapitals. Dieses Konzept geht allgemein von Lebenschancen aus und begreift neben den ökonomischen Faktoren in gleicher Weise auch soziale Beziehungen als notwendige Ressourcen zu deren Realisierung (BOURDIEU, 1986). In dieser Betrachtungsweise ist die Familie nicht nur durch ihren sozioökonomischen Status charakterisiert, sondern ebenso durch die Qualität der sozialen Beziehungen und der sozialen Unterstützung, die sie anbietet.

Scheidungskinder

In diesem Sinne interessiert auch das Problem der Scheidungskinder (siehe Kap. 3.1.4), da Scheidung zumeist einen Verlust an sozialer Beziehungsqualität aus Sicht der Kinder bedeutet (siehe Kap. 3.2).

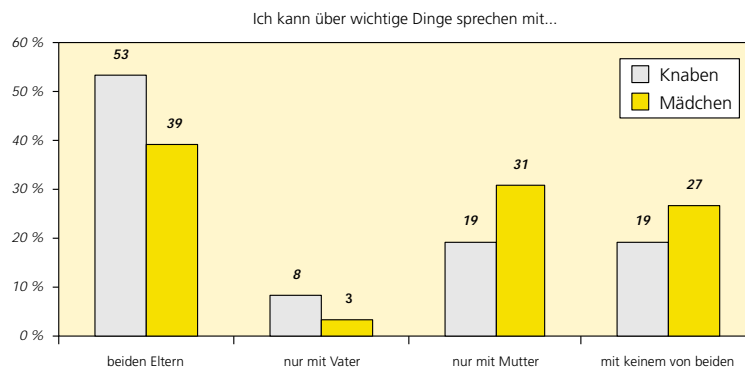
1998 wurden laut STATISTIK ÖSTERREICH in Wien 5.175 Ehen geschieden. Die Gesamtscheidungsrate (Ehescheidungen, bezogen auf jene Eheschließungsjahrgänge, aus denen sie stammen) betrug demnach 49,9 Prozent der entsprechenden Heiratsjahrgänge. Von diesen Scheidungen waren in Wien 3.707 Kinder (unter 19 Jahren) von Scheidungen betroffen. Von diesen Kindern waren zur Zeit der Scheidung 483 Kinder unter drei Jahren alt, 864 befanden sich im Kindergartenalter (drei bis unter sechs Jahre), 990 im Volksschulalter (sechs bis unter zehn Jahre) und 662 im Hauptschulalter (zehn bis unter 14 Jahre). Zu den Jugendlichen von 14 bis unter 19 Jahren zählten 698 Scheidungswaisen, und 819 Kinder waren bereits volljährig, als sich die Eltern scheiden ließen.

Gesprächsklima in der Familie¹⁰

71 Prozent der Kinder und Jugendlichen können mit der Mutter, 51 Prozent mit dem Vater über Dinge und Probleme sprechen, die ihnen wirklich wichtig sind. Je älter die Schülerinnen und Schüler sind, desto schwerer fällt ihnen dies allerdings. Von den 11-Jährigen berichten 84 Prozent der Knaben und 73 Prozent der Mädchen ein gutes familiäres Gesprächsklima, bei den 15-Jährigen sinkt dieser Wert auf 62 Prozent bei den Knaben und 65 Prozent bei den Mädchen ab. Mit dem Vater können in dieser Altersgruppe überhaupt nur mehr 48 Prozent der Knaben und 43 Prozent der Mädchen über persönliche Probleme sprechen.

Problematisch jedoch ist jene Gruppe, die mit ihren Eltern überhaupt nicht über persönliche Dinge sprechen kann: Dies gilt für 19 Prozent der Knaben und 27 Prozent der Mädchen. Erwartungsgemäß liegt auch dieser Wert bei den 15-Jährigen höher als bei den 11-Jährigen (siehe Abb. 4).

Abbildung: 4: Gesprächsklima mit den Eltern nach Geschlecht aus Sicht der 11–15-jährigen Kinder



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Soziale Unterstützung durch die Familie¹¹

Erwartungsgemäß erhalten die Kinder von der Mutter die meiste Unterstützung. 57 Prozent können bei ernststen Problemen „immer“ mit der Hilfe der Mutter, jedoch nur 32 Prozent „immer“ mit der Hilfe des Vaters rechnen. 29 Prozent der Wiener Schulkinder können sogar immer von **beiden** Elternteilen mit Hilfe und Unterstützung rechnen.

Auch bezüglich der Unterstützung durch die Eltern besteht ein Alterseffekt in der Weise, dass sich die älteren SchülerInnen weniger unterstützt fühlen als die Jüngeren. Ebenso fühlen sich Mädchen weniger unterstützt als die Knaben. Besonders von den Vätern scheinen die Wiener Mädchen wenig Unterstützung zu erhalten. Von den 15-jährigen Mädchen erhalten 19 Prozent von der Mutter und 38 Prozent vom Vater gar keine Unterstützung. Die Knaben sind diesbezüglich besser gestellt.

¹⁰ WHO-HBSC Survey 1998: Forschungsfrage 39 „Wie leicht oder schwer fällt es Dir, mit Deinen Eltern bzw. Geschwistern über Dinge zu sprechen, die Dir wirklich nahe gehen und wichtig sind?“

¹¹ siehe WHO-HBSC Survey Forschungsfrage.45: „Wenn ich ernste Probleme habe, helfen mir meine Eltern, damit umzugehen.“

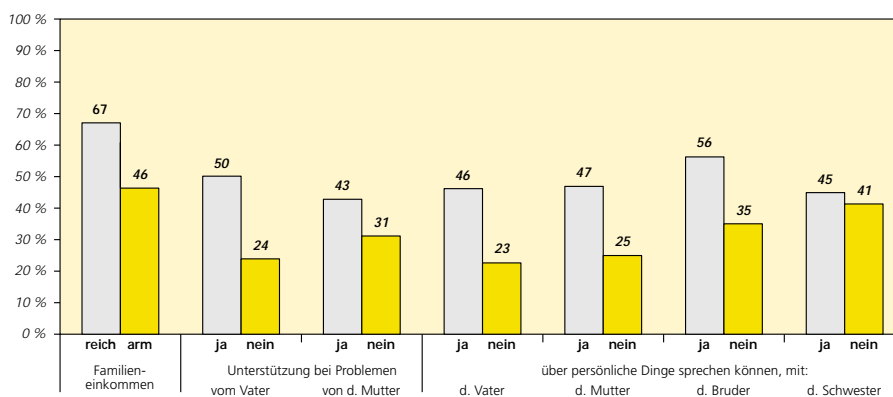
3.1.3 Familie und Gesundheit

Wie aus vielen neueren gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen (WILKINSON, 1996) bekannt ist, zeigt sich auch in den Ergebnissen für die Wiener Schulkinder, dass Unterschiede im Familieneinkommen, im familiären Gesprächsklima und im Ausmaß an erfahrener familiärer Unterstützung mit Unterschieden im selbstberichteten Gesundheitszustand assoziiert sind.

So fühlen sich 67 Prozent der reichen, aber nur 46 Prozent der armen Kinder, 50 Prozent derer mit väterlicher Unterstützung, aber nur 24 Prozent derer ohne väterliche Unterstützung, 46 Prozent derer mit positivem, aber nur 23 Prozent derer mit gestörtem familiärem Gesprächsklima „sehr gesund“ (siehe Abb. 5).

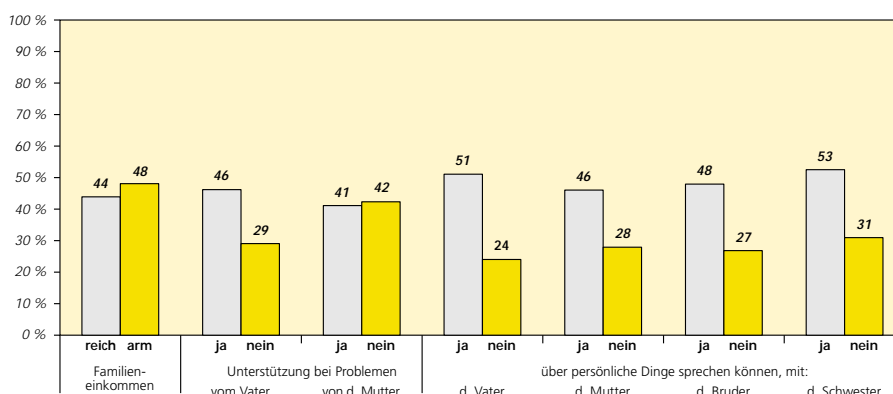
Im Unterschied dazu ist das Familieneinkommen mit dem Wohlbefinden nicht assoziiert. Es scheint sogar, dass Kinder aus armen Haushalten sich etwas häufiger als glücklich bezeichnen als Kinder aus reichen Haushalten. Hingegen ist das soziale Kapital – das Gesprächsklima in der Familie – mit dem Wohlbefinden in gleicher Weise assoziiert wie mit dem subjektiven Gesundheitsbefinden: Kinder, die mit Vater, Mutter, Bruder oder Schwester über ihre persönlichen Probleme sprechen können, bezeichnen sich fast doppelt so häufig als sehr glücklich gegenüber Kindern, für die kein positives familiäres Gesprächsklima gegeben ist (siehe Abb. 6).

Abbildung 5: Anteil der Kinder, die sich als „sehr gesund“ bezeichnen, in Abhängigkeit von sozio-ökonomischem Status und sozialem Kapital



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Abbildung 6: Anteil der Kinder, die sich als „sehr glücklich“ bezeichnen, in Abhängigkeit von sozioökonomischem Status und sozialem Kapital



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

3.1.4 Scheidung im kindlichen Erleben

Die Zahl der Scheidungen wächst – sowohl in Österreich als auch international – und damit auch die Zahl der von Scheidung betroffenen Kinder. Seit einiger Zeit konzentriert sich das Interesse der Forschung, der Beratungsdienste und der Politik auf das Phänomen Ehescheidung. Das Interesse gilt nicht nur der quantitativen Seite, sondern vielmehr sind es die Folgen, die Trennung und Ehescheidung sowohl für die betroffenen Familienmitglieder, vor allem für das Kind, als auch für das familiäre System und für die Gesellschaft haben.

Forschungsbeiträge, insbesondere aus dem angloamerikanischen Raum (HETHERINGTON, 1989 und 1993; WALLERSTEIN und BLAKESLEE, 1989), haben in den vergangenen Jahren eine Fülle von Erkenntnissen erbracht, die über die Komplexität und den Verlauf des Scheidungsphänomens informieren. Ehescheidung wird dabei als ein sehr komplexes und multidimensionales Ereignis betrachtet.

Die statistische Entwicklung der Scheidungsraten in Österreich

Nach den Meldungen der zuständigen Gerichte wurden 1998 in Österreich 17.884 Ehen rechtskräftig geschieden. Die Gesamtscheidungsrate blieb mit 38,6 auf je 100 Eheschließungen der entsprechenden Heiratsjahrgänge gegenüber dem Jahr 1997 unverändert.

Regional differenziert waren die Scheidungsraten stets in Wien am höchsten. Derzeit wird mit 49,9 Prozent jede zweite Ehe in der Bundeshauptstadt geschieden. Auf diesem Niveau liegt Wien bereits seit Beginn der 90er Jahre relativ konstant. In Wien halten die Ehen auch am kürzesten. Die durchschnittliche Ehedauer der 1998 in der Bundeshauptstadt geschiedenen Ehen betrug mit 9,6 Jahren um mehr als ein Jahr weniger als im Bundesschnitt.

In 6.091 Fällen war die geschiedene Ehe kinderlos geblieben (auf alle Bundesländer bezogen). Aus 5.348 Ehen war je ein Kind hervorgegangen, 4.890 hatten zwei und 1.555 drei oder mehr Kinder. Insgesamt waren 1998 20.292 Kinder betroffen, darunter 16.404 Minderjährige (unter 19 Jahre). Von den Kindern waren 1.799 zur Zeit der Scheidung der Eltern noch nicht drei Jahre alt, 3.277 im Kindergartenalter (drei bis unter sechs Jahre), 4.220 im Volksschulalter (sechs bis unter zehn Jahre) und 3.466 im Hauptschulalter (zehn bis unter 14 Jahre). Zu den Jugendlichen von 14 bis unter 19 Jahren zählten 3.642 Scheidungswaisen, und 3.888 Kinder waren bereits volljährig, als sich die Eltern scheiden ließen. (ÖSTERREICHISCHES STATISTISCHES ZENTRALAMT, 1999). In Wien lebten 1998 knapp 70 Prozent der Schulkinder bei verheirateten Eltern (BM FÜR UMWELT, FAMILIE UND JUGEND, 1999).

Aus diesen Zahlen lässt sich ableiten, dass es sich bei Ehescheidungen schon lange nicht mehr um individuelle Einzelschicksale und bei Scheidungskindern nicht um eine gesellschaftliche Randgruppe handelt; vielmehr ist die sogenannte Ein-Eltern-Familie eine Variation möglicher Entwicklungsbedingungen mit einem ihr eigenen Selbstverständnis geworden (KRAPPMANN, 1988).

Nicht berücksichtigt werden in der Statistik ganz allgemein „Trennungen“, weil diese schwer zu erheben und abzugrenzen sind. Es gibt heute sehr viel mehr Systeme, die sich zusätzlich herausbilden, innerhalb derer sich Einzelne untereinander als zusammengehörig fühlen, wie eine Familie, jedoch ohne Eheschließung. Daraus folgen, wenn Trennung stattfindet, auch Trennungskrisen und deren mögliche psychische Folgen.

Erkenntnisse der empirischen Sozialforschung dokumentieren den gesellschaftlichen Werte- und Bedeutungswandel von Ehe und Familie. Die stetige Zunahme der Scheidungsraten beschäftigt in steigendem Maße auch die Wissenschaft mit der Frage nach den Ursachen von Familien- und Partnerschaftskonflikten. Untersuchungen brachten den Nachweis, dass die gestiegenen psychischen Anforderungen an die Ehe und die hohen emotionalen Ansprüche an den Ehepartner häufig das Scheitern der Beziehung verursachen (NAVE-HERZ, 1990). Die moderne Scheidungsforschung ist dazu übergegangen, Scheidung als Transition im Familienentwicklungsprozess zu begreifen. Dabei werden die Reaktionen und die Verarbeitung der Kinder aus dieser systemisch-entwicklungsorientierten Perspektive in den familialen Entwicklungszusammenhang gestellt (FTHENAKIS, 1995; HETHERINGTON, 1993).

Verschiedene Ansätze bei der Scheidungsfolgenforschung

Die Folgen elterlicher Trennung und Scheidung für Wohlbefinden und psychische Probleme der Kinder wurden bisher vor allem durch zwei Forschungsstrategien untersucht. In **Querschnittuntersuchungen** werden Kinder aus Scheidungsfamilien mit Kindern verglichen, die in Zwei-Eltern-Familien, in der Literatur auch als vollständige oder intakte Familien bezeichnet, aufwachsen. Diese Studien kommen überwiegend zu dem Ergebnis, dass Kinder aus Scheidungsfamilien psychisch belasteter sind als Kinder aus den Vergleichsfamilien. Um die Entstehung kindlicher Auffälligkeiten im Scheidungsgeschehen erklären zu können, werden besonders hohe Erwartungen an **Längsschnittstudien** geknüpft. Längsschnittlich angelegte Untersuchungen gehen davon aus, dass Scheidung als ein Prozess des familiären Überganges aufzufassen ist, in dem alle Mitglieder der Familie verschiedenen Veränderungs- und Anpassungsprozessen ausgesetzt sind (HETHERINGTON, 1993). Für die Forschung ergeben sich aus dieser Modellvorstellung eine Reihe von schwierigen Fragen, die auch in Längsschnittstudien nur schrittweise gelöst werden können. Aufgrund des hohen Arbeits- und Kostenaufwandes gibt es nur wenige solcher Untersuchungen.

Längsschnittliche Untersuchungen, die sich mit der Entwicklung der psychischen Befindlichkeit der Kinder ab dem Zeitpunkt der Scheidung befassen, bezeichnet die Forschung als Nach-Scheidungsverläufe. Es wird dabei das Ziel verfolgt, die mit der Scheidung einsetzende psychische Entwicklung der Kinder zu beobachten. Dabei ist der Einfluss vieler Faktoren zu berücksichtigen, da sich mit und nach der Scheidung eine Reihe von weiteren Lebensbedingungen verändert: soziale und wirtschaftliche Einschränkungen, Wohnungswechsel, Zusammenleben mit nur noch einem Elternteil, soziale Stigmatisierung usw. Familiäre Bedingungen, die schon vor der Scheidung bedeutsam waren, werden in diesen Untersuchungen weitgehend ignoriert.

Eine der frühesten und wichtigsten Studien über den Verlauf der Scheidungsfolgen ist die von HETHERINGTON (1989 und 1993), die bereits in den 70er Jahren begann, Daten über Scheidungsverläufe zu sammeln (Virginia Longitudinal Study of Divorce). HETHERINGTON (1993) meint zu den kurzfristigen – ein bis zwei Jahre dauernden – psychischen Auswirkungen, dass die Scheidung offensichtlich über die vor, während und nach ihr auftretenden Konflikte und Veränderungen der sozialen, ökonomischen und familiären Lebensverhältnisse zu Belastungen führt, die die Kinder mit Befindlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten beantworten.

Eine weitere, sehr bekannte Längsschnittstudie ist jene von WALLERSTEIN und BLAKESLEE (1989), welche ebenfalls in den USA durchgeführt wurde. Die Untersucherinnen haben die Scheidungsfamilien 15 Jahre lang in ihrer Entwicklung begleitet. Insgesamt konnten WALLERSTEIN und BLAKESLEE nach 15 Jahren Besonderheiten und Problemlagen der untersuchten Kinder nachweisen, die sie auf die Scheidung zurückführen.

Im deutschsprachigen Raum hingegen wurde dieser Forschungsbereich erst in den letzten Jahren entdeckt, wobei die 12-jährige Längsschnittuntersuchung von NAPP-PETERS (1995) als erste Scheidungsstudie zu nennen ist, welche die Wiederheirat der Eltern miteinbezieht. Zeitlich parallel dazu untersuchte LEHMKUHL (1997) in ihrer 7-jährigen Heidelberger Scheidungsstudie die Bewältigung von Scheidung von Eltern und Kindern. SCHMIDT-DENTER und BEELMANN (1997) folgten mit der Kölner Längsschnittuntersuchung zur Erfassung familiärer Veränderungen nach Trennung und Scheidung. FIGDOR (1991) führte Ende der 80er Jahre in Wien ein psychoanalytisch-pädagogisches Forschungsprojekt über die Auswirkungen der Scheidung auf die psychische Entwicklung der Kinder durch.

Die Ergebnisse der Scheidungsfolgenforschung sind praktisch wichtig, um die Bedeutung der Scheidung für die Kinder und die sich daraus ergebenden Entwicklungsprobleme besser verstehen und unterstützende Maßnahmen entwickeln zu können. SANDER (1988) weist auf folgenden Sachverhalt hin: Sollten die Forschungsergebnisse für die Beratung von Scheidung Betroffener genützt werden, müsste dabei der Akzent der Forschung zum Einen auf der Aufdeckung der einzelnen mit Ehescheidung verbundenen Belastungsfaktoren liegen, zum Anderen auf der Analyse von Bedingungen, unter denen sich Scheidungskinder möglichst ungefährdet entwickeln können.

Belastungen, Perspektiven und Bewältigungschancen

Insbesondere durch Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen hat sich überwiegend die Sichtweise durchgesetzt, eheliche Scheidung als einen Prozess zu verstehen, der durch eine Folge komplexer Ereignisse und tiefgreifender Veränderungen der Lebenssituation aller beteiligten Familienmitglieder gekennzeichnet ist. Im Verlauf des Scheidungsgeschehens werden von Eltern und Kindern eine Vielzahl von Anpassungsleistungen gefordert (FIGDOR, 1998; HETHERINGTON, 1993; KARDAS und LANGENMAYR, 1996; SCHMIDT-DENTER und BEELMANN, 1997). Mit welcher Situation Kinder und Eltern nach einer Ehescheidung konfrontiert sind, wird durch das Zusammenspiel einer Vielzahl von Faktoren bestimmt, und für jede Familie entsteht eine andere Konstellation von Schwierigkeiten aber auch positiven Aspekten.

Um nun dieser multifaktoriellen Beeinflussung scheidungsbezogener Erfahrungen und der Komplexität der Zusammenhänge Rechnung zu tragen, erfolgt die Darstellung in einem Ordnungssystem, das BRONFENBRENNER (1981) für seine „Ökologie menschlicher Entwicklung“ entworfen hat. Bezogen auf die Scheidungsproblematik sieht das System folgendermaßen aus:

Das **Makrosystem** ist der umfassendste Bereich mit kulturellen Wertvorstellungen, Normen und Einstellungen, die direkt oder indirekt darauf einwirken, wie ein Kind die Scheidung seiner Eltern wahrnimmt und wie es von ihr betroffen wird. Hier werden auch Maßnahmen der Familienpolitik und Gesetzgebung (Eherechtsänderungsgesetz, Unterhaltsvorschussgesetz, Sicherheitspolizeigesetz usw.) wirksam.

Mit 1.1.2000 traten die Regelungen des Eherechtsänderungsgesetzes in Kraft. Die Novelle ist darauf ausgerichtet, die Grundsätze der Gleichberechtigung und der Partnerschaft in der Ehe verstärkt zu betonen, den Schutz des wirtschaftlich schwächeren Ehegatten auszubauen, das Zerrüttungsprinzip im Ehescheidungsrecht mehr in den Vordergrund zu stellen, die Unterhaltsregelungen mehr am Bedarfsprinzip zu orientieren und die Mediation zu fördern (DEIXLER-HÜBNER, 1999).

In Österreich gibt es prinzipiell keine gemeinsame Obsorge nach der Scheidung. Der Umstand, dass die Obsorge nach der Scheidung nur mehr einem Elternteil zusteht, hindert die Eltern nicht daran, trotzdem in Fragen der Kindererziehung gemeinsam vorzugehen. Dort, wo zwischen den Geschiedenen bezüglich der Kinder ein gutes Einvernehmen herrscht, können alle Erziehungsaufgaben gemeinsam gelöst werden (KLAAR, 1999).

Auf einer weiteren Ebene, dem **Exosystem**, lassen sich die Arbeitswelt, die Wohnbedingungen, aber auch die professionellen Dienste, die im Falle einer Scheidung tätig werden (Kinder- und Jugendanwaltschaft, Beratungsstellen u. Ä.) ansiedeln.

Das **Mesosystem** stellt die Ebene verwandtschaftlicher Beziehungen, des Freundeskreises und der Gleichaltrigen dar. Neueste Untersuchungen heben die unterstützende Wirkung von sozialen Netzwerken hervor. Insbesondere Verwandte, wie z. B. die Großeltern, aber auch FreundInnen und NachbarInnen stellen einen entscheidenden Stütz- und Entlastungsfaktor dar.

Die familiäre Ebene – **das Mikrosystem** – beschreibt einerseits die emotionalen Bedingungen und Kommunikationsmuster innerhalb der Familie und andererseits die materiellen und situativen Gegebenheiten.

Hinsichtlich der familialen Bedingungen, die sich als Schutz- oder Risikofaktoren für kindliche Verhaltensauffälligkeiten nach einer Scheidung der Eltern erweisen, lässt sich feststellen, dass anhaltende Konflikte, eine negativ erlebte Beziehung zum getrennt lebenden Vater sowie ein sich verschlechternder Erziehungsstil zu den wichtigsten Risikofaktoren gehören (DÜMMLER, 1997; HETHERINGTON, 1993; KARDAS und LANGENMAYR, 1996). Es ist anzunehmen, dass gerade aus einer Anhäufung dieser Faktoren nachhaltige kindliche Anpassungsprobleme und Entwicklungsstörungen entstehen. Als protektive Merkmale, die mit einer geringen bzw. abnehmenden kindlichen Problembelastung einhergehen, können angeführt werden: Stabilität und Unterstützung in der Mutter-Kind-Beziehung, eine positiv erlebte Beziehung zum Vater sowie eine Konsensbildung zwischen den geschiedenen Eltern.

Von den individuellen Faktoren (**das ontogenetische System**), die Einfluss auf die Art der Scheidungsverarbeitung haben, werden in der einschlägigen Literatur häufig Alter, Geschlecht und der soziokognitive Entwicklungsstand genannt (HETHERINGTON, 1993; SANDER, 1988).

Bezüglich des Alters wird in vielen Studien darauf hingewiesen, dass Verhaltensauffälligkeiten infolge einer ehelichen Trennung bei den jüngeren Kindern häufiger anzutreffen sind als bei älteren. Dem soziokognitiven Ansatz nach reflektieren die Unterschiede dieser Daten die entwicklungsabhängigen Einschränkungen der jüngeren Kinder, die Scheidung und ihre Folgen zu verstehen. Ein höheres Lebensalter des Kindes zum Trennungszeitpunkt erweist sich als ein bedeutsamer protektiver Faktor (KARDAS und LANGENMAYR, 1996; NAPP-PETERS, 1992; SCHMIDT-DENTER und BEELMANN, 1997; WALLERSTEIN und BLAKESLEE). Besonders gefährdet scheinen Kinder, welche im Vorschulalter die Trennung ihrer Eltern erleben (FURSTENBERG und CHERLIN, 1993). Insgesamt ist festzustellen, dass kein günstiges Scheidungsalter in Bezug auf die Kinder existiert. FIGDOR (1991) führt dazu aus: „Was es gibt, sind mehr oder minder günstige Konstellationen, die als ein komplexes Insgesamt von jeweiligem Entwicklungsstand und psychischer Verfassung des Kindes, von sozialen, ökonomischen und seelischen Faktoren bei den Eltern und anderen wichtigen Bezugspersonen zu verstehen sind.“

Der Einfluss der elterlichen Scheidung und Wiederheirat in Abhängigkeit vom Geschlecht des Kindes wurde in zahlreichen Studien untersucht. Ältere Untersuchungen fanden meist eine allgemeine größere Belastung von Knaben durch das Scheidungsgeschehen (HETHERINGTON, 1989; WALLERSTEIN und BLAKESLEE, 1989). Im Gegensatz dazu sprechen andere, vor allem neuere Untersuchungen von keinerlei Geschlechtseffekten bei der psychischen Anpassung nach der Scheidung (FURSTENBERG und CHERLIN, 1993; KARDAS und LANGENMAYR, 1996; SCHMIDT-DENTER und BEELMANN, 1997).

Noch weitgehend ungeklärt ist die Frage, wie konstitutionelle Faktoren, die in der Literatur oft relativ global als „Temperament“ beschrieben werden, die kindliche Reaktion auf die Scheidung der Eltern beeinflussen. Nach HETHERINGTON (1989) spielt neben den familialen und extrafamilialen Faktoren das kindliche Temperament eine entscheidende Rolle bei der Anpassung an die Scheidung. In ihrer Längsschnittstudie stellte HETHERINGTON (1989) fest, dass jene Kinder, welche als schwierige Säuglinge und Kleinkinder beschrieben wurden, auch vermehrt Anpassungsschwierigkeiten nach der elterlichen Scheidung zeigten. Da es sich jedoch um rückblickende Befragungen der Eltern zu den ersten Lebensjahren ihrer Kinder handelte, besitzen die Angaben nur einen beschränkten Aussagewert. Ungeklärt ist auch, ob es sich wirklich um Temperamentsunterschiede, um pathologische Störungen oder um die Folgen negativer Umwelteinflüsse handelt. Generell gibt es noch wenige Studien, die scheidungsbezogene Probleme und allgemeine konstitutionelle Faktoren in ihrer Beziehung zueinander untersuchen.

Insgesamt ist also von einem Zusammenwirken der verschiedenen Aspekte der individuellen, familialen und sozialen Ebene im Hinblick auf die kindliche Anpassung an die veränderten Familienverhältnisse auszugehen.

Auswirkungen und Reaktionen des Kindes auf das Scheidungserlebnis

Jährlich erleben in Österreich etwa 16.000 Kinder und Jugendliche die Scheidung ihrer Eltern. Es steht außer Frage, dass die vorauslaufenden elterlichen Konflikte, die Scheidung und die unmittelbare Anpassung an die neuen Lebensumstände für nahezu alle Kinder eine außergewöhnliche Belastung bedeuten und zu Beeinträchtigungen in der emotionalen Stabilität, im Leistungs- und Sozialverhalten und in der Gesundheit führen (BOSSONG, 1995).

Wie bereits in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt, zeigen Langzeituntersuchungen (AMATO und KEITH, 1991; HETHERINGTON, 1989; SCHMIDT-DENTER und BEELMANN, 1997; WALLERSTEIN und BLAKESLEE, 1989) ein differenziertes Bild: Auf der einen Seite gibt es Kinder, die nach einiger Zeit den früheren Stand wieder erreichen und in Einzelfällen sogar übertreffen. Auf der anderen Seite bleiben dagegen Kinder auf Dauer in zentralen Bereichen beeinträchtigt.

NAPP-PETERS (1992) unterscheidet zwischen unmittelbaren Reaktionen auf die Scheidung und andauernden Anpassungsschwierigkeiten. Unmittelbare Reaktionen klingen nach ein bis zwei Jahren wieder ab, wenn das Kind sich auf die neue Familiensituation eingestellt hat. Unmittelbare Reaktionen können das Sozialverhalten (Externalisierungsprobleme), das schulische Leistungsverhalten, die emotionale Befindlichkeit (Internalisierungsprobleme) und die körperliche Gesundheit betreffen.

Besuchsrechtsregelungen, neue Partnerschaften, Interaktion mit Stiefeltern und Stiefgeschwistern und die Auswirkungen auf das Kind

Bei Besuchsrechtsregelungen nach Trennung oder Scheidung der Eltern kann prinzipiell entweder den Bedürfnissen der Eltern („Recht auf das Kind“, das mehr oder weniger offen als „Besitz“ angesehen wird) oder den Bedürfnissen des Kindes Vorrang eingeräumt werden. In der mittlerweile sehr umfangreich gewordenen Literatur zu diesem Thema wird je nach Voreinstellung des Autors oder der Autorin dem einen oder dem anderen Gesichtspunkt größeres Gewicht zuerkannt.

Im Sinne des Kindeswohls sind Regelungen abzulehnen, die dem Kind eine zu große, seiner Entwicklung abträgliche Anpassungsleistung abverlangt. Dazu ist jeweils die individuelle und entwicklungsbezogene Situation des Kindes zu berücksichtigen: In der Zeit der höchsten Trennungsangst, d. h. bis etwa zwei Jahren, kann eine abrupt verordnete Trennung von der Haupt Bezugsperson auch in der Nacht eine unzumutbare Härte bedeuten, wenn das Kind bisher nicht gewohnt war, sich in einer anderen Umgebung aufzuhalten. Ein ständiger Wechsel (alle zwei bis drei Tage) vom Vater zur Mutter hat vor allem bei Kleinkindern, aber auch noch bei Schulkindern zur Folge, dass keine Kontinuität in seiner Gesamtsituation vorhanden ist, was seine Sicherheit beeinträchtigen und den Aufbau verlässlicher Verhaltensnormen erschweren kann. Dies gilt besonders dann, wenn die Erziehungsvorstellungen der Eltern sehr unterschiedlich sind. Im Schulalter kann ein derartiger Wechsel des Aufenthaltsortes zu Lernschwierigkeiten Anlass geben, da Kinder in dieser Altersstufe noch nicht in der Lage sind, dafür zu sorgen, dass sie alle Hefte, Bücher und sonstigen Schulsachen immer bei sich haben und für wichtige Prüfungen bzw. Schularbeiten ausreichend gelernt wird.

So manches Kind lernt sehr schnell, sich darauf auszureden, dies schon beim anderen Elternteil erledigt zu haben. Günstiger ist daher eine klare Regelung, wer wochentags und wer am Wochenende das Kind versorgen darf. Im Jugendalter treten weitere, typische Schwierigkeiten auf, da, durchaus entwicklungsgemäß, Jugendliche ihre Freizeit und später auch die Ferien lieber mit Freunden, als mit einem Elternteil verbringen, dies aber vom nicht sorgeberechtigten Elternteil als Beeinflussung durch den anderen ausgelegt werden kann. Ein weiteres Problem stellt das Bedürfnis von Kindern dar, auch einmal außerhalb der festgelegten Besuchszeiten mit dem getrennt lebenden Elternteil Kontakt aufzunehmen, wenn dieses von dem sorgeberechtigten Elternteil unterbunden oder als Einmischung des anderen interpretiert wird. Falls sich die Eltern darauf einigen können, ist daher eine flexible, kindzentrierte Lösung des Besuchsproblems anzusteuern.

Auf diesem Hintergrund ist es nicht ohne Interesse, die bisherige Praxis der Sorgerechtsentscheidungen zu betrachten. VÖLKL-KERNSTOCK (1994) analysierte in ihrer Diplomarbeit 92 anonymisierte (geschwärzte) Akten von Sorgerechtsfällen mit 136 betroffenen Kindern hinsichtlich der Begründungen für die Entscheidung, das Sorgerecht für die Kinder eher dem Vater oder der Mutter zuzusprechen. Für die richterliche Entscheidung waren vor allem folgende Kriterien ausschlaggebend: Das Kindeswohl, die Kontinuität bzw. der zu befürchtende Kontinuitätsabbruch bezüglich der Situation des Kindes und die Bindung des Kindes an einen oder beide Elternteile. Bei der Beurteilung des „Kindeswillens“ und der Anhörung des Kindes kann es zu Fehlbeurteilungen kommen, da das Kind in Loyalitätskonflikte gerät. Besonders bei jüngeren Kindern sind klare Aussagen kaum zu erwarten, da sie in den meisten Fällen zu beiden Elternteilen gute Beziehungen aufrecht erhalten möchten. Weitere Kriterien, die bei richterlichen Entscheidungen verwendet werden, sind Beurteilungen der Persönlichkeits- und Charaktereigenschaften der Eltern sowie ihres „Lebenswandels“ und ihrer „Erziehungsfähigkeit“ sowie ihre materiellen Ressourcen.

20,6 Prozent der Entscheidungen wurden in erster Instanz vom Bezirksgericht, 54,4 Prozent in zweiter vom Landes- bzw. Kreisgericht für Zivilrechtssachen und 25 Prozent in dritter Instanz vom Obersten Gerichtshof getroffen. Bei der statistischen Auswertung zeigte sich, dass Alter und Geschlecht des Kindes bei den Entscheidungen offenbar berücksichtigt werden: Im Kleinkind- und Volksschulalter wurden Mädchen eher der Mutter als dem Vater zugeteilt. Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Bindung des Kindes an einen Elternteil. Wurde das Kind dem Vater zugeteilt, so war seine bessere finanzielle Situation, die berufliche Position und sein sozioökonomischer Status von Bedeutung, während bei der Sorgerechtszuteilung zur Mutter vor allem die Wohnsituation angeführt wurde. Bei einer Verweige-

rung der Sorgerechtszuteilung wurden als negative Eigenschaften neurotische Persönlichkeitszüge, ungünstige Beurteilung der Erziehungsfähigkeit, sowie ein Verhalten, das zu einer körperlichen und emotionalen Gefährdung des Kindes führen könnte, erwähnt. Die Kontinuität der Pflege und Erziehung stellte ein wichtiges Kriterium dar. Steht der Mutter mehr Zeit zur Pflege des Kindes zur Verfügung, wurde ihr dieses signifikant häufiger zugeteilt.

In einem gemeinsamen Modellprojekt des ehemaligen BM FÜR UMWELT, JUGEND UND FAMILIE und des BM FÜR JUSTIZ (1997) wurde der Stellenwert der Mediation und der Kinderbegleitung bei Trennung oder Scheidung der Eltern in Wien Floridsdorf und Salzburg untersucht. 87 Männer und 218 Frauen beantworteten den Fragebogen zu den Problemen, die als Grund für die Familienberatung angegeben worden waren. Partnerschaftsprobleme im Zusammenhang mit Kindern wurden bei sechs Prozent der Fälle angegeben, weiters Planung der Obsorge (zehn Prozent), sonstige Kinder- oder Familienprobleme (neun Prozent), Verhalten des anderen Elternteils (vier Prozent), Verhalten des eigenen neuen Partners (drei Prozent), Probleme mit Unterhalt (zwei Prozent), Verhalten des anderen neuen Partners (ein Prozent). Im Mediationsteil der Studie wurden ca. 90 Paare von fünf Teams in Wien und drei Teams in Salzburg zwischen 1994–1995/96 betreut. Jeweils ein/e MediatorIn kam aus dem juristischen und aus dem psychosozialen Bereich. Zur Datenerhebung wurden sowohl Gespräche und Erhebungsbögen bei den MediatorInnen als auch Fragebögen und halbstrukturierte Interviews bei den KlientInnen eingesetzt. Daten wurden sowohl aus einer Mediationsgruppe als auch aus einer Gerichtsgruppe erhoben, die keine Mediation erhalten hatte. Dabei zeigte sich, dass Mediationen vor allem in nicht streitigen Scheidungen Sinn haben, da bei streitigen Scheidungen durch die anwaltliche Tätigkeit die Konflikte präzisiert werden müssen und daher oft eskalieren. Die Trennung der Eltern war für die betroffenen Kinder eine hohe Belastung. Nur in 18 Prozent der Fälle konnten keine psychischen Auffälligkeiten festgestellt werden, bei 38 Prozent wurden zumindest geringe, bei 37 Prozent mittelgradige und bei sieben Prozent hochgradige Störungen festgestellt. Besonders betroffen waren die 7–10-jährigen Kinder mit 35 Prozent mittel- bis hochgradiger Belastetheit (4–6-Jährige: 40 Prozent, 11–14-Jährige: 35 Prozent).

Neue Partnerschaften

Eine besondere Belastung für Kinder aller Altersstufen, in diesem Fall jedoch vor allem für die älteren Jahrgangsstufen, stellen die neuen Partnerschaften der Eltern dar, besonders, wenn die neuen Partner und Partnerinnen für sich die Rechte von Elternfiguren beanspruchen, ohne den entsprechenden Beziehungsaufbau abzuwarten. Ist dieser erfolgt, kann ein weiteres Problem entstehen, wenn die Partnerschaft zerbricht und das Kind nun einen neuen, schmerzlichen Beziehungsabbruch verkraften muss. Erwachsene nehmen oft naiv an, dass ihre eigenen positiven oder negativen Gefühle für eine Person eins zu eins von ihren Kindern geteilt werden und machen dem Kind Vorwürfe, wenn es sich nicht so verhält. Besonders kritisch sind jene Fälle, in denen sich der jeweilige Elternteil in seine Jugendzeit zurückversetzt fühlt und sein nun befreites Leben genießen möchte, da die Kinder dann als störend erlebt werden. Derartige Ansprüche können natürlich auch vom neuen Partner oder der neuen Partnerin kommen. In jedem Fall bedeutet dies ein erhebliches Konfliktpotenzial. Im günstigen Fall, d. h., wenn eine dauerhafte und für die Kinder verlässliche Partnerschaft entsteht, kann dies dazu beitragen, dass die Kinder die Scheidungssituation verkraften, wie die oben erwähnte Mediationsstudie gezeigt hat.

Stiefeltern und Stiefgeschwister

Ein kritischer Punkt ist die Beziehung der Kinder zu ihren Stiefeltern und Stiefgeschwistern. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass viele betroffene (Stief-) Eltern den Begriff vermeiden. Darin kann sich ein aktiver Wunsch ausdrücken, für die Kinder des Partners oder der Partnerin mehr zu sein als ein Ersatz, aber auch eine Abwehr möglicher negativer Gefühle. Es ist nicht leicht, in einer solchen Situation das richtige Maß an Zuwendung und Distanz zu wahren. Die ganze Palette schwieriger Interaktionen, die aus der Literatur bekannt sind (Eifersucht, Neid, Sich-zurückgesetzt-fühlen, aber auch reale Vernachlässigungen) kann im Einzelfall die Beziehung der Kinder zu den Stiefeltern und Stiefgeschwistern erschweren. Im positiven Fall entsteht eine neue „blended family“, in der „ihre“, „seine“ und „unsere“ Kinder eine neue Familiengemeinschaft bilden.

Konflikte zwischen den geschiedenen Partnern als Belastung

Bei der Beratung von Scheidungswilligen zeigt sich immer wieder, dass die emotionalen Belastungen, die die Trennung für die Kinder in jenen Fällen bedeutet, in denen keine Misshandlungen vorlagen, unterschätzt werden. Besonders ungünstig verläuft die Anpassung der Kinder an die neue Situation, wenn der Konflikt der Eltern weiter über sie ausgetragen wird. In einer frühen qualitativen Studie bei 30 Wiener Scheidungsfamilien konnte REISEL (1986) feststellen, dass die günstigste Entwicklung in emotionaler und schulbezogener Hinsicht bei jenen Kindern erfolgte, deren Eltern gemeinsam die Elternrolle trotz der Trennung weiter wahrnahmen. Die zweitbeste Entwicklung war bei jenen Kindern zu beobachten, bei denen der Kontakt zu dem getrennt wohnenden Elternteil (meist dem Vater) überhaupt abgebrochen worden war. Wurden die Streitigkeiten weiter fortgesetzt, konnte bei den Kindern eine eher gestörte Entwicklung beobachtet werden.

Auch das gemeinsame Sorgerecht wird in Fällen, in denen unüberwindbare Konflikte bestehen, wenig ändern können. Es wird sich nur dann bewähren, wenn wenigstens ein Minimum von wechselseitiger Konfliktlösungsfähigkeit und Verhandlungsbereitschaft vorhanden ist. Obwohl durch die gemeinsame Obsorge das Problem der prinzipiellen Entscheidung für den einen oder den anderen Elternteil gelöst ist, können neue Schwierigkeiten entstehen: In Deutschland existiert die Möglichkeit des gemeinsamen Sorgerechts schon seit längerer Zeit, sodass die auftretenden Probleme bereits bekannt sind. GRÜNDEL (1995) führte dazu eine Untersuchung durch und konnte feststellen, dass einige Väter die gemeinsame Obsorge als Hindernis bei der Suche nach einer neuen Partnerin empfanden. Der Autor weist aber darauf hin, dass ein positiver Aspekt der gemeinsamen Obsorge darin besteht, für die Kinder Klarheit zu schaffen, dass es keine „neuen Mamis und Papis“ gäbe, sondern die Elternschaft eindeutig aufrechterhalten bleibt. Für die neuen Partner und Partnerinnen kann dies andererseits bedeuten, dass sie sich in Erziehungsfragen in viel stärkerem Maße mit den geschiedenen Partnern und Partnerinnen auseinandersetzen müssen.

Auswirkungen auf das Sozialverhalten

Die Auswirkungen der elterlichen Scheidung auf das Sozialverhalten von Kindern wurde in den letzten Jahren zunehmend erforscht (BOSSONG, 1995; NAPP-PETERS, 1992). Häufig geschah dies im Zusammenhang mit dem elterlichen Konfliktniveau und den Konfliktlösestrategien. Dahinter steht die Vermutung, dass Kinder, welche häufig intensiven und ungelösten Auseinandersetzungen ihrer Eltern ausgesetzt sind, das mangelhafte elterliche Modellverhalten internalisieren und in ihren Sozialkontakten anwenden (DÜMMLER, 1997). Außerdem beinhaltet die Scheidungstransition für ein Kind zahlreiche Veränderungen, wie z. B. Umzug, neue Schule, neue Freunde usw., wovon sein soziales Selbst (DOLTO, 1993), das von einer kontinuierlichen Beziehung zu Gleichaltrigen abhängt, irritiert und negativ beeinflusst wird.

HETHERINGTON (1993) beschreibt Geschlechtsunterschiede, wonach Kinder, die mit ihrem gegengeschlechtlichen Elternteil zusammenleben, am stärksten Aggressionen und Verhaltensprobleme zeigen. Jedoch trifft dies vor allem auf Scheidungsfamilien, in denen die Mutter nicht wieder geheiratet hatte, zu. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den von AMATO und KEITH (1991) errechneten Effektgrößen, bei denen Knaben von der Wiederheirat ihrer Mutter stärker profitierten als Mädchen.

Auswirkungen auf die emotionale Befindlichkeit

NAPP-PETERS (1992) fand als unmittelbare Reaktion auf die Scheidung bei 37 Prozent der in ihrer Scheidungsstudie erfassten Kinder Trennungssängste, Depressionen und Schuldgefühle. Die Autorin beobachtete, dass Mädchen ihre Gefühle in der Regel für sich behielten, um den Elternteil, bei dem sie aufwuchsen, nicht zu verletzen. NAPP-PETERS (1995) führt dazu aus: „Aber die Gefühle von Traurigkeit, schmerzlichem Verlust und Verlassenheit nagen an ihnen und zeigen sich meist in ihrem Verhalten, wenn sie die Adoleszenz erreicht haben.“

Während sich im Schulalter das Gefühl, für die Scheidung der Eltern verantwortlich zu sein, verliert, nehmen Tagträume und Wiedervereinigungsfantasien der Familie bei Schulkindern zu. Scheidungskinder zwischen sechs und zwölf Jahren werden von ihren Eltern als schwermütig und launisch beschrieben (LONGFELLOW, 1979).

Generell merken KARDAS und LANGENMAYR (1996) an: „Denn schon länger ist bekannt, dass emotionale Aspekte im Zuge der Bewältigung im individuellen Erleben noch wirksam sind, wenn die Bewältigung auf intellektueller Ebene bereits abgeschlossen ist.“

Auswirkungen auf das schulische Leistungsverhalten und auf die kognitive Entwicklung

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen, die von – zumindest kurzfristigen – schlechteren Schulleistungen von Scheidungskindern berichten (FURSTENBERG und CHERLIN, 1993; HETHERINGTON, 1989; KARDAS und LANGENMAYR, 1996).

Eine Erklärung für die schlechteren Schulleistungen wäre, dass die alleinerziehenden Mütter oft darauf angewiesen sind einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen, was sich in geringerer Aufsicht und Kontrolle und geringerer Hilfe für das Kind auswirkt (z. B. seltener Hausaufgabenbeaufsichtigung). Andere Erklärungen beziehen sich eher auf die emotionale Situation des Kindes nach der Scheidung. Die aktuellen emotionalen Belastungen behindern Konzentration und Lernmotivation (OFFE, 1992). Wenn diese Erklärung zutrifft, wäre zu erwarten, dass die Leistungsbeeinträchtigung eher kurzfristig sind.

Weniger diskutiert, aber genauso möglich, ist die Compensation negativer emotionaler Befindlichkeit, bedingt durch das Scheidungsgeschehen, durch erhöhte Fixierung auf intellektuelle Leistung. Diese These wird vor allem von Tiefenpsychologinnen vertreten (FIGDOR, 1991). FIGDOR führt dazu aus: „Nicht selten beantworten jedoch Kinder frühe Frustrationen auch mit einem Entwicklungsschub: Die Kinder fliehen gewissermaßen aus der – unsicheren – Symbiose in Objektbeziehungsmodi größerer Autonomie und ‚Distanz‘ zum mütterlichen Objekt.“

Auswirkungen auf die Gesundheit

NAPP-PETERS (1992) folgerte aus ihrer Untersuchung, dass Kinder zwischen sechs und zwölf Jahren häufig über Kopfschmerzen klagten, sich schlapp fühlten, unter chronischen Magenbeschwerden litten oder andere Krankheitssymptome zeigten. Auch SCHLEIFFER (1991) wies in einer breit angelegten Untersuchung an einer Stichprobe, welche die Dienste der Kinderpsychiatrie in Anspruch genommen hatte, nach, dass Kinder, die einen Elternverlust infolge Trennung der Eltern erlitten, häufig zu psychosomatischen Störungen neigten.

Generell existieren nur wenige Untersuchungen zum Gesundheitszustand von Scheidungskindern, und es scheint noch ein Forschungsbedarf in dieser Hinsicht zu bestehen.

Langfristige positive und negative Auswirkungen

Während die meisten Untersuchungen zu dem Ergebnis kommen, dass Scheidung zumindest kurzfristige Irritationen und Entwicklungsstörungen für die betroffenen Kinder mit sich bringt, herrscht über langfristige Folgen weniger Klarheit. Ein Teil der UntersucherInnen vertritt die Meinung, dass innerhalb weniger Jahre nach der Scheidung normalerweise eine neue Anpassung erreicht wird, in der Scheidungskinder keine größeren Belastungen zeigen als Kinder aus aufrechten Ehen (FROST und PAKIZ, 1990). Andere AutorInnen weisen jedoch nach, dass sich Scheidungskinder auch längerfristig von Kindern aus Zwei-Eltern-Familien unterscheiden (FIGDOR, 1991; LEHMKUHL und HUSS, 1997; NAPP-PETERS, 1995; WALLERSTEIN und BLAKESLEE, 1989).

Laut FTHENAKIS (1995) zeigen sich vor allem in folgenden Bereichen langfristige Auswirkungen der Scheidung auf die kindliche Entwicklung: a) in einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen, b) in Problemen bei der Gestaltung von Partnerschaften, c) in delinquenten Verhaltensweisen und d) in einem erhöhten Selbstmordrisiko.

Abschließend sollen noch mögliche positive Folgen der Scheidung für die Kinder genannt werden, die zwar kaum systematisch untersucht worden sind, in letzter Zeit jedoch öfters erwähnt werden. So beschreiben verschiedene Autoren die scheidungsbedingten Veränderungen auch als Chance für das Persönlichkeitswachstum und die Identitätsentwicklung der Kinder und Jugendlichen (EMERY, 1982). Scheidung wird hier als Reifungsfaktor verstanden, welcher die Möglichkeit, die eigenen Kompetenzen zu erweitern, darstellt. Die größere Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Scheidungskinder kann sowohl ein Vorteil als auch eine Überforderung sein. WALLERSTEIN und BLAKESLEE (1989) weisen darauf hin, dass sich hinter dem Stolz auf die eigene hohe Selbstständigkeit oft das Bedauern verbirgt, nicht genügend Unterstützung gehabt zu haben und nicht hinreichend umsorgt worden zu sein.

Auch eine weniger starre Orientierung an Geschlechtsrollen, was bisweilen auch als androgynes Verhalten der Scheidungskinder bezeichnet wird, führen WALLERSTEIN und BLAKESLEE (1989) an.

Insgesamt gesehen sprechen die Ergebnisse nicht dafür, Scheidungskinder als Risikopopulation zu betrachten, es empfiehlt sich jedoch, Scheidungskinder als Population mit eigenem Profil zu begreifen (KARDAS und LANGENMAYR, 1996).

3.2 Lebensraum Schule

Der Schulbesuch ist zu einem wesentlichen Merkmal von Kindheit und Jugend in modernen Gesellschaften geworden. Auch in die Benennung von Entwicklungsperioden in der psychologischen Literatur hat der Begriff Schule Einzug genommen. So wird die Zeitspanne ab dem Schuleintritt in die Volksschule (zwischen sechstem und siebtem Lebensjahr) und dem Beginn der Pubertät (um das 12. Lebensjahr) übereinstimmend als Schulkindalter bezeichnet (ROSSMANN, 1996). In verschiedenen Forschungstraditionen (siehe ERIKSON 1950, 1963; FREUD, 1969; PIAGET 1976, 1983) wird diese Phase als Periode betrachtet, die ohne dramatische Veränderungen in psychischen und physischen Bereichen verläuft (SPIEL und SIRSCH, in Druck; WEINERT und STEFANEK, 1997). An das Schulkindalter schließt mit dem Beginn der Pubertät das Jugendalter an, das durch stärkere Veränderungen im biologischen, intellektuellen und sozialen Bereich geprägt ist (OERTER und DREHER, 1995).

In beiden Entwicklungsabschnitten sollte Schule in einem Klima erfolgen, in dem sich Schülerinnen und Schüler wohlfühlen. Wohlfühlen bzw. positives Befinden und Gesundheit im Sinne der WHO stimmen weitgehend überein (EDER und KRÄNZL-NAGL, 1998) und sind im schulischen Bereich geprägt von folgenden Elementen – bzw. sollten Schülerinnen und Schüler (EDER und KRÄNZL-NAGL, 1998 unter Bezug auf EDER, 1995)

- Freude am Schulbesuch haben und Zufriedenheit mit der Schule empfinden,
- frei sein von schulbedingten Belastungen sowie Schulangst und
- ein dauerhaftes positives Selbstwertgefühl aufweisen.

Ausgehend von diesen Vorstellungen versucht der vorliegende Beitrag einen Überblick über die Situation von Schülern und Schülerinnen in diesen Bereichen zu geben. Dazu werden eine Reihe von Untersuchungsergebnissen berichtet.

Tatsache ist, dass Schule für Kinder und Jugendliche - neben der Familie - einen wesentlichen Lebensbereich darstellt, in dem sie viel Zeit verbringen. Im folgenden Teilkapitel „Leistungsdruck: Wettbewerb, Schulstress, Überforderung“ wird deshalb näher darauf eingegangen, wie groß der zeitliche Aufwand für die Schule ist, und es wird anhand von verschiedenen Studien das subjektive Erleben von Belastung und Schulangst aus der Sicht von Schülern und Schülerinnen beschrieben.

Schule beeinflusst die kindliche Leistungs- und Persönlichkeitsentwicklung (PEKRUN, 1994; PEKRUN und HELMKE; 1993). Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen sind deshalb nicht unabhängig von schulischen Einflüssen zu betrachten (OERTER, 1995). Dementsprechend wird im Teilkapitel „Widerspruch zwischen familiärem und schulischem Erziehungsstil“ speziell auf Selbsteinschätzungen von Schülern und Schülerinnen eingegangen. Über Auswirkungen von Widersprüchen zwischen familiärer und schulischer Erziehung wird im Teilkapitel „Soziales Lernen und Persönlichkeitsbildung in der Schule“ berichtet.

Leistungsdruck: Wettbewerb, Schulstress, Überforderung usw.

Schule hat neben der Vermittlung von Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen) und Bildungsinhalten sowie der Förderung sozialer Kompetenzen auch die Funktion sozialer Differenzierung. Darunter ist zu verstehen, dass individuelle Ausbildungs-, Berufs- und Lebenschancen vergeben werden (EDER und KRÄNZL-NAGL, 1998; PEKRUN und HELMKE, 1993). Bildung ist bedeutsam für die Berufswahl und entscheidet, welche soziale Position ein Individuum in der Gesellschaft einnimmt (EDER und KRÄNZL-NAGL, 1998; KRÄNZL-NAGL, 1997). Dementsprechend streben in den letzten Jahren – sowohl in Deutschland als auch in Österreich – immer mehr Kinder und Jugendliche längerdauernde Ausbildungen und einen höheren Schulabschluss an.

HURRELMANN und MANSEL (1998) berichten, dass der Wunsch nach einem Abitur in ihrer in Deutschland durchgeführten Untersuchung 1986 noch bei 37 Prozent lag, während 1996 sich das bereits 51 Prozent der Jugendlichen wünschten. Durchgeführt wurde von ihnen eine für Nordrhein-Westfalen repräsentative Schülerbefragung an jeweils über 1.500 13–16-jährigen Schülern und Schülerinnen.

Ein Trend zu längerdauernder und höherer Schulbildung bzw. Ausbildung zeigt sich auch in Österreich, wenn man die ab 1970 stark gestiegenen Studienanfängerzahlen ansieht (LANDLER, 1997) oder die für Wien üblichen Übertrittszahlen von Schülern und Schülerinnen betrachtet, die aus der Volksschule in das weiterführende Schulsystem überwechseln. KREZZAR (1993; siehe auch LANDLER, 1997; WEIDINGER und GRÖPEL, 1993) sieht seit 1985 einen starken Trend zur Unterstufe der AHS. Für das Schuljahr 1984/85 wiesen die Übertrittsquoten in Wien noch mehr Hauptschüler und -schülerinnen (51 Prozent) als AHS-Schüler und -schülerinnen (49 Prozent) aus. Mit dem Schuljahr 1985/86 besuchten hingegen bereits mehr VolksschulabgängerInnen die Unterstufe der AHS (51,1 Prozent) als die Hauptschule (48,9 Prozent). Eine Verteilung von 40,5 Prozent Hauptschülern und -schülerinnen und 59,6 Prozent AHS-Schülern und AHS-Schülerinnen berichtet KREZZAR (1993) erstmals für das Schuljahr 1992/93.

Mit dem Schuleintritt verbringen Kinder einen beträchtlichen Teil ihrer Zeit in der Schule. In Verbindung mit dem Streben nach schulischem Erfolg wird viel Zeit für Hausaufgaben und für schulisches Lernen zu Hause aufgewendet. Im Folgenden soll die zeitliche Aus- bzw. Belastung von Schülern und Schülerinnen anhand von Untersuchungsergebnissen dargestellt werden.

Eine repräsentative Befragung an 2.745 zehnjährigen Kindern in Österreich (vierte Klasse Volksschule und Sonderschule), die im Jahr 1991 zu verschiedenen Lebensbereichen (WILK und BACHER, 1994) u. a. auch zur Schule (siehe dazu den Beitrag von EDER und FELHOFER, 1994) durchgeführt wurde, beschreibt den Aufwand für die Hausaufgaben und für das Lernen der Kinder am Ende der Grundschulzeit. Etwa ein Viertel dieser zehnjährigen Volksschüler und -schülerinnen benötigte für Hausaufgaben und Lernen eine halbe Stunde am Tag, etwa die Hälfte brauchte eine Stunde, 21,8 Prozent wendeten zwei Stunden auf, vier Prozent drei Stunden und 3,2 Prozent mehr als drei Stunden pro Tag (EDER und FELHOFER, 1994). Hochgerechnet auf eine Woche mit sechs Schultagen ergibt sich demnach für die Mehrzahl der Schüler und Schülerinnen eine Zeitbelastung von sechs Stunden pro Woche.

Eine weitere repräsentative Befragung an 4.408 österreichischen Kindern und Jugendlichen der vierten bis zwölften Schulstufe (vierte Klasse Volksschule, Hauptschule, Unterstufe und Oberstufe des Gymnasiums, berufsbildende mittlere und höhere Schule) aus dem Jahr 1994 zu deren Befinden (EDER, 1995) zeigt eine ähnliche zeitliche Belastung für VolksschülerInnen und eine wesentlich höhere für Schüler und Schülerinnen weiterführender Schulen:

EDER (1995) führt an wöchentlichem durchschnittlichem Zeitaufwand für schriftliche oder andere Hausaufgaben und das Lernen in der vierten Klasse Volksschule 6 Stunden 55 Minuten, in der Hauptschule 8 Stunden 42 Minuten, in der Unterstufe des Gymnasiums 9 Stunden 16 Minuten, in der Oberstufe 10 Stunden 28 Minuten, in berufsbildenden mittleren Schulen 9 Stunden 56 Minuten, in berufsbildenden höheren Schulen 11 Stunden 7 Minuten an. 72 Prozent aller befragten Schüler und Schülerinnen lernten auch am Wochenende (mit einer durchschnittlichen Lernzeit von 2 Stunden und 27 Minuten). Die Arbeitszeit der Mädchen für die Schule war um ca. einhalb Stunden höher als die der Knaben.

Aus der Summe aus Unterrichtsstunden pro Woche, Weg- und Wartezeiten vor und nach dem Unterricht sowie dem Zeitaufwand für Hausaufgaben und dem Lernen und den Vorbereitungszeiten ergibt sich eine durchschnittliche wöchentliche Gesamtzeit für Volksschüler- und -schülerinnen von 37 Stunden und 45 Minuten für die Schule, für alle anderen Schultypen beträgt diese bereits 50 Stunden und mehr bei großen individuellen Schwankungen (EDER, 1995; EDER und KRÄNZL-NAGL, 1998).

Auch die Ergebnisse von WAGNER und SPIEL (1999), die ihre Untersuchung in Wiener Gymnasien durchführten, verdeutlicht eine starke zeitliche Belastung durch die Schule. Ausgangspunkt dieser Studie zur Arbeitszeit für die Schule war der Erlass des Wiener Stadtschulrates aus dem Jahre 1993 (WAGNER und SPIEL, 1999). Dieser sieht in der fünften und sechsten Schulstufe **maximal** fünf Stunden, in der siebten und achten Schulstufe maximal sechseinhalb Stunden und in der neunten bis zwölften Schulstufe maximal siebeneinhalb Stunden pro Woche an Arbeit zu Hause für die Schule vor. In beiden von den Autorinnen untersuchten Schülergruppen der zehnten Schulstufe aus Wiener Gymnasien zeigte sich, dass mehr als siebeneinhalb Stunden pro Woche für die Schule gearbeitet wurde. In der einen wurden von den SchülerInnen im Mittel 14 Stunden pro Woche, in der zweiten Gruppe durchschnittlich knapp unter zehn Stunden pro Woche an Arbeitszeit zu Hause für die Schule aufgewendet. Insgesamt lagen 76,2 Prozent der befragten SchülerInnen aus der einen und 54,2 Prozent aus der anderen Gruppe über den vom Stadtschulrat vorgegebenen siebeneinhalb Stunden. Dies zeigt eine sehr starke zeitliche Auslastung der Kinder und Jugendlichen durch die Schule. Auch in dieser Untersuchung zeigte sich, dass Mädchen, die generell mehr Prüfungsangst und tendenziell niedrigere leistungsbezogene Selbsteinschätzungen als Knaben aufwiesen, mehr Zeitaufwand für die Schule angaben als Knaben.

Die Frage, die sich dazu stellt, ist: Erleben die Kinder und Jugendlichen Schule als Belastung? Im Weiteren wird auf das subjektive Erleben von Schule durch Kinder und Jugendliche einerseits in Form von Freude am Schulbesuch und Zufriedenheit mit der Schule und andererseits in Form von Schulangst, Leistungsdruck, Schulstress usw. eingegangen, die im Gegensatz zu einem positiven Befinden in der Schule stehen.

Laut EDER und FELHOFER (1994) gehen mehr als die Hälfte der österreichischen SchülerInnen der vierten Klasse Volksschule gerne in die Schule, 28,1 Prozent nicht so gern und 18,4 Prozent überhaupt nicht gern. Aus einer eigenen Untersuchung an 856 Kindern aus vierten Volksschulklassen in Wien aus dem Jahr 1995 zeigte sich im Mittel auch eine eher positive Einstellung der Kinder zur Schule (SIRSCH, 1996).

Betrachtet man SchülerInnen der vierten bis zwölften Schulstufe österreichweit, so geht der Großteil der Schüler und Schülerinnen gerne in die Schule und fühlt sich in der Schule wohl. Mädchen empfinden mehr Freude an der Schule. Die Schulfreude verändert sich über die Schulstufen hinweg. Relativ stark ausgeprägte Schulfreude in der vierten Volksschulstufe sinkt ab der Sekundarstufe (EDER, 1995). SCHENK (1998), welche die Einstellung zur Schule bei Schülern und Schülerinnen im Rahmen einer größer angelegten Studie zum Schulübertritt bei Wiener Volksschulkindern (siehe SIRSCH, 1996) unmittelbar vor und nach dem Schulwechsel in die weiterführende Schule untersuchte, konnte keine kurzfristige Veränderung dieser Einstellung feststellen. Hier scheint es sich also um keine unmittelbar vom Schulwechsel ausgelösten Veränderungen zu handeln, sondern um solche, die sich erst durch weitere Erfahrungen in der weiterführenden Schule manifestieren.

Aus der repräsentativen Befragung an 5.359 österreichischen 11-, 13- und 15-jährigen Kindern und Jugendlichen zu ihrem Gesundheitsverhalten aus dem Jahr 1993/94 (WHO-HBSC-Survey, siehe BMAGS, 1997) zeigt sich folgendes Bild: 68 Prozent der österreichischen Jugendlichen, die im Rahmen dieser WHO-Studie befragt wurden, gefällt es derzeit in der Schule, 31 Prozent gefällt es nicht sehr gut oder gar nicht (WHO-HBSC-Survey, siehe BMAGS, 1997). Mit zunehmendem Alter sinkt die Zufriedenheit mit der Schule, Mädchen gefällt es in der Schule besser als Knaben (siehe Kap. 3.2.1).

An der Erhebungswelle 1993/94 nahmen 706 Wiener Kinder und Jugendliche teil (WHO-HBSC-Survey, siehe LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR MEDIZIN UND GESUNDHEITSSOZIOLOGIE, 1998). Ähnliche Ergebnisse wie für Gesamtösterreich zeigen sich auch für das Wiener Sample. 69 Prozent gefällt es, 31 Prozent nicht. Auch hier ist ein Absinken der Schulzufriedenheit von der fünften auf die neunte Schulstufe feststellbar. Auch zur Erhebungswelle 1997/98 der WHO-Studie, an der 4.316 österreichische Kinder und Jugendliche teilnahmen, liegen Daten zu den wien-spezifischen Auswertungen (siehe Kap. 3.2.1) vor.

Insgesamt zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede bezogen auf Schulzufriedenheit bzw. Schulfreude: Mädchen gefällt es in der Schule besser als Knaben bzw. haben sie mehr Freude am Schulbesuch (EDER, 1995; WHO-HBSC-Survey, siehe BMAGS, 1997). Dies zeigt sich auch nach den neuesten Ergebnissen der WHO-Studie basierend auf der Erhebung 1997/98 im internationalen Vergleich, ebenso wie ein Absinken der Schulfreude über die verschiedenen Altersgruppen hinweg in allen beteiligten Ländern (SAMDAL und DÜR, 2000).

Zusammenfassend betrachtet hat der Großteil der SchülerInnen gemäß diesen Ergebnissen eine positive Einstellung zur Schule, jedoch sind auch Schülergruppen vorhanden, die dies anders sehen. Ein Teil der Schüler und Schülerinnen verbindet mit Schule und schulischen Inhalten auch negative Emotionen wie zum Beispiel Schulangst. Im Zusammenhang mit Schulangst geht es im Wesentlichen um Aufgeregtheit und Besorgnis in Zusammenhang mit

Anforderungen, die an SchülerInnen gestellt werden. Hohe Angst geht einher mit niedriger Leistung (SPIEL und SIRSCH, in Druck). Auch Angst vor negativen Konsequenzen ist möglich.

Ergebnisse aus einer Arbeit von SIRSCH (1996) an Wiener Volksschulkindern zeigen im Mittel eher niedrig ausgeprägte Leistungsangst und geringen Leistungsdruck bei Wiener SchülerInnen am Ende der Grundschulzeit.

EDER (1995) berichtet geringe Werte in der Schulangst bei VolksschülerInnen und einen Anstieg in der Sekundarstufe österreichweit. In allen Schultypen berichten Mädchen mehr Angst als Burschen. Aus einem Gesamtindikator zu „Schulstress“ (Herzklopfen, Unruhe, Nervosität, Hemmungen beim Sprechen, Angst, Überforderung) geht hervor, dass 78,5 Prozent der SchülerInnen der Schulstufe vier bis sieben sich wenig belastet fühlen, 19,7 Prozent stark belastet und 1,8 Prozent extrem belastet. Bei älteren SchülerInnen der Schulstufe acht bis zwölf sind 62,4 Prozent als wenig belastet, 31,8 Prozent als stark und 5,8 Prozent als extrem stark belastet einzuordnen. Im „Schulstress“ zeigt sich ein massiver Anstieg im Übergang von der Volksschule und während der ersten Jahre der Sekundarstufe (EDER, 1995).

Aus den Ergebnissen der WHO-Studie aus dem Jahr 1993/94 geht für österreichische 11-, 13- und 15-Jährige eine starke Belastung durch die Schule bei sechs Prozent und eine ziemliche Belastung bei 22 Prozent hervor. Die Mehrheit fühlt sich ein bisschen belastet, 14 Prozent überhaupt nicht (WHO-HBSC-Survey, siehe BMAGS, 1997). Wien-spezifisch sehen die Ergebnisse ähnlich aus: Zehn Prozent fühlen sich überhaupt nicht belastet, 57 Prozent ein bisschen, 25 Prozent ziemlich, acht Prozent stark (LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR MEDIZIN UND GESUNDHEITSSOZIOLOGIE, 1998). Zu neueren Ergebnissen aus dem WHO-HBSC-Survey 1998 siehe wien-spezifische Auswertungen in Kapitel 3.2.1.

Zusammenfassend betrachtet scheinen Schüler und Schülerinnen mit zunehmender Schulerfahrung die Schule weniger positiv zu sehen. Die objektive als auch die subjektive Belastung steigt.

Widerspruch zwischen familiärem und schulischem Erziehungsstil

Der Erziehungsstil von Eltern und von LehrerInnen beeinflusst die Sozialisation von Kindern und Jugendlichen (BORCHERT und MASENDORF, 1975). Eltern können im Allgemeinen davon ausgehen, „dass ihre Kinder sich zu selbstbewussten, emotional stabilen, sozial kompetenten, selbstverantwortlichen und leistungsfähigen Personen entwickeln“, wenn sie „auf die Erziehung ihrer Kinder mit Zuneigung und emotionaler Wärme, mit klaren und erklärbaren Regeln, mit der Bereitstellung entwicklungsangemessener Anregungsbedingungen und mit der Gewährung sich erweiternder Handlungsspielräume Einfluss nehmen“ (SCHNEEWIND, 1995) (siehe Kap. 3.1).

Für LehrerInnen gelten im Prinzip ähnliche Empfehlungen, was das emotionale Umgehen und die Klarheit betrifft. So beschreibt HELMKE (1992) aufgrund von Ergebnissen einer Untersuchung, die in Deutschland durchgeführt wurde, folgende sechs Einflussgrößen für eine längerfristige positive Leistungsentwicklung bei SchülerInnen: 1. klarer und verständlicher Unterricht, 2. hohe Lehrstofforientierung (bzw. Zeitnutzung bei wenig Ablenkung), 3. effiziente Klassenführung (z. B. wenige Äußerungen zur Herstellung von Disziplin), 4. individuelle Hilfen für Schüler und Schülerinnen, 5. hohes Anforderungsniveau und 6. Geduld.

Für eine positive Entwicklung leistungsbezogener Selbsteinschätzung bei Schülern und Schülerinnen gelten ähnliche Bedingungen: 1. Klarheit des Unterrichts, 2. sich am laufenden Halten über den aktuellen Leistungsstand der SchülerInnen, 3. Freude am Unterrichten und 4. das als subjektiv einfach und mühelos empfinden auf Seite der LehrerInnen und 5. eine positive LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehung mit viel Lob und Ermutigung. 6. Als negativ ist zu verzeichnen, wenn LehrerInnen Verständnisprobleme bei Schülern und Schülerinnen auf mangelhafte Begabung rückführen.

Betrachtet man die vorhandene psychologische Literatur zu familiärem und schulischem Erziehungsstil, so stellt man fest, dass es nur wenige Studien gibt, die gleichzeitig die Auswirkung von Erziehungseinstellungen und -maßnahmen von Eltern und LehrerInnen untersuchen. In diesem Bereich wäre noch einiges an Forschungsarbeit zu leisten. Eine klassische Untersuchung aus Deutschland zeigt folgende Ergebnisse: BORCHERT und MASENDORF (1975) erfassten positive (z. B. Unterstützung) und negative Erziehungsverhaltensweisen (z. B. Strenge) bei LehrerInnen und Müttern aus der Sicht von über 1.400 SchülerInnen im Alter zwischen zwölf und fünfzehn Jahren. Zusätzlich wurden auch Schulangst und Tendenzen zur Vermeidung von schulischen Anstrengungen erfasst (zur Anstrengungsvermeidung siehe ROLLETT, 1998; ROLLETT und BARTRAM, 1998) (siehe Kap. 1 ff).

Bei negativem Erziehungsstil von Müttern und LehrerInnen tendieren SchülerInnen zu hoher Schulangst und Anstrengungsvermeidung, bei positivem Erziehungsstil aus beiden Erziehungsinstanzen zu niedriger Schulangst und niedrigem Anstrengungsverhalten. Ist der Erziehungsstil von Müttern und LehrerInnen unterschiedlich - bieten Mütter geringe und LehrerInnen hohe Unterstützung - dann tritt bei niedrigem sozialem Status der „ängstliche Anstrengungsvermeider“ auf. Bei mittlerem sozialem Status ist neben dem „ängstlichen Anstrengungsvermeider“ auch der „nichtängstliche leistungsmotivierte Schüler“ zu beobachten. Die Autoren interpretieren dies dahingehend, dass bei mittlerem sozialem Status die negative Auswirkung des mütterlichen Erziehungsstils durch positives LehrerInnenverhalten ausgleichbar ist.

Soziales Lernen und Persönlichkeitsbildung in der Schule

Mit dem Schuleintritt hat das Kind eine Reihe von Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Neben leistungsbezogenen Aufgaben (Erwerb von Kulturtechniken, wie Lesen, Schreiben und Rechnen und dem Aufbau von Arbeitshaltungen) stellen sich soziale Aufgaben, wie Kooperation und Arbeiten im Team (OERTER, 1995). Im sozialen Kontakt mit anderen können Verhaltensweisen ausprobiert und geübt werden.

Schule ist demnach ein Lebensbereich, in dem Kinder gut Erfahrungen mit Gleichaltrigen machen können. Dies wird umso wichtiger, da die durchschnittliche Kinderanzahl in Österreich im Sinken begriffen ist und derzeit 1,3 (KYTIR und MÜNZ, 1999) beträgt. Etwa 20 Prozent der Kinder in Österreich unter 15 Jahren leben nicht mit Geschwistern zusammen (KRÄNZL-NAGL, 1997) (siehe Kap. 3.1), wobei dieser Prozentsatz in Wien höher ist (siehe Kap. 3.1; 3.3).

Andererseits sind Beziehungen zu MitschülerInnen per se eine wichtige Komponente schulischen Wohlbefindens. Eine klassische Untersuchung von LADD (1990) weist auf die Wichtigkeit von positiven Beziehungen zu Gleichaltrigen für das Wohlfühlen in der Schule hin: LADD (1990) erfasste die Beziehungen zu Gleichaltrigen im ersten Schuljahr. Es zeigte sich, dass eine größere Anzahl von SchulfreundInnen auch zu einer positiveren Wahrnehmung der Schule führte, während soziale Ablehnung gegenteilige Effekte hatte: die Schule wird als weniger attraktiv bewertet.

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über Untersuchungen zu Beziehungen zwischen SchülerInnen gegeben:

Gemäß der Studie von WILK und BACHER (1994) fühlt sich die Mehrheit der österreichischen SchülerInnen der vierten Klasse Volksschule integriert und unterstützt. Jedoch gaben 15,1 Prozent an, dass MitschülerInnen sie selten und 1,2 Prozent sie nie mitspielen lassen. 10,5 Prozent meinten, dass nur wenige und 3,3 Prozent, dass keine MitschülerInnen zu ihnen halten, wenn es darauf ankommt (EDER und FELHOFER, 1994). Aus einer Untersuchung an Wiener SchülerInnen der vierten Klasse Volksschule zeigten sich im Mittel eher positive MitschülerInnenbeziehungen (SIRSCH, 1996).

Ähnliches gilt auch für die Angaben bei Konflikten. Lediglich 10,5 Prozent der SchülerInnen am Ende der Volksschulzeit aus der Studie von WILK und BACHER (1994) gaben an, oft ernsthaft zu streiten oder zu raufen, bei sieben Prozent kam es oft zu körperlicher Aggression (EDER und FELHOFER, 1994). Betrachtet man MitschülerInnenbeziehungen im zeitlichen Verlauf, so zeigt sich, dass in der Volksschule und am Beginn der Sekundarstufe MitschülerInnenbeziehungen eher positiv sind, wobei Mädchen besser integriert sind und weniger Konflikte mit MitschülerInnen haben (EDER, 1995). Danach kommt es zu einem Rückgang der positiven Beziehungen, aber auch der Konflikte in der Klasse (EDER, 1995). Möglicherweise gewinnen außerschulische Freizeit- und Sozialbeziehungen eine größere Bedeutung (EDER und KRÄNZL-NAGL, 1998).

Aus der repräsentativen Befragung an österreichischen 11-, 13- und 15-jährigen Kindern und Jugendlichen zu ihrem Gesundheitsverhalten im Rahmen der WHO-Studie aus dem Jahr 1993/94 (WHO-HBSC Survey, siehe BMAGS, 1997) zeigt sich zu Integration und Äußerungen über MitschülerInnen ebenfalls ein positives Bild: Die Mehrheit fühlt sich akzeptiert und ist gerne mit den MitschülerInnen beisammen (BMAGS, 1997). Aus den wienspezifischen Auswertungen zum Klassenklima ziehen die Autoren jedoch einen weniger positiven Schluss: „Insgesamt schätzen die Wiener Kinder ihr Klassenklima etwas weniger freundlich ein als im österreichischen Schnitt“ (LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR MEDIZIN UND GESUNDHEITSSOZIOLOGIE, 1998).

Auch zur Erhebungswelle 1997/98 der WHO-Studie, an der 4.316 österreichische Kinder und Jugendliche teilnahmen, liegen bereits Daten zu MitschülerInnenbeziehungen vor (zu den wienspezifischen Auswertungen siehe Kap. 3.2.1 ff).

Sozialen Beziehungen in der Klasse kommt – neben ihrem Einfluss auf schulisches Wohlbefinden – noch eine weitere wichtige Funktion zu, da sie auch eine wichtige Ressource bei der Bewältigung von Belastungen durch die Schule darstellen (EDER und KRÄNZL-NAGL, 1998). Sie können Unterstützung (z. B. in Form von Hilfe, Trost usw.) liefern. Dies gilt sowohl für Alltagsbelastungen als auch für markante Ereignisse im Leben von SchülerInnen wie beim Schulübertritt von der Volksschule in die weiterführende Schule.

EDER (1989) beschreibt z. B. den gemeinsamen Schulwechsel mit FreundInnen (siehe BERNDT, 1989) als positiven Aspekt für die Integration in die neue Schule. SCHENK (1998) konnte in der Gruppe der positiv integrierten im Rahmen ihrer Untersuchung zum Klassenklima beim Schulwechsel von der Grundschule in die weiterführende Schule feststellen, dass in dieser Gruppe der Anteil der FreundInnen an allen Kindern, die mitwechseln am höchsten ist. 40 Prozent ihrer Stichprobe an Wiener Schülern und Schülerinnen, die von der Volksschule in die weiterführende Schule wechselten, beurteilten diesen Wechsel als schwer, wobei Mädchen stärker betroffen waren als Knaben.

Ein weiteres wesentliches Element von positivem schulischem Wohlbefinden ist eine positive Selbsteinschätzung von Schülern und Schülerinnen. Speziell wichtig im schulischen Kontext ist die leistungsbezogene Selbsteinschätzung (als Einschätzung eigener Fähigkeiten). Sie beeinflusst den Umgang mit Aufgaben bzw. Anforderungen, die

an die SchülerInnen gestellt werden. Eine positive Selbsteinschätzung hat zur Folge, dass Anforderungen als Herausforderung betrachtet werden. Schüler und Schülerinnen gehen dann mit der Einstellung Erfolg zu haben an die gestellte Aufgabe heran. Eine positive Bewältigung wird als eine Bestätigung bzw. Stärkung der positiven Selbsteinschätzung erlebt (SPIEL und SIRSCH, in Druck). Eine negative Selbsteinschätzung lässt Schüler und Schülerinnen Anforderungen als Bedrohung erleben, als Folge davon entsteht Angst davor zu versagen. Misserfolge verstärken ihre Befürchtungen in diese Richtung.

Aus einer Untersuchung an SchülerInnen der vierten Klasse Volksschule (SIRSCH, 1996) zeigten sich in allen Bereichen im Mittel eher positiv ausgeprägte Selbsteinschätzungen. EDER (1995) berichtet für SchülerInnen der Schulstufen vier bis zwölf eine durchschnittlich positive Selbsteinschätzung in allen Bereichen. Das allgemeine Selbstwertgefühl (als generelle Einschätzung von sich selbst) verändert sich kaum, leistungsbezogene und soziale Selbsteinschätzungen (Einschätzungen bezogen auf soziale Kontakte, Freunde, Beliebtheit usw.) zeigen einen absteigenden Verlauf über die Schulstufen hinweg. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind vorhanden. Knaben haben ein höheres Selbstwertgefühl und eine höhere leistungsbezogene Selbsteinschätzung als Mädchen, Mädchen meist eine höhere soziale Selbsteinschätzung. Speziell auffällig ist ein beträchtliches Absinken in allen Selbsteinschätzungen beim Übertritt von der Volksschule in das Gymnasium in dieser Untersuchung. In anderen Untersuchungen sind die Ergebnisse nicht so einheitlich, es werden sowohl positive als auch negative Veränderungen berichtet (SPIEL und SIRSCH, in Druck).

Nicht nur im schulischen Alltag, sondern auch im Zusammenhang mit schulischen Übergängen wie dem Wechsel von der Volksschule in die weiterführende Schule, spielen Selbsteinschätzungen eine Rolle: Fragt man Kinder am Ende ihrer Grundschulzeit nach ihren Erwartungen hinsichtlich des bevorstehenden Übertritts, so gehen niedrige Selbsteinschätzungen und Angst mit bedrohlichen Erwartungen einher (SIRSCH, 1996; SPIEL und SIRSCH, in Druck). Interessant ist, dass Kinder, die bereits in der neuen Schule waren (wenn also zu vermuten ist, dass sie die Schule besser kennen), weniger Bedrohung empfinden (SIRSCH, 1996).

Das Schulsystem in deutschsprachigen Ländern setzt durch den Übertritt von der Grundschule bzw. Primarstufe in die Sekundarstufe einen wichtigen Einschnitt (siehe WEINERT und STEFANEK, 1997) in die Phase des Schulkindalters. Der Schuleintritt und auch der Übertritt in das weiterführende Schulsystem sind als markante Ereignisse im Leben von SchülerInnen zu verstehen, weil dadurch eine Neuorientierung und Neuanpassung an veränderte Umweltgegebenheiten vorgenommen werden muss. Dies zeigt sich in vielen der berichteten Ergebnissen. Speziell Übergänge verdienen eine besondere Beachtung und die betroffenen Schüler und Schülerinnen entsprechende Unterstützung.

3.2.1 Schule und Gesundheit

Die Ottawa Charter der WHO besagt: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt wird, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren BürgerInnen Gesundheit ermöglichen.“ (WHO, Ottawa Charter, 1986).

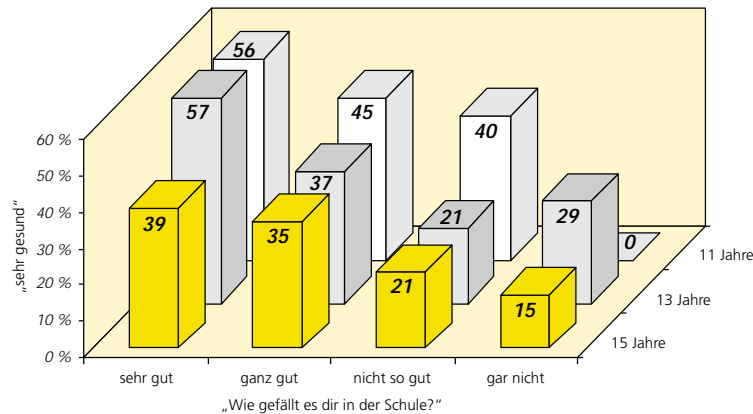
Gegenüber dieser Definition erscheint die Situation von Jugendlichen als das prekäre Gegenbild zu Gesundheit: Jugendliche sorgen nicht für sich selbst, geschweige denn für andere, sie gelten als nicht fähig, um an den für sie relevanten Prozessen teilnehmen zu können, sie verfügen über ein eher geringes Maß an Selbstbestimmung und können bzw. dürfen ihre Lebensumstände nicht selbst kontrollieren. Es ist daher gerade in Bezug auf diese Population wichtig zu fragen, welche Möglichkeiten zu Mitbestimmung und Mitgestaltung ihnen in den für sie relevanten Settings, also auch in der Schule, angeboten werden bzw. angeboten werden könnten.

Vergleichbare Forschung mit Bezug auf Erwachsene existiert in großer Zahl für den Arbeitsplatz bzw. den Betrieb (KARASEK und THEORELL, 1990). Man weiß von daher, dass Arbeitszufriedenheit, Autonomie und Selbstkontrolle, ein angemessenes Eustressniveau, Unterstützung durch KollegInnen sowie spezielle Managementqualitäten die Gesundheit beeinflussen. In ähnlicher Weise ist aus der Forschung zur Effektivität von Schulen bekannt, dass der Schulerfolg von der Schulzufriedenheit, der Unterstützung durch LehrerInnen, dem Schulklima und dem Schulmanagement wesentlich mitbestimmt ist und eben nicht nur von Eigenschaften der SchülerInnen und LehrerInnen (MORTIMORE, 1998).

3.2.1.1 Schulzufriedenheit¹², Belastung in der Schule¹³ und Unterstützung durch die LehrerInnen¹⁴

Diese Einflussfaktoren der Schule als Organisation auf die Gesundheit sind auch bei den Wiener Schulkindern nachvollziehbar. Der Anteil der 15-Jährigen, die sich als sehr „gesund bezeichnen“, liegt für jene, denen es in der Schule sehr gut gefällt bei 39 Prozent und sinkt für jene, denen es gar nicht gefällt, auf 15 Prozent. Mit der Schule sehr zufriedene Kinder fühlen sich 2,5 mal so häufig sehr gesund wie unzufriedene.

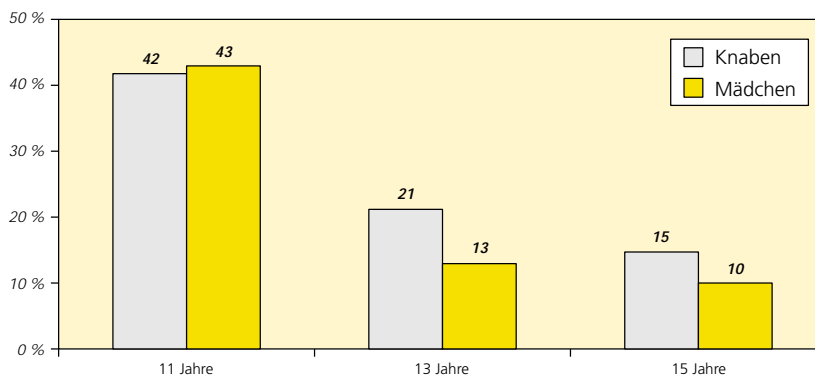
Abbildung 7: Anteil der Kinder, die sich „sehr gesund“ fühlen, in Abhängigkeit von ihrer Schulzufriedenheit nach Alter



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Insgesamt liegt die Schulzufriedenheit der österreichischen und auch der Wiener Kinder im internationalen Vergleich im Mittelfeld. Von den 15-Jährigen äußern etwa 15 Prozent eine hohe Zufriedenheit. Zum Vergleich: Die Spitzenwerte liegen in Lettland und Portugal bei 40 Prozent und 36 Prozent (CURRIE, C. et al., 2000). Es ist zu beachten, dass es den jüngeren SchülerInnen in der Schule besser gefällt als den älteren (siehe Abb. 8).

Abbildung 8: Schulzufriedenheit: „Kinder, denen es sehr gut in der Schule gefällt“ nach Alter und Geschlecht



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

¹² WHO-HBSC Survey, Forschungsfrage Nr. 48: „Wie gefällt es Dir derzeit in der Schule?“

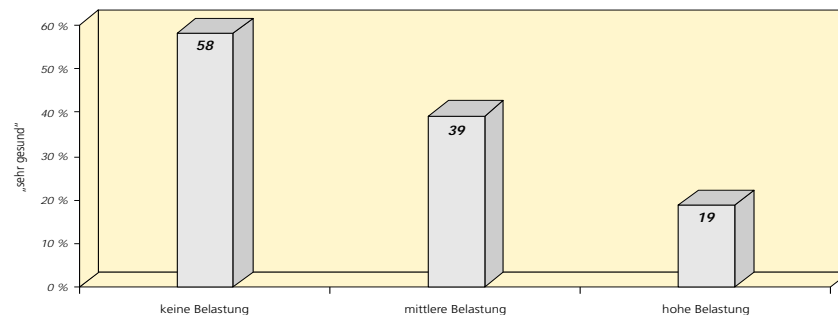
¹³ WHO-HBSC Survey 1998, Frage Nr. 60: „Wie stark fühlst Du Dich durch das belastet, was in der Schule von Dir verlangt wird?“

¹⁴ WHO-HBSC Survey 1998, Frage Nr. 50: „Wenn ich in der Schule Hilfe brauche, dann bekomme ich Sie auch.“

Dasselbe gilt für die empfundene Belastung durch die Schule, wenngleich das Belastungsniveau in Österreichs Schulen im internationalen Vergleich insgesamt gesehen nicht besonders hoch ist. Auch hier besteht ein beträchtlicher Alterseffekt, sodass sich die Älteren deutlich mehr belastet fühlen als die Jüngeren. Während nur zwölf Prozent der männlichen und acht Prozent der weiblichen 11-jährigen Wiener Schulkinder angeben, sich durch die Schule stark belastet zu fühlen, ist bei den 15-jährigen Mädchen schon jede dritte Schülerin davon betroffen. Bei den 15-jährigen Knaben liegt dieser Wert bei 20 Prozent.

Von diesen Kindern, die sich stark belastet fühlen, bezeichnen sich nur 19 Prozent als sehr gesund, von jenen hingegen, die sich nicht belastet fühlen, fühlen sich 58 Prozent sehr gesund (siehe Abb. 9).

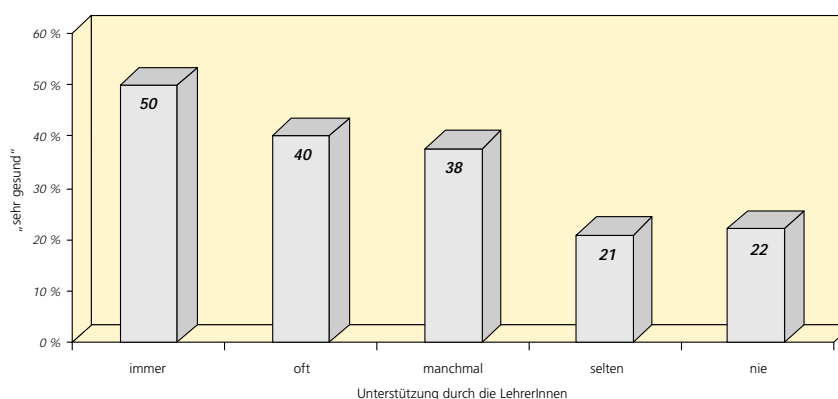
Abbildung 9: Anteil der Kinder, die sich sehr gesund fühlen, in Abhängigkeit von der Belastung durch die Schule



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Ebenso scheint die subjektive Gesundheit der Kinder auch von der Unterstützung durch die LehrerInnen zu profitieren. Der Anteil derer, die sich selbst als „sehr gesund“ bezeichnen, steigt mit der Häufigkeit der durch die LehrerInnen erfahrenen Unterstützung von 22 Prozent auf 50 Prozent. Das heißt: Kinder, die mit der Unterstützung durch ihre LehrerInnen rechnen können, fühlen sich doppelt so oft „sehr gesund“ gegenüber jenen, die das nicht können (siehe Abb. 10).

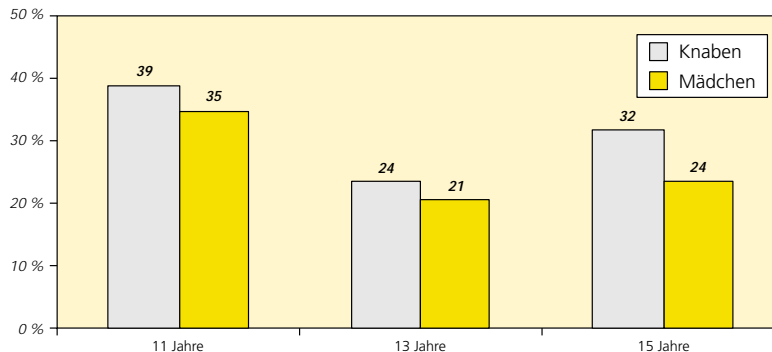
Abbildung 10: Anteil der Kinder, die sich sehr gesund fühlen, in Abhängigkeit von der Unterstützung durch die LehrerInnen



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Insgesamt berichtet nur ca. ein Drittel der Wiener Schulkinder, dass sie bei Schwierigkeiten in der Schule immer mit Unterstützung durch ihre LehrerInnen rechnen können. Bei den 11-Jährigen liegt dieser Wert etwas höher, bei den 13-jährigen Mädchen sinkt er sogar auf 21 Prozent.

Abbildung 11: Anteil der Kinder, die bei Schwierigkeiten in der Schule „immer“ mit Unterstützung durch die LehrerInnen rechnen können, nach Alter und Geschlecht

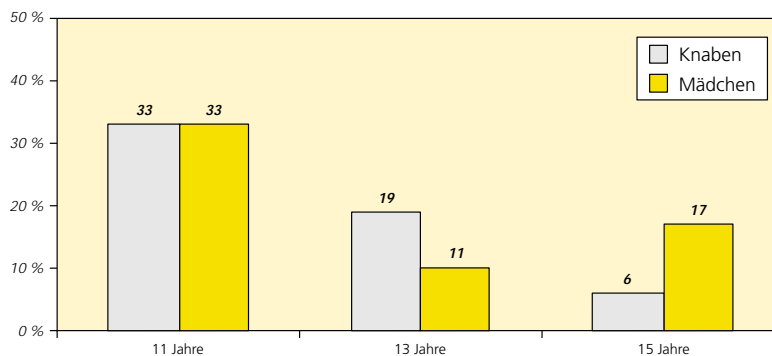


Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

3.2.2 Partizipation und Empowerment in der Schule

Mit Bezug auf die Definition der Ottawa Charter erhalten Faktoren, welche Mitgestaltung und Mitbestimmung der SchülerInnen an ihrer Schule messen, große Bedeutung. Solche Faktoren werden im Konzept des Empowerments¹⁵ (DAVIES und MacDONALD, 1998) zusammengefasst. Die Möglichkeiten hierzu werden von den Wiener SchülerInnen eher gering eingeschätzt. Etwa ein Drittel der 11-Jährigen, aber nur mehr jeder achte 15-Jährige empfindet ein hohes Empowerment in der Schule. Bei den Knaben sinkt das hohe Empowerment mit dem Alter auf ein Fünftel, bei den Mädchen um die Hälfte (siehe Abb. 12).

Abbildung 12: Anteil der Kinder, die sich durch die Schule stark „empowert fühlen“, nach Alter und Geschlecht (Wien)



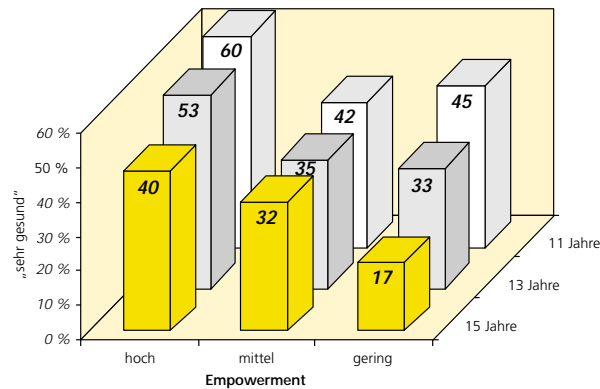
Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

In allen Altersgruppen jedoch wirkt sich hohes Empowerment auf das subjektive Gesundheitsempfinden positiv aus. Bei den 11-Jährigen steigt der Anteil der „sehr Gesunden“ mit dem Empowerment von 45 Prozent auf 60 Prozent, bei den 13-Jährigen von 33 Prozent auf 53 Prozent und bei den 15-Jährigen von gar nur 17 Prozent auf 40 Prozent.

Anders ausgedrückt, die Chance, sehr gesund zu sein, ist bei 15-Jährigen, die sich sehr empowert fühlen, mehr als doppelt so hoch gegenüber SchülerInnen, die sich nicht empowert fühlen.

¹⁵ Im Folgenden wird zur Messung von Empowerment ein Summenindex verwendet, der aus Antworten auf die Statements „Wenn in unserer Schule Vorschriften gemacht werden (z. B. Schulordnung), entscheiden die SchülerInnen mit“ und „Ich werde ermutigt, meine Meinung zu sagen“ gebildet.

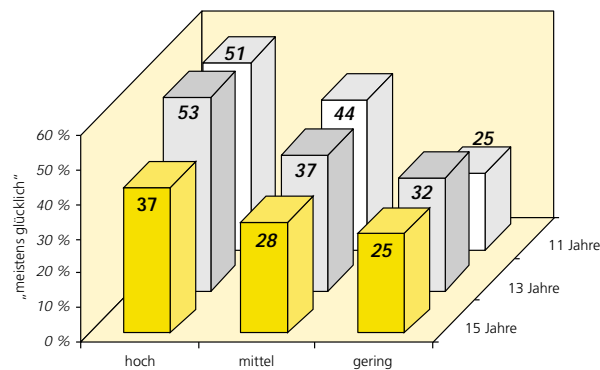
Abbildung 13: Anteil der „sehr Gesunden“ in Abhängigkeit von Empowerment nach Alter (Wien)



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Auch das subjektive Wohlbefinden scheint von hohem Empowerment positiv beeinflusst zu sein. In Abweichung zu den Auswirkungen auf die Gesundheit, scheinen hier vor allem die Jüngeren zu profitieren. Der Anteil der 11-Jährigen, die sich „sehr glücklich“ fühlen, verdoppelt sich mit dem Empowerment von 25 auf 51 Prozent (siehe Abb. 14).

Abbildung 14: Anteil der SchülerInnen, die „meistens glücklich“ sind, in Abhängigkeit von Empowerment nach Alter (Wien)



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

3.3 Peergruppen¹⁶ und Gesundheit

3.3.1 Peerkontakte¹⁷

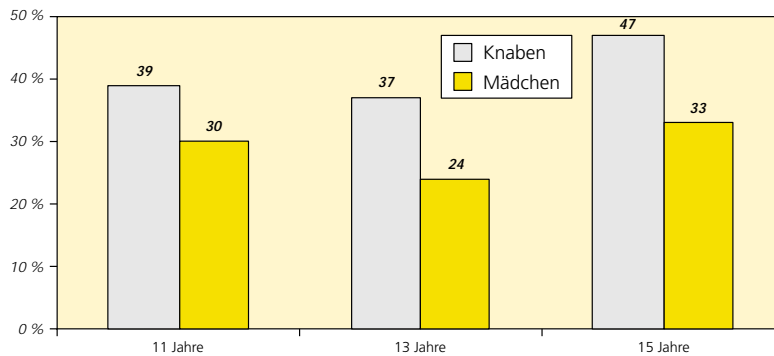
Peers, die Cliquen der Gleichaltrigen, sind die dominante subkulturelle Lebenswelt der Jugendlichen. Peertreffen finden in der Freizeit statt und erfüllen eine wichtige Pufferfunktion gegenüber Familie und Schule. Eine Betrachtung über die letzten zehn Jahre ergibt, dass die meisten Wiener Kinder viele FreundInnen haben, sodass heute weniger Jugendliche von sozialer Isolation betroffen sind, als noch vor zehn Jahren (siehe Kap. 7.3.2).

Für die Qualität der Peergruppe spricht neben der Anzahl der FreundInnen auch die Häufigkeit der Kontakte. Dazu ist zu bemerken, dass die regelmäßigen Kontakte a) eher gering sind: Nur 34 Prozent der Wiener SchülerInnen treffen sich vier Mal pro Woche oder öfters mit ihren FreundInnen außerhalb der Schule und b) mit zunehmendem Alter aber häufiger werden. Weiters fällt auf, dass die Mädchen mit ihren FreundInnen weniger Zeit außerhalb der Schule verbringen als die Knaben (siehe Abb. 15).

¹⁶ WHO-HBSC-Survey, 1998

¹⁷ WHO-HBSC Survey: Forschungsfrage Nr. 40: „Wie viele gute Freundinnen oder Freunde hast Du derzeit?“

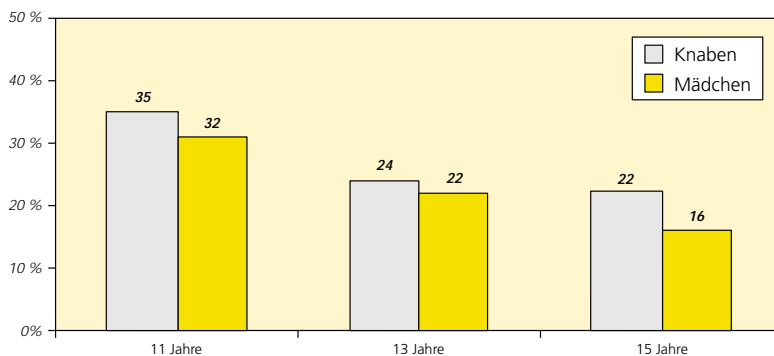
Abbildung 15: „Schulkinder, die sich 4–5mal pro Woche außerhalb der Schule mit ihren Freunden treffen“ nach Alter und Geschlecht (Wien)



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Als problematisch müssen jene Kinder bezeichnet werden, die angeben, keine Freunde zu haben. Ihr Anteil beläuft sich derzeit auf zwei Prozent. Immerhin vier von fünf Befragten fällt es hingegen „sehr leicht“ neue Freunde zu finden, wobei es den Knaben allgemein noch etwas leichter fällt als den Mädchen. Je älter die SchülerInnen werden, desto schwerer fällt es ihnen allerdings, neue Freunde zu finden. Fällt es im Alter von elf Jahren noch jedem dritten Knaben (35 Prozent) und beinahe jedem dritten Mädchen (32 Prozent) sehr leicht, neue Freunde zu finden, so trifft dies in der Altersgruppe der 15-Jährigen nur mehr auf 22 Prozent der Knaben und 16 Prozent der Mädchen zu.

Abbildung 16: „Schulkinder, denen es ‚sehr leicht‘ fällt neue Freunde zu finden“ nach Alter und Geschlecht (Wien)



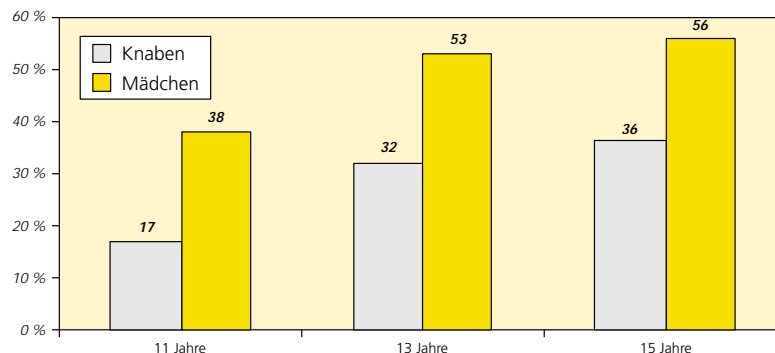
Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

Wie eingangs erwähnt erfüllen die Peers wichtige soziale Funktionen im Leben der Kinder und üben, wie heute vielfach angenommen wird, einen grösseren Einfluss auf sie aus als die Eltern.

Unter diesem Gesichtspunkt ist es interessant zu untersuchen, wie es mit der erfahrenen Unterstützung durch FreundInnen aussieht. Dies stellt sich folgendermaßen dar: 40 Prozent der Befragten können damit rechnen, dass sie „immer“ einen guten Freund oder eine gute Freundin haben, der bzw. die ihnen bei ernststen Problemen hilft. Beachtenswert ist, dass die sozialen Kompetenzen bei den Mädchen ausgeprägter zu sein scheinen: 38 Prozent der 11-jährigen Mädchen, aber nur 17 Prozent der Knaben haben mindestens eine gute Freundin bzw. einen guten Freund, die bzw. der ihnen bei Problemen „immer“ hilft. Bei den 15-Jährigen steigert sich die Zahl bei den Knaben auf 36 Prozent und bei den Mädchen gar auf 56 Prozent (siehe Abb.1 in Kap. 5.5).

24 Prozent können nur selten oder nie damit rechnen, dass sie bei ernststen Problemen von FreundInnen Hilfe erhalten. In dieser problematischen Gruppe befinden sich erwartungsgemäß mehr Knaben als Mädchen .

Abbildung 17: „Schulkinder, die „immer“ eine beste Freundin oder einen besten Freund haben, die bzw. der ihnen bei ernststen Problemen hilft“ nach Alter und Geschlecht



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

3.3.2 Peergruppenkontakte und Gesundheit

Es wird heute allgemein davon ausgegangen, dass die Qualität der Peergruppenkontakte einen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat. Viele FreundInnen zu haben, diese häufig zu treffen und die Möglichkeit, leicht neue Freunde zu finden, sind günstige Voraussetzungen für Kinder, sich gesund zu fühlen.

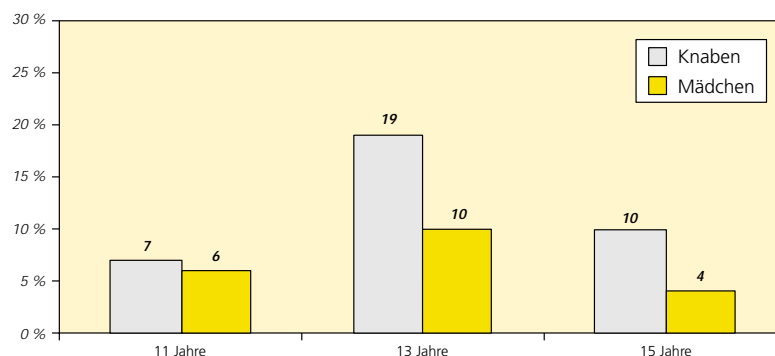
40 Prozent der Kinder, die mindestens drei gute FreundInnen haben, aber nur elf Prozent derjenigen, die keine guten FreundInnen haben, 40 Prozent derjenigen, die mindestens viermal pro Woche ihre FreundInnen treffen, aber nur 29 Prozent der Kinder, die höchstens einmal pro Woche ihre Freunde treffen, und 53 Prozent derjenigen, die leicht neue FreundInnen finden können, aber nur elf Prozent jener Kinder, denen es sehr schwer fällt neue FreundInnen zu finden, geben an, sich „sehr gesund“ zu fühlen.

3.3.3 Bullying in der Schule¹⁸

Ein wichtiger Indikator für die Qualität des Klassenklimas ist die Häufigkeit von verbalen und physischen Aggressionen zwischen den SchülerInnen. Bullying (von engl. bully = brutaler, unverschämter Kerl; bedrohen, einschüchtern, fertigmachen) hat sich in Bezug auf Jugendliche als Fachausdruck eingebürgert, ähnlich wie „Mobbing“ bei Erwachsenen.

68 Prozent der österreichischen SchülerInnen haben schon einmal an Bullying-Aktionen teilgenommen. Zum Problem scheint Bullying vor allem bei den 13-jährigen Knaben zu werden, die in Wien zu 19 Prozent regelmäßig an Bullying-Aktionen teilnehmen. Mit 15 Jahren sinkt ihr Anteil wieder auf zehn Prozent. In allen Altersgruppen liegen die Mädchen auf einem niedrigeren Niveau als die Knaben (siehe Abb. 18).

Abbildung 18: „Kinder, die einmal pro Woche oder öfters Opfer von Bullying-Aktionen werden“ nach Altersgruppen und Geschlecht (Wien)



Quelle: WHO-HBSC-Survey 1998

¹⁸ WHO-HBSC Survey, Forschungsfrage 54: „Wirst Du in diesem Schuljahr schon selbst das Opfer von Bullying-Aktionen?“

Resümee

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit dem subjektiven Gesundheitsempfinden und dem Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Wien und untersucht den Einfluss von Familie, Schule und Peergruppen.

Für das Setting Schule gilt, dass sich Kinder, die mit der Schule sehr zufrieden sind, häufiger als sehr gesund bezeichnen. Je niedriger die Schulzufriedenheit ist, desto häufiger fühlen sich die Kinder nicht gesund. Insgesamt betrachtet liegt die Schulzufriedenheit der Wiener Kinder im internationalen Vergleich im Mittelfeld, wobei es den Jüngeren in der Schule besser gefällt als den Älteren. Die subjektive Gesundheit der Kinder profitiert auch in hohem Ausmaß von der Unterstützung durch die LehrerInnen. Kinder, die mit der Unterstützung durch LehrerInnen rechnen können, bezeichnen sich doppelt so häufig als sehr gesund wie diejenigen, die zuwenig Unterstützung erfahren. Ähnlich positiv wirken sich Partizipation und Mitgestaltungsmöglichkeiten aus und zwar besonders bei den 15-Jährigen, deren Chancen sehr gesund zu sein dann gleich doppelt so hoch gegenüber dem Durchschnitt sind.

Von Interesse in diesem Zusammenhang sind auch die möglichen Auswirkungen widersprüchlicher Erziehungsstile von Eltern und LehrerInnen auf Schulfreude, -angst, -belastung und Wohlbefinden der Kinder. Hier ist noch einiges an Forschungsarbeit zu leisten.

Damit Befinden und Gesundheit weitgehend positiv übereinstimmen können, verdienen spezielle Übergänge wie der Schuleintritt und der Übertritt in das weiterführende Schulsystem besondere Aufmerksamkeit und die betroffenen Kinder entsprechende Unterstützung.

Auch Peergruppenkontakte haben einen günstigen Einfluss auf die Gesundheit, indem Kinder mit vielen FreundInnen, häufigen Kontakten und der Fähigkeit, leicht neue Freundschaften zu schliessen, sich öfter als sehr gesund bezeichnen.

Sportliche Betätigung beeinflusst die subjektive Gesundheit positiv, indem die Wahrscheinlichkeit der Kinder sich gesund zu fühlen, gesteigert wird (siehe Kap. 5.2).

Die Familie hat einen Einfluss auf die subjektive Gesundheit einerseits durch ihren sozioökonomischen Status, andererseits durch die Qualität des Gesprächsklimas und Unterstützungsleistungen der Eltern. Kinder aus ärmeren Familien fühlen sich nicht so gesund wie Kinder aus mittelschichtigen oder Oberschichtigen Familien. Ebenso fühlen sich Kinder gesünder, die in ihrer Familie über ihre persönlichen Probleme sprechen können und die von ihren Eltern bei Problemen außerhalb der Familie Unterstützung erfahren.

Die Zahl der Scheidungen wächst – sowohl in Österreich als auch international – und damit auch die Anzahl der von Scheidung betroffenen Kinder. Die eheliche Scheidung ist als ein Prozess zu verstehen, der durch eine Folge komplexer Ereignisse und tiefgreifender Veränderungen der Lebenssituation aller beteiligten Familienmitglieder gekennzeichnet ist. Kinder aus geschiedenen Ehen sind jedoch besonders betroffen und weisen häufig Befindlichkeitsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten sowie Probleme im Sozialverhalten auf.

Bei Besuchsregelungen nach Trennung oder Scheidung der Eltern kann prinzipiell entweder den Bedürfnissen der Eltern oder des Kindes Vorrang eingeräumt werden. Im Sinne des Kindeswohls sind Regelungen abzulehnen, die dem Kind eine große, seiner Entwicklung abträgliche Anpassungsleistung abverlangt. Dazu ist jeweils die individuelle und entwicklungsbezogene Situation des Kindes zu berücksichtigen.

Sorgerecht, Besuchszeiten, neue Partnerschaften, Stiefeltern und -geschwister sowie Konflikte mit dem bzw. der geschiedenen PartnerIn stellen häufig große Anforderungen an das Kind. In diesen Bereichen sollte in Zukunft verstärkt auf die Bedürfnisse und Ängste der Kinder eingegangen werden.

IV.
EPIDEMIOLOGIE

EPIDEMIOLOGY

4	EPIDEMIOLOGIE	127
4.1	MORTALITÄT VON SÄUGLINGEN UND KINDERN	127
4.1.1	Totgeburten	127
4.1.2	Säuglingssterblichkeit	127
4.1.2.1	Todesursachen bei Säuglingen	128
	SIDS: Plötzlicher Säuglingstod und die Wiener Informations-	
	kampagne „Sicheres Schlafen für Babys“	128
4.1.3	Mortalität bei Kindern im Alter von 1 bis 14 Jahren	133
4.1.3.1	Todesursachen für das Jahr 1998 bei Kindern im Alter von	
	1–15 Jahren in Wien	134
4.2	ERKRANKUNGEN	135
4.2.1	Perinatologische Daten	135
4.2.1.1	Impfungen während der Schwangerschaft	137
4.2.1.2	Tabakkonsum, Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Schwangeren	137
4.2.1.3	Durchschnittliches Alter der gebärenden Frauen	139
4.2.1.4	Risikogeburten, Risikokinder und Frühgeburten	140
4.2.1.5	Fehlbildungen	147
4.2.1.6	Ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch	148
4.2.2	Entwicklungsdiagnostik	150
4.2.2.1	Sprachentwicklung	153
4.2.2.2	Motorische Entwicklung	158
4.2.2.3	Hyperaktivität bei Kindern	169
4.2.3	Somatische Erkrankungen	171
4.2.3.1	Subjektives Gesundheitsempfinden, Lebensgefühl und Selbstvertrauen der Kinder	
	und Jugendlichen im Alter von 11–15 Jahren in Wien	175
4.2.3.2	Befindlichkeitsstörungen	177
4.2.3.3	Die „SERMO-Studie“	178
4.2.3.4	Spitalsentlassungsstatistik	183
4.2.3.5	Chronische Krankheiten	186
4.2.3.6	HNO-Erkrankungen	190
4.2.3.7	Kinderkrankheiten	192
4.2.3.8	Meldepflichtige Erkrankungen	195
4.2.3.9	Meningitis	195
4.2.3.10	Hepatitis	195
4.2.3.11	Bakterielle Lebensmittelvergiftungen	197
4.2.3.12	Tuberkulose	198
4.2.3.13	HIV-Infektion und AIDS bei Kindern	199
4.2.3.14	Unfälle	200
4.2.3.15	Krebs bei Kindern	209
4.2.3.16	Erkrankungen der Haut	210
4.2.3.17	Neurologische Erkrankungen	217
4.2.3.18	Haltungsschäden	218
4.2.3.19	Zahngesundheit	219
4.2.4	Psychische Probleme/Störungen	223
4.2.4.1	Psychiatrische Diagnosen	224
4.2.4.2	Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	225
4.2.4.3	Essstörungen	234
4.2.5	Behinderung bei Kindern	238
4.2.5.1	Einrichtungen für Kinder mit Behinderung und deren Familien in Wien	240
4.2.5.2	Pflegegeld	243
4.2.6	Gesundheitszustand und Versorgungslage bei Kindergarten- und Schulkindern	245
4.2.6.1	Kindergartenuntersuchungen	246
4.2.6.2	Schulärztliche Untersuchungen an Wiener Schulen 1995/96 bis 1999/2000	246
4.2.6.3	Kinderbetreuungseinrichtungen	256
4.2.6.4	Schulangebot und Schülerverteilung in Wien	257
4.2.6.5	Situation und Gesundheitszustand ausländischer Kinder	258

4 EPIDEMIOLOGIE

4.1 Mortalität von Säuglingen und Kindern

Zusammenfassung

Die Anzahl der Totgeburten ist seit 1994 annähernd stabil; 1998 wurden in Wien 74 Totgeburten registriert.

Die Säuglingssterblichkeit hat sich von 1960 (33,4 Promille) bis 1998 (7,0 Promille) in Wien deutlich gesenkt. In den Jahren 1990 bis 1998 starben Säuglinge beiderlei Geschlechts hauptsächlich an angeborenen Fehlbildungen, sonstigen perinatalen Affektionen und an „Symptomen und schlecht zu bezeichnenden Affektionen“. Mit der Diagnose SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) starben 1998 in Wien 10 Kinder. Insgesamt verstarben in diesem Jahr 106 Säuglinge in Wien.

Bei Kindern im Alter von 1–14 Jahren traten 1998 in Wien 24 Todesfälle auf. In der Altersgruppe der 1–5-Jährigen waren Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie Krankheiten des Kreislaufsystems die Haupttodesursachen. Bei den 5–10-Jährigen starben die meisten Kinder an Verletzungen und Vergiftungen, bösartigen Neubildungen und Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane. Im Alter von 10–15 Jahren waren die Haupttodesursachen Verletzungen und Vergiftungen sowie bösartige Neubildungen.

Summary: Infant and Child Mortality

The number of stillbirths has changed little since 1994: in 1998, 74 stillbirths were registered in Vienna. Infant mortality in Vienna dropped markedly between 1960 (33 per one thousand) and 1998 (7.0 per one thousand). Between 1990 and 1998, most stillbirths of both sexes were due to inborn malformations, other perinatal affections or symptoms of affections not easily diagnosed. In 1998, 10 children in Vienna died of sudden infant death syndrome. Altogether 106 babies died in Vienna in this year.

In 1998, 24 children below the age of 15 died in Vienna. Main causes of death in the age group of 1 to 5 year olds were injuries, poisoning, diseases of the nervous system or the sense organs, as well as circulatory diseases. In the age group of 5 to 10 year olds, most children died of injuries, poisoning, malignant new growths, diseases of the nervous system and the sense organs. Main causes of death between ages 10 and 15 were injuries, poisoning and malignant growths.

4.1.1 Totgeburten

1998 wurden in Wien 74 Totgeburten (siehe Kap. 2.2.2.1) registriert (d. h. 4,9 Totgeborene auf 1.000 Lebendgeborene). Unter Berücksichtigung der Definitionsänderung ab 1995 ist die Häufigkeit der Totgeburten seit 1994 vermutlich annähernd stabil. Die seit 1.1.1995 geltende neue Definition nach WHO-Richtlinien sieht eine weitere Fassung des Begriffes „Totgeburt“ vor. Wurden bis 1994 alle totgeborenen Säuglinge unter einer Länge von 35 cm als Totgeburt bezeichnet, so müssen diese ab 1995 mindestens 500 Gramm und dürfen keines der Merkmale von Lebendgeburten aufweisen. Somit wurde die Grenze zwischen einer Fehlgeburt und einer Totgeburt deutlich verschoben, was in der Folge zu einem „Anstieg“ der Totgeburten um etwa ein Drittel führte (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

4.1.2 Säuglingssterblichkeit

Seit 1960 sank die Säuglingssterblichkeit (siehe Kap. 2.2.2) in Österreich und in Wien deutlich und zwar von 33,4 Promille im Jahre 1960 auf 7,0 Promille im Jahre 1998. Ein wesentlicher Rückgang war besonders in den Jahren 1960–1990 zu verzeichnen. In den letzten Jahren (1990–1998) gab es nur mehr geringfügige Schwankungen.

In Österreich wird der Säuglingssterblichkeit weit über das medizinische System hinaus große Beachtung geschenkt. Dieses Interesse besteht auch deswegen, weil in den skandinavischen Ländern, in den Niederlanden oder in Japan traditionell die Säuglingssterblichkeit geringer ist. Die Gesundheitspolitik hat auf diesen Umstand mit

der Einführung des Mutter-Kind-Passes (siehe Kap. 9.1) im Jahr 1974 reagiert, wodurch die Säuglingssterblichkeit deutlich gesenkt wurde. Österreich vermochte seine relative Position in den internationalen Statistiken zur Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahren insgesamt etwas zu verbessern (KYTIR und KÖCK, 1995).

Als wesentliche Faktoren, die das Sterberisiko eines Säuglings erhöhen, gelten nach wie vor:

- Risikoerkrankungen der Mutter (z. B. Infektionskrankheiten, Diabetes, Hypertonie)
- „Riskante“ Lebensgewohnheiten (Rauchen, Übergewicht, Alkohol- und Drogenkonsum)
- Frühgeburt des Kindes, verbunden mit einem niedrigen Geburtsgewicht (< 2.500 g)
- Angeborene Fehlbildungen und Risikoerkrankungen des Säuglings (KÖCK et al., 1988)
- Das Alter der Mutter stellt den größten Prädiktor dar (Kapitel 4.2.1.3). Bei Müttern unter 19 Jahren ist das Sterberisiko des Kindes um 81 Prozent erhöht, aber auch ein Alter über 37 Jahre stellt ein Risiko dar, doch variiert die letztere Einflussgröße je nach sozioökonomischem Hintergrund der Frau (KÖCK et al., 1988; KYTIR und KÖCK, 1995. In: Wiener Frauengesundheitsbericht, 1996). Das durchschnittliche Alter der Mütter bei Frühgeborenen liegt bei 30 Jahren, das der Väter bei 33 Jahren (MA-L, 1999).
- Das durchschnittliche Bildungsniveau der Mütter von Frühgeborenen liegt hoch und zeigt eine weiterführende Schulbildung bei 67 Prozent (MA-L, 1999). Bei Frauen mit Pflichtschulabschluss erhöht sich das Risiko einer Frühgeburt um 50 Prozent und das Risiko einer Totgeburt bzw. des Todes in der ersten Lebenswoche erhöht sich zusätzlich (KYTIR und KÖCK, 1995).
- Während in zahlreichen Studien immer wieder darauf hingewiesen wird, dass Frühgeborene häufig aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Hintergrund stammen, konnte dies in der Studie „Entwicklungsverlauf risikogeborener Kinder“ nicht bestätigt werden (MA-L, 1999).

Der deutliche und für den Raum Wien relevante Zusammenhang zwischen der Staatsbürgerschaft der Mutter und der Höhe der Säuglingssterblichkeit ist nicht per se aussagekräftig, sondern auf soziale Merkmale und ökonomische Defizite zurückzuführen.

Ansatzpunkte zur Prävention müssen also an der Basis der sozialen und demographischen Risiken ansetzen und sind am ehesten durch psychosoziale und lebenspraktische Eltern- und Mütterberatungsstellen zu gewährleisten (KÖCK et al., 1988).

4.1.2.1 Todesursachen bei Säuglingen

Im Jahre **1970** waren die Haupttodesursachen bei den männlichen Säuglingen folgende: Ursachen der perinatalen Morbidität und Mortalität, angeborene Fehlbildungen Magen-Darmkatarrh sowie Kolitis infektiösen Ursprungs. Die weiblichen Säuglinge starben hauptsächlich an bestimmten Ursachen der perinatalen Morbidität und Mortalität (760–779) und an angeborenen Fehlbildungen.

Bei weiblichen und männlichen Säuglingen waren im Jahre **1980** angeborene Fehlbildungen, Geburtstrauma und sonstige perinatale Affektionen die Haupttodesursachen. In den Jahren **1990–1998** starben die Säuglinge beider Geschlechter hauptsächlich durch angeborene Fehlbildungen, sonstige perinatale Affektionen und an sonstigen Symptomen und schlecht zu bezeichnenden Affektionen (STATISTIK ÖSTERREICH, 1997).

Die Haupttodesursachen bei Säuglingen in **Wien** für das Jahr **1998** sind in Tabelle 1 ersichtlich.

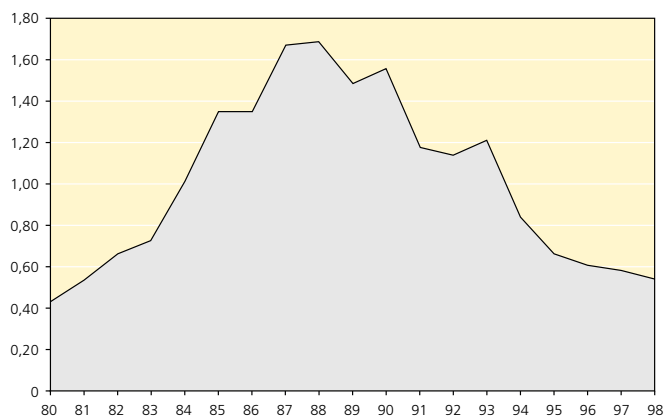
4.1.2.1.1 SIDS: Plötzlicher Säuglingstod und die Wiener Informationskampagne „Sicheres Schlafen für Babys“

Ab 1988 beginnt in Österreich die Inzidenz des plötzlichen Säuglingstodes (Sudden Infant Death Syndrome – SIDS) zu fallen (KERBL et al., 1995). Die acht Jahre vor der Einführung und Bekanntmachung der Definition bis zum Erreichen des Höhepunktes der Diagnosehäufigkeit können auch als Trägheit des medizinischen Systems interpretiert werden. Der Abfall nach 1988 wird dem Ergebnis der Präventionsmaßnahmen zugeschrieben (Abb.1).

Tabelle 1: Anzahl der gestorbenen Säuglinge 1998 in Wien nach Lebensdauer und Todesursachen

Todesursachen (ICD-9-Code)	Geschlecht		Lebensdauer			
	m	w	unter 24 Stunden	24 Std. bis unter 7 Tage	7 Tage bis unter 28 Tage	28 Tage bis unter 1 Jahr
Infektionskrankheiten (001–139)	0	0	0	0	0	0
Kongenitale Anomalien des Herzens und des Kreislaufsystems (745–747)	8	6	1	3	6	4
Chromosomenanomalien (758)	3	5	2	1	2	3
Andere kongenitale Anomalien (740–744, 748–757, 759)	9	9	10	2	3	3
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen bedingt durch Krankheit der Mutter (760)	3	3	4	1	0	1
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen bedingt durch Schwangerschaftskomplikationen (761)	2	0	1	0	0	1
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen bedingt durch Kompl. der Plazenta, Nabelschnur und Eihäute (762)	5	4	7	0	2	0
Unreife, Frühgeburt (765)	8	8	4	5	6	1
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen durch sonstige Komplikationen bei der Entbindung (763, 767)	0	0	0	0	0	0
Respiratorische Affektionen des Fetus oder Neugeborenen (768–770)	2	5	0	2	1	4
Hämolytische Krankheiten des Fetus oder Neugeborenen (773, 774)	0	0	0	0	0	0
Andere Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit (465, 766, 771, 772, 775–779)	3	3	0	1	2	3
SIDS (798.0)	6	4	1	0	0	9
Unfälle (Vergiftungen und Verletzungen E800 – E949)	0	0	0	0	0	0
Mord, Totschlag (E960 – E969)	0	1	0	0	0	1
Andere Todesursachen	6	3	1	1	3	4
gesamt	55	51	31	16	25	34

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

Abbildung 1: SIDS-Inzidenz bezogen auf 1.000 Geburten, Österreich 1980–1998

Quelle: Statistik Österreich, 1998

Die Inzidenz des plötzlichen Säuglingstodes war im Raum Wien bis vor kurzem deutlich höher als in den anderen

österreichischen Bundesländern (STATISTIK ÖSTERREICH, 1998) (Tabelle 2). 1998 starben in Österreich 47 und in Wien 18 Kinder mit der Diagnose SIDS. Mit dem Ziel, die SIDS-Inzidenz in Wien weiter zu senken, haben die Wiener Kinderspitäler unter dem Titel „Sicheres Schlafen für Babys“ eine Informationskampagne vorbereitet (Abteilung für Neonatologie, angeborene Störungen und Intensivmedizin der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Gottfried von Peyer'sches Kinderspital, Kinderklinik Glanzing und Kinderabteilung des SMZ-Ost; IPSIROGLU, LISCHKA et al., 2000).

Tabelle 2: SIDS-Inzidenz (in Prozent), Österreich und Wien 1988/1996/1998

Jahr	Österreich	Wien
1988	1,66 %	2,38 %
1996	0,62%	1,16%
1998	0,54%	0,64%

Quelle: Statistik Österreich, 1998

Der pathophysiologische Mechanismus für SIDS ist trotz vieler Studien nicht geklärt. In großen epidemiologischen Studien wurden unterschiedliche SIDS-Mortalitätsziffern innerhalb verschiedener Kulturkreise beobachtet, die z. T. auf unterschiedliche SIDS-Diagnostik und -Klassifikation, z. T. aber auch auf Unterschiede im Lebensstil und in der Säuglingspflege zurückgeführt werden können (Abteilung für Neonatologie, angeborene Störungen und Intensivmedizin der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Gottfried von Peyer'sches Kinderspital, Kinderklinik Glanzing und Kinderabteilung des SMZ-Ost).

Gemeinsamer Nenner ist die Identifikation und Vermeidung der Hauptrisikofaktoren: a) Rauchen, b) Bauchlage und falsches „Betten“, c) Überwärmung, d) fehlende Nähe. SIDS-Präventions- oder Informationskampagnen, die diese Risikofaktoren fokussieren, haben international und in Österreich zu einer deutlichen Reduktion der SIDS-Inzidenz geführt (IPSIROGLU, LISCHKA et al., 2000; IPSIROGLU, KERBL et al., 2000).

Anlässlich der Wiener Informationskampagne „Sicheres Schlafen“ wurden Inhalt, Strategie und Vorgangsweise im Rahmen des 4. Österreichischen SIDS-Konsensusgesprächs den MitarbeiterInnen aller österreichischen Kinderabteilungen vorgestellt. Dieses Bestreben nach gemeinsamen Standards in den z. T. unterschiedlich gehandhabten Indikationsstellungen zur Beratung, Schlafuntersuchung und Monitorvergabe sowie Dokumentation und Obduktion wurde dokumentiert und im März 2000 in Form einer wissenschaftlichen Publikation festgehalten (IPSIROGLU, KERBL et al., 2000).

Status quo: SIDS-Prävention in den einzelnen Bundesländern (Istzustand)

- Ansatz Screening nach organischen Risikofaktoren mittels Schlafuntersuchung (Polysomnographie):

Da der Tod im Schlaf eintrat, wurde in den letzten 30 Jahren die Schlafuntersuchung als Screeningmethode zur Erkennung eines sogenannten SIDS-Risikos herangezogen. Allerdings konnten in den letzten Jahren zahlreiche Studien belegen, dass die Schlafuntersuchung in der Prävention des SIDS keinen wesentlichen Stellenwert mehr einnimmt (IPSIROGLU, KERBL et al., 2000; POETS, 1997; KERBL, 2000; NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 1987; FETUS AND NEW BORN COMITEE, 1992). In den Jahren 1980–1995 entstanden in Österreich 16 pädiatrische Schlaflabore (allein in Wien vier), die sich im Rahmen der Risikofaktoren-Untersuchung hauptsächlich mit neonatologischer Schlafmedizin beschäftigten.

- Ansatz Verhinderung des plötzlichen Säuglingstodes mittels Überwachungsgeräten:

Die zweite Säule der SIDS-Prävention war die Verordnung der Heimüberwachungsgeräte (Monitore). Heute kommen die Fachleute zu dem Schluss, dass die Effektivität des Monitorings nicht eindeutig bewiesen werden konnte (POETS, 1997; KERBL, 2000; FETUS AND NEW BORN COMITEE, 1992).

- Ansatz Screening nach organischen Risikofaktoren mittels Fragebogen:

Die Risikofaktorensuche mittels eines durch prospektive Studien erarbeiteten Fragebogens (STATISTIK ÖSTERREICH, 1998; EINSPIELER et al., 1992) wurde schon in den letzten Jahren einerseits wegen der beunruhigenden Form, andererseits wegen der mangelnden Reproduzierbarkeit kontrovers beurteilt und dementsprechend nur von einigen Zentren durchgeführt.

- Ansatz Aufklärung:

In den meisten Bundesländern werden Informationen zu SIDS-reduzierenden Pflegemaßnahmen den Eltern hauptsächlich unmittelbar postpartal innerhalb der ersten Lebenswoche des Neugeborenen, sowie später mittels SIDS-Beratungszentren vermittelt. Einige Zentren arbeiten mit Hebammen zusammen und versuchen diese Informationen schon während den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bzw. in Geburtsvorbereitungskursen weiterzugeben (Tirol, Salzburg, Steiermark, z. T. Oberösterreich). Landesweite Informationsveranstaltungen werden fast in allen Bundesländern angeboten, betont wird aber die Wichtigkeit der Informationsweitergabe an die Neugeborenenstationen („Kinderzimmer“) der Frauenabteilungen. Säuglings-Reanimationskurse werden in allen Spitälern angeboten.

Zusammenfassung

Der allgemeine Trend geht zur prä- und postpartalen Informationsweitergabe im persönlichen Gespräch (Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien), wobei die einheitliche Information an die KinderfachärztInnen, Kinderkrankenschwestern und je nach Bundesland das interdisziplinäre Betreuungsteam (wie Hebammen, PflegehelferInnen, SozialarbeiterInnen usw.) im Vordergrund steht. Das Gespräch mit den Eltern ist das wichtigste Instrument zur Erfassung von möglicherweise erhöhtem SIDS-Risiko und SIDS-Sorge. Allerdings ist es als solches nicht als Leistung anerkannt und damit keiner Qualitätskontrolle unterworfen (IPSIROGLU, KERBL et al., 2000; IPSIROGLU, STEKEL et al., 2000).

Konklusionen des IV. Österreichischen Konsensustreffens

Im Österreichischen Konsensuspapier (IPSIROGLU, KERBL et al., 2000) wird festgehalten, dass zu verschiedenen Fragen der SIDS-Prävention ein österreichweites, konvergentes Vorgehen etabliert werden soll. In diesem Sinne herrscht Konsens über folgende Punkte (Auszug):

1. In Zukunft soll hauptsächlich die Beratungstätigkeit fokussiert werden. Individuelle Beratung bzw. Gruppenberatung soll durch speziell geschultes Personal erfolgen. Ein Gesprächsleitfaden soll einen Minimalkonsens darstellen und eine Qualitätssicherung ermöglichen.
2. Der Hauptansatz zur Informationsweitergabe liegt bei Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und an den Neugeborenenstationen der Frauenabteilungen („Kinderzimmer“), weshalb betroffene ÄrztInnen, Pflegepersonal und Hebammen besonders genau in SIDS-reduzierenden Pflegemaßnahmen geschult werden sollen.
3. Um keine Ängste zu wecken oder Verunsicherungen auszulösen, soll in den Formulierungen prinzipiell auf eine positive Sprache geachtet werden. Die Plakate der SIDS-Präventionskampagne „Sicheres Schlafen“ wären dafür ein Beispiel. Zu betonen ist, dass das alleinige Fokussieren auf den Plötzlichen Säuglingstod nicht sinnvoll erscheint. Vielmehr sollten allgemeine Sicherheitsmaßnahmen zum Thema „Schlafen im Säuglingsalter“ im Vordergrund stehen. In diesem Sinne wurde der ursprüngliche Plakattext der Wiener Kampagne „Kinderärzte, Geburtshelfer und Gesundheitsstadtrat gegen den plötzlichen Säuglingstod“ in „Sicheres Schlafen für Babys – Information bei Geburtshelfern und Kinderärzten“ umgewandelt.
4. Erhebungen von Risikopopulationen durch Risikofragebögen oder -stempel im Mutter-Kind-Pass (wie in verschiedenen Bundesländern praktiziert) können „Angst und Verunsicherung“ auslösen und werden deswegen nicht als wienspezifisches Vorgehen empfohlen. Da das Problem offensichtlich im Erreichen der Risikogruppe mit der niedrigsten Compliance liegt, soll auch hier das persönliche Gespräch in Form von Beratungen an Neugeborenenstationen verstärkt werden.
5. Die Etablierung einer Qualitätskontrolle in den „Beratungsgesprächen“ ist ein wichtiges Ziel. Zur Erfüllung dieses Ziels sollte eine Vereinheitlichung des Modus („gemeinsame Sprache“) und des Inhalts (Empfehlungen bezüglich SIDS-Prävention) sowie der Informationsweitergabe innerhalb der SIDS-Beratungszentren angestrebt werden.

Die Wiener Informationskampagne „Sicheres Schlafen für Babys & Säuglinge“

- Ziel ist,

1. die SIDS-Inzidenz im Raum Wien zu senken: Innerhalb der nächsten zwei Jahre bleibend die gesamtösterreichische Inzidenz zu unterschreiten (0,6 Promille).
2. die empfohlenen Pflegemaßnahmen einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen, um erwünschte Verhaltensweisen in der Kinderpflege und im Lebensstil zu lancieren.
3. die Steigerung der Sensibilität und des Bewusstseins gegenüber Neugeborenen im Speziellen und Kindern im Allgemeinen.
4. junge Eltern mit dem Begriff „Prävention“ bekannt zu machen und dadurch die Möglichkeit zu geben, kompetenter und handlungsfähiger zu werden, damit die Sicherheit steigt und das Angstniveau sinkt.

- **Pro & Contra**

Die Konfrontation von Eltern mit dem Thema SIDS kann einerseits Verunsicherungen und Ängste auslösen, andererseits aber bei entsprechender Präsentation zu erwünschter Kinderpflege und geänderten Verhaltensweisen führen.

- **Strategie**

Um die Verunsicherung möglichst gering zu halten, wird folgende Strategie vorgeschlagen:

1. Die Informationen an die Eltern werden positiv formuliert – Tipps und Hinweise statt Verbote und angstauslösende Informationen.
2. Gute Verständlichkeit der Informationen durch Bilder und Texte mit Schlagzeilen.
3. Die Inhalte sind praktische, allgemein gültige Tipps zur Säuglingspflege, die gleichzeitig SIDS-reduzierende Pflegemaßnahmen beinhalten und junge Eltern im noch ungeübten Umgang mit ihrem Baby unterstützen (siehe Beiheft zum Mutter-Kind-Pass, Prof. KERBL, Graz).
4. Die Begriffe „Plötzlicher Säuglingstod“ und „SIDS“ werden nicht verwendet.

- **Vorgangsweise**

1. Information im Gesundheitswesen
 - Fortbildung von KinderärztInnen, Kinderkrankenschwestern, MitarbeiterInnen von Eltern-Beratungsstellen, praktischen ÄrztInnen, GeburtshelferInnen, Hebammen und anderen, im Gesundheitswesen tätigen Personen (z. B. SozialarbeiterInnen)
 - Publikation der Kampagne „*Sicheres Schlafen*“ in Fachjournalen (Fortbildungszeitungen der Ärztekammer usw.)
2. Erst nach Vollendung des ersten Schritts („Information der InformantInnen“) Beginn des zweiten Schritts
 - Elternberatung und -schulung
 - Information der Eltern mittels medizinischer Multiplikatoren (Hebammen, Geburtsvorbereitungskurse, Neugeborenenstationen, Eltern-Beratungsstellen, Kinderarztpraxen)
 - Plakate, Broschüren und Videos
 - Einrichtung einer SIDS-Infoline über das Gesundheitstelefon der Stadt Wien, um erste Fragen aufzufangen und eine differenzierte Weiterleitung an die SIDS-Beratungsstellen zu ermöglichen
3. Parallelmaßnahme: Öffentlichkeitsarbeit
 - Information breiter Bevölkerungsgruppen durch Plakataktionen, Inserate in Tages- und Wochenzeitungen (inkl. Bezirksblätter und Lokalpresse), Einschaltungen in Radio und Fernsehen sowie per Internet.
 - Evaluation

Um den Erfolg der Präventionskampagne „*Sicheres Schlafen*“ zu dokumentieren, wird in erster Linie die SIDS-Inzidenz für Wien der Jahre 2001 und 2002 herangezogen.

Ein Controllingssystem soll die frühzeitige Erkennung von Stärken und Schwächen der Präventionskampagne gewährleisten. Dieses besteht aus:

1. Befragung von Eltern bezüglich ihrer SIDS-Sorge vor und nach einer spezifischen Beratung an einer SIDS-Beratungsstelle.
2. Evaluation des Informationsstands von Eltern vor und nach Beratungen.
3. Umfragen zum Informationsstand der Bevölkerung über den Plötzlichen Säuglingstod und SIDS-reduzierende Maßnahmen vor und nach Plakataktionen.

Obduktion & Trauerbegleitung

Eine flächendeckende, lückenlose Obduktion ist die Grundbedingung für die Diagnosestellung „SIDS“. Die Obduktion muss durch geschulte SpezialistInnen erfolgen (KURZ et al., 1995 und 1996). Nachdem die SIDS-Inzidenz rückläufig ist, empfiehlt das IV. Österreichische Konsensustreffen die Zentralisierung der Obduktionen auf jene gerichtsmedizinischen und pathologischen Institute, die sich auf der Basis eines Rundschreibens von 1997 den vorgeschlagenen Untersuchungen standardmäßig anschließen, z. B. das Gerichtsmedizinische Institut der Universität Wien.

Idealerweise sollte das postmortem Diagnosegespräch mit den Eltern vom/von der GerichtsmedizinerIn gemeinsam mit einer/m mit diesem Thema vertrauten PsychologIn geführt werden. Letztere/r bietet den Eltern dann auch psychotherapeutische Gespräche zur Trauerbegleitung an.

Ausblick

Der strategische Ansatz „Information und Schulung für Personal“ gewinnt in einer Zeit, in der PatientInnen Informationen innerhalb weniger Minuten aus dem Internet bekommen können, besonders an Bedeutung. Im SIDS-Bereich müssen die in „Bringschuld“ stehenden medizinischen BeraterInnen den besorgten/betroffenen Eltern **klare, reproduzierbare Informationen** übermitteln. Im Sinne der evidence based medicine sollen medizinische Probleme mit klinisch-wissenschaftlichem Wissen rationell gelöst werden oder im Fall auch als **derzeit nicht lösbar** formuliert werden können.

Die Wiener SIDS-Informationskampagne „Sicheres Schlafen für Babys“ hat das Ziel, Eltern über SIDS-reduzierende Pflegemaßnahmen zu informieren, ohne Ängste und Verunsicherungen auszulösen. Informationen werden über medizinisches Personal sowie Plakate und Broschüren vermittelt. Eine wichtige Säule der Kampagne ist die Schulung von ÄrztInnen und Pflegepersonal in Kommunikation und Gesprächsführung, da in diesem Bereich in beiden Berufsgruppen Defizite bestehen. Die auf Schlagwörter reduzierten Plakattexte: „Ich mag Rückenlage“, „Ich stehe auf rauchfrei“, „Ich brauche Nähe“, „Manche mögen es heiß, ich nicht“ signalisieren, dass das Eingehen auf die Bedürfnisse des Kindes Leben retten kann. Die Plakate zeigen Säuglinge als „individuelle Charaktere wie Du und ich“. Die damit hervorgerufene persönliche Betroffenheit erzeugt Empathie für Kinder und Respekt vor deren Bedürfnissen, die der in der Werbung üblichen idealisierenden Darstellungsweise von Kindern meist verloren gehen. Verständnis und Respekt sollen im vorgelegten Kommunikationskonzept auch den besorgten Eltern von Risikokindern entgegengebracht werden: ÄrztInnen, Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen treten nicht mehr als InstruktorInnen auf, sondern als BeraterInnen in Sachen „Sicheres Schlafen und richtiges Pflegen“. Dieser allgemeingültige gesundheitspolitische Paradigmenwechsel soll in Zukunft im Rahmen der SIDS-Prävention vorangetragen werden.

4.1.3 Mortalität bei Kindern im Alter von 1–14 Jahren

Die Mortalitätsrate hat sich in Österreich und auch in Wien im Zeitraum 1970–1990 deutlich verringert. In den 90er Jahren blieb die Sterbeziffer nahezu konstant.

Starben **1970** insgesamt 645 männliche und 407 weibliche Kinder im Alter von 1–14 Jahren, so waren es 1998 „nur“ noch 117 männliche und 103 weibliche Kinder in Gesamtösterreich.

Die Entwicklung in Wien verläuft ähnlich. So starben 1970 67 männliche und 50 weibliche Kinder und 1998 15 männliche und neun weibliche Kinder im Alter von 1–14 Jahren (siehe Tabelle 3; Abb.2).

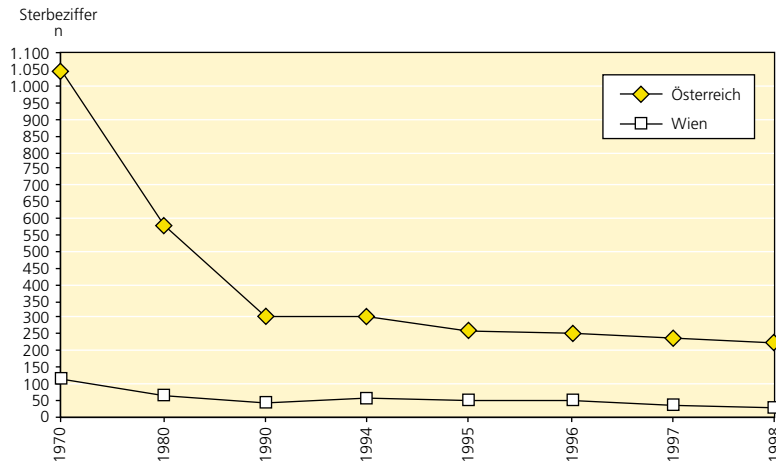
Weiters ist aus den Statistiken ersichtlich, dass Kinder, sowohl aus Gesamtösterreich wie auch aus Wien, im Alter von 1–4 Jahren die höchste Sterbeziffer aufweisen, gefolgt von den 5–9-Jährigen und den 10–14-Jährigen, und dass tendenziell immer mehr Knaben als Mädchen starben.

Tabelle 3: Anzahl der verstorbenen Kinder (0–14 Jahre), Österreich und Wien 1970–1998

Jahr	Österreich						Wien					
	1 – 4 Jahre		5 – 9 Jahre		10–14 Jahre		1 – 4 Jahre		5 – 9 Jahre		10–14 Jahre	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
1970	270	230	214	103	161	74	26	19	21	23	20	8
1980	120	112	105	64	119	57	12	14	10	6	17	2
1990	86	69	48	31	44	26	14	6	8	3	6	6
1994	78	59	45	28	60	30	17	12	3	6	8	8
1995	72	49	38	22	44	33	10	14	8	6	3	8
1996	63	46	33	38	54	18	15	8	9	4	8	3
1997	65	43	33	28	43	26	8	7	4	6	2	8
1998	50	46	32	32	35	25	10	5	3	4	2	0

Quelle: Statistik Österreich, 1998

Abbildung 2: Anzahl der verstorbenen Kinder im Alter von 0–14 Jahren in Österreich und Wien, 1970–1998



Quelle: Statistik Österreich, 1997

4.1.3.1 Todesursachen für das Jahr 1998 bei Kindern im Alter von 1–14 Jahren in Wien

Von den 24 verstorbenen Kindern im Jahre 1998 (Tabelle 4) in Wien verstarben in der Altersgruppe der **1–5-Jährigen** die meisten Kinder (n = 5) an Verletzungen und Vergiftungen (ICD-9-Code E800-E999), vier Kinder an Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (ICD-9-Code 320–389) und drei Kinder an Krankheiten des Kreislaufsystems (390–459).

In der Altersgruppe der **5–10-Jährigen** starben ebenfalls die meisten Kinder (n = 5) an Verletzungen und Vergiftungen, je ein Kind an bösartigen Neubildungen (ICD-9-Code 140–208) und Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane.

In der Altersgruppe der **10–15-Jährigen** starb je ein Kind an Verletzungen und Vergiftungen und an bösartigen Neubildungen.

Tabelle 4: Todesursachenstatistik von Kindern (1 bis unter 15 Jahre), Wien 1998

Todesursache (ICD-9-Code, 1979)	1 bis unter 5 Jahre		5 bis unter 10 Jahre		10 bis unter 15 Jahre	
	m	w	m	w	m	w
● Neubildungen (140 – 239)	0	1	1	0	1	0
davon bösartige Neubildungen (140 – 208)	0	1	1	0	1	0
● Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen des Immunsystems (240 – 279)	1	0	0	0	0	0
● Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (320 – 389)	4	0	0	1	0	0
● Krankheiten des Kreislaufsystems (390 – 459)	0	3	0	0	0	0
● Angeborene Fehlbildungen (740 – 759)	2	0	0	0	0	0
davon: Herz (745, 746)	2	0	0	0	0	0
● Perinatale Affektionen (760 – 779)	0	0	0	0	0	0
davon: Frühgeburten (765)	0	0	0	0	0	0
● Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen (780 – 799)	0	0	0	0	0	0
davon SIDS (798)	0	0	0	0	0	0
● Verletzungen und Vergiftungen (E800 – E999)	2	3	2	3	1	0
davon: Verkehr (E810 – E819)	1	2	0	0	1	0
davon: Mord, Totschlag und vorsätzliche Verletzungen (E960 – E969)	0	1	0	1	0	0
davon: Unfälle durch Sturz (E880 – 889)	0	0	0	1	0	0

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

4.2 Erkrankungen

4.2.1 Perinatologische Daten

Zusammenfassung

Die zahlreich geschaffenen Perinatalzentren in Wien bieten die höchste Versorgungsstufe für Neu- und Frühgeborene aller Gewichtsklassen. Insbesondere Risikoschwangerschaften mit Bedarf einer intensivmedizinischen Betreuung der Säuglinge werden hier behandelt.

Laut Spitalsentlassungsstatistik 1998 wurden bei insgesamt 1.348 männlichen und 952 weiblichen Säuglingen im Alter von null bis ein Jahr perinatale Affektionen (ICD9) festgestellt. Die Hauptdiagnosen (ICD9) waren bei beiden Geschlechtern Störungen durch verkürzte Schwangerschaftsdauer und nicht spezifiziertem Geburtsgewicht, andere respiratorische Affektionen des Fetus oder Neugeborenen und „andere Neugeborenen-Gelbsucht“.

Rauchen während der Schwangerschaft erhöht das Risiko für niedriges Geburtsgewicht, unabhängig vom Alter der Mutter, ethnischer Zugehörigkeit, sozioökonomischen Faktoren oder Geschlecht des Kindes. Es besteht eine deutliche Dosis-Wirkungsbeziehung: Je mehr die Mutter raucht, desto geringer ist das Geburtsgewicht (minus 200 bis 250 Gramm). Intensive Aufklärungsarbeit in diesem Bereich leistet z. B. die Semmelweis Frauenklinik und das Frauengesundheitszentrum F.E.M.. Bei Kindern, deren Mütter während der Schwangerschaft **Alkohol** trinken, kann es in 25 bis 45 Prozent der Fälle zum Zustandsbild der Alkoholembyopathie kommen. Diese ist gekennzeichnet durch Defekte/Fehlbildungen im Schädel- und Gesichtsbereich, Herz-Kreislaufsystem und den Gliedmaßen, verbunden mit vorgeburtlich einsetzenden Wachstumsstörungen und Entwicklungsverzögerungen. Beim Drogenkonsum während der Schwangerschaft können die Kinder u. a. Probleme in der kognitiven Entwicklung, vermehrte Aggressivität und Hyperaktivität aufweisen.

Die gesamtösterreichische Frühgeburtenrate ist von 1970 bis 1998 annähernd stabil geblieben. 1998 wurden 1.062 Frühgeborene in Wien registriert. Die Fortschritte in der Medizin und die zahlreichen Forschungsprojekte in Wien, u. a. an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Abteilung für Neonatologie, angeborene Störungen und Intensivmedizin des AKH Wien in Zusammenarbeit mit

Summary: Perinatal Figures

Several perinatal centres have been established in Vienna, offering top quality care for newborns and premature infants of all weight ranges. Particular emphasis is placed on risk pregnancies requiring intensive medical care.

According to hospital release statistics a total of 1,348 male and 952 female infants aged 0 to 1 were diagnosed with perinatal affections (ICD-9) in 1998. Generally these consisted of disorders caused by reduced pregnancy durations and non-specified birth-weight, other respiratory affections of the foetus or the newborn or jaundice of the newborn.

Smoking during pregnancy increases the risk of low birth-weight, independent of the mother's age, race, socio-economic factors or gender of the child. There is an obvious correlation between dose and effect: the more a mother smokes the lower the child's birth-weight (minus 200 to 250 grams). Clinics such as the Semmelweis women's clinic or the F.E.M. women's health centre have contributed a lot to raising women's awareness of these facts. 25 percent to 45 percent of women who consume alcohol during pregnancy are likely to develop alcohol-embryopathy, which is characterized by defects/malformations in the skull and facial area, the cardiovascular system and the extremities, accompanied by prenatal growth disorders and development delays. Children born by mothers who have consumed drugs during pregnancy may be slow in their cognitive development, show increased aggressiveness or hyperactivity.

The birth-rate for premature babies in all of Austria remained fairly stable in the period from 1970 to 1998. In 1998, 1,062 premature births were registered in Vienna. Medical progress as well as numerous research projects such as those carried out at the Vienna General Hospital university clinic for children and adolescents (department for neonatology – inborn deficiencies and intensive care) in co-operation with the Rudolfstiftung department for neonatology - gynaecology and obstetrics, and the Vienna General Hospital after-care outpatient ward – department for neonatology, inborn deficiencies and intensive care – , the outpatient departments for development

der Abteilung für Neonatologie, angeborene Störungen und Intensivmedizin der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien, den Entwicklungsdiagnostischen Ambulanzen, dem Wiener Risikoprogramm und der Wiener Entwicklungsstudie haben auch dazu beigetragen, die Überlebensrate der Babys unter einem Geburtsgewicht von 1.500 Gramm zu erhöhen.

Angeborene Fehlbildungen zählen zu den Haupttodesursachen bei Kindern im Alter von unter einem Jahr. In Wien starben 1998 20 Knaben und 20 Mädchen im Alter von 0 bis 4 Jahren. Die hauptsächlichsten Diagnosen waren angeborene Fehlbildungen des Herzens. 1998 wurden laut Spitalsentlassungsstatistik 935 Knaben und 557 Mädchen im Alter von 0 bis 15 Jahren mit kongenitalen Fehlbildungen registriert. Zahlenmäßig am meisten betroffen sind Kinder (beiden Geschlechtes) im Alter von 0 bis 3 Jahren, danach folgen die 4–7-Jährigen, die 8- bis 11-Jährigen und die 12–15-Jährigen.

Über die Häufigkeit und die Ursachen ungeplanter Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen gibt es in Österreich keine aktuellen, repräsentativen Daten. Die Erwünschtheit einer Schwangerschaft und die tatsächliche Entscheidung für ein Kind klaffen oftmals auseinander. Für jene Frauen, die sich gegen das Kind entscheiden, gibt es in Wien, unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften, die Möglichkeit, an diversen Einrichtungen und bei PrivatärztInnen einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen. Das in Wien im Sommer 2000 eingerichtete eines „Babyneest“, d. h. eine anonyme Abgabestelle für „unerwünschte“ Babys, verfolgt das Ziel, die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche und der Verzweiflungstaten von Müttern zu vermindern.

diagnostics, as well as the Vienna Risk Programme and the Vienna Development Study have all contributed to increasing the chance of survival for babies with birth-weights below 1,500 grams.

Inborn malformations are among the main causes of death for children below age 1. In 1998, 20 boys and 20 girls aged 0 to 4 died in Vienna. Most of them were diagnosed with inborn malformations of the heart. In 1998, according to hospital release statistics, 935 boys and 557 girls between 0 and 15 years of age were registered as suffering from congenital malformations. It is mainly children aged 0 to 3 of both genders who are afflicted, followed by 4 to 7 year olds, 8 to 11 year olds and 12 to 15 year olds.

There are no current data available in Austria to indicate the frequency of and the causes for unwanted pregnancies and abortions. Wanting a child and deciding to actually bear one do not necessarily coincide. In Vienna, women who decide against having the child they are carrying can resort to various institutions and private physicians to have an abortion performed in compliance with statutory regulations. A so-called “baby flap” (anonymous deposit of unwanted babies) has been started in summer 2000. It is hoped that such an institution would help to reduce the number of abortions and acts of desperation committed by mothers.

Einleitung

Die Schaffung von Perinatalzentren, vor allem im AKH und im Donauspital, an die Risikoschwangere überwiesen werden (inkl. Antenatal Transport), hat sich bewährt. Ein drittes Zentrum wurde 1999 im Wilhelminenspital eröffnet (Glanzing). Aber auch das Gottfried von Preyer'sche Kinderspital, die Rudolfsstiftung, die Entwicklungsdiagnostischen Zentren der MA 15, das Zentrum für Entwicklungsförderung (ZEF) u. v. m. stellen Forschungs- und Anlaufzentren in Wien dar (siehe Kap. 10).

Perinatalzentren (siehe Kap. 10.4) bieten die höchste Versorgungsstufe für Neugeborene und Frühgeborene aller Gewichtsklassen. Insbesondere Risikoschwangerschaften mit Bedarf einer intensivmedizinischen Betreuung der Säuglinge werden hier behandelt. Ein derartiges Zentrum soll unmittelbar an die Geburtshilfe angeschlossen und in eine Kinderabteilung integriert sein bzw. alle Spezialfächer (wie Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Radiologie mit CT, Kinderkardiologie usw.) direkt zur Verfügung haben (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Laut der Spitalsentlassungsstatistik 1998 (siehe Kap. 4.2.3.4) wurden insgesamt 1.348 männliche und 952 weibliche Säuglinge im Alter von 0–1 Jahr mit perinatalen Affektionen entlassen. Die Hauptdiagnosen (siehe Tabelle 1) waren bei beiden Geschlechtern Störungen durch verkürzte Schwangerschaftsdauer und nicht spezifiziertes Geburtsge-

wicht (n = 729), andere respiratorische Affektionen des Fetus oder Neugeborenen (n = 540) und andere Neugeborenen-Gelbsucht (n = 475).

Tabelle 1: Perinatale Affektionen (0–1 Jahr), Wien 1998

ICD-9 Code ¹⁾	Bezeichnung	männlich	weiblich
760	● Schädigung des Fetus/Neugeborenen durch Krankheit der Mutter, nicht im Zusammenhang mit gegenwärtigen Schwangerschaft	1	1
761	● Schädigung des Fetus/Neugeborenen durch Schwangerschaftskomplikationen	3	2
762	● Schädigung des Fetus/Neugeborenen durch Komplikationen der Plazenta, Nabelschnur und Eihäute	10	10
763	● Schädigung des Fetus/Neugeborenen durch andere Kompl. bei Wehen und Entbindung	9	1
764	● Verzögertes fetales Wachstum und fetale Mangelernährung	16	26
765	● Störungen durch verkürzte Schwangerschaftsdauer und nicht spezifiziertes Geburtsgewicht	413	316
766	● Störungen durch Übertragungen/zu hohes Geburtsgewicht	2	3
767	● Geburtstrauma	12	2
768	● Asphyxia et Hypoxia fetalís et neonatorum	31	28
769	● Atemnotsyndrom bei Neugeborenen	18	12
770	● Andere respiratorische Affektionen des Fetus oder Neugeborenen	309	231
771	● Infektionen, speziell in der Perinatalzeit	82	53
772	● Fetale und neonatale Hämorrhagien	5	3
773	● Hämolytische Krankheiten des Fetus/Neugeborenen durch Iso-Immunsierung	30	21
774	● Andere Neugeborenen-Gelbsucht	288	187
775	● Endokrine und metabolische Störungen speziell des Fetus und Neugeborenen	18	8
776	● Hämolytische Affektionen des Fetus/Neugeborenen	3	6
777	● Affektionen des Verdauungssystems in der Perinatalzeit	10	2
778	● Affektionen mit der Beteiligung des Integumentums/der Temperaturregulation beim Fetus oder Neugeborenen	28	2
779	● Andere und mangelhaft bezeichnete Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	60	38
insges.		1.348	952

1) Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen, ICD-9 nach KRAZAF

Quelle: Statistik Österreich, 1999

4.2.1.1 Impfungen während der Schwangerschaft

Grundsätzlich sollten nicht unbedingt notwendige Impfungen in der Schwangerschaft unterbleiben (BM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES, o.J.).

Manche Infektionskrankheiten (z. B. Masern, Röteln) können, wenn sie bei Müttern während der Schwangerschaft auftreten, zur Schädigung oder Fehlbildung des Kindes führen, unter Umständen sogar zu einer Fehlgeburt. Aus diesem Grund sollten Mädchen vor dem Erreichen des gebärfähigen Alters alle diese Schutzimpfungen bereits erhalten haben.

Gegen Röteln (siehe Kap. 4.2.3.4.5) sollte in der Schwangerschaft nicht geimpft werden. Eine versehentliche Röteln-Impfung während der Schwangerschaft ist jedoch keine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch.

4.2.1.2 Tabakkonsum, Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Schwangeren

Rauchen während der Schwangerschaft erhöht das Risiko für niedrigeres Geburtsgewicht, unabhängig vom Alter der Mutter, ethnischer Zugehörigkeit, sozioökonomischen Faktoren oder Geschlecht des Kindes. Es besteht eine deutliche Dosis-Wirkungsbeziehung: Je mehr die Mutter raucht, desto geringer ist das Geburtsgewicht (SCHWARZ und SCHMEISER-RIEDER, 1996).

Die Verminderung des Geburtsgewichtes von Kindern rauchender Frauen liegt zwischen 200 und 250 Gramm. Niedriges Geburtsgewicht bedarf einer intensiven neonatologischen Betreuung. Bei Genuss von 25 und mehr Ziga-

retten täglich ist das Geburtsgewicht durchschnittlich um neun Prozent, die Körperlänge um zwei Prozent und der Kopfumfang um 1,5 Prozent reduziert. Dieser Rückstand in der Gesamtentwicklung ist noch im Alter von 5–11 Jahren nachweisbar (SCHMEISER-RIEDER et al., 1994).

Frauen, die vor der Schwangerschaft zu rauchen aufhören, haben Kinder mit dem gleichen Geburtsgewicht wie Frauen, die nie geraucht haben. Auch Frauen, die bis zum 3. bzw. 4. Schwangerschaftsmonat zu rauchen aufhören, schützen ihr Kind vor den Auswirkungen des Rauchens auf das Geburtsgewicht (SCHMEISER-RIEDER et al., 1994).

Als **Ursache** werden verschiedene Mechanismen diskutiert, darunter die intrauterine Hypoxie: Kohlenmonoxid verursacht bei Mutter und Kind erhöhte Carboxyhämoglobin-Spiegel und eine Vasokonstriktion der Nabelschnurgefäße. Beide Mechanismen verursachen eine geringere Sauerstoffversorgung des Fetus.

Auch der erhöhte Cadmiumgehalt des Blutes bei rauchenden Schwangeren dürfte eine Rolle spielen. Dieser bewirkt nämlich eine Senkung der Zinkkonzentration in der Plazenta, womit auch die Verfügbarkeit von Zink, welches der Fetus aber für seine Entwicklung braucht, sinkt (SCHWARZ und SCHMEISER-RIEDER, 1996).

Die Häufigkeit des Auftretens von Frühgeburten (siehe Kap. 4.2.1.4) wird durch das Rauchverhalten während der Schwangerschaft scheinbar nur gering beeinflusst. Die neugeborenen Kinder zeigen jedoch eine erhöhte perinatale Mortalität, die bis in das erste Lebensjahr reicht. Der Plötzliche Kindstod (siehe Kap. 4.1.2.1.1) hat in den Industrieländern den größten Anteil an der Säuglingssterblichkeit und wird zum Teil mit dem Rauchverhalten der Mutter während der Schwangerschaft in Zusammenhang gebracht (SCHWARZ und SCHMEISER-RIEDER, 1996).

Die Schwangerschaft stellt einen günstigen Zeitpunkt zur Raucherentwöhnung dar, da die Motivation hoch ist. Die schwangere Frau trägt nicht nur für sich selbst die Verantwortung sondern auch für das Ungeborene. Die Rückfallgefahr nach der Geburt des Kindes ist aber ein besonderes Problem. Vielfach fällt die Motivation zur Tabakabstinenz nach der Geburt bzw. der Stillzeit weg. Oft wird zu Beginn der Abstinenz dieser Zeitpunkt bereits für einen neuerlichen Rauchbeginn ins Auge gefasst (SCHMEISER-RIEDER et al., 1994).

Im **April 1993** wurde in der Semmelweis Frauenklinik (SFK) Wien das Personal (ÄrztInnen, Hebammen, Krankenschwestern, Stationsgehilfinnen) zum Thema Rauchen befragt. Ziel war die Erkundung des Rauchverhaltens und der Einstellung zum Rauchen sowie die Einschätzung des Wissens schwangerer Frauen zur Schädlichkeit des Rauchens und dessen Folgen. 174 Fragebögen wurden ausgegeben, 86 Bögen (6,9 Prozent männliche und 93,1 Prozent weibliche Teilnehmer) konnten letztendlich in die Auswertung mit einbezogen werden. 52,9 Prozent gaben an, RaucherInnen zu sein, 47,1 Prozent waren NichtraucherInnen. Ein wesentlicher Teil der Befragung richtete sich auf die Einschätzung des Personals zur Situation „Rauchen in der Schwangerschaft“.

Im **Jänner/Februar 1993** wurde in der Schwangerenambulanz eine Evaluierung über das Rauchverhalten durchgeführt. Dadurch war ein Vergleich möglich. Die Punktprävalenz lag bei rund 19 Prozent.

Nur die Hälfte des befragten Personals schätzte den Anteil der Raucherinnen richtig ein. Die meisten überschätzten den Anteil rauchender Frauen. Auch der Anteil der Frauen, die im Zuge ihrer Schwangerschaft das Rauchen aufgeben, wurde überschätzt. Angaben in der Literatur sprechen von einem realistischen Anteil zwischen 20 und 30 Prozent. Der Großteil des Personals der SFK schätzte den Anteil nikotinabstinenter Schwangerer auf 40 Prozent und wesentlich mehr. Nur ein Viertel schätzte den Frauenanteil auf 40 Prozent und weniger.

Auf die Frage an das Personal bezüglich der **Motive für das Rauchen der Frauen**, gaben 80 Prozent „Sucht“ als Motiv an. Am zweithäufigsten wurde „Gewohnheit“ (69 Prozent) genannt. Auch Nervosität (46,5 Prozent) und Vergnügen (43 Prozent) wurden vergleichsweise oft angegeben. Ebenso dürften Faktoren wie Stress, Überlastung und Langeweile eine Rolle spielen.

67 Prozent des Personal gaben an, dass schwangere Frauen mit ihrem Rauchverhalten unzufrieden sind, 21 Prozent meinten, die Frauen seien zufrieden, vier Prozent waren unentschlossen und acht Prozent gaben keine Antwort auf die Frage. Als Hauptmotive für die Unzufriedenheit der rauchenden Schwangeren nannte das Personal am häufigsten die Motive „schlechtes Gewissen“ und „Abhängigkeit“. Gesundheitsbeeinträchtigung und Stress wurden nur selten angeführt.

Der große Anteil, der die rauchenden Schwangeren als unzufrieden einschätzt, weist auf die Notwendigkeit professioneller Raucherentwöhnung hin. Dabei sollte den Motiven „schlechtes Gewissen“ und „Abhängigkeit“ große Beachtung bei der Vorgangsweise in der Entwöhnung geschenkt werden. Die Strategien sollten so angelegt sein, dass nicht ein noch größerer Druck auf die schwangere Raucherin ausgeübt wird.

Mehr als die Hälfte des Personals der SFK glaubt aber, dass schwangere Raucherinnen nicht genügend über die Möglichkeiten der Raucherentwöhnung wissen. Nur ein Drittel ist der Meinung, die Frauen wissen genug. Man glaubt, dass die Raucherentwöhnung als keine präventivmedizinische Maßnahme angesehen wird, eine zu geringe gesundheitliche Aufklärung besteht und kein Interesse der Schwangeren besteht (WIMMER-PUCHINGER und PESCHL, 1993).

In Zukunft wird es wichtig sein, Raucherentwöhnung allgemein – und speziell bei Schwangeren – als wichtige präventivmedizinische Maßnahme zu vermitteln. Das Angebot verschiedener Entwöhnungstechniken für schwangere Frauen sollte attraktiver gestaltet werden und damit das fehlende Interesse geweckt werden. Auch muss das Ausmaß an gesundheitlicher Aufklärung gesteigert werden. Von besonderer Bedeutung ist die Kooperation zwischen dem medizinischen System (praktischer Arzt/praktische Ärztin, Gynäkologe/in, Schwangerenambulanz) und den bereits bestehenden Einrichtungen, die schon Entwöhnungstrainings für schwangere Raucherinnen anbieten. Das Frauengesundheitszentrum F.E.M. ist hier die erste in eine Frauenklinik integrierte Anlaufstelle für Raucherentwöhnung bei Schwangeren in Österreich (WIMMER-PUCHINGER und PESCHL, 1993; SCHMEISER-RIEDER et al., 1994).

Alkohol kann, wie in zahlreichen Untersuchungen festgestellt, die Plazentaschranke überwinden. Zusätzlich wird belegt, dass Kinder alkoholkranker Mütter, die während der Schwangerschaft Alkohol trinken, zu einem gewissen Prozentsatz (25–45 Prozent) ein Zustandsbild erkennen lassen, das als Alkoholembryopathie bezeichnet wird. Doch auch bei einem einmaligen mehrstündigen Alkoholgenuss kann es bereits zu Schädigungen des Neugeborenen kommen.

Gekennzeichnet ist die Alkoholembryopathie durch Defekte/Fehlbildungen im Schädel- und Gesichtsbereich, im Herz-Kreislaufsystem und an den Gliedmaßen, verbunden mit vorgeburtlich einsetzenden Wachstumsstörungen und Entwicklungsverzögerungen. Die Alkoholembryopathie gilt als die dritthäufigste angeborene Entwicklungsstörung.

Über 40 Prozent der alkoholabhängigen Frauen trinken auch während der Schwangerschaft. Ein Drittel dieser Frauen hatte überdies schon Früh-, Tot- oder Fehlgeburten, bevor sie noch ein geschädigtes Kind zur Welt brachten (UHL et al., 1999).

Risiken, welche sich nachweislich beim **Drogenkonsum** während der Schwangerschaft ergeben, sind hier nur kurz dargestellt (siehe Kap. 5.6.6). Im Wesentlichen können bei den Kindern häufiger ein allgemeiner psychomotorischer Entwicklungsrückstand, Probleme in der kognitiven Entwicklung, Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität (siehe Kap. 4.2.2.5), vermehrte Aggressivität und andere Verhaltensstörungen (vor allem bei Knaben) und später vermehrte Drogenabhängigkeit diagnostiziert werden (ELSTNER et al., 2000).

4.2.1.3 Durchschnittliches Alter der gebärenden Frauen

Das Durchschnittsalter der gebärenden Mütter in Wien lag 1991 bei 27,3 Jahren und 1997 schon bei 28,8 Jahren. Der österreichische Trend sieht ähnlich aus: 1991 27,2 Jahre und 1997 28,5 Jahre. 1998 wurden in Wien in der Altersklasse der 25- bis unter 30-Jährigen die meisten Geburten gezählt (siehe Tabelle 2; 3; Abb. 1).

Bei den Gebärenden über 35 Jahren ist ein Aufwärtstrend zu verzeichnen. Diese sogenannten „späten Mütter“ entscheiden sich erst für ein Baby, wenn sie den Eindruck gewonnen haben, beruflich etabliert zu sein, ihre Jugendzeit genossen zu haben, und wenn ihnen bewusst wird, nicht mehr viel Zeit zu haben, um Kinder zu gebären (BEHAM, 1999).

Tabelle 2: Alter der Mütter und Geschlecht des Kindes, Wien 1998

Alter in Jahren	Knaben	Mädchen	gesamt	altersspezifische Fruchtbarkeitsrate ¹⁾
10 bis unter 15	6	2	8	0,22
15 bis unter 20	379	380	759	20,23
20 bis unter 25	1.444	1.456	2.900	62,11
25 bis unter 30	2.656	2.473	5.129	74,55
30 bis unter 35	2.308	2.154	4.462	58,27
35 bis unter 40	900	795	1.695	24,83
40 bis unter 45	149	123	272	4,81
45 bis unter 50	5	5	10	0,19

1) Geburten von 1.000 Frauen der jeweiligen Altersgruppe

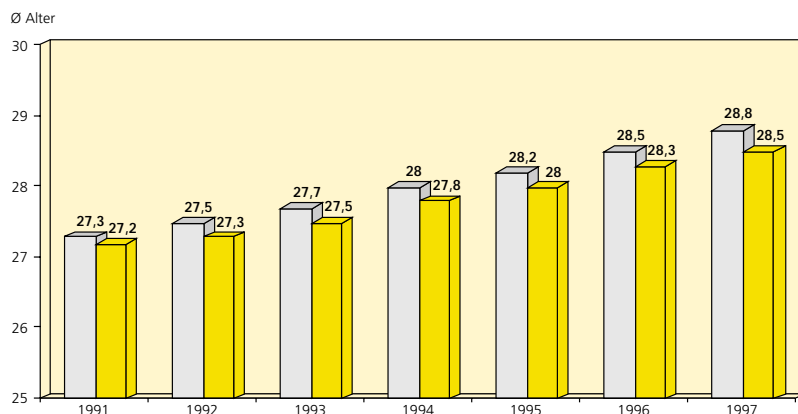
Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

Tabelle 3: Alter der Mütter, Österreich und Wien 1991–1997

Jahr Österreich	insgesamt	< 15	15–20	20–25	25–30	30–35	35–40	40–45	> 45	Ø Alter
1991	94.629	23	5.573	27.808	36.992	18.547	5.738	912	36	27,2
1992	95.302	20	5.468	27.001	36.235	19.437	6.155	952	34	27,3
1993	95.227	17	5.174	25.946	36.424	20.192	6.412	1.013	49	27,5
1994	92.415	21	4.271	23.694	35.641	21.033	6.688	1.018	49	27,8
1995	88.669	18	3.876	20.948	34.285	21.576	6.876	1.034	56	28,0
1996	88.809	11	3.496	20.088	33.792	22.845	7.385	1.148	44	28,3
1997	84.045	14	3.353	17.904	31.375	22.326	7.798	1.244	51	28,5
Jahr Wien										
1991	17.216	9	1.218	4.821	6.269	3.484	1.230	176	9	27,3
1992	17.427	17	1.187	4.712	6.240	3.711	1.363	190	7	27,5
1993	17.339	8	1.165	4.460	6.175	3.940	1.353	221	17	27,7
1994	17.064	9	887	4.166	6.224	4.102	1.428	235	13	28,0
1995	16.261	13	853	3.663	5.795	4.209	1.507	215	6	28,2
1996	16.242	7	782	3.519	6.520	4.441	1.593	268	12	28,5
1997	15.505	6	737	3.033	5.439	4.331	1.666	285	8	28,8

Quelle: Statistik Österreich, 1997 Gesundheitsstatistisches Jahrbuch

Abbildung 1: Durchschnittsalter der Mütter, Österreich und Wien 1991–1997



Quelle: Statistik Österreich, 1997 Gesundheitsstatistisches Jahrbuch

4.2.1.4 Risikogeburten, Risikokinder und Frühgeburten

Die normale Schwangerschaftsdauer beträgt 280 Tage (oder 40 Wochen) ab dem Zeitpunkt der Befruchtung. Als Frühgeborenes wird ein Kind bezeichnet, das vor der vollendeten 37. Woche (weniger als 260 Tage) geboren wird. Unabhängig von der Schwangerschaftsdauer kann die Einteilung nach dem Geburtsgewicht erfolgen:

- **LBW** (Low Birth Weight Infants): untergewichtige Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm
- **VLBW** (Very Low Birth Weight Infants): sehr untergewichtige Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm
- **ELBW** (Extreme Low Birth Weight Infants): extrem untergewichtige Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.000 Gramm (KOHLEHAUSER-VOLLMUTH, o.J.)

Die gesamtösterreichische Frühgeburtenrate (siehe Kap. 2.2.2), d. h. < 2.500 Gramm Geburtsgewicht, ist seit 1970 annähernd stabil geblieben und hat sich nur geringfügig geändert (1970: 6,2 Prozent, 1997: 6,0 Prozent) (Tabelle 4; Abb. 2). Frühgeburten stellen einen zentralen Faktor im Zusammenhang mit Säuglingssterblichkeit dar. Vor allem die ungünstige Geburtsgewichtverteilung der Wiener Neugeborenen ist verantwortlich für das höhere Mortalitätsrisiko. Der Anteil der frühgeborenen Kinder unter 2.500 Gramm Geburtsgewicht ist in Wien um 22 Prozent höher als in den anderen Bundesländern. Die Sterberate für Kinder mit einem Geburtsgewicht > 3.000 Gramm liegt bei 3,6 Promille, zwischen 2.500 und 3.000 Gramm bereits bei 7,3 Promille, bei 2.000–2.500 Gramm ist sie

bereits achtmal so hoch und erhöht sich für extrem untergewichtige Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm auf das Hundertfache (361 Promille) (FRAUENGESUNDHEITSBERICHT, 1996).

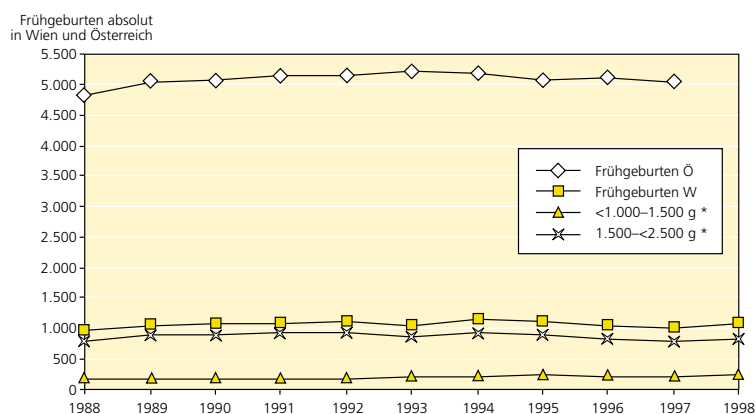
Tabelle 4: Frühgeburten, Österreich und Wien 1988–1998

Jahr	Geburten	Frühgeborene (< 2.500 g)		davon bis < 1.500 g	davon 1.500 g bis < 2.500 g
		absolut	in %	absolut	absolut
Österreich					
1988	88.052	4.836	5,5	731	4.105
1989	88.759	5.027	5,7	731	4.296
1990	90.454	5.063	5,6	697	4.366
1991	94.629	5.131	5,4	734	4.397
1992	95.302	5.131	5,7	828	4.577
1993	95.227	5.228	5,5	758	4.470
1994	92.415	5.190	5,6	818	4.372
1995	88.669	5.087	5,7	855	4.232
1996	88.809	5.127	5,8	821	4.306
1997	84.045	5.043	6,0	855	4.188
Wien					
1988	15.567	969	6,2	179	790
1989	15.941	1.061	6,7	175	886
1990	16.376	1.071	6,5	162	909
1991	17.216	1.094	6,4	173	921
1992	17.427	1.126	6,5	179	947
1993	17.339	1.056	6,1	204	852
1994	17.064	1.144	6,7	194	950
1995	16.261	1.126	6,9	229	897
1996	16.242	1.027	6,3	199	828
1997	15.505	997	6,4	204	793
1998*	15.235	1.062	7,0	240	822

Ö = Österreich

Quelle: Statistik Österreich, 1997 Gesundheitsstatistisches Jahrbuch
* Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

Abbildung 2: Frühgeborene (insgesamt und nach Geburtsgewicht), Österreich und Wien 1988–1998



* von allen Wiener Frühgeburten

Quelle: Statistik Österreich, 1997 Gesundheitsstatistisches Jahrbuch, Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

4.2.1.4.1 Entwicklungsverlauf von Risikogeborenen in den ersten zwei Lebensjahren

Fortschritte in der Neugeborenenintensivmedizin und in der Geburtshilfe haben in den letzten Jahren zu einer deutlichen Zunahme der Überlebensrate von sehr kleinen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm bzw. 1.000 Gramm geführt. Neben der verbesserten Überlebensrate kam es auch zu einer deutlichen Abnahme von schweren motorischen Beeinträchtigungen sowie von Seh- und Hörbeeinträchtigungen.

Ergebnisse von Langzeituntersuchungen zeigen, dass ein Teil der frühgeborenen Risikokinder im Vergleich zu reifgeborenen Kindern Entwicklungsbeeinträchtigungen aufweisen können. Diese Beeinträchtigungen können neben der motorischen Entwicklung auch die Sprachentwicklung, die Konzentrationsfähigkeit und die emotionale Entwicklung der Kinder umfassen.

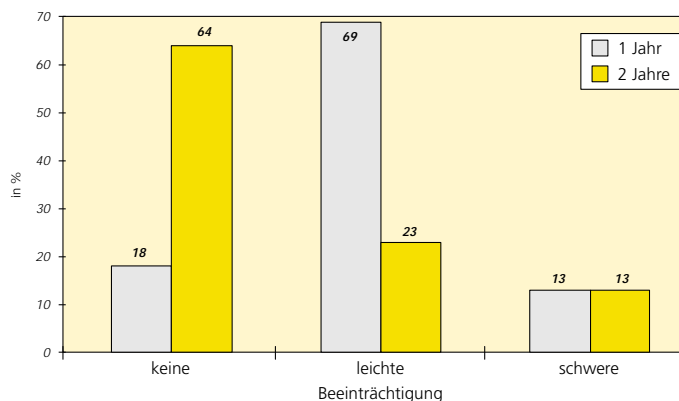
Seit 1994 werden an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Wien Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von ≤ 1.500 Gramm und einem Gestationsalter von ≤ 32 Wochen standardmäßig – zusätzlich zu den regelmäßigen medizinischen und entwicklungsneurologischen Untersuchungen – entwicklungspsychologisch und funktionell nachuntersucht. Ziel dieser Untersuchung ist es, den Entwicklungsverlauf von Frühgeborenen, unter Berücksichtigung von prä-, peri- und postnatalen Faktoren, sowohl auf physischer als auch auf funktioneller und entwicklungspsychologischer Ebene zu beurteilen. Folgende Ergebnisse wurden dabei erzielt (für eine ausführliche Darstellung der Studie siehe: KOHLHAUSER und FUIKO, MA-L/DEZERNAT FÜR GESUNDHEITSPANUNG, 2000):

1. Neurologische Untersuchung am Ende des ersten und zweiten Lebensjahres:

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde überprüft, inwieweit das Bewegungsmuster, der Muskeltonus und die Reflexe der Kinder altersentsprechend ausgebildet sind.

Während insgesamt 87 Prozent der Kinder im ersten und zweiten Lebensjahr eine unauffällige oder geringe Auffälligkeit ihrer neuromotorischen Entwicklung zeigten, fand sich nur bei 13 Prozent der Kinder im ersten und auch im zweiten Lebensjahr eine schwere Beeinträchtigung der neuro-motorischen Entwicklung (Abb. 3). Vier der neurologisch schwer auffälligen PatientInnen litten unter Hörstörungen bzw. teilweisem Hörverlust. Zehn PatientInnen mit diagnostizierter spastischer Bewegungsstörung (Diparese) konnten zum Zeitpunkt der Untersuchung mit zwei Jahren noch nicht ohne Unterstützung gehen.

Abbildung 3: Neuromotorische Beeinträchtigungen am Ende des ersten und zweiten Lebensjahres



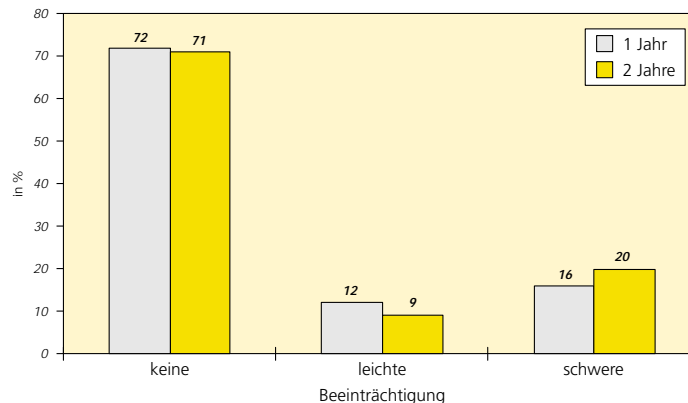
Quelle: Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 2000/1

2. Kognitive Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren:

Die kognitive Gesamtentwicklung der Kinder wurde mittels der Griffith-Entwicklungsskalen überprüft. Die Ergebnisse dieses Tests werden als sogenannter „Entwicklungsquotient (EQ)“ ausgedrückt. Dieser EQ ermöglicht Aussagen darüber, wie die Entwicklung der untersuchten frühgeborenen Kinder im Vergleich zu einer Normpopulation verlaufen ist. Die Untersuchung von Subbereichen (motorische, persönlich-soziale und sprachliche Entwicklung, Auge-Hand-Koordination und komplexe Leistungen) ermöglicht eine detaillierte Erfassung der jeweiligen Stärken und Schwächen der Kinder.

Nach Erhebung der kognitiven Gesamtentwicklung (Abb. 4) konnte bei 72 Prozent im ersten und bei 71 Prozent im zweiten Lebensjahr dieser Hochrisikokinder eine normale Entwicklung erhoben werden. 16 bzw. 20 Prozent waren nach einem komplizierten perinatalen Verlauf in ihrer kognitiven Entwicklung deutlich beeinträchtigt.

Abbildung 4: Kognitive Gesamtentwicklung



Quelle: Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 2000/1

Folgende Teilergebnisse wurden erhoben:

- Motorische Entwicklung: Rückstände während des ersten Lebensjahres werden zumeist aufgeholt, sodass 80 Prozent der zweijährigen Frühgeborenen eine altersentsprechende Entwicklung ihrer motorischen Fähigkeiten zeigten.
- Persönlich-soziale Entwicklung: Sowohl nach Beendigung des ersten als auch des zweiten Lebensjahres weisen 70 Prozent der Kinder eine altersentsprechend normale persönlich-soziale Entwicklung auf.
- Sprachliche Entwicklung/Hören: Die sprachliche Entwicklung ist am Ende des ersten Lebensjahres bei 68 Prozent der Kinder altersentsprechend ausgeprägt, ein Jahr später bei 59 Prozent.
- Auge-Hand-Koordination: Hinsichtlich differenzierter feinmotorischer Fertigkeiten weisen nach Vollendung des ersten Lebensjahres 71 Prozent bzw. am Ende des zweiten Lebensjahres 59 Prozent der risikogeborenen Kinder einen unauffälligen Entwicklungsstand auf.
- Komplexe Leistungen: Dieser Teilbereich erfasst die Fähigkeit des Kindes, mit neuen Situationen umzugehen, z. B. durch sinnvolles Hantieren mit Gegenständen oder durch Auskundschaften der Umgebung. Dabei erweisen sich die einjährigen Risikokinder zu 70 Prozent als unauffällig, die zweijährigen zu 73 Prozent.

Zusammenfassend zeigt sich, dass mehr als zwei Drittel der PatientInnen einen altersentsprechenden Entwicklungsstand aufweisen. Während im ersten Lebensjahr eher Beeinträchtigungen im Bereich der Motorik auffielen, standen im zweiten Lebensjahr Beeinträchtigungen im Bereich der Sprachentwicklung und der Feinmotorik im Vordergrund. Diese Defizite in den höheren kognitiven Funktionen können bei einem Teil der Kinder auch im späteren Alter bestehen bleiben und sich auf den weiteren Entwicklungsverlauf ungünstig auswirken. Risikofaktoren für eine Entwicklungsbeeinträchtigung sind neben einem Geburtsgewicht von unter 1.000 Gramm perinatale Komplikationen. Der positive Entwicklungsverlauf der Kinder dieser Studie in den beiden ersten Lebensjahren ist umso bemerkenswerter, als es sich um teilweise schwerkranke PatientInnen mit multiplen Risikofaktoren in der Anamnese handelt, und das Überleben dieser kleinen und häufig lang ersehnten Kinder ohne gezielten Einsatz der intensivmedizinischen Unterstützung nicht möglich wäre.

Sowohl im deutschsprachigen als auch im angloamerikanischen Raum finden seit vielen Jahren Nachuntersuchungen zum Entwicklungsverlauf von frühgeborenen Kindern statt (AYLWARD et al., 1989; ESCOBAR et al., 1991). Alle Studien belegen, dass die Gruppe der Risikokinder sowohl zu medizinischen Problemen wie geringeres Wachstum und erhöhte Krankheitsanfälligkeit als auch zu Entwicklungs- bzw. kognitiven Defiziten neigen. Die ersten Ergebnisse von Langzeituntersuchungen zeigen, dass die Auswirkungen einer Frühgeburt manchmal bis ins junge Erwachsenenalter bestehen bleiben können (ESCOBAR et al., 1991; WOLKE et al., 1994; GYLER et al., 1993; COOKE, 1994; McCARTON, 1996; TEPLIN et al., 1991). Dies kann sowohl zu einer kognitiven als auch zu einer emotionalen Benachteiligung dieser Kinder bzw. Jugendlichen führen. Bestehen zusätzlich zu den kognitiven Beeinträchtigungen soziale Risikofaktoren, so werden die Entwicklungschancen dieser Kinder weiter verringert. Frühförderungsprogramme scheinen für die Gruppe der mäßig beeinträchtigten Kinder aus unteren sozialen Schichten besonders erfolgreich zu sein, da bei diesen Kindern das Förderpotenzial besonders hoch ist. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in der einschlägigen Literatur ein Konsens über die notwendigen Basismaßnahmen besteht, um die Entwicklungschancen frühgeborener Kinder zu verbessern, zumal durch die Fortschritte in der Neonatologie die Zahl der sehr kleinen Frühgeborenen zunimmt. Es bedarf

- sowohl einer laufenden Dokumentation der Auswirkungen einer zu frühen Geburt auf die Entwicklung der Kinder
- als auch der Implementierung von Frühförderprogrammen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde auch die sozioökonomische Lage der Eltern der risikogeborenen Kinder ermittelt. Es zeigt sich, dass nicht nur das durchschnittliche Bildungsniveau relativ hoch ist (rund zwei Drittel der Eltern verfügen über eine weiterführende Schulbildung), sondern ebenso das durchschnittliche Alter der Eltern (Mutter: 30 Jahre, Vater: 33 Jahre). Diese Ergebnisse sind nicht in Übereinstimmung mit einem großen Teil der Fachliteratur, in welcher darauf hingewiesen wird, dass Frühgeborene häufig aus niedriger sozialer Schicht mit jungen Eltern stammen.

Zusätzlich zu den beschriebenen standardisierten Untersuchungen wurde im Sommer 1996 mit einer Studie begonnen, in welcher der Einfluss der Elternpersönlichkeit auf das Eltern-Kind-Interaktionsverhalten und in der Folge auf den kognitiven Entwicklungsverlauf der Kinder untersucht wird. Die Erfassung dieser Zusammenhänge soll die Identifizierung von Risikogruppen erleichtern und frühzeitige Interventionen in Form von Elternberatung und Elternunterstützung ermöglichen.

Bisher zeigen sich keine Unterschiede in den Persönlichkeitsstrukturen der Mütter von früh- und termingeborenen Kindern. Als Folge des traumatischen Erlebnisses scheinen die Mütter der Frühgeborenen jedoch häufig belasteter und reagieren im Umgang mit ihrem – oft kranken – Kind ängstlicher und auch depressiver.

Basierend auf den Ergebnissen dieser Studie besteht das Konzept der Betreuung von frühgeborenen Kindern und ihren Familien aus folgenden Schwerpunkten:

- frühzeitige und differenzierte Entwicklungsdiagnostik
- Selektion von Hochrisikokindern bzw. Hochrisikofamilien
- maßgeschneiderte funktionelle Fördermaßnahmen für Frühgeborene
- beratende und stützende Begleitung für Eltern.

Durch eine frühzeitige, maßgeschneiderte Förderung und Betreuung dieser Risikokinder kann ein Teil der möglichen Langzeitdefizite kompensiert werden. Dabei trägt die Kombination von medizinischen und entwicklungspsychologischen Intensivprogrammen langfristig zur Optimierung der Entwicklungschancen der sehr kleinen Frühgeborenen bei.

Im Sinne eines ganzheitlichen Betreuungskonzeptes umfasst die Nachsorge dieser Kinder neben der genannten medizinischen Betreuung auch funktionelle Therapien und eine psychosoziale Begleitung der Kinder und ihrer Familien. Die Betreuung erfolgt in einem multiprofessionellen Team (ÄrztInnen, PsychologInnen, Physio- und ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, SozialarbeiterInnen usw.), um die unterschiedlichen Aspekte der Entwicklung bzw. Entwicklungsbeeinträchtigung der Kinder adäquat zu erfassen und sie entsprechend zu fördern, ohne Kind und Eltern zu überfordern.

4.2.1.4.2 Die Wiener Entwicklungsstudie

Im Jahre 1984 begann die Wiener Entwicklungsstudie (KAPAUN et al., 1986 und 1989; PILZ und BOGYI, 1992 und 1999), welche als Längsschnittstudie angelegt ist, was bedeutet, dass die Kinder im Bedarfsfall Interventionsmaßnahmen (Beratung, Therapie) erfahren haben. Ziel dieser Studie war die Evaluierung diagnostischer, therapeutischer und prophylaktischer Maßnahmen hinsichtlich der Entwicklung von Kindern mit niedrigen biologischen Risiken und der Vergleich mit Kindern mit sogenannter regelrechter Geburt. Der vierte Teil der Studie wurde 1999 veröffentlicht (siehe Kap. 4.2.2.3).

Ein interessanter Aspekt dieser Untersuchung war, dass psychologische Studien von den teilnehmenden Familien genutzt wurden, um auf einer niederschweligen Ebene Kontakt zu einer psychologischen Beratung zu erhalten. Fast ein Viertel der Familien nahm wegen der akuten Probleme und der erhofften Betreuung an der Studie teil und wurden nach einem abklärenden Gespräch zur psychologischen Betreuung weitervermittelt. Somit leisten derartige Längsschnittuntersuchungen nicht nur einen Beitrag zur präventiven Ursachenforschung sondern auch zur psychosozialen Versorgung. Dies zeigt, dass psychosoziale Risiken bei der Betreuung von Risikokindern stärker berücksichtigt werden sollten (PILZ, E.; BOGYI, G., 1999).

4.2.1.4.3 Das Wiener Risikoprogramm

Nach dem im Jahre 1979 ins Leben gerufenen Wiener Risikoprogramm (siehe Kap. 4.2.2.3) werden alle Neugeborenen, die gewissen Risiken vor oder während der Geburt ausgesetzt waren, in eine der beiden Stellen für Entwicklungsdiagnostik (siehe Kap. 10, Kap. 1) zur Untersuchung eingeladen. Diese entwicklungsdiagnostischen Untersuchungen werden im 3., 6., und 15. Lebensmonat von vier teilbeschäftigten KinderfachärztInnen vorge-

nommen. Weiters finden Untersuchungen und Betreuungen bei Säuglingen und Kleinkindern statt. Die Kinder werden von Elternberatungsstellen, Kindergärten oder Kinderfachärzten bei allfälligen Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung zugewiesen (siehe auch Kap. 10).

Im Jahre 1999 fanden 740 Erstuntersuchungen (hauptsächlich Risiko- und Entwicklungsuntersuchungen) und 4.192 Kontrollen (primär Physiotherapie und Psychologie) statt (Tabelle 6).

Tabelle 6: Entwicklungsdiagnostische Untersuchungen 1999

	Erstuntersuchungen	Kontrollen
Risikountersuchungen	485	442
Entwicklungsuntersuchungen	232	161
Psychologie	11	927
Sonder- und Heilpädagogik	6	461
Gruppentherapie	-	461
Physiotherapie	-	1.095
Ergotherapie	2	390
Logopädie	4	255
Gesamtzahl	740	4.192

Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Dez. IV/Ref. 2, 2000

Die ärztlich untersuchten Risikokinder sowie zugewiesene Kinder waren in der Erstuntersuchung und in der Kontrollgruppe großteils ohne Befund (n = 942) bzw. gering auffällig (n = 312).

Die Zuweisung erfolgte primär durch die Geburtsklinik (n = 485), den Kinderarzt/die Kinderärztin (n = 63), den Kindergarten (n = 29), die Elternberatung (n = 28), das Spital (n = 25) und das Jugendamt (n = 19) (MA15, Dez. IV/Ref.2, 2000).

4.2.1.4.4 Modellprojekt an der Geburtshilflichen Abteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung

Nach der endgültigen Schließung der Neonatologischen Abteilung des Mautner-Markhof'schen Kinderspitals mit 31.12.1995 ergab sich die Möglichkeit im Rahmen eines Modellprojektes an der **Geburtshilflichen Abteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung** (KAR) eine neonatologische Abteilung zu errichten. Der Projektbetrieb wurde im April 1996, der reguläre Betrieb im Jänner 1997 aufgenommen. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass alle HochrisikopatientInnen an das AKH entweder ante- oder postnatal transferiert wurden, betrug die Überlebensrate der im Rahmen dieses Projektes betreuten Patienten 100 Prozent.

Im Rahmen dieses Modellprojektes bot sich die Möglichkeit, ein erfahrenes und gut eingespieltes ÄrztInnen- und Krankenpflegerteam entsprechend dem Konzept „Neonatologie in den Kreissaal“ und „Kinder zu den Müttern“ unmittelbar einer Geburtshilflichen Abteilung anzuschließen. Die neonatologische Versorgung (siehe auch Kap. 10.4) sowie die ständige Präsenz der NeonatologInnen vor, während und nach der Geburt waren rund um die Uhr gegeben.

Die **Struktur/Fachbereiche** gliederten sich in:

- **Level I:** Basisneonatologie mit der Funktion der Versorgung gesunder Neugeborener
- **Nachsorgebereich/IMC:** Betreuung von pflegeintensiven Level-I-PatientInnen (z. B. Flüssigkeits- oder Antibiotikatherapie, Sondenernährung, kurzfristiger O₂-Bedarf) und Ausschleußbereich für LEVEL II Patienten (Punkt 3). 180 Kinder (15 Prozent aller Lebendgeborenen) wurden 1997 mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 5,3 Tagen in den Nachsorgebereich-IMC aufgenommen.
- **Level II:** Neonatologie mit folgenden Aufgabenbereichen: Betreuung von Intermediate Care-PatientInnen, Kreissaaleinsätze und Organisation und Begleitung von eventuell erforderlichen Transporten (Transferierung). Die häufigsten Diagnosen waren u. a. neben Frühgeburt, RDS, Asphyxie, Infektionen, Adaptionsstörungen nach kompliziertem Geburtsverlauf. Von den 126 Kindern, welche 1997 in den Level II Bereich aufgenommen wurden hatten 57 Prozent ein Geburtsgewicht von > 2.500 Gramm, 18 Prozent zwischen 2.499 und 2.000 Gramm, 19 Prozent zwischen 1.999 und 1.500 Gramm und sechs Prozent ≤ 1.500 Gramm.
- **Nachsorgeambulanz:** Hier finden Kontrolluntersuchungen von ehemals stationären Früh- und Neugeborenen, Entwicklungskontrollen von VLBW-FG (Geburtsgewicht < 1.500 Gramm) und anderen „high risk“-Babys statt. 1997 wurden 492 Säuglinge (tw. mehrfach) ambulant nachuntersucht, davon waren 255 klinische Kontrollen (Bilirubin, Blutbild, intern, neurologisch usw.), 168 Ultraschallkontrollen (Schädel, Hüfte, Nieren, Herz) und 69 Entwicklungs- und Risikokontrollen (POLLAK, 1997).

Als ein Beispiel für viele in der Nachsorgeambulanz sei das **Toxoplasmoselabor** vorgestellt, welches seit 1996 vor allem als Referenzlabor dient, dem bei unklaren Konstellationen Konfirmationsfunktion zukommt. Die Routineuntersuchungen werden hingegen regional durchgeführt. Die Aufgaben der Ambulanz sind die serologische und klinische Nachkontrolle Neugeborener von Müttern mit gestationaler Toxoplasma-Infektion, die Behandlung und Kontrolle von Säuglingen mit kongenitaler Toxoplasma-Infektion und die Beratung werdender Mütter mit Toxoplasma-Infektion. Die Säuglinge werden im 3., 6., 9., und 12. Lebensmonat bis zum Negativwerden der diaplazentar übertragenen Antikörper der IgG Klasse kontrolliert.

Das Toxoplasmoselabor ist von den elf europäischen Studienzentren jenes, das die meisten kompletten Mutter-Kind-Daten erhoben hat. Im Jahr 1997 stammten von den insgesamt 678 Datenblättern 184 Datensätze (104 prospektiv und 80 retrospektiv) aus dieser Ambulanz. 1997 wurden 122 Patientinnen nach Serumkonversion in der Schwangerschaft und deren Kinder, bei denen ein komplettes Follow-up durch das erste Lebensjahr durchgeführt wurde, in die Belgische Toxoplasma-Studie (EMSCOT= European Multicentre Study on Congenital Toxoplasmosis) aufgenommen.

Nach dem Sabin Feldmann Test wurden 1996 bei 7.968 beobachteten Schwangerschaften 210 Fälle von akuter Toxoplasmoseinfektion, 1997 bei 5.734 beobachteten Schwangerschaften 191 Fälle und 1998 bei 2.977 beobachteten Schwangerschaften 151 Fälle festgestellt (HAYDE, o.J.) (Tabelle 7).

Tabelle 7: Untersuchungsstatistik der Toxoplasmose-Nachsorgeambulanz 1996–1998

Untersuchung	Frequenz 1996	Frequenz 1997	Frequenz 1998
Sabin-Feldmann-Test	7.968	5.734	2.977
negativ	3.240	2.013	1.077
nicht negativ	1.794	1.400	888
akute Infektion	210	191	151
ISAGA IgM Test	3.571	2.303	2.691
davon positiv	19,7 %	25,7 %	21,4 %
Nabelschnurblutserologie	689	521	573
konnatale Toxoplasmose (manifeste Erkrankung)	1	1	2
konnatale Toxoplasmainfektion (subklin. Infektion)	14	15	6
Toxoplasma PCR Nachweise	120	92	143
davon im Fruchtwasser	111	82	131
positiv	1	0	2

Quelle: <http://www.akh-wien.ac.at/kikli/neonat/jb/toxo/toxo-ind.htm>

Im Jahr 1997 wurden insgesamt **1.230 Neu- und Frühgeborene** untersucht, davon waren n = 924 LEVEL I (75 Prozent der Lebendgeborenen), n = 180 im NACHSORGEBEREICH (15 Prozent) und n = 126 LEVEL II (zehn Prozent).

Von den 78 Kindern, welche ein Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm hatten (entsprechend 6,25 Prozent aller Lebendgeborenen dieser Abteilung), wiesen 47 Kinder ein Geburtsgewicht zwischen 2.000 und 2.499 Gramm, 24 Kinder wogen zwischen 1.500 und 1.999 Gramm und sieben Kinder wogen bei ihrer Geburt weniger als 1.500 Gramm.

Die Frühgeburtenrate betrug sieben Prozent (87 Kinder). Davon kamen 68 Kinder in der 34.–37. Schwangerschaftswoche (SSW), 16 in der 30.–33. SSW und drei Kinder vor der 30. SSW auf die Welt.

Alle Frühgeborenen mit einem Gestationsalter von < 33 SSW benötigen LEVEL II-Versorgung, die etwas reiferen Kinder (Gestationsalter > 34 SSW) konnten bei gutem klinischen Zustand teilweise auch im LEVEL I/NACHSORGEBEREICH betreut werden.

Insgesamt mussten **acht Transferierungen** mit medizinischer und drei mit organisatorischer Indikation durchgeführt werden. Das entspricht einer Transferierungsrate von < 1 Prozent (früher etwa zehn Prozent). Die Indikatoren für die Verlegung an ein anderes Spital waren Beatmungspflicht bzw. chirurgische Indikation. Einige Kinder konnten nach Beendigung der Intensivmaßnahmen bzw. nach erfolgter Therapie wieder übernommen werden.

1997 wurden **322 Kreissaaleinsätze** (jede 4. Geburt) geleistet. Die Hauptindikationen waren u. a. Frühgeburten, Schnittentbindungen und Vakuumentextraktion.

In der **Entwicklungsambulanz** wurden 69 Kontrolluntersuchungen an 27 PatientInnen vorgenommen. Im Alter von zwölf Monaten wurden 52 Prozent als normal und 48 Prozent als gering auffällig (größtenteils Verdacht auf passagere Störung) eingestuft. Kein Kind wies eine schwere Schädigung auf. Die Inanspruchnahme betrug 85 Prozent (Untersuchungsergebnisse berücksichtigt bis Ende März 1997).

Die Mütter können ständig anwesend sein und in die Pflege miteingebunden werden bzw. diese auch selbst übernehmen. Dieser frühzeitige Kontakt ist als großer Qualitätsgewinn auch auf dem psychologischen Sektor zu

bewerten. Bei längerer Aufenthaltsdauer und vorzeitiger Entlassung der Mutter sind häufige Besuche von Eltern und Geschwistern durch den Verbleib des Kindes im Nahbereich des Wohnortes erleichtert.

Für den Bereich Neonatologie ist in den USA das „Vermont-Oxford Neonatal Network“, das externe Referenzzentrum für Frühgeborene zwischen 501 und 1.500 Gramm. Im Jahre 1997 umfasste die Datenbank mehr als 20.000 Frühgeborene aus mehr als 250 renommierten neonatologischen Zentren. Die Abteilung für Neonatologie, angeborene Störungen und Intensivmedizin am AKH Wien hat sich als erstes europäisches Zentrum im Jahre 1994 zur externen Qualitätskontrolle diesem weltweit größten Netzwerk angeschlossen (POLLAK, 1997).

4.2.1.5 Fehlbildungen

Angeborene Fehlbildungen zählen zu den Haupttodesursachen bei Kindern im Alter von unter einem Jahr. Seit 1990 ist jedoch die Zahl der Kinder, welche mit Fehlbildungen auf die Welt gekommen und daran gestorben sind, stetig gesunken. Dieser erfreuliche Umstand ist u. a. auf die verbesserte pränatale Diagnostik zurückzuführen.

In Wien starben 1998 20 Knaben und 20 Mädchen im Alter von 0–4 Jahren und zwei Knaben im Alter von unter fünf Jahren (ICD-9-Code 740–759). Die hauptsächlichen Diagnosen waren angeborene Fehlbildungen des Herzens (ICD-9-Code 745, 746), wovon neun Knaben und vier Mädchen betroffen waren (STATISTISCHES JAHRBUCH DER STADT WIEN 1998; STATISTIK ÖSTERREICH, 1998).

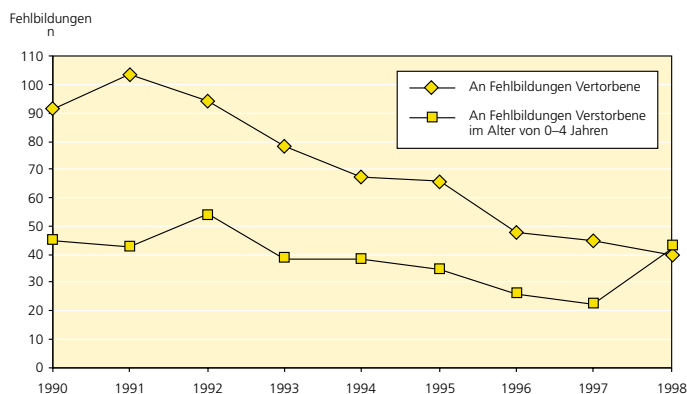
Tabelle 8: An Fehlbildungen Verstorbene, Österreich/Wien 1990–1998

Jahr	Österreich			Wien		
	absolut	pro 1.000 ¹	Alter 0–4 Jahre	absolut	pro 1.000 ¹	Alter 0–4 Jahre
1990	555	6,14	262	91	5,56	45
1991	573	6,05	252	104	6,04	43
1992	582	6,11	274	94	5,40	54
1993	507	5,32	199	78	4,50	38
1994	510	5,52	203	67	3,93	38
1995	515	5,81	181	66	4,06	35
1996	442	4,98	176	48	2,96	26
1997	440	5,24	162	45	2,90	22
1998	342	4,21	168	42	2,63	40

1 Lebendgeborene

Quelle: Statistik Österreich, 1998

Abbildung 5: An Fehlbildungen Verstorbene (gesamt und im Alter von 0–4 Jahren), Wien 1990–1998



Quelle: Statistik Österreich, 1998

1998 wurden laut Spitalsentlassungsstatistik 935 Knaben und 557 Mädchen im Alter von 0–15 Jahren mit kongenitalen Fehlbildungen gemäß den ICD-Codes 740–759 registriert. Zahlenmäßig am meisten betroffen sind Kinder (beiden Geschlechtes) im Alter von 0–3 Jahren ($n = 960$). Danach folgen die 4–7-Jährigen ($n = 259$), die 8–11-Jährigen ($n = 160$) und die 12–15-Jährigen ($n = 113$) (Tabelle 9).

Tabelle 9: Ausgewählte Hauptdiagnosen bei Fehlbildungen von Kindern im Alter von 0–15 Jahren

ICD-Code ¹⁾	Bezeichnung	männlich	weiblich
742	Andere kongenitale Anomalien des Nerven	45	28
745	Kongenitale Anomalien des Bulbus cordi und kardia	88	74
746	Andere kongenitale Herzanomalien	38	28
747	Andere kongenitale Anomalien des Kreislaufsystems	33	20
749	Gaumen- und Lippenspalte	36	36
752	Kongenitale Anomalien der Genitalorgane	282	14
754	Bestimmte Muskel-Skelett-Deformationen	73	58

1) Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen, ICD-9 nach KRAZAF

Quelle: Statistik Österreich, 1999

4.2.1.6 Ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch

Über die Häufigkeit und die Ursachen ungeplanter Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche (siehe auch Kap. 8.2.2) gibt es in Österreich, mangels repräsentativer Studien und systematischer Angaben, keine aktuellen repräsentativen Daten. Die einzige zu dieser Problematik durchgeführte Studie zu den Ursachen und Motiven des Schwangerschaftsabbruches in Wien wurde im Auftrag des Wissenschaftsministeriums durchgeführt (WIMMER-PUCHINGER, 1983).

Gründe, sich gegen ein (weiteres) Kind zu entscheiden sind:

- Die Sorgen um die Zukunft des Kindes (59,4 Prozent)
- Die erwünschte Kinderzahl ist bereits erreicht oder man will den Lebensstandard wegen des Kindes nicht aufgeben (53,3 Prozent)
- Die Kosten, mit welchen ein Kind verbunden ist (41,6 Prozent)
- Ungeeignete Wohnverhältnisse (47 Prozent)
- Unvereinbarkeit mit einer Berufstätigkeit (31 Prozent)
- Zu alt zu sein für ein Kind (32,3 Prozent)
- Das Leben mit einem (weiteren) Kind nicht mehr genießen zu können (34,4 Prozent)
- Partnerschaftsbezogene Gründe werden weniger häufig genannt (NEBENFÜHR, 1995).

Die Erwünschtheit einer Schwangerschaft und die tatsächliche Entscheidung für ein Kind klaffen oftmals auseinander. Österreichweit gaben in einer repräsentativen Studie von MÜNZ (1985) 25 Prozent der Mütter nachträglich an, ihr Kind sei ungeplant gewesen. 15 Prozent davon stuften es als nachträglich akzeptiert ein, weitere zehn Prozent als gänzlich ungelegen. In der nachträglichen Einschätzung der Mutter stimmte bei weniger als der Hälfte der Kinder (46 Prozent) Wunsch und Wirklichkeit überein. In der Studie von WIMMER-PUCHINGER (1992a) bezeichnete die Hälfte der Frauen die Schwangerschaft als geplant. Völlig ungeplant trat die Schwangerschaft bei 18 Prozent der Frauen ein. Ein Drittel der Befragten bezeichnete die Schwangerschaft als ungeplant, gab aber an, die Möglichkeit einer Schwangerschaft hin und wieder in Betracht gezogen zu haben. Relevant für Wien ist der Umstand, dass sich der geringste Anteil ungeplanter Kinder bei Frauen in Groß- und Mittelstädten findet, weiters bei beruflich hochqualifizierten Frauen (MÜNZ, 1985; WIMMER-PUCHINGER und HÖRNDLER, 1995).

Für jene Frauen, die sich im Falle einer unerwünschten Schwangerschaft gegen ein Kind entscheiden, besteht in Österreich die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruches. Gesetzlich ist der Eingriff dann legal, wenn er innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen (vom Tag der Einnistung der befruchteten Eizelle in der Gebärmutter) nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einer/einem Ärztin/Arzt und auf Antrag der betroffenen Frau durchgeführt wird. Ein Eingriff nach Ablauf dieser Frist ist nur dann straffrei, wenn der Frau Lebensgefahr droht, bei eugenischen Indikationen oder wenn die Frau zum Zeitpunkt der Empfängnis jünger als 14 Jahre war.

Da es keine Registrierungspflicht von durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen gibt, existieren keine umfassenden Daten für Wien. Insbesondere die Zahl der Abtreibungen, die durch Privatärztinnen durchgeführt werden, ist

nicht abschätzbar. Das Angebot an Einrichtungen, in denen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, ist in Wien deutlich besser als in den anderen Bundesländern. Die Frauen, welche einen Abbruch durchführen lassen wollen, können sich in Wien an zehn öffentliche und zwei private Einrichtungen wenden (WIMMER-PUCHINGER und HÖRNDLER, 1995).

Mit dem Ambulatorium für Schwangerenilfe und Sexualmedizin verfügt Wien über die einzige spezialisierte ambulante Tagesklinik Österreichs, welche Interruptionen durchführt. Über den Anteil der Ausländerinnen unter den Klientinnen liegen keine genauen Zahlen vor, doch liegt dieser nach mündlicher Auskunft von Dr. Seiler (1996) bei mindestens 20 Prozent.

Die Zusammensetzung der Frauen, welche einen Abbruch vornehmen lassen, ändert sich im Laufe der Zeit. Anhand eines Samples von 1.000 Frauen, die an der Tagesklinik den Abbruch vornehmen ließen, zeigte sich, dass der Anteil der Frauen bis 25 Jahre deutlich zurückgegangen ist, während Abbrüche bei den 26–30-Jährigen zugenommen haben.

Eine Repräsentativstudie zu Familie und Familienpolitik ergab, dass die Toleranz gegenüber einem Schwangerschaftsabbruch in Wien größer als in Gesamtösterreich ist (NEBENFÜHR, 1995).

EXKURS: Wien errichtet mit dem „Babynest Glanzing“ eine anonyme Abgabestelle für ungewollte Babys

In Wien hat im Sommer 2000 nach dem Vorbild der Hamburger „Babyklappe“ das österreichweit erste „Babynest“ seinen Betrieb aufgenommen. Diese Sozialeinrichtung soll helfen, das Leben von Neugeborenen zu retten und soll verhindern, dass Mütter sich strafbar machen, wenn sie in einer vermeintlichen Notsituation keinen anderen Ausweg sehen, als ihr Neugeborenes auszusetzen. Das Babynest Glanzing ist der erste Schritt in einem dreistufigen Aktionsprogramm zur Unterstützung von Schwangeren in Problemsituationen. Als nächstes sollen – wie z. B. in Frankreich schon realisiert – die „stille“ oder anonyme Geburt und die anonyme Betreuung schon während der Schwangerschaft ermöglicht werden. Als Standort für das Babynest wurde die Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde „Kinderklinik Glanzing“ am Wilhelminenspital der Stadt Wien gewählt, weil sie sowohl über große Erfahrung im Bereich der Säuglingsheilkunde (Neonatologische Intensivstation, Intermediate Care Station, Säuglingsstation) als auch über psychosomatische Kompetenz (Station für Säuglingspsychosomatik) verfügt.

Die Übergabe des Kindes kann auf zwei Arten erfolgen: Mütter, die anonym bleiben wollen, können über ein Nottelefon Kontakt mit dem psychosomatischen Dienst der Kinderklinik Glanzing aufnehmen, die eine Beratungsfunktion übernimmt, die Mutter auf bestehende Hilfsangebote hinweist und evt. zu weiteren Beratungsterminen bzgl. Hilfestellung einladen kann. Sollten diese Maßnahmen nicht zielführend sein, kann ein Treffpunkt für die persönliche und trotzdem anonyme Übergabe des Neugeborenen vereinbart werden.

Die Mutter kann ihr Neugeborenes aber auch völlig anonym im Babynest Glanzing am Flötzersteig deponieren. In der Klappe findet die Mutter ein Merkblatt mit der Telefonnummer des Notrufs vor, wo sie in den nächsten acht Wochen Auskunft über ihr Kind bekommen kann sowie ein Stempelkissen. Mit Hilfe des Stempelkissens macht sie einen Finger- und Fußabdruck des Kindes auf die Rückseite des Merkblatts. Im Falle des Wunsches nach einer Rückgabe kann so die Zusammengehörigkeit von Mutter und Kind eindeutig überprüft werden. Bei der Abgabe des Kindes löst das Wärmebett im Babynest über Sensoren einen optischen (Videokamera) und akustischen Alarm aus, sodass innerhalb von wenigen Minuten die umfassende Versorgung des Neugeborenen durch die Kinderklinik gewährleistet werden kann. Das Kind wird an die Säuglingsstation gebracht, fachärztlich untersucht und zur Beobachtung aufgenommen. Bei stabilem Gesundheitszustand kommt es für bis zu acht Wochen in eine Pflegefamilie. Findet keine Rückgabe an die leibliche Mutter statt, veranlasst das Amt für Jugend und Familie die Adoption des Kindes.

4.2.2 Entwicklungsdiagnostik

Zusammenfassung

Säuglinge verfügen zwar über eine angeborene Fähigkeit, sprechen zu erlernen, benötigen aber für eine gute **Sprachentwicklung** eine sprachlich anregungsreiche, kommunikationsfreudige soziale Umwelt. Die ersten Voraussetzungen für das Sprechenlernen (Lautstruktur und prosodische Charakteristika der Sprache der Bezugspersonen) werden bereits im ersten Lebensjahr erworben. Die besten Voraussetzungen haben Kinder, deren SprechpartnerInnen den kindbezogenen Sprachcode verwenden. Die ersten sinnvollen Worte treten um das erste Lebensjahr herum auf, bei Mädchen im Durchschnitt etwa einen Monat früher als bei Buben. Das Erlernen des rezeptiven Sprachverständnisses ist früher möglich als die selbstständige Sprachproduktion. Mit einhalb Jahren werden durchschnittlich zwölf Wörter gesprochen, spätestens mit zwei Jahren sollte die „Fünfzig-Wörter-Marke“ erreicht sein. Mit etwa neunzehn Monaten verbinden Kinder zwei Worte miteinander, mit etwa zwei Jahren ist bei den meisten Kindern das Stadium des Dreiwortsatzes erreicht. In der Regel erfolgt danach eine „Bedeutungsexplosion“, die Sprachkompetenz nimmt rasch zu. Mit etwa vier Jahren ist die Alltagssprache ausreichend erworben. Bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen treten häufig auch Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens auf, auch der Erwerb der Schriftsprache ist oft gestört. Eine Frühdiagnose und eine störungsspezifische therapeutische Intervention ist daher angezeigt.

Die **motorische Entwicklung** ist für den Aufbau einer Vielzahl von Kompetenzen von Bedeutung. Unzureichende Spielmöglichkeiten im Freien und allgemeiner Bewegungsmangel sind daher nicht nur aus gesundheitlichen Gründen bedenklich, sondern haben negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Raumorientierung, der Reaktionsschnelligkeit, des Gleichgewichtssinns, und – im Gefolge davon – eines sicherheitsbewussten Verhaltens. Nicht weniger bedeutungsvoll ist die Förderung der Feinmotorik und ihrer Integration mit der visuellen Verarbeitung, da sonst Beeinträchtigungen des Erlernens des Schreibens und anderer feinmotorischer Fähigkeiten zu befürchten sind.

Summary: Development Diagnostics

Infants, although endowed with an inborn ability to learn to speak, do require a social environment that will motivate them to speak and communicate if their skills are to be developed. The basic requirements for speech development (sound structure, prosodic characteristics of the language spoken by reference persons) are acquired during the first year. Most favoured are children addressed by their communication partners in their own, child-oriented, speech codes. A child can usually utter the first sensible words at around age 1, girls being ahead of boys by approximately one month on average. Receptive speech comprehension is developed well before autonomous speech production. At age 1.5 a child is familiar with an average of twelve words, by age two it should have reached the "fifty-word-mark". Nineteen-month olds can link two words together and at age two, most children are capable of forming three-word sentences. This stage is usually followed by an "explosion of meanings" with speech competencies increasing rapidly. At age four, children have acquired a fairly good command of everyday language. Children with speech development deficiencies frequently have difficulties learning how to read, and sometimes how to spell too. Early diagnosis and therapeutic interventions specifically geared to alleviating such conditions are called for.

***Motor development** is essential for building up a variety of competencies. Lack of opportunities to play outside and a general lack of physical activity are not only harmful to a child's physical health, they are also detrimental to the development of spatial perception, reactivity, the sense of equilibrium, and subsequently to a person's sense of safety. Fine motor skills must also be enhanced and integrated into visual perception to safeguard unhampered acquisition of spelling skills and other fine motor skills.*

Die Entwicklung der Motorik ist zunächst in erster Linie reifebedingt. Frühgeborene entwickeln sie daher entsprechend ihrem Gestationsalter. Bei Störungen der motorischen Entwicklung haben erfahrungsgemäß Trainingsprogramme signifikante Verbesserungen zur Folge, wenn sie dauerhaft durchgeführt werden. Wie bei allen motorischen – auch sportlichen – Leistungen führt mangelnde Übung zu Konditionsverlust.

Schulschwierigkeiten sind häufig durch **Teilleistungsstörungen** verschiedener Art mitbedingt. Es handelt sich um Ausfälle in bestimmten Teilbereichen bei normaler oder sogar hoher Intelligenz. Nach dem ICD-10 (Internationale Klassifikation Psychischer Störungen, WHO) können folgende Gruppen unterschieden werden: „Lese- und Rechtschreibstörungen“ (F81.0), „isolierte Rechtschreibstörung“ (F81.1), „Rechenstörung“ (F81.2) und „Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen“ (F82). Risikokinder haben größere Beeinträchtigungen in den für das Erlernen schulischer Fertigkeiten relevanten Gebieten (siehe dazu die Wiener Entwicklungsstudie). Eine Frühdiagnose möglicher Beeinträchtigungen bereits im Kindergartenalter ist angezeigt, um gezielte Fördermaßnahmen einleiten zu können. Die Ausfälle im Bereich der Lese-Rechtschreibstörungen zeigen sich beim lauten Lesen und beim Leseverständnis sowie bei charakteristischen Rechtschreibfehlern. Neben Ausfällen bei der Visomotorik und verwandten Bereichen sind solche bei der phonologischen Analyse und dem Regelerkennen grundlegend. Störungen der Rechenfähigkeit haben in der letzten Zeit zugenommen. Unbehandelte oder nicht ausreichend behandelte Legasthenie führt langfristig dazu, dass die Betroffenen eine weit schlechtere Schul- und Berufslaufbahn aufweisen als ihren intellektuellen Kompetenzen entspricht. Bei auftretenden Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens, (Recht-) Schreibens und Rechnens sollte möglichst rasch mit einem gut diagnostisch abgesicherten, auf den Einzelfall zugeschnittenen systematischen Training begonnen werden, um den betroffenen Kindern ein problemloses Absolvieren der Schule zu ermöglichen.

Eltern und Lehrpersonen klagen häufig über ein **hyperaktives Verhalten** von Kindern. Nicht selten handelt es sich einfach um Bewegungsmangel oder eine wenig strukturierte häusliche und/oder schulische Lernumgebung.

Motor development largely depends on a child's stage of maturity, i.e. its stage of gestation. Motor development deficiencies are improved significantly through regular training programmes. As with all motor or sports activities lack of training results in loss of fitness.

*Difficulties at school are frequently caused by a variety of **partial performance deficiencies** too. These failures in partial areas of development are often detected in children of average or above-average intelligence. According to the ICD-10 (international classification of mental deficiencies, WHO) the following groups are distinguished: "reading and spelling deficiencies" (F81.0), "isolated spelling deficiency" (F81.1), "arithmetic deficiencies" (F81.2), as well as "descriptive motor development deficiency" (F82). Children at risk are more seriously impaired in areas relevant to acquiring scholarly skills (see also Vienna Development Study). Diagnosing possible impairments at kindergarten age is necessary if targeted support measures are to be introduced. Reading and spelling weaknesses become most apparent when reading aloud and during reading comprehension, as well as with specific spelling mistakes. Failures in visuo-motor skills and related areas are critical as is the ability to perform phonological analysis and to recognize rules. An increase in arithmetic weaknesses has been noted most recently. Untreated or insufficiently treated dyslexia can lead to long-term deterioration of a person's academic and professional career irrespective of their intellectual competencies. Difficulties in learning how to read, (spell), write or calculate ought to be treated by systematic training once they are diagnosed, so as to enable children to complete their schooling.*

*Parents and teachers frequently complain about **hyperactive behaviour** of their children/students. In many cases, this is due to a lack of movement or insufficiently structured learning environments at school or at home.*

Die Auftretenshäufigkeit der echten hyperkinetischen Störung (F90 nach ICD-10 bzw. Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV) wird für nicht klinische Stichproben mit 3–5 Prozent angegeben. Gelegentlich ist eine zusätzliche Störung des Sozialverhaltens vorhanden. Untersuchungen haben gezeigt, dass diese Kinder sehr schlecht mit Frustrationen umgehen. In Lernsituationen ist daher für eine gute Struktur und ein verlässliches Belohnungssystem zu sorgen, da die Betroffenen sonst die Mitarbeit verweigern. Therapeutisch haben sich multimodale Trainingsprogramme, die sowohl medikamentöse wie psychotherapeutische Interventionsformen beinhalten, bewährt.

The frequency of real hyperkinetic deficiencies (F90 according to ICD-10; attention/hyperactivity deficiency according to DSM-IV) for non-clinical random samples is indicated at 3 to 5 percent. In some cases, these children are afflicted with additional social deficiencies. Survey have shown that such children do not cope with frustration easily. Learning environments require a sound structure and a reliable reward system to motivate participation of the children concerned. Multi-modal training schemes including appropriate medication as well as psycho-therapeutic intervention have proved highly successful therapies.

Die Frage, ob ein Kind altersgemäß entwickelt ist, beschäftigt nicht nur besorgte Eltern, sie ist gerade in der Psychologie ein Thema mit hoher praktischer Relevanz. Die Entwicklungsdiagnostik, die sich mit der Beantwortung dieser Fragen und der Bereitstellung adäquater Methoden beschäftigt, stellt ein wesentliches Anwendungsgebiet der Entwicklungspsychologie dar, bilden doch entwicklungsdiagnostische Informationen die unerlässliche Grundlage jeder Erziehungsberatung.

Dazu zwei Beispiele:

Die Eltern des fünfjährigen Leo suchen die psychologische Beratungsstelle auf, weil sie das Kind bereits vor dem sechsten Geburtstag einschulen wollen. Leo sei ein sehr intelligentes Kind, das schon alle Buchstaben kenne, bis 100 zählen und schon ein wenig rechnen könne. Sie befürchten, dass ihn ein weiteres Jahr im Kindergarten langweilen werde, sind aber verunsichert, weil die Kindergartenpädagogin von einer Früheinschulung eher abrät.

Die Eltern der vierjährigen Miriam kommen eigentlich nur zur psychologischen Beratung, weil der Kinderarzt des Mädchens es dringend empfohlen hat. Miriam spricht sehr undeutlich und dysgrammatisch, zudem kennt sie die Farben noch nicht. Die Mutter findet die Sorge des Arztes übertrieben. Sie ist sicher, dass sich diese Probleme alle „von selbst“ geben werden.

So unterschiedlich die Fragestellungen in beiden Fällen sind, eines ist ihnen doch gemeinsam: Es geht um die Frage, ob das Kind altersentsprechend entwickelt ist. Um die Befürchtungen und Vermutungen der Eltern, der Kindergartenpädagogin und des Arztes zu überprüfen, ist es notwendig, den Entwicklungsstand der Kinder mit psychologischen Diagnoseverfahren, sogenannten Entwicklungstests, zu erfassen. Ein solches Testverfahren besteht aus meist spielerischen Aufgaben, die das Kind bewältigen soll. Dazu wird festgelegt, welche Aufgaben ein Kind auf einem bestimmten Entwicklungsniveau schon lösen sollte. Aus den Ergebnissen lassen sich Rückschlüsse ziehen, ob das Kind altersentsprechend entwickelt ist, einen Entwicklungsvorsprung oder -rückstand aufweist, bzw. ob davon die gesamte Entwicklung oder nur einzelne Entwicklungsbereiche betroffen sind. So kann es sein, dass ein Kind im Bereich der Sprache und Intelligenz Gleichaltrige übertrifft, im Bereich der Fein- und Visumotorik aber, also z. B. beim Zeichnen, nicht altersentsprechend entwickelt ist. Der fünfjährige Leo etwa, den wir eingangs geschildert haben, war zwar in vielen Bereichen gut entwickelt, eine Einschulung war aber dennoch nicht ratsam, weil seine sozial-emotionale und motivationale Entwicklung noch nicht auf dem Niveau eines Schulanfängers war. Leo wollte nur die Aufgaben bearbeiten, die ihm Spaß machten, sich seine Arbeitspausen selbst einteilen und hatte noch ein stark ausgeprägtes Bedürfnis, frei zu spielen. Da er außerdem noch wenig Übung beim Zeichnen hatte, wurde den Eltern geraten, das folgende Jahr zum Aufbau von Arbeitshaltungen und grafomotorischen Fertigkeiten zu nutzen. Dagegen ergab der Entwicklungstest bei der vierjährigen Miriam, dass ihr sprachliches Niveau und ihre Merkfähigkeit nicht ihrem Alter entsprachen. In diesem Fall wurden die Eltern über die Bedeutung dieses Rückstandes für die weitere Entwicklung aufgeklärt und motiviert, professionelle Hilfe zur Förderung ihrer Tochter in Anspruch zu nehmen.

In beiden Fällen konnte das Problem nur durch eine fundierte Entwicklungsdiagnose erkannt werden.

Eine solche fundierte Entwicklungsdiagnose umfasst mehrere Bereiche. Zunächst wird die Psychologin oder der Psychologe ein Anamnesegespräch mit den Eltern führen, um möglichst viele Informationen über den konkreten Beratungsanlass, die Lebenswelt des Kindes und seine bisherige Entwicklung zu erhalten. Die Berichte der Eltern über die Bewältigung von wesentlichen Entwicklungsschritten wie Gehen, Sprechen oder Sauberkeit geben Auf-

schluss über das bisherige Entwicklungstempo. Die Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen, wie sie der Kindergarteneintritt, die Geburt eines Geschwisters, aber auch Verlusterlebnisse darstellen, zeigt, welchen Belastungen das Kind bisher ausgesetzt war, wie es diese bewältigt hat und welche Rolle die familiäre und außerfamiliäre Umwelt dabei gespielt hat. Dem Gespräch mit wichtigen Bezugspersonen folgt die psychologische Begutachtung des Kindes. Dabei kommen wissenschaftlich fundierte psychologische Testverfahren zur Anwendung, die durch eine Beobachtung des Kindes in ausgewählten Situationen ergänzt werden können (z. B. im gemeinsamen Spiel mit der Mutter oder in der Kindergartenrunde).

Die Entwicklungstestverfahren lassen sich einerseits nach ihrer Bandbreite, andererseits nach dem Altersbereich, in dem sie einsetzbar sind, untergliedern. Unter allgemeinen Entwicklungstests versteht man solche, die sämtliche relevanten Funktionsbereiche der Entwicklung in einem bestimmten Altersbereich erfassen. Sie liefern ein Entwicklungsprofil, aus dem sich Aussagen über Stärken und Schwächen des Kindes treffen lassen. Spezielle Entwicklungstests beschränken sich auf einzelne Funktionsbereiche, die dann aber meist sehr differenziert überprüft werden. So gibt es spezielle Entwicklungstests zur Erfassung der motorischen, kognitiven, sprachlichen oder emotionalen Entwicklung. Intelligenztests mit Normen für unterschiedliche Altersstufen zählen auch zur Gruppe der speziellen Entwicklungstests.

Entwicklung wird in der modernen Psychologie als ein Konzept verstanden, das die gesamte Lebensspanne umfasst. Entwicklungstests sind daher für jede Altersgruppe denkbar. In der Praxis bleiben sie aber meist auf die frühe und mittlere Kindheit beschränkt, wohl auch deshalb, weil entwicklungsbedingte Veränderungen in diesen Lebensphasen am auffälligsten und bedeutsamsten sind. Allgemeine Entwicklungstests für das Säuglingsalter prüfen in der Regel die Reflexe, die Funktionstüchtigkeit der Sinnesorgane und der Motorik und die Aufmerksamkeitszuwendung, die das Baby neuen Reizen entgegenbringt. Bei Klein- und Vorschulkindern muss eine allgemeine Entwicklungsdiagnose umfassender ausfallen. In dieser Altersstufe sind neben der Motorik und der Wahrnehmung die Sprache und Intelligenz, aber auch das Gedächtnis und sozial-emotionale Fähigkeiten von Bedeutung. Über das Kindergartenalter hinaus gibt es keine allgemeinen Entwicklungstests, wohl aber spezielle Verfahren für einzelne Funktionsbereiche, die Testaufgaben bis ins Schulalter vorsehen. Einzig die Sondergruppe der Intelligenztests wird bis ins Erwachsenenalter vorgegeben.

Eine Entwicklungsdiagnose im Klein- und Vorschulalter hilft Entwicklungsprobleme rechtzeitig erkennen, sodass Fördermaßnahmen schon vor Schulbeginn durchgeführt und Lernschwierigkeiten eventuell vermieden, zumindest aber verringert werden können. In Wien gibt es eine Vielzahl von Beratungsstellen und Kliniken, die Entwicklungsdiagnostik im engeren Sinne, aber auch psychologische Diagnostik für Schulkinder und Jugendliche anbieten.

4.2.2.1 Sprachentwicklung

Einleitung

Die Vorläufer der Sprachentwicklung sind bereits im ersten Lebensjahr beobachtbar. Beim Spracherwerb handelt es sich um den Ausbau von zwei unterschiedlichen Kompetenzbereichen: Einerseits wird die **Sprachrezeption** erworben, d. h. das Verstehen von sprachlichen Bedeutungen, wofür im Gehirn das Wernickesche Sprachzentrum zuständig ist, andererseits wird die eigenständige **Sprachproduktion** aufgebaut, die im Brocaschen Sprachzentrum verankert ist. In der ersten Hälfte des ersten Lebensjahres erwirbt das Kind bereits die Kenntnis der **Lautstruktur** und der **prosodischen Charakteristika** jener Nationalsprache, die von seinen Bezugspersonen vorzugsweise gesprochen wird. Im Rahmen der in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres auftretenden Lallmonologe und -dialoge („Echosprache“) lassen sich daher bereits zunehmend die prosodischen Eigenheiten der jeweiligen Sprache erkennen.

Zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr wird sukzessive das **Wissen um Wort-** und später um **Satzbedeutungen** und das auf die spezielle Sprache bezogene **morphologische und syntaktische Wissen** erworben. Parallel dazu erfolgt der Aufbau des **kontextbezogenen Sprachverständnisses** und des Wissens über die **korrekte Anwendung bestimmter sprachlicher Mittel in einem konkreten Kontext** (Pragmatik). In allen angesprochenen Teilbereichen wird zunächst die rezeptive und erst anschließend die produktive Kompetenz entwickelt (siehe GRIMM, 1994; TRACY, 1994 sowie die Untersuchungsergebnisse von KASTNER-KOLLER und DEIMANN, 1998, zum Wiener Entwicklungstest).

Es gibt kaum einen Bereich der kindlichen Entwicklung, in dem unfundierte Erwartungen und irrealen Hoffnungen eine größere Rolle spielen als im Bereich der Sprachentwicklung. So ist die starke Förderabhängigkeit der Sprachentwicklung und die Tatsache, dass die ersten Lebensjahre eine für den Erwerb der Sprache besonders sensible Periode darstellen, viel zu wenig bekannt. In der Beratungspraxis begegnen wir immer wieder Eltern sprachentwicklungsgestörter Kinder, die ernsthaft ausführen, dass es erst dann sinnvoll sei, mit dem Kind zu sprechen, wenn es selbst zu sprechen begonnen hätte. Eine weitere, für die Förderung der Sprachkompetenz problematische, aber

weit verbreitete Alltagstheorie geht davon aus, dass die Verwendung der kindorientierten Sprache (engl. Child Directed Speech, CDS oder Motherese) im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern „falsch“ sei, da die Kinder schließlich die Erwachsenensprache zu lernen hätten. Sprachbegabte Säuglinge und Kleinkinder kommen damit zwar gut zurecht, bei nicht wenigen Kindern kann dies jedoch zu Verzögerungen der Sprachentwicklung bis hin zu ernstesten Störungen führen. (Andererseits ist es möglich, durch die konsequente Verwendung der kindzentrierten Sprachcharakteristika selbst bei autistischen Kindern Fortschritte im Sprachaufbau zu erzielen (wie ROLLETT und KASTNER-KOLLER, 1994 nachgewiesen haben.) Hartnäckig hält sich auch die Meinung, dass eine möglichst frühe Konfrontation mit Zweisprachigkeit **immer** zu guten Leistungen in beiden Sprachen führen müsse. Wie VERDEL (1991) in einer sorgfältig kontrollierten Studie feststellen konnte, ist dies nur bei Kindern mit einer guten sprachlichen Intelligenz der Fall. Kinder mit einer normalen verbalen Intelligenz erlernen die Sprache der Hauptbezugsperson, meistens der Mutter, wesentlich besser, als die oder des weniger häufig anwesenden Elternteils, was zu Schwierigkeiten führen kann, wenn dies nicht die spätere Unterrichtssprache ist. Kinder mit einer schlecht ausgeprägten verbalen Intelligenz entwickeln nur zwei Halbsprachen: Sie haben in beiden Sprachsystemen Probleme. Es ist daher im Allgemeinen günstiger, dem Kind zunächst die grundlegenden Kompetenzen in der Sprache der Hauptbezugsperson zu vermitteln und erst anschließend mit dem Erwerb der Zweitsprache zu beginnen. Bei Kleinkindern, die die charakteristischen Anzeichen einer Mischsprache zeigen, sollte aus diesem Grund den Eltern geraten werden, zunächst bei einer Sprache als Kommunikationsmittel zu bleiben, bis sich dies so weit gefestigt hat, dass die Alltagskommunikation beherrscht wird.

4.2.2.1.1 Überblick über die Sprachentwicklung

Karl BÜHLER (1934) unterschied drei Sprachfunktionen, die nacheinander erworben werden. Schon das Neugeborene drückt seinen Innenzustand durch unterschiedliche Formen des Schreiens aus. Die akustische Analyse zeigt, dass sich der Geburtsschrei vom Schmerzscrei und vom Hungerscrei deutlich unterscheiden lässt. Sobald die Pflegepersonen lernen, z. B. zwischen Hunger- und Schmerzlauten zu unterscheiden, können sie differenziert darauf reagieren. Aufgrund dieser Wechselwirkung entwickelt das Kind im Laufe der Zeit die Fähigkeit, unterschiedliche Laute gezielt zur Signalgebung einzusetzen, wenn die Pflegepersonen verlässlich und differenziert darauf reagieren. Erst mit der Entwicklung der Wortsprache steht jedoch die Darstellungsfunktion zur Verfügung, die es möglich macht, auch über Abwesendes, Vergangenes und Zukünftiges zu sprechen.

Das Neugeborene kann bereits sprachliche von nichtsprachlichen Lauten unterscheiden. Es zieht die Sprache der Mutter Sprachproben anderer Frauen vor, sodass davon ausgegangen werden kann, dass bereits vor der Geburt entsprechende Lernprozesse stattgefunden haben. Interessanterweise betrifft diese Präferenz auch die Nationalsprache der Mutter, wie Untersuchungen von MEHLER et al. (1988) zeigen konnten. Es sind vor allem die prosodischen Merkmale der jeweiligen Nationalsprache, die diese Reaktion hervorrufen. (Geprüft werden derartige Bevorzugungen durch die Feststellung der Zunahme der „Nuckelrate“ durch einen eigens dafür präparierten Sauger bzw. die Beobachtung der Veränderung der Nuckelrate nach Habituation).

In der **vorsprachlichen Periode im ersten Lebensjahr** sind folgende Entwicklungsschritte festzustellen: Etwa zwischen sechs und acht Wochen äußern die meisten Säuglinge Gurr-laute. Zwischen dem zweiten und vierten Lebensmonat tritt das hörbare Lachen auf. Langsam entwickelt der Säugling die Fähigkeit, vorgesprochene Vokale, vor allem das „a“, gelegentlich auch das „i“ zu imitieren. Interessanterweise werden Geräusche aus der unbelebten Umwelt nicht nachgeahmt, woraus sich schließen lässt, dass das Kind auf die Nachahmung sozialer Laute „programmiert“ ist. Im Alter von sechs bis neun Monaten erreicht das Kind das **Lallstadium**, wobei einfache Konsonant-Vokal-Verbindungen spielerisch wiederholt werden (Mama, baba, dada usw.). Bei gehörlosen Kindern tritt diese Stufe nicht auf. Erste Hinweise auf eine mögliche Sprachentwicklungsstörung können sich durch eine geringere Variation der Lallmonologe des Kindes andeuten (JENSEN et al., 1988). Eine Förderung der Sprachentwicklung ist in dieser Periode durch gezieltes Nachahmen und Variieren der Lallepisoden des Kindes möglich, wobei das Imitieren des Sprechpartners durch das Kind („Echosprache“) besondere Bedeutung hat. Mit ca. zehn Monaten haben die Kinder in der Regel die Lautstruktur ihrer Muttersprache erworben. Die **ersten sinnvollen Worte** treten ungefähr um den Beginn des zweiten Lebensjahres herum auf, wobei Mädchen etwa einen Monat früher damit anfangen als Buben. 50 Prozent der Kinder sprechen ihr erstes, deutlich erkennbares, sinnvolles Wort zwischen neun Monaten und einem Jahr. STERN (1965) nannte dieses Stadium die Stufe des **Einwortsatzes**, da das einzelne Wort die Bedeutung eines ganzen Satzes hat, die durch den Kontext entschlüsselt werden muss. („Mama“ kann z. B. „Mama komm her“ oder „Mama ist da“ oder „heb mir das Spielzeug auf“ heißen usw.) Wie das Beispiel zeigt, sind die ersten Worte in hohem Maße **kontextgebunden**, was dem Kind den Aufbau von Bedeutungsstrukturen erleichtert.

Mit eineinhalb Jahren werden im Schnitt etwa zwölf Wörter gesprochen. Mit zwei Jahren sollte spätestens die **„50-Wörter-Marke“** erreicht sein. Wesentliche Abweichungen davon können ein Anzeichen für eine mögliche Sprachentwicklungsstörung sein. Vor allem anlagemäßig weniger sprachkompetente Kinder reagieren besonders

sensibel auf mangelnde Förderung durch ihre Bezugspersonen. Dies kann z. B. durch das erwähnte, weit verbreitete Missverständnis zustande kommen, dass man mit dem Kind auch in der Zeit des Spracherwerbs in der komplexen, wenig modulierten „Erwachsenensprache“ sprechen sollte. Tatsächlich stellt die Erwachsenensprache für viele Kinder eine Überforderung dar. Eine weitere Ursache kann die Unterbringung des Kindes in einer Betreuungssituation sein, in der aus Gründen der Überlastung des Personals kaum Gelegenheit besteht, von kompetenten SprecherInnen individuell gefördert zu werden.

Sobald die 50-Wörter-Marke erreicht ist, geht die Sprachentwicklung sehr rasch vor sich (**„Bedeutungsexplosion“**), sodass nicht wenige Kinder gegen Ende des zweiten Lebensjahres 200 und mehr Wörter sprechen können. Es beginnt das „erste Fragealter“, in dem die **„Was“** (ist denn das)-**Frage** dominiert. Häufig kommt es vor, dass die Aussprache in der Zeit der Bedeutungsexplosion etwas verwaschener wird, da das Kind nun in das **Stadium des Zweiwortsatzes** (im Schnitt mit etwa 19 Monaten) und des **Dreiwortsatzes** (mit etwa zwei Jahren) eintritt und die phonologische Gliederung längerer Sprechsequenzen erfahrungsgemäß besondere Anforderungen an das Kind stellt, denen es sich erst anpassen muss. Eine kompetente Sprachförderung des Kindes besteht daher darin, seine Äußerungen in der betonten kindzentrierten Sprache der „Motherese“ in klar gegliederter Form zu wiederholen.

Mit Hilfe des Zweiwortsatzes sind erste Differenzierungen möglich (Beispiel: „Mama da“, „Mama fort“ usw.). Es ist bereits eine primitive Grammatik („Pivot-Grammatik“ oder „Angelpunkt-Grammatik“) beobachtbar: Das wichtigste Wort steht am Anfang der Sprachsequenz. Im dritten Lebensjahr erwirbt das Kind sehr rasch neue Wörter, wobei es zum Phänomen der **„schnellen Bedeutungszuordnung“** („fast mapping“, CAREY und BARTLETT, 1978; RICE, 1990) kommt. Kinder dieser Altersstufe haben die Fähigkeit, sich aus wenigen Hinweisen „ausreichend passende“ Wortbedeutungen zu erschließen und so ihren Wortschatz zu erweitern. Bei sprachbegabten Personen bleibt diese Fähigkeit bis ins Erwachsenenalter erhalten, sodass sie sich in einer neuen Sprachumgebung schon nach wenigen Wochen angemessen unterhalten können.

Gelegentlich kann es in diesem Prozess des Erlernens neuer Bedeutungen zu fehlerhaften oder nur teilweise adäquaten Zuordnungen kommen. Ein häufig zu beobachtendes Phänomen ist die **Übergeneralisierung** von Begriffen: Wenn das Kind das Wort „Hund“ kennt, wird jeder Vierbeiner mit „Hund“ bezeichnet. Daneben gibt es das Phänomen der **Überdiskrimination**, wobei das Kind einen in der Alltagssprache generellen Begriff nur für bestimmte Teilbereiche verwendet (z. B. „Lade“= Schokolade nur für Milkschokolade). Beide Prozesse können zusammenwirken: Ein dreijähriges Mädchen hatte korrekt gelernt, dass der Sohn einer Bekannten Hermann hieß und bezeichnete den Sohn Reini einer anderen Bekannten einerseits generalisierend, andererseits differenzierend als „Reini Hermann“. **Häufig auftretende, eindrucksvolle Betonungen** eines bestimmten Wortes im Satz durch die Erwachsenen können zu fehlerhaften Bedeutungszuweisungen führen: So entwickelte ein zweijähriger Bub für „Schlüssel“ die Bezeichnung „Wowo“ („Wo ist der Schlüssel?“).

Um sich die Zuordnung von Wörtern zu ihren Bedeutungen zu erleichtern, benützen die Kinder sogenannte „Constraints“, d. h. **einschränkende Annahmen** über die Regeln der Bedeutungszuordnung. Ein neues Wort wird, auch wenn es nur einen Teil eines Gegenstandes bezeichnet, zunächst automatisch dem Gegenstand als Ganzem zugeordnet (whole object constraint). Taxonomische Beziehungen werden gegenüber thematischen bevorzugt (taxonomic constraint). Differenzierungen werden durch die Disjunktionsannahme (mutual exclusivity constraint) gelernt: Hört das Kind in Bezug auf ein Objekt eine neue Bezeichnung, so nimmt es nicht an, dass es sich um ein Synonym handeln könnte, sondern geht davon aus, dass es sich um eine Differenzierung der Objektgruppe handelt. Synonyme sind daher mindestens bis Ende des Grundschulalters weit schwieriger zu lernen als Antonyme.

4.2.2.1.2 Sprachentwicklungsstörungen

Bei der Entwicklung des Sprechens können außerordentlich große Streubreiten sowohl beim Erwerb der rezeptiven wie der produktiven Sprachfähigkeit festgestellt werden. In der Regel entwickeln auch Kinder, die spät sprechen lernen, in der Folge eine normale Sprachkompetenz. Es ist daher nicht leicht, normale Sprachverzögerungen von gestörten Entwicklungen diagnostisch zu differenzieren. In jedem Fall ist zu klären, ob das Kind normal hört bzw. ob eine Intelligenzminderung vorliegt. Das ICD-10 (1993) gibt vier Hauptkriterien zur Diagnose klinisch relevanter Störungen an: Schweregrad, Verlauf, Muster und begleitende Probleme.

Unter den „umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ werden im ICD-10 (1993) unter F80 folgende Störungen beschrieben:

- F80.0 Artikulationsstörungen
- F80.1 expressive Sprachstörung
- F80.2 rezeptive Sprachstörung
- F80.3 erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)

- F80.8 sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- F80.9 nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Die AutorInnen des ICD-10 empfehlen, Sprachentwicklungsverzögerungen dann als abnorm zu diagnostizieren, wenn die Abweichung außerhalb von zwei Standardabweichungen vom Mittelwert liegt. Gemeinsam ist diesen Störungen, dass die betroffenen Kinder bereits im Kleinkindalter in Bezug auf ihre Kommunikationsfähigkeit in erheblichem Ausmaß beeinträchtigt sind. Den Eltern fällt die Verzögerung häufig deshalb nicht auf, da sie oft den Eindruck haben, dass die Kinder im Alltagskontakt „alles“ verstehen, d. h. den unmittelbaren, situativ gestützten Anweisungen ihrer Erziehungspersonen folgen. Hier handelt es sich jedoch nur um ein limitiertes kontextgebundenes Sprachverstehen, nicht jedoch um die Fähigkeit zur Sprachproduktion. Dieses Missverständnis führt dazu, dass mit Fördermaßnahmen zu spät begonnen wird. Die Frühdiagnose obliegt daher in erster Linie den betreuenden KinderärztInnen. Ihnen kommt eine wichtige Funktion bei der Prävention langfristiger Beeinträchtigungen zu.

WILLINGER et al. (1996) gehen im Anschluss an GRIMM (1994) von etwa 6–8 Prozent sprachentwicklungsgestörten Vorschulkindern aus. Ursächlich kann ein zu geringes Geburtsgewicht (TOMBLIN et al., 1991) beteiligt sein. Geringe Sprachanregung durch die soziale Umwelt stellt ein weiteres Risiko dar.

Obwohl eine unauffällige Intelligenzentwicklung zu den Kriterien der Sprachentwicklungsstörung zählt, können nach den Ausprägungen ihrer Intelligenz charakteristische Gruppen von sprachentwicklungsgestörten Kindern festgestellt werden. WILLINGER et al. (1996) untersuchten von September 1993 bis August 1995 103 sprachauffällige Kinder zwischen 4;0 und 6;6 Jahren an der Klinischen Abteilung Phoniatrie-Logopädie der Universitätsklinik für HNO-Krankheiten Wien sowohl phoniatisch wie logopädisch, linguistisch und psychologisch. Bei 91 Kindern konnte eine umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache diagnostiziert werden. Bei zwölf Kindern lag eine eindeutige Intelligenzminderung vor. Eine Clusteranalyse der verbleibenden Stichprobe erbrachte drei Gruppen, die sich, obwohl ihre Gesamtintelligenz zumindest normal ausgeprägt war, in ihren intellektuellen Fähigkeiten klar unterschieden:

Gruppe 1: Schwäche in der verbalen Intelligenz bei durchschnittlicher bis überdurchschnittlicher nonverbaler Intelligenz

Gruppe 2: Schwäche in der nonverbalen Intelligenz bei durchschnittlicher bis über durchschnittlicher verbaler Intelligenz

Gruppe 3: Schwäche in der verbalen und nonverbalen Intelligenz

Besonders bei der zweiten Gruppe kann man annehmen, dass unter anderem Fördermängel an der gestörten Sprachentwicklung mitbeteiligt waren.

Wie die Untersuchung außerdem zeigt, sollten sich Trainingsmaßnahmen nicht allein auf die logopädische Förderung (welche die meisten Kinder erhalten hatten) beschränken, sondern Trainings der kognitiven Kompetenzen miteinschließen.

Sprachentwicklungsstörungen bedeuten für die betroffenen Kinder in mehrfacher Hinsicht eine Beeinträchtigung ihrer Chancen. Bereits im Kindergartenalter werden sprachentwicklungsgestörte Kinder weniger in Spiele mit anderen Kindern einbezogen, da die direkte Kommunikation sowie die Metakommunikation mit den Spielpartnern über die geplanten Spielaktionen weniger reibungslos erfolgen, als dies bei anderen Kindern der Fall ist. Ein weiterer, wichtiger Bereich betrifft die Einschränkung der schulischen Leistungsfähigkeit. Im Rahmen ihrer Diplomarbeit ging NEUBAUER (2000) daher der Frage nach, wie weit nach ICD-10 sprachentwicklungsgestörte Kinder Probleme im Rahmen ihrer schulischen Weiterentwicklung haben. Versuchspersonen waren Kinder, die an der Klinischen Abteilung Phoniatrie-Logopädie der Universitätsklinik Wien für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten ab dem Jahr 1993 wegen Sprachauffälligkeiten vorgestellt worden waren, und für die nach ICD-10 die Diagnose „Sprachentwicklungsstörung“ erfolgt war. Von ursprünglich 59 Kindern konnten 34 Kinder für die Untersuchung gewonnen werden. Aus einer Gruppe von 45 Vergleichskindern ohne Sprachentwicklungsstörungen wurden 34 Kinder als Kontrollgruppe nach den Parallelisierungsvariablen Geschlecht, Schulklasse, Alter (+/-5 Monate), IQ (+/-5 IQ-Punkte) und Sozialstatus ausgewählt. Als Untersuchungsinstrumente wurden Testverfahren zur Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten (grammatisches Verständnis, Wortfindung, Wortverständnis, phonologische Sprachfähigkeit), der Leseleistungen (Lesegenauigkeit, Lesegeschwindigkeit und Textverstehen) und verschiedener „Teilleistungen“ (Gesamtmotorik, Handmotorik, visuelle Funktionen, räumliche Orientierung, Gedächtnis, Denkprozesse) benützt. Eingesetzt wurden u. a. die Coloured Progressive Matrices (Erfassung der allgemeinen nonverbalen Intelligenz), der Heidelberger Sprachentwicklungstest (Subtests: Verstehen grammatischer Strukturformen, Plural-Singular-Bildung und Wortfindung), der Psycholinguistische Entwicklungstest (Erfassung phonologisch-sprachlicher Fähigkeiten, Subtests: Wörter ergänzen, Laute verbinden, Wortverständnis), der Zürcher Lesetest für 2./3. Volksschulklassen (Überprüfung der Lesegenauigkeit=Fehlerzahl und der Lesegeschwindigkeit=Lesezeit) und der Leseverständnis-Test (Textabschnitte zum stillen Lesen, Fragen zum Inhalt und Auswahlantworten). Außerdem wurde

eine ausführliche Anamnese erhoben und ein Informationsgespräch nach Abschluss der Untersuchungen mit den Eltern durchgeführt.

Nach Angaben der Mütter sprachen die Kinder der Kontrollgruppe ihr erstes Wort zwischen dem 9. und 16. Lebensmonat, jene der Untersuchungsgruppe im Durchschnitt wesentlich später (Durchschnitt 19 Monate). Bis zum 16. Monat hatte erst etwa ein Drittel der Kinder ($n = 11$) ihr erstes Wort gesprochen. Bei 59,4 Prozent der Kinder der Versuchsgruppe wurden Sprachprobleme bei nahen Familienangehörigen berichtet. Die sprachentwicklungsgestörten Kinder erhielten in der Regel 2–3 Jahre lang eine sprachtherapeutische Unterstützung. Sie wurden von den Müttern im höheren Maß als sozial unsicher beschrieben. Außerdem konnten bei ihnen verstärkt verbale Aggressionen und emotionelle Probleme wie z. B. Angst vor Neuem und negative Stimmung beobachtet werden. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass auch Verhaltensauffälligkeiten bei sprachentwicklungsgestörten Kindern signifikant häufiger auftraten als in der Kontrollgruppe.

Wie aufgrund des Geschlechtsverhältnisses bei Sprachentwicklungsstörungen zu erwarten war, überwogen die männlichen Probanden mit 75 Prozent der Stichprobe. Es zeigte sich, dass die sprachentwicklungsgestörten Kinder signifikant größere Probleme bei der phonologischen Synthese, der Wortfindung und beim grammatischen Verstehen, vor allem bei komplexen Satzstrukturen und der grammatischen Regelbildung hatten (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Sprachfähigkeit

	Mittelwerte der Anzahl richtig gelöster Aufgaben		
	Grammatisches Verstehen	Wortfindung	Grammatische Regelbildung
Sprachentwicklungsgestörte Kinder	13,8	18,1	21,5
Kontrollgruppen-Kinder	15,6	23,3	30,4

Quelle: NEUBAUER, 2000

Im **schulischen Bereich** zeigten die sprachentwicklungsgestörten Kinder vor allem Probleme beim Lesen und zwar sowohl beim lauten Lesen als auch beim sinnverstehenden stillen Lesen (Textverstehen: Mittelwert SES: 4,48 zu KG: 5,71). Die Wortlesezeit lag entsprechend höher (SES: 2,32, KG: 1,51). Wie Regressionsanalysen zeigten, hingen Lesegenauigkeit und Lesegeschwindigkeit vor allem von den phonologischen Variablen ab (50 Prozent bzw. 47 Prozent erklärter Varianz), während die Leseverstehensleistungen in erster Linie durch die grammatische Kompetenz bestimmt wurde (41 Prozent erklärter Varianz). Die sprachentwicklungsgestörten Kinder gaben außerdem zu einem signifikant geringeren Ausmaß an, bereits ein Buch gelesen zu haben, als dies bei den normal entwickelten Kindern der Fall war ($p=0,2$). Hieraus ergeben sich wichtige Hinweise für eine differenzierte Förderung.

Die Teilleistungen waren außerdem hinsichtlich der Handmotorik, der räumlichen Orientierung, des Gedächtnisses und der Denkprozesse signifikant schlechter. Keine Unterschiede zwischen den sprachentwicklungsgestörten Kindern und der Kontrollgruppe zeigten sich jedoch in der Gesamtmotorik und der visuellen Funktion. Aufgrund multivariater Varianzanalysen mit und ohne Kovariaten konnte vor allem die Bedeutung der Variable „grammatisches Verständnis“ für die Erklärung der ungenügenden Leseleistungen nachgewiesen werden. Eine Diskriminanzanalyse unter Einschluss aller Merkmalsvariablen erbrachte in 88,7 Prozent der Fälle eine richtige Zuordnung zur Gruppe der sprachentwicklungsgestörten Kinder. Wie die schrittweise Diskriminanzanalyse zeigte, waren vor allem die Variablen phonologische Synthese, Denkprozesse, Gedächtnis und grammatisches Verständnis für die Differenzierung der Gruppen verantwortlich. Dies ist nicht nur für die Differentialdiagnose, sondern auch für die störungsspezifische Lerntherapie von Bedeutung.

4.2.2.2 Motorische Entwicklung

4.2.2.2.1 Vorbemerkung

In der älteren Entwicklungspsychologie war man aufgrund von Untersuchungen in den 50er Jahren zu der Auffassung gekommen, dass bereits im Grundschulalter beträchtliche Unterschiede zwischen den motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Geschlechter bestünden, da Buben die Mädchen bei der Laufschnelligkeit, dem Hochsprung, dem Weitwurf usw. übertrafen (ESPENSCHADE, 1960; GAVTOS, 1959). Heute haben sich die Leistungen in dieser Altersstufe weitgehend angeglichen, was offenbar darauf zurückzuführen ist, dass sich die Erziehungsziele kaum mehr unterscheiden. In einer Studie von HALL und LEE (1984) wurden Mädchen und Buben der 3., 4. und 5. Jahrgangsstufe miteinander verglichen, die mindestens ein Jahr lang in einem sehr guten Sportprogramm gemeinsam gefördert worden waren. Hier zeigten die Mädchen in einigen Bereichen sogar bessere Leistungen als die Buben. Da bei den Mädchen der pubertäre Wachstumsschub früher eintritt, sind sie in dieser Zeit den Buben sogar überlegen. Unterschiedliche Leistungen sind erst dann zu beobachten, wenn auch die männliche Kohorte den Wachstumsschub abgeschlossen hat.

Abgesehen von dieser Angleichung der motorischen Leistungen der Geschlechter in der mittleren Kindheit ist jedoch heute allgemein ein Defizit bei den motorischen Kompetenzen festzustellen. Bereits 1989 beobachtete HOLZAPFEL bei 40 Prozent der von ihr untersuchten SchulanfängerInnen, dass sie wegen der heute oft bestehenden mangelnden Bewegungsmöglichkeiten Beeinträchtigungen der Motorik aufwiesen (muskuläre Schwäche, Koordinationsprobleme usw.). Eine gezielte Förderung der gesamtmotorischen Entwicklung im Kindergarten und in der Schule ist daher dringend anzuraten. Für die dauerhafte Sicherung guter motorischer Kompetenzen ist allerdings ein ständiges Training erforderlich. KUNZ (1989) untersuchte 400 Kinder in zwölf Frankfurter Kindergärten und unterteilte sie in drei Gruppen: Trainingsgruppe 1 und Trainingsgruppe 2 bekamen Gelegenheit, täglich 15 Minuten lang Bewegungsspiele aus einer eigens entwickelten Spielekartei zu spielen. Trainingsgruppe 1 führte diese Spiele nach Anweisung der KindergartenpädagogIn durch, während Trainingsgruppe 2 die Spiele selbst auswählen konnte. Eine Kontrollgruppe erhielt kein zusätzliches Bewegungsspielprogramm. Alle Kinder wurden mit einem psychomotorischen Test erfasst. Nach acht Wochen hatte die Kontrollgruppe, die keine Förderung erhalten hatte, kaum einen Leistungsfortschritt erzielt. In den beiden Trainingsgruppen verbesserte sich dagegen die Körperkoordination um bis zu 100 Prozent. Signifikante Verbesserungen gab es außerdem hinsichtlich der Kriterien Sprungkraft, Reaktionsschnelligkeit, Gleichgewicht und Geschicklichkeit. Jene Gruppe, die ihre Spiele selbst auswählen durfte, hatte im Vergleich zu der Trainingsgruppe, bei der das nicht der Fall gewesen war, eine doppelt so große Steigerung der Geschicklichkeit erreicht. Im Trainingszeitraum gingen außerdem die Unfallzahlen deutlich zurück. Dieser Effekt war jedoch nur während der Untersuchungsperiode zu beobachten: Wie dies bei vielen Förderprogrammen festzustellen ist, können Trainingseffekte nur dann gehalten werden, wenn die neu erworbenen Fertigkeiten auch nach Abschluss des Programms weiter gefördert werden. Aus diesen Befunden lässt sich die gesundheitspolitische Forderung nach einer täglichen Turneinheit im Kindergarten und in der Schule zum Konditionsaufbau ableiten.

4.2.2.2 Die Entwicklung der allgemeinen Motorik im ersten und zweiten Lebensjahr

Das Neugeborene verfügt über eine Reflexausstattung, die das unmittelbare Überleben garantiert (Tabelle 2).

Tabelle 2: Neugeborenenreflexe

Reflex	Beschreibung	Entwicklungsverlauf	Bedeutung
Flucht-/Babinski-reflex	Bei Bestreichen der Fußsohle wird das Bein leicht angezogen (Fluchtreflex) und die große Zehe nach oben gestreckt (Babinski-Phänomen)	Verschwindet im Alter von 8–12 Monaten	Kennzeichen normaler neuronaler Entwicklung
Greifreflex	Bei Berührung der Handinnenfläche durch einen Gegenstand umklammert es ihn. Beim Versuch, den Gegenstand wegzuziehen, verstärkt sich der Reflex	Wird im Alter von 3–4 Monaten durch die neu erworbene Fähigkeit des willensgesteuerten Greifens ersetzt	Vorläufer des Greifens
Suchreflex	Bei Bestreichen der Wange öffnet das Baby den Mund und wendet den Kopf der Reizquelle zu	Verschwindet mit 3–6 Monaten	Komponente der Nahrungsaufnahme
Saugreflex	Bei Berührung der Lippen kommt es zu Saugbewegungen	Verschwindet mit 3–6 Monaten	Komponente der Nahrungsaufnahme/ Vorläufer des willentlichen Saugens zur emotionalen Stabilisierung bei Müdigkeit und in Stresssituationen („Trostverhalten“)
Schluckreflex	Gelangt Milch in den hinteren Teil des Mundes, erfolgt das Schlucken	Überleitung zum willentlichen Schlucken mit ca. 6 Monaten	Komponente der Nahrungsaufnahme
Rückgratreflex (Galantreflex)	Bestreicht man den Rücken entlang der Wirbelsäule, krümmt das Baby den Rücken vom Reiz weg		Reaktion auf Überstimulation
Mororeflex	Senkt man unvermutet das in Rückenlage gehaltene Kind oder erschüttert plötzlich die Unterlage, auf der es liegt, so schlägt es die Arme auseinander und spreizt die Finger, um sie anschließend langsam wieder über die Brust zusammenzuführen. Die Reaktion ist auch durch ein lautes Geräusch auslösbar	Die Auslösung durch motorische Stimulation verschwindet mit 6–7 Monaten, während das Verhalten als Reaktion auf laute Geräusche erhalten bleibt	Vorläufer der Überraschungsgestik
Schreitphänomen	Man hält das Baby aufrecht und stützt dabei den Kopf. Berührt man nun mit den Füßen des Babys eine Unterlage, so macht es Schreitbewegungen	Verschwindet mit 2 Monaten	Vorläufer des Gehens

Im ersten Lebensmonat überwiegt zunächst die **unwillkürliche Motorik**. Mit der Markreife der für die **Willkürmotorik** zuständigen Pyramidenbahnen erlangt der Säugling zunehmend die Kontrolle über die eigenen Bewegungen. Die Markreife erfolgt schrittweise von oben nach unten (cephalo-caudal) und von innen nach außen (proximal-distal). Die Grobmotorik wird vor der Feinmotorik erworben. Die Nervenbahnen, die für die willkürliche Blasen- und Darmentleerung zuständig ist, werden zuletzt markreif, was der frühen Trainierbarkeit der Sauberkeit Grenzen setzt. Bei der motorischen Entwicklung handelt es sich in erster Linie um ein Reifeprodukt, d. h. dass eine Änderung der Ablaufphasen nicht und eine Vorverlagerung durch Übung nur in engen Grenzen möglich ist. Die folgende Tabelle 3 gibt einen Überblick über die wichtigsten Entwicklungsschritte:

Tabelle 3: Entwicklung der Grobmotorik in den ersten zwei Lebensjahren

Verhalten	Mittelwert des Auftretens (Monate)	Variations-spielraum (Monate)
<ul style="list-style-type: none"> ● Hochheben des Kopfes in Bauchlage 30–45° hoch ● Kräftiges Strampeln ● Wenn das Kind sitzend gehalten wird, ist der Rücken gerade ● Ca. 90° Hochheben von Kopf und Brust in Bauchlage ● Beim Ziehen an den Händen in Rückenlage wird der Kopf gehoben und dabei aktiv etwas vorgebeugt ● Hält den Kopf ständig aufrecht ● Dreht sich von einer Seite auf die andere ● Beim Ziehen an den Händen in Rückenlage hebt es aktiv Kopf und Schultern. 	2 2 3;3 3;4 4 3;8 5 5	1–3 2–3 2–5 2–5 2–6 2–5 3–7 3–8
<ul style="list-style-type: none"> ● Umdrehen vom Rücken in Bauchlage und umgekehrt ● Greift spielend nach den eigenen Zehen (Entwicklungsmarker) ● Kriechreaktion I: Versucht (zunächst noch ohne Erfolg) mit kräftigen Körperbewegungen vorwärts zu kommen ● Sitzt frei (mindestens eine Minute). Dieser Entwicklungsmarker wird mit ca. 7;3 Monaten von 50%, mit 9 Monaten von 90% der Altersgruppe erreicht ● Laufreaktion: Das Kind versucht zu gehen, indem es einen Fuß vor den anderen setzt, wenn man es hält ● Steht fest auf beiden Beinen, wenn es gehalten wird ● Kriechreaktion II: Erste Bewegungen vor- oder rückwärts 	6;1 6;2 6;6 7;3 8 8;3 8;6	4–9 5–8 4–9 6–10 6–12 6–12 6–11
<ul style="list-style-type: none"> ● Kann sich selbst hochziehen und stehen, wenn es sich festhalten kann ● Kriechreaktion III: Kind kriecht koordiniert auf Händen und Knien (Entwicklungsmarker, mit ca. 9,3 Monaten von 50% der Kinder erreicht) ● Kind kann mit Festhalten an einer Hand oder an beiden Händen gehen ● Kann ohne Hilfe auf eine niedrige Stufe oder Erhöhung klettern ● Frei stehen ● Kann mindestens drei Schritte allein gehen (Entwicklungsmarker, allerdings große nationale Unterschiede: Angaben für den 50%-Anteil variieren nach HINDLEY et al., 1966, von 12;4 bis 13;6) ● Kann Stufen auf Händen und Knien hinaufklettern 	9;2 9;7 10;6 12 12;9 13 14;3	7–14 7–13 8–14 10–15 10–17 11–17 10–18
<ul style="list-style-type: none"> ● Kann sicher und mit guter Balance gehen ● Bückt sich und kann freistehend etwas aufheben ● Kann rückwärts gehen ● Klettert auf einen niedrigen Kinderstuhl und setzt sich hinein ● Kann laufen ● Kann Treppen hinaufgehen, wenn es sich festhält ● Kann einen Ball mit dem Fuß stoßen ● Kann Treppen hinauf- und hinuntergehen, wenn es sich festhält ● Springt mit beiden Beinen gleichzeitig hoch (50%-Anteil nach BRANDT: 22 Monate) ● Kann von einer Stufe herspringen 	14;6 14;7 15;4 15;6 18;1 18;1 19;3 20;9 22;2 23;8	12–19 12–19 14–19 12–21 15–24 14–24 15–24 16–30 18–36 18–36

Quelle: BRANDT, 1983

Die Angaben gelten für termingerecht geborene Kinder. Motorische Entwicklungen treten bei Frühgeborenen mit einer ihrem Gestationsalter entsprechenden Verzögerung auf. In ihrem Gesamtverhalten lassen sich noch längere Zeit Besonderheiten feststellen: Diese Kinder strecken z. B. ihre Hände nicht vor, wenn sie stolpern und fallen daher auf das Gesicht. Sie neigen länger als andere Kinder zum Zehengang.

4.2.2.3 Entwicklung der Handmotorik

Die Handmotorik ist, wie PIAGET (1976, 1983) gezeigt hat, für die Entwicklung der Wahrnehmung von besonderer Bedeutung, da sich der Säugling auf diese Weise die Kenntnis der Objektwelt erwirbt. Nach BRANDT (1983) lassen sich folgende Entwicklungsstufen feststellen: Mit 3;5 Monaten (Variationsbreite: 2–5 Monate) greift das Kind willkürlich nach einem Spielzeug, das man ihm hinhält. Der Greifreflex wird zugunsten des selbstgesteuerten Greifens aufgegeben. Mit 4;6 Monaten (Variationsbreite: 3–6 Monate) streckt das Kind die Hand selbstständig nach einem Spielzeug aus, das man ihm vorhält und untersucht es mit dem Mund. Mit 5;3 Monaten (Variationsbreite: 4–7

Monate) streckt es bereits den Arm nach einem Spielzeug aus. Es beginnt nun selbstständig mit Spielzeug zu spielen (Mittelwert: 6 Monate, Variationsbreite: 5–8 Monate). Mit acht Monaten (Variationsbreite: 6–10 Monate) greift es nach kleinen Gegenständen nicht mehr mit der ganzen Hand, sondern kann Daumen und Zeigefinger isoliert mit Hilfe des sogenannten „Scherengriffs“ benutzen. Der Daumen wird aber dem Zeigefinger noch nicht entgegengestellt, sondern wie eine Klammer benützt. Es handelt sich um einen Entwicklungsmarker, da Daumen und Zeigefinger nunmehr getrennt benutzt werden können, was für die Markreife der dafür zuständigen Pyramidenbahnen und die Etablierung der entsprechenden Areale im motorischen Rindenfeld des Gyrus präcentralis spricht. Mit neun Monaten (Variationsbreite: 7–12 Monate) erwirbt das Kind das Werfen aus dem Handgelenk heraus. Bei jeder neuen Leistung besteht ein angeborenes Bedürfnis, sie zu üben. Das Kind wirft nun Gegenstände spielerisch hinunter, wenn es auf einem Kindersessel sitzt und erwartet, dass man sie ihm wieder aufhebt. Mit neun Monaten wird der unvollständige Pinzettengriff, ein Monat später (Variationsbreite: 9–12 Monate) der vollständige Pinzettengriff erworben: Mit Daumen und Zeigefinger oder Daumen und Mittelfinger kann es nun kleine Gegenstände ergreifen, wobei der Daumen schließlich vollständig in Opposition zu den anderen Fingern gebracht wird (Entwicklungsmarker). Mit 10;4 Monaten (Variationsbreite: 9–13 Monate) kann das Kind mit dem Zeigefinger zeigen, mit zwölf Monaten (Variationsbreite: 9–15 Monate) einen Bleistift halten und ebenfalls mit zwölf Monaten (Variationsbreite: 10–17 Monate) kritzeln, wenn man ihm Papier und Malstift zur Verfügung stellt.

Es folgt die Zeit der immer differenzierter werdenden Konstruktionsspiele (siehe Kap. 1), da die Kinder ihre Hände nun immer geschickter gebrauchen können.

4.2.2.2.4 Die motorische Entwicklung ab drei Jahren

Ein erheblicher Entwicklungsschub der Motorik lässt sich ab etwa drei Jahren feststellen. Wie z. B. KASTNER-KOLLER und DEIMANN (1998) zeigen konnten, ist zwischen drei und vier Jahren ein besonders deutlicher Anstieg der grobmotorischen Fähigkeiten im Wiener Entwicklungstest (Subtest Turnen) zu verzeichnen. Dreijährige können so differenzierte Tätigkeiten ausführen, z. B. einen Kreidestrich entlanggehen, ohne danebenzutreten oder kurz auf einem Bein stehen ohne zu fallen.

Auch die Feinmotorik entwickelt sich: Mit dreieinhalb Jahren können Kleinkinder bereits schwierigere Verschlüsse von Flaschen, Dosen und Verpackungen öffnen. Dies bedeutet, dass man gefährliche Inhaltsstoffe verlässlich aus ihrer Reichweite entfernen muss. Mit vier Jahren können Kinder sicher auf einem Fuß hüpfen, was zeigt, dass nicht nur ihre Motorik, sondern auch ihr Gleichgewichtssinn sich weiter entwickelt hat. Sie können bereits gleichmäßig Dreirad fahren, zu einem Ziel laufen und klettern. Im vierten Lebensjahr können sie ihre Kleidung anziehen, knöpfeln und die Schere verwenden. Das Treppensteigen findet mit Fußwechsel statt. Beim Gehen schwingen die Arme gegenläufig und sorgen so für eine ausgewogene Balance. Wahrnehmung und Motorik sind bereits gut koordiniert. Mit vier Jahren verfügen Kleinkinder bereits über eine entwickeltere Feinmotorik. Beim Zeichnen kommen sie mit dünneren Stiften zurecht, bei Zusammensetzspielen gelangt es ihnen, auch kleine Teile richtig einzupassen.

4.2.2.2.5 Entwicklung der Händigkeit

Bis zum Alter von vier Jahren ist die Bevorzugung einer Hand bei vielen Kindern noch nicht voll ausgeprägt. Dasselbe gilt für die Füßigkeit. Sie verwenden beim Fußballspielen zum Kicken mal den einen, dann den anderen Fuß. Etwa ein Viertel der Kinder sind Linkshänder, etwa fünf Prozent von diesen haben auch ihre Sprachzentren nicht auf der linken, sondern auf der rechten Seite.

4.2.2.2.6 Störungen der motorischen Entwicklung

Im ICD-10 werden die „umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen“ unter F82 kodiert und wie folgt beschrieben: „Die motorische Koordination des Kindes bei fein- oder grobmotorischen Aufgaben muss deutlich unterhalb des Niveaus liegen, welches aufgrund des Alters und der allgemeinen Intelligenz zu erwarten ist“. „... die Koordinationsschwierigkeiten sollten frühzeitig in der Entwicklung vorhanden gewesen sein (d. h. sie dürfen kein erworbenes Defizit darstellen), und sie dürfen nicht direkte Auswirkungen von Seh- oder Hörfehlern oder von diagnostizierbaren neurologischen Störungen sein“.

NEUHÄUSER und HEUBROCK (2000) unterscheiden folgende Störungen der motorischen Entwicklung:

Tabelle 4: Störungen der motorischen Entwicklung

Tonusveränderungen:	Hypertonie, Dystonie, Hypotonie
Reflexabweisungen:	Hyperreflexie, Asymmetrie, Abschwächung
Dyskinesien:	hyperkinetisch, choreatisch, choreiform, athetotisch, myoklonisch, Tremor, Tic
Ataxie:	Koordinationsstörung von Rumpf und Extremitäten, Dysmetrie, Dysdiadochokinese, Asynergie

Quelle: NEUHÄUSER und HEUBROCK, 2000

Bei Störungen der motorischen Entwicklung ist die motorische Dyskoordination besonders auffällig. Den Kindern gelingt es nicht immer, ihr Gleichgewicht zu erhalten und ihre Bewegungen entsprechend zu steuern. Motorische Aktionen, die rasch aufeinander folgen und an sich verändernde Umweltbedingungen laufend angepasst werden müssen, gelingen nicht in ausreichendem Maße.

Ein weiteres Störungsbild, das vor allem die Feinmotorik und ihre visuelle Kontrolle umfasst, betrifft die Visomotorik, eine intermodale Leistung. Störungen sind schon im Kleinkindalter vor allem beim Zeichnen und Malen, aber auch bei anderen Tätigkeiten beobachtbar. Visomotorische Beeinträchtigungen sind eine wesentliche Ursache für spätere Teilleistungsstörungen im Schreib-, Rechtschreib- und Rechenbereich. Im grobmotorischen Bereich fallen Kinder mit einer visomotorischen Störung durch eine schlechte Handlungskontrolle und entsprechend häufige Unfälle auf. CAMP und KOZLESKI geben eine Prävalenzrate von 6–7 Prozent an (ICD-10, 1993). Von ihren Bezugspersonen werden sie als „tollpatschig“, „mit zwei linken Händen“ beschrieben. Nicht selten kommt es zu einem circulus vitiosus, da die ErzieherInnen glauben, dass die Kinder sich absichtlich zu wenig bemühen und autoritär einschreiten, was die Betroffenen weiter verunsichert, sodass zu der Störung emotionelle Begleiterscheinungen dazukommen. Wie DACHS (1994) in ihrer Diplomarbeit zeigen konnte, lassen sich visomotorische Beeinträchtigungen durch geeignete (gewaltfreie) Computerspiele bereits im Kleinkindalter sehr gut beeinflussen.

4.2.2.3 Teilleistungsstörungen

4.2.2.3.1 Überblick

An der schulpsychologischen Beratungsstelle für Allgemeinbildende Pflichtschulen in Wien (STADTSCHULRAT FÜR WIEN, o.J.) fanden im Schuljahr 1998/99 2.969 Begutachtungen statt. Insgesamt wurden 3.829 Kinder vorgestellt. 45,6 Prozent der Vorstellungsgründe betrafen Lernschwierigkeiten (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Vorstellungsgründe

Vorstellungsgründe	absolute Häufigkeit	in %
Lernschwierigkeiten	1.743	45,6
Verhaltensschwierigkeiten (Erziehungsprobleme, persönliche Krisen)	370	9,7
Sonderpädagogischer Förderbedarf	568	14,8
Schullaufbahnberatung (und Schulfähigkeit)	289	7,5
Begutachtung von ausländischen Kindern	859	22,4
insgesamt	3.829	100,0

Quelle: Stadtschulrat für Wien, o.J.; (Berechnungen P. SÖLLHAMMER und E. SZIGETVARI).

Lernschwierigkeiten gehen zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auf verschiedenste Teilleistungsstörungen zurück. Es handelt sich dabei um Ausfälle in bestimmten Leistungsbereichen bei normaler bis hoher Intelligenz.

Das ICD-10 unterscheidet folgende: „Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten“, „Lese- und Rechtschreibstörung“ (F81.0), „isolierte Rechtschreibstörung“ (F81.1) und „Rechenstörung“ (F81.2); F81.3 umfasst die „kombinierten Störungen schulischer Fertigkeiten“, F81.8 die „sonstigen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten“. F82 betrifft die Teilleistungsstörungen im motorischen Bereich. Sie werden im Kapitel 4.2.2.2 beschrieben.

4.2.2.3.2 Die schulische Entwicklung von Risikokindern

Die Wiener Entwicklungsstudie („WES-Risikokinder“, siehe Kap. 4.2.1.4.2) wurde von 1984–1998 im Rahmen des Wiener Risikokinder-Programms (siehe Kap. 4.2.1.4.3) als Längsschnittstudie durchgeführt (Alterszeitpunkte 6, 17, 43, 60, 78 und 156 Monate, siehe PILZ und BOGYI, 1992; G. SPIEL et al., 1996; PILZ und BOGYI, 1999). Zielgruppe waren einerseits Frühgeborene unter 2.500 Gramm bzw. Kinder, bei denen die Schwangerschaftsdauer um mehr als vier Wochen verkürzt war, Mangelgeburten unter 2.500 Gramm, Makrosomien über 4.100 Gramm Geburtsgewicht, Säuglinge mit APGAR-Index (siehe Kap. 1.4.1.1) unter sieben, mit Icterus gravis, Lageanomalien oder anderen Auffälligkeiten (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Wiener Entwicklungsstudie – Risikokinder

Alter	N/Risikogruppe		N/Kontrollgruppe		N/Gesamt	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
6 Monate	176	131	159	133	335	264
17 Monate	117	84	93	69	210	153
43 Monate	70	67	39	31	109	98
60 Monate	79	59	39	34	118	93
78 Monate	61	51	33	30	94	81
156 Monate	32	21	34	43	66	64

Quelle: Wiener Entwicklungsstudie, 4. Teil, E.K. PILZ und G. BOGYI, Wien 1999

Bei der Erstuntersuchung konnten signifikante Unterschiede v. a. in der Feinmotorik, der Koordination und den Gleichgewichtsreaktionen festgestellt werden. Insgesamt zeigten die Risikokinder Verzögerungen der Entwicklung im Bereich der differenzierten Wahrnehmung, der Sprach-, Gedächtnis- und Denkentwicklung. Die Eltern wurden nach jeder Teiluntersuchung beraten, und eine spezielle Förderung der Kinder wurde vermittelt. Auch bei den geförderten Kindern traten jedoch Teilleistungsstörungen und andere Beeinträchtigungen auf. In der letzten Untersuchung wurde ein Untersuchungsdesign verwendet, das in einer anderen Längsschnittstudie, der Wiener Entwicklungsstudie von C. SPIEL („WES-Normalkinder“) entwickelt worden war (s.u., siehe auch SPIEL, 1996a, 1996b; SPIEL et al., 1999). In dieser Studie wurden 1981 94 Kinder aus Wiener Kinderkrippen repräsentativ ausgewählt und hinsichtlich biologischer und sozialer Risiken untersucht. 1993, als die Kinder zwölf Jahre alt waren, wurden 87 Familien, davon 70 Prozent aus der ursprünglichen Stichprobe, wieder erfasst.

Im letzten Untersuchungsschritt der WES-Risikokinderstudie wurden – so wie in der WES-Normalkinderstudie auch – die psychosozialen Risiken ermittelt und durch Dichotomisierung am Median sowohl in der Risikostichprobe und der Kontrollgruppe jeweils vier Untergruppen gebildet – und zwar hoher oder niedriger biologischen Risikoscore (Schwangerschafts-, peri- und neonatale Risiken) verbunden jeweils mit hohem oder niedrigem psychosozialen Risikoscore (sozio-ökonomische Situation, emotionale Familiensituation und sozio-emotionale außerfamiliäre Situation). Diese Untergruppen wurden hinsichtlich kognitiver Leistungsmaße (Intelligenztest, Schulleistungen) und Leistungsverhalten (kind- und elternperzipierte Variablen des Familienklimas, des Leistungsdrucks und der Unterstützung durch die Eltern) verglichen. Es zeigte sich, dass jene Kinder aus der Risikostichprobe, die **niedrige biologische Risiken** aufwiesen, sich nach 13 Jahren in ihrer intellektuellen und leistungsmäßigen Entwicklung von Kindern der Normalgruppe nicht mehr unterschieden. Sie hatten ihre Defizite ausgeglichen. Hohe psychosoziale Risiken hatten jedoch im Bereich der kristallisierten (verbalen) Intelligenz, im Verhalten in der Schule, was Mitarbeit und Kompetenz betrifft, und für das schulische Selbstkonzept negative Auswirkungen. Bei Kindern mit **höheren biologischen Risiken** (siehe Kap. 4.2.1.4.1) zeigte sich außerdem ein negativer Effekt beim Familienklima im Sinne von erhöhtem Leistungsdruck und von den Eltern ausgeübter Kontrolle. Die Eltern versuchten offenbar, die mangelhaften Leistungen des Kindes durch mehr autoritären Druck auszugleichen.

Einen interessanten Effekt der Etikettierung von Kindern als Risikokinder konnten SPIEL et al. (1999) durch den Vergleich der beiden Längsschnittstudien feststellen. Es zeigte sich, dass die geschilderten Effekte in der WES-Normalkinderstichprobe nicht voll repliziert werden konnten: Aus Eltern- und Kindersicht führten nur die sozialen Risiken zu einem höheren Leistungsdruck und einer stärkeren Kontrolle der schulischen Leistungen der Kinder. Höhere biologische Risiken hatten keinen erhöhten Leistungsdruck durch die Eltern zur Folge. Ihr Selbstwertgefühl blieb daher auch intakt. Den Eltern der WES-Risikokinderstudie war im Unterschied zu jenen der WES-Normalkinderstudie dagegen bewusst, dass sie an einer Risikokinderstudie teilnahmen. Jene Eltern, deren Kinder ein höheres biologisches Risiko aufwiesen, übten daher einen höheren Leistungsdruck aus, den die Kinder als vermehrte Kontrolle ihrer schulischen Leistungen auch wahrnahmen. Die schulischen Leistungen waren bei ihnen entsprechend besser, als dies bei den Kindern mit einem ebenso hohen biologischen Risiko aus der WES-Normalkinderstudie der Fall

war, ihr Selbstkonzept jedoch deutlich beeinträchtigt. Für die BeraterInnen ergibt sich auf der Grundlage dieser Ergebnisse die Frage, wie mit dem Problem der Förderung von Risikokindern umzugehen ist: Teilt man den Eltern mit, dass ihr Kind ein höheres biologisches Risiko aufweist und berät sie, sich intensiver mit ihm zu beschäftigen und es zu fördern, kann das zu erhöhtem Leistungsdruck und in der Folge dazu führen, dass das Kind eine ungünstige Selbstwerteinschätzung entwickelt, obwohl es tatsächlich seine Leistungschancen optimal ausschöpft. Verzichtet man darauf, werden Fördermaßnahmen nicht genutzt, das Selbstkonzept des Kindes bezüglich seiner schulischen Leistungen entwickelt sich jedoch in positiver Richtung. Eine Lösung dieses Dilemmas könnte sein, dass Eltern von Risikokindern neben Hinweisen auf notwendige Fördermaßnahmen auch entsprechende Beratungen bezüglich einer förderlichen Art, mit dem Kind ohne unangemessenen Leistungsdruck umzugehen, angeboten werden.

4.2.2.3 Frühdiagnose von Risikofaktoren für spätere Störungen schulischer Leistungen

Wie diese Ausführungen zeigen, kommt der Frühdiagnose möglicher späterer Teilleistungsstörungen bereits im Kleinkindalter eine wesentliche Bedeutung zu. Bei Lese- und Rechtschreibstörungen sind neben **Sprachentwicklungsstörungen** (siehe Kap. 4.2.2.1.2) und einer ungenügend entwickelten Fähigkeit zur **phonologischen Analyse** oft Störungen der **Visomotorik** grundlegend. Letztere sind auch bei **Rechenstörungen** (Dyskalkulie) häufig anzutreffen.

DACHS (1994) führte dazu eine Studie an 933 Kindern im letzten Kindergartenjahr in 36 Wiener Kindergärten durch. Die KindergartenpädagogInnen erhielten eine Symptomliste von Verhaltens- und anderen Auffälligkeiten (siehe Tabelle 5). 298 Kinder (32 Prozent) wurden als „auffällig“ diagnostiziert. Diesen wurden der Fünf-Mosaik-Test aus dem WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) vorgelegt, der die Vismotorik prüft. 85 Kinder (neun Prozent) hatten unzureichende Leistungen in diesem Untertest. Dies entspricht in etwa der in der Literatur angegebenen Prävalenzrate von 8–15 Prozent für derartige Störungen (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Auffälligkeiten bei Kindern mit unterdurchschnittlicher visomotorische Leistung (n = 85) (Mehrfachnennung)

Symptom	Prozentsatz
● Rückständige Sprachentwicklung und Sprachfehler	61,5
● Verzögerung oder Einseitigkeit im Zeichnen	59,0
● Konzentrationsschwäche	55,1
● Fein- oder grobmotorische Ungeschicklichkeit	51,3
● Distanzloses-, verschlossenes, gehemmtes oder gereizt-aggressives Verhalten	44,9
● Motorische Unruhe	35,9
● Ablenkbarkeit	31,1
● Rückständige Spielentwicklung	24,4
● Probleme beim Unterscheiden von links, rechts, oben und unten	24,4
● Probleme, sich in der Gruppe einzuordnen	14,1
● Gefühlsmäßige Labilität	7,7
● Reizüberempfindlichkeit	6,4

Quelle: DACHS, 1994

94,1 Prozent dieser Kinder wiesen mehr als eine der dargestellten Verhaltensauffälligkeiten auf (Durchschnitt: 4,2, siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Symptombelastung

Anzahl der Symptome je Kind	Häufigkeiten	Kummulative Prozentsätze
1	5	5,9
2	7	14,2
3	17	34,2
4	21	58,9
5	19	81,3
6	5	87,1
7	9	97,7
8	2	100,0

Quelle: DACHS, 1994

In der nächsten Tabelle sind die Komplikationen angegeben, die bei diesen Kindern während der Geburt aufgetreten waren. Zehn der „auffälligen“ Kinder waren Frühgeburten (siehe Kap. 4.2.1.4) mit einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm, bei 43 traten verschiedene perinatale Komplikationen auf. Von Interesse ist die Tatsache, dass außerdem 36,1 Prozent der Mütter angaben, während der Schwangerschaft geraucht zu haben (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Frühgeburlichkeit und andere perinatale Komplikationen (Mehrfachnennung)

Perinatale Risikofaktoren	absolute Häufigkeit	Prozent
1. Frühgeburt (Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm)	10	16,4
2. Mangelgeburt	1	1,6
3. Mehrlingsgeburt	1	1,6
4. Kaiserschnittentbindung	8	13,1
5. Übertragung von mehr als 14 Tagen	2	3,2
6. Lageanomalie (Steiß- oder Querlage)	6	9,8
7. Zangen- oder Saugglockengeburt	2	3,2
8. forcierte, medikamentöse Geburtseinleitung	9	14,8
9. innere Wendung	3	4,9
10. enges Becken	6	9,8
11. Pulslosigkeit des Kindes im Verlauf der Geburt	2	3,2
12. Apgarwert unter 5	1	1,6
13. Rhesusinkompatibilität mit hohen Bilirubinwerten	2	3,2

Quelle: DACHS, 1994

Den 85 von den KindergartenpädagogInnen als „auffällig“ beschriebenen Kindern wurden auch die restlichen Untertests des WPPSI administriert. 27 Kinder hatten einen IQ unter 85, 56 lagen zwischen 85 und 115 und zwei Kinder waren höher begabt (IQ über 115).

Intervention: Die Mittelgruppe wurde nach Geschlecht, Alter, Intelligenz und Schicht in zwei vergleichbare Parallelgruppen von je 25 Kindern geteilt, von denen die eine mit einer Kinderversion des Computerspiels Tetris trainiert wurde. Die Verbesserungen der Trainingsgruppe waren eindrucksvoll: Die Kinder hatten nach dem Training signifikant höhere Werte im Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung in der Auge-Hand-Koordination (Effektstärke $E = 0,67$), der Figur-Grund-Wahrnehmung ($E = 0,73$), dem Erkennen der Lage im Raum ($E = 0,72$) und im Gesamtwert des Frostig-Tests ($E = 1,0$) sowie im Block-Design ($E = 0,66$) und im Geometric Design ($E = 1,0$) des WPPSI.

Wie die Untersuchung zeigt, ist eine gezielte Intervention durchaus vielversprechend. Eine frühe Identifikation und Therapie gefährdeter Kinder ist daher von Vorteil. Ein bewährtes Verfahren ist das Bielefelder Screening (BISC) zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (JANSEN et al., 1999). G. SPIEL (1997) entwickelte ein diagnostisches Verfahren zur frühen Identifikation von neuropsychologischen Ausfällen, die zu Teilleistungsstörungen führen können, das sich zur Prognose späterer Lernstörungen eignet.

4.2.2.3.4 Lese- und Rechtschreibstörung (Legasthenie)

Von einer Lese- bzw. Rechtschreibstörung kann nur dann gesprochen werden, wenn die Leistungen des Kindes nicht der Altersnorm entsprechen, obwohl eine zumindest durchschnittliche Intelligenz und ausreichende Beschulung vorhanden ist. WARNKE und ROTH (2000) gaben eine Häufigkeit von 2,7 Prozent legasthener Achtjähriger im deutschen Sprachraum an. KLICPERA und GASTEIGER-KLICPERA (1993) konnten 10–15 Prozent Schüler und Schülerinnen der Grundschule ermitteln, die Rückstände im Lesen und (Recht-) Schreiben von ein bis zwei Jahrgangsstufen aufwiesen. Bei einer fehlenden oder nicht kompetent und/oder nicht genügend durchgeführten Intervention ist die Prognose der Legasthenie eher ungünstig. In diesen Fällen kann es langfristig zu weiteren Beeinträchtigungen kommen. ESSER und SCHMIDT (1993, 1994) ermittelten bei 18-Jährigen, die in der Kindheit als Legasthener diagnostiziert worden waren, in 34,4 Prozent psychische Störungen. Die schulische und berufliche Laufbahn ist trotz guter Intelligenz häufig beeinträchtigt. Umso wichtiger ist eine Frühdiagnose und eine entsprechend differenzierte und dem Störungsbild entsprechende, langdauernde Intervention (siehe unten). Neben neuropsychologischen Beeinträchtigungen sind weitere Ursachengruppen bekannt: Bei Linkshändigkeit ist Lese-Rechtschreibschwäche in höherem Ausmaß als bei Rechtshändigkeit zu beobachten. Die Legasthenie tritt familiär gehäuft auf, was einerseits für eine gewisse genetische Komponente der legasthenen Belastung spricht. Wie die Erfahrungen aus der Beratungs- und therapeutischen Praxis zeigen, sind Eltern, die selbst unter einer Lese-Rechtschreibproblematik zu leiden hatten, andererseits oft wenig motiviert und gelegentlich nicht kompetent genug, ihren Kindern bei der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten unterstützend zur Seite zu stehen, sodass auch die Umweltbedingungen wenig förderlich sind.

Die Symptome der **Lesestörung** beim lauten Lesen werden im ICD-10 wie folgt beschrieben:

1. Auslassen, Ersetzen, Verdrehen oder Hinzufügen von Worten oder Wortteilen
2. Niedrige Lesegeschwindigkeit
3. Startschwierigkeiten beim Vorlesen, langes Zögern oder Verlieren der Zeile im Text und ungenaues Phrasieren
4. Vertauschen von Wörtern im Satz oder von Buchstaben in den Wörtern.

Störungen im Leseverständnis zeigen sich in folgenden **Merkmale**:

5. Einer Unfähigkeit, Gelesenes wiederzugeben
6. Einer Unfähigkeit, aus Gelesenem Schlüsse zu ziehen oder Zusammenhänge zu sehen
7. Im Gebrauch allgemeinen Wissens als Hintergrundinformation anstelle von Information aus einer Geschichte beim Beantworten von Fragen über die gelesene Geschichte.

WARNKE und ROTH (2000) geben folgende Symptomliste für das Störungsbild des **Rechtschreibens** an:

1. Reversionen: Verdrehen von Buchstaben im Wort: b-d, p-q, u-n
2. Reihenfolge- oder Sukzessionsfehler: Umstellen von Buchstaben im Wort (die-dei)
3. Auslassungen von Buchstaben (auch-ach)
4. Einfügungen falscher Buchstaben
5. Regelfehler (Dehnung, Groß- und Kleinschreibung)
6. Wahrnehmungsfehler (Verwechslung von d-t, g-k) sowie
7. Fehlerinkonstanz dadurch, dass ein- und dasselbe Wort immer wieder unterschiedlich fehlerhaft geschrieben wird.

Bei der Untersuchung der Ätiologie der Störung kann man drei große Gruppen unterscheiden: Ein primäres Störungsbild betrifft die akustische Verarbeitung und hier besonders die **phonologische Analyse**. Dies ist auch der Grund für das häufige Zusammentreffen von Sprachentwicklungsstörungen und Lese-Rechtschreibstörungen. Im Normalfall werden die dazu gehörenden Teilkompetenzen im ersten Schuljahr erworben. So konnten KLICPERA und GASTEIGER-KLICPERA (1998) eine ausgeprägte Zunahme der phonologischen Bewusstheit (Verbinden von Einzellaute zu Wörtern, Aufgliedern von Wörtern in Einzellaute und Angeben der Position von Phonemen innerhalb von Wörtern) während der ersten Grundschulklasse feststellen.

Bei vielen LegasthenerInnen besteht dagegen eine deutliche Schwäche: MAYRINGER und WIMMER (1998) verglichen die Leistungen von 16 lese-rechtschreibschwachen und 16 unauffälligen Buben der 3. Klasse Volksschule bei zwei Lernaufgaben miteinander, wobei jeweils drei Pseudowörter, die als Namen von Fantasietieren bezeichnet worden waren, gelernt werden mussten. Den Kindern wurden Bilder der Tiere in unterschiedlicher Reihenfolge vorgelegt, mit der Aufforderung, den Namen zu nennen. Bei Fehlern wurde der richtige Name genannt. Beim Nachsprechen der Namen beim ersten Durchgang traten auch bei den lese-rechtschreibschwachen Kindern so gut wie keine Probleme auf, sodass Perzeptions- und Artikulationsprobleme bzw. eine geringere Leistung des Kurzzeitgedächtnisses ausgeschlossen werden konnten. Die Bilder wurden so lange präsentiert, bis das Kind in drei aufein-

anderfolgenden Durchgängen alle Tiere korrekt benennen konnte. Lese-rechtschreibschwache Kinder zeigten einen Mittelwert von 4,5 gescheiterten Benennungen. Bei den Kontrollkindern kam es nur zu 1,4 Fehlerversuchen. Phonologische Ungenauigkeiten traten bei den lese-rechtschreibschwachen Kindern zu 21,5 Prozent auf. Die Autoren interpretieren dies als eine Speicherschwäche für akustische Informationen. Für die Förderung von LegasthenikerInnen ist daher eine genaue Diagnose der Störungen der **akustischen Verarbeitung** wesentlich.

WARNKE (1990) führte umfangreiche neuropsychologische und -physiologische Untersuchungen durch und stellte als einen wesentlichen Unterschied zwischen rechtschreibschwachen und schriftsprachlich normal entwickelten Kindern eine in spezifischer und komplexer Weise verlangsamte (und qualitativ unterlegene) Form der Verarbeitung visuell vorgegebener Informationen fest (siehe KLICPERA, 1985).

Die zweite große Gruppe von legasthenietytischen Störungen umfasst daher Ausfälle bei der **visuellen, vor allem auch räumlichen Verarbeitung** und beim **Zusammenspiel dieser Kompetenzen mit der Handmotorik**. Charakteristisch sind Ausfälle in psychologischen Tests, die die Visomotorik und die Graphomotorik erfassen oder bei denen es um exakte Bewertungen der Raumlage geht. Bei diesem und dem vorgenannten Störungsbild treten oft auch Beeinträchtigungen des Erlernens der **Serialität** (Einprägen von Reihenfolgen wie z. B. des Alphabets) auf. Häufig ist die **Aufmerksamkeit** für die Entschlüsselung visueller Reizkombinationen gestört (siehe WARNKE, 1990; REYNOLDS et al., 1990). Das Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (JANSEN et al., 1999) enthält daher einen speziellen Block, der die „visuelle Aufmerksamkeitssteuerung“ erfasst. Gleichzeitig weisen die Autoren auf die Bereichsspezifität der zugrunde liegenden Aufmerksamkeitsleistung hin: Wesentlich für die Vorhersage mangelhafter Leseleistungen waren nur unzureichende visuelle Aufmerksamkeitsleistungen bezogen auf **schriftliches** Material, nicht jedoch auf andere Reizgrundlagen.

WARNKE (1990) geht daher davon aus, dass die legasthene Störung durch verschiedene Dispositionen, die in unterschiedlicher Massivität gleichzeitig auftreten können, bedingt wird: Visuell-perzeptive Dysfunktionen, sequentielle Verarbeitungsdefizite, zeitliche Verzögerung der Verarbeitung und Störungen der sprachlichen Informationsverarbeitung. Das Zusammentreffen dieser Defizitkombinationen bzw. die Wechselwirkung gleichzeitig vorliegenden Dysfunktionen führen dazu, dass sich die umschriebene Lese- und Rechtschreibschwäche manifestiert, wobei im Einzelfall jede dieser Dysfunktionen in unterschiedlichem Ausmaß zur Entwicklung des Störungsbildes beitragen kann. Allgemein ist die Gruppe der primär phonologisch und sprachlich beeinträchtigten LegasthenikerInnen häufiger als die der visuell-perzeptiven lese-rechtschreibschwachen Kinder anzutreffen.

Die dritte Störungsgruppe betrifft das **Regelsyndrom** (siehe KLICPERA und GASTEIGER-KLICPERA, 1998). Diese Kinder haben Probleme beim Erlernen und Anwenden der Rechtschreibregeln. Die Schwäche dieser KlientInnengruppe besteht in einer mangelhaft entwickelten Fähigkeit, Regeln selbstständig abzuleiten und auf neue Situationen anzuwenden. Es ist daher notwendig, ein wesentlich vollständigeres Rechtschreibprogramm durchzunehmen, als dies in den Schulen üblicherweise angeboten wird. Ein gut aufgebaute Lehrgang, der die Rechtschreibregeln in geordneter Form erarbeitet, ist als Intervention am besten geeignet. Nicht selten lässt sich feststellen, dass die Kinder nie Gelegenheit hatten, die Rechtschreibregeln systematisch zu erarbeiten. Für die Diagnose ICD-10; F 81.1 ist allerdings erforderlich, dass es sich nicht nur um einen Fördermangel handelt.

Im Einzelfall können Störungen in mehr als einem dieser Bereiche auftreten. Auch innerhalb eines dieser Symptombereiche können Teilaspekte durchaus ausreichend ausgeprägt sein, während andere gravierende, behandlungsbedürftige Defizite aufweisen.

4.2.2.3.5 Rahmenbedingungen für die Intervention

Wie aus dieser Darstellung hervorgeht, kommt es in der therapeutischen Arbeit darauf an, eine differenzierte Diagnose der jeweiligen Störungen und ihrer Interaktionen zu erstellen und dafür individuell zugeschnittene Interventionen anzubieten (siehe SCHENK-DANZINGER, 1984). Es sind daher mindestens Testverfahren der phonologischen Differenzierung, der Artikulation, des Sprachgedächtnisses, des lexikalischen Zugriffs, der visuellen Differenzierung und Raumlageorientierung und der Merkfähigkeit, der Intelligenz allgemein und vor allem auch der aktuellen Lese- und Rechtschreibleistung durchzuführen, um eine adäquate Basis für das Training zu entwickeln. Außerdem sind Seh- und Hörstörungen auszuschließen.

Kennzeichen einer möglichen Legasthenie im Hamburg-Wechsler-Intelligenztest III für Kinder (HAWIK-III, TEWES, 2000) bzw. im Adaptiven Intelligenzdiagnostikum (AID) von KUBINGER und WURST (1991) sind schlechte Werte im Mosaiktest (HAWIK-III) bzw. dem Test „Antizipieren und Kombinieren-abstrakt“ (AID), im Zahlen-Symboltest (HAWIK-III) bzw. „Kodieren und Analysieren“ (AID) sowie ein hoher Range (Unterschied zwischen dem höchsten und niedrigsten Untertestwert). In vielen Fällen ist auch der Untertest „Figuren legen“ (HAWIK-III) bzw. „Antizipieren und kombinieren-figural“ (AID) auffällig. Niedrige Werte im Untertest „Gemeinsamkeiten finden“ (HAWIK-III) bzw. „Funktionen abstrahieren“ (AID) können auf eine Schwäche beim selbstständigen Abstrahieren von Regeln und damit auf ein mögliches Regelsyndrom hinweisen. Treten zusätzlich Störungen der kurzfristigen akustischen

Merkfähigkeit auf (Untertest „Zahlen nachsprechen“ im HAWIK-III bzw. „Unmittelbares Reproduzieren-numerisch“ im AID), handelt es sich meist um ein massives Störungsbild, das eine langdauernde Intervention erfordert.

Eine häufig mit legasthenen Störungen einhergehende Beeinträchtigung ist ein charakteristischer Verlauf der **Konzentrationsfähigkeit** bei einer längerfristigeren Arbeit: Die erste Seite eines zu schreibenden Textes wird z. B. noch relativ fehlerfrei gestaltet, bei der zweiten Seite häufen sich die Fehler. Bewährt hat sich eine Vorgangsweise, wobei den betroffenen Klienten in kindgemäßer Form vermittelt wird, dass bei ihnen nach Abschluss einer Seite ein Abfall der Konzentrationsfähigkeit stattfindet, den man durch einen entsprechenden „Trick“ auffangen kann: Die zweite Seite wird ebenfalls „zur ersten Seite erklärt“, auf die man sich neu konzentrieren muss. Dazu werden mit den Kindern Methoden der kurzfristigen Entspannung erarbeitet: sich entspannt hinsetzen, tief durchatmen, Entspannung kontrollieren, anschließend sich neu aktivieren und mit der Arbeit beginnen.

Eine weitere wesentliche Komponente stellt die **Motivation des Kindes und der Eltern** bei der Durchführung von Trainingsprogrammen dar. Je weniger das Kind durch negative Erfahrungen bereits demotiviert ist und je eher die Eltern bereit sind, das Training dadurch zu unterstützen, dass für eine pünktliche Erledigung der vorgesehenen Übungsaufgaben gesorgt wird, desto günstiger ist die Prognose. Ein gutes Trainingsprogramm muss daher entsprechende **Motivationsförderprogramme für das Kind** und eine **intensive Elternarbeit** beinhalten. Besonders schwierig ist die Arbeit mit Kindern, die bereits massive Formen der Anstrengungsvermeidung (siehe ROLLETT, 1998; zur Diagnose und Therapie: ROLLETT und BARTRAM, 1997) entwickelt haben.

Eine Komponente, an deren Nichtberücksichtigung viele Trainingsprogramme scheitern, ist eine mangelhafte **Einübung des Transfers auf die Diktatsituation** in der Schule: Viele Legastheniker leiden unter hoher Prüfungsangst, was dazu führt, dass sie die erarbeiteten neuen Kompetenzen nicht auf die Prüfungssituation übertragen können. Es sind daher entsprechende zusätzliche Interventionsbausteine anzubieten, die speziell der Bewältigung der Prüfungsangst gewidmet sind. Falls die Kinder darauf ansprechen (was nicht bei allen der Fall ist), hat sich das autogene Training als Intervention bewährt. Weitere günstige Angstbewältigungsstrategien bestehen in der Ausblendung negativer, den Problemlösungsprozess störender aufgabenfremder Kognitionen.

Erfolgreiche Programme nehmen darauf Rücksicht, dass die **Automatisierung des Erarbeiteten** bei LegasthenikerInnen **längere** Zeit in Anspruch nimmt, als dies bei nicht belasteten Kindern der Fall ist. Auch wenn z. B. eine Regel in fünf bis sechs Stunden angemessen erarbeitet wurde, dauert es noch Wochen, bis sie den KlientInnen „in Fleisch und Blut übergegangen“ ist.

Ein Kardinalfehler vieler Trainingsprogramme besteht darin, dass sie keinen auf die speziellen Ausfälle bei den betreffenden KlientInnen anpassbaren systematischen, aufbauenden Lehrgang anbieten, sondern eine Mischung isolierter Trainingseinheiten darstellen. Wenn aber z. B. die phonematische Differenzierung noch nicht erworben wurde, hat die Aneignung der Groß- und Kleinschreibung keinen Sinn.

Ein erfolgreiches Trainingsprogramm, das dieses bietet, stellt z. B. das „Lautanalytische Rechtschreibsystem“ (LARS) von LÖFFLER und MEYER-SCHEPERS (1984) dar: Aufgrund einer genauen Fehleranalyse werden im Rahmen einer ersten Einheit die Phonemfehler, beginnend mit den Vokalen, gefolgt von den Konsonanten, therapiert. Die zweite Einheit gilt dem „Wortstrukturtraining“, wobei vor allem auch die Störungen im visomotorischen Bereich mit bearbeitet werden. Das dritte Modul des Programms umfasst den Regelfehlerbereich (Ableitungsfehler, Doppelung, Dehnung, Groß- und Kleinschreibung usw.).

An der Abteilung für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie der Universität Wien wird seit Jahren mit gutem Erfolg die **Lerntherapie** als Interventionsform bei Teilleistungsstörungen eingesetzt. Es handelt sich bei diesem Modell um die diagnosebezogene Integration von lernpsychologisch und pädagogisch abgesicherten, aufeinander aufbauenden Trainingseinheiten des spezifischen Störungsbildes einerseits, kindertherapeutischen Zugangsweisen zur Beeinflussung der persönlichkeits- und interaktionsspezifischen Auffälligkeiten bzw. der familiären Rahmenbedingungen andererseits. Dieser Ansatz hat die sich gerade bei so komplexen Störungsbildern, wie sie die Teilleistungsstörungen darstellen, besonders bewährt.

Um erfolgreich zu sein, müssen für die Therapie **mindestens zwei Stunden pro Woche** vorgesehen sein. Jeden Tag muss außerdem zur Festigung des Erarbeiteten etwa eine Viertelstunde geübt werden.

TherapeutInnen werden oft gebeten, eine zeitliche Prognose der Dauer der Intervention bis zu einem ausreichenden Trainingserfolg (definiert als eine sichere Note „befriedigend“ im Fach Deutsch) anzugeben. Eine ungefähre Abschätzung ist in der Regel erst nach etwa zwei bis drei Monaten Intervention möglich. In leichteren Fällen, vor allem, wenn sie bereits zu Beginn des zweiten Schuljahres oder noch früher therapiert werden, kann man mit etwa zwei Jahren rechnen, um die Basisstörungen aufzufangen. Häufig stellt sich aber erst im Laufe der Therapie heraus, welche weiteren Störungen neben den bereits diagnostizierten Defiziten vorliegen, die zusätzliche Trainingszeit erfordern. So ist z. B. eine schlechte Visualisierungskompetenz mit den üblichen Testverfahren nicht erfassbar, stellt jedoch eine erhebliche Beeinträchtigung der Leseleistung dar, die den Fortschritt behindert. Ihr Aufbau erfordert relativ viel Zeit. Schwerere Fälle können drei bis vier Jahre in Anspruch nehmen. Kinder, die aus höheren Klas-

sen erstmals zur Therapie kommen, sind andererseits oft leichtere Fälle, die bereits genügend Basisfertigkeiten im Lesen und Schreiben von einfacheren Wörtern und Sätzen erworben haben, um jeweils in die nächste Klasse aufsteigen zu können. Bei ihnen kann man daher gewöhnlich mit einer etwa zweijährigen Interventionszeit auskommen. Ausnahmen bestätigen auch hier die Regel: Wenn das Aufsteigen nur durch ein besonderes Entgegenkommen der Schule möglich war, können die für umfangreichere Störungsbilder charakteristischen Trainingszeiten von drei bis vier Jahren notwendig werden.

4.2.2.3.6 Dyskalkulie

Ein Störungsbild, das in den letzten Jahren zugenommen hat, ist die Rechenstörung oder Dyskalkulie (F81.2 im ICD-10). Die Zahlenvorstellung entwickelt sich allmählich aus der Mengenvorstellung. Dieser Prozess erfordert jahrelanges Üben im Umgang mit Mengen und ihre Übersetzung in Zahlen in Alltagssituationen. Beispiele sind das Zuordnen von Besteck zu Tellern beim Tischdecken, Mitzählen beim Treppensteigen oder beim Verteilen von Süßigkeiten u.v.a.m. Wo diese Anreize nicht in ausreichender Quantität und Qualität geboten werden, können Defizite entstehen.

Die Dyskalkulie wird im ICD-10 wie folgt definiert: „... umschriebene Beeinträchtigung von Rechenfertigkeiten, die nicht allein durch eine allgemeine Intelligenzminderung oder eine eindeutig unangemessene Beschulung erklärbar ist. Das Defizit betrifft die Beherrschung grundlegender Rechenfertigkeiten wie Addition, Subtraktion, Multiplikation und Division, weniger die höheren mathematischen Fertigkeiten, die für Algebra, Trigonometrie, Geometrie und Differential- sowie Integralrechnung benötigt werden“. Wie bei der Legasthenie, darf die Minderleistung nicht durch einen mangelhaften Unterricht, eine niedrige Intelligenz oder durch neurologische, Seh- oder Hörstörungen bedingt erklärt sein. Tritt die Störung in Verbindung mit legasthenen Beeinträchtigungen auf, was gar nicht so selten vorkommt, ist der Code F81.3 zu vergeben.

Diagnostisch geht man am besten so vor, dass einerseits die in der jeweiligen Schulstufe erforderliche Rechenleistung überprüft wird. Immer sollte das einfache Zählen vorwärts und rückwärts kontrolliert werden. In schweren Fällen ist die Internalisierung der Zahlenreihe als Schema noch nicht erfolgt und muss daher schrittweise aufgebaut werden (zum Verfahren siehe ROLLETT, 1993). Sehr häufig ist das Einmaleins nicht automatisiert, und zwar in beiden Richtungen („wieviel ist“ und „was ist in ... enthalten“). Andererseits sollte ein Intelligenztest vorgegeben werden. Niedrige Werte im Untertest „Rechnerisches Denken“ (HAWIK-III) bzw. „Angewandtes Rechnen“ (AID) vor allem dann, wenn sie mit niedrigen Scores im Mosaiktest (HAWIK-III) bzw. „Analysieren und Synthetisieren-abstrakt“ (AID) kombiniert auftreten, sind ein Anzeichen für eine Dyskalkulie. Auch hier stellen Ausfälle im akustischen Kurzzeitgedächtnis (Untertest „Zahlen nachsprechen“ im HAWIK-III bzw. „Unmittelbares Reproduzieren-numerisch“ im AID) einen Indikator für schwerere Beeinträchtigungen dar.

Eine gar nicht so seltene kombinierte Störung des rechnerischen und verbalen Denkens liegt vor, wenn Kinder Probleme im Herauslösen der Rechenaufgabe aus einem Text haben. Probleme mit der Raumorientierung und der Visomotorik können sich als Schwierigkeiten bei der Lösung geometrischer Aufgaben manifestieren. Eine genaue Diagnose der Basisstörungen und ein systematisch darauf aufbauender individueller Interventionsplan ist auch hier die Methode der Wahl.

4.2.2.4 Hyperaktivität bei Kindern

Nach ICD-10 (DILLING et al., 1993) zählt die hyperkinetische Störung (F90) zu den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend: „Kardinalsymptom sind beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Überaktivität“. Im DSM-IV wird die Störung als „Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder“ (ADHD, deutsch „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, SASZ et al., 1996) bezeichnet. Das DSM-IV gibt folgende Kriterien an: Unaufmerksamkeit und/oder Hyperaktivität und Impulsivität müssen nach DSM-IV häufiger und schwerwiegender auftreten, als dies der Norm entspricht (Kriterium A), einige Symptome müssen schon vor dem 7. Lebensjahr auftreten (Kriterium B), die Beeinträchtigung hierdurch muss in mindestens zwei Lebensbereichen (z. B. zu Hause und in der Schule) beobachtbar sein (Kriterium C) und es müssten „eindeutige Anzeichen einer Beeinträchtigung der entwicklungsgemäßen, sozialen, schulischen oder beruflichen Leistungsfähigkeit gegeben sein“ (Kriterium D). Die Symptomatik darf nicht durch andere Störungsbilder erklärbar sein. Die Prävalenz wird mit 3–5 Prozent in nicht-klinischen Stichproben angegeben. Die klinische Diagnose erfasst allerdings jene Kinder und Jugendlichen nicht, bei denen das hyperaktive, unaufmerksame Verhalten nicht mit einer psychiatrischen Diagnose einhergeht, sondern durch andere Ursachen, wie z. B. durch Bewegungsmangel oder eine wenig strukturierte häusliche und/oder schulische Lernumgebung hervorgerufen wird (siehe dazu HELMKE und WEINERT, 1999).

Die Besonderheiten der hyperaktiven Kinder und Jugendlichen lassen vermuten, dass eine multikausale Störung vorliegt, wobei die Unruhe und die mangelhafte Aufmerksamkeit nur eine von vielen Regulationsstörungen darstellt (siehe STEINHAUSEN, 1995; TANNOCK, 1998). Gelegentlich ist eine zusätzliche Störung des Sozialverhaltens vorhanden (ICD-10; F90.1). Die Therapieprogramme sind entsprechend umfassend: In schweren Fällen erfolgt eine Medikation durch stimulierende Medikamente (z. B. Methylphenidat), auf die 50–80 Prozent der Kinder gut ansprechen (CAMP et al., 1993). Die Autoren empfehlen sogenannte „Medikamentenferien“ einmal pro Jahr für zwei Wochen, um festzustellen, ob die Therapie fortgeführt werden muss. Eine kontrovers diskutierte Hypothese zur Erklärung der Wirksamkeit der Stimulanzienbehandlung bei Kindern mit hyperkinetischem Störungsbild geht davon aus, dass es sich um einen Regulationsmangel handelt. Durch die anregende Medikation würden Kapazitäten für die Hemmung der überschießenden Aktivität frei. Die Therapie führt oft zu einer deutlichen Verbesserung des unaufmerksamen, schlecht kontrollierten, unruhigen Verhaltens. Wegen der Nebenwirkungen (reduzierter Appetit, Kopf- und Magenschmerzen, gesteigerte emotionelle Labilität, Schlaflosigkeit) wird sie erst ab sechs Jahren empfohlen (MUTSCHLER, 1991). Psychologische Therapien haben das Ziel, auf das komplexe Wirkungsgefüge durch multimodale Trainingsprogramme einzuwirken (siehe EISERT und EISERT, 1992; LAUTH und SCHLOTTKE, 1997), wobei dieselben Verfahren wie bei nichtklinischen Populationen zum Einsatz kommen: Aufmerksamkeits- und Konzentrationstrainings, Trainings zur Entwicklung eines reflexiven kognitiven Stils und zum Aufbau der Selbstkontrollfähigkeit, die Vermittlung metakognitiver Fertigkeiten. Besonders wichtig ist ein gutes Sportprogramm. Vergleichsstudien zeigten, dass eine Kombination von Stimulanzienbehandlung und psychologischen Trainingsprogrammen in schweren Fällen angezeigt ist.

Immer sollte die soziale Umwelt in den Therapieplan integriert werden (Elterntrainingsprogramme und Programme zum Verhaltensmanagement im Klassenraum). Während derartige Interventionen bei nichtklinischen Fällen von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen meist rasch sehr gute Ergebnisse haben, sind die Erfolge bei hyperkinetischen Kindern und Jugendlichen erst nach einer mindestens zweijährigen Therapie zu erzielen.

Erziehungspersonen klagen oft darüber, dass hyperkinetische Kinder auf Belohnungen und andere Rückmeldungen in nicht vorhersehbarer Weise reagieren. DAMKÖHLER (1997) untersuchte daher in ihrer Diplomarbeit die Frage, welche Formen der belohnenden Leistungsrückmeldung bei hyperaktiven Schulkindern angezeigt seien. Die Stichprobe wurde nach einer Symptomliste, die den Lehrkräften zur Verfügung gestellt wurde, gewonnen und umfasste 71 hyperaktive Kinder (18 Mädchen und 53 Buben) der 4. Klasse Volksschule in neun Wiener Ganztagschulen. Sie wurden auf drei Versuchsgruppen und eine Kontrollgruppe ohne Behandlung aufgeteilt. Eine weitere Kontrollgruppe bestand aus unauffälligen Kindern derselben Klassen. Sie hatten Aufgaben aus einem Konzentrationstrainingsprogramm zu bearbeiten. Eine Versuchsgruppe wurde kontinuierlich, die andere intermittierend verstärkt. Die Leistungen der unauffälligen Kontrollgruppe waren insgesamt deutlich besser als die der hyperaktiven Kinder. Die hyperaktiven Kinder verhielten sich 5–8 Minuten ruhig, begannen dann aber doch herumzuraschen, aufzustehen oder durch die Klasse zu laufen. Gehäuft auftretende aufgabenirrelevante Selbstinstruktionen stellten ein weiteres, für hyperaktive Kinder typisches Verhaltensmerkmal dar (z. B. „so einen Blödsinn mach ich nicht“ usw.). Kontinuierliche Verstärkung erwies sich bei den hyperaktiven Kindern der intermittierenden Bekräftigung (die leider eher der Alltagssituation im schulischen und oft auch häuslichen Kontext entspricht) eindeutig überlegen. Dies zeigten auch die begleitenden Verhaltensbeobachtungen: Das Verhalten der hyperaktiven Kinder bei intermittierender Verstärkung war besonders aufschlussreich. Die Kinder arbeiteten zunächst motiviert, beim Ausbleiben einer erwarteten Belohnung reagierten sie jedoch sehr negativ. Viele Kinder verlangten lautstark Erklärungen dafür, andere wurden wütend oder resignierten und wollten die Testung abbrechen. Einige Kinder warfen die Arbeitsblätter zu Boden und versicherten, dass sie ohnehin keine Belohnung wollten. Die Erarbeitung angemessener Reaktionen auf enttäuschende Konsequenzen des eigenen Verhaltens auf Seiten des Kindes und eines verständnisvolleren Umgangs mit dem Kind auf Seiten der Erziehungspersonen stellt daher einen wesentlichen Bestandteil jeder Therapie hyperaktiver Kinder dar.

4.2.3 Somatische Erkrankungen

Zusammenfassung

96 Prozent der Wiener Kinder im Alter von 11–15 Jahren fühlen sich sehr oder ziemlich gesund und nur vier Prozent finden ihre Gesundheit sehr oder nennenswert beeinträchtigt. Im Allgemeinen betrachten sich die jüngeren Kinder gesünder als die älteren. Sehr glücklich oder zufrieden schätzen sich 90 Prozent der Kinder ein, ein Zehntel empfindet sich meist unglücklich, wobei sich Mädchen tendenziell glücklicher fühlen als Knaben. Die Knaben sind hingegen selbstbewusster, und Schönheitsideale wirken weniger stark als bei Mädchen. Lediglich drei Prozent der Kinder haben sich noch nie Gedanken über ihr Körpergewicht gemacht. Mädchen finden sich eher zu dick, Knaben fühlen sich eher zu dünn.

Kopfschmerz tritt bei Kindern fast ausschließlich als Migräne, Spannungskopfschmerz oder symptomatisch auf. Clusterkopfschmerz kommt bei Kindern nahezu nie vor. Bei Kleinkindern findet man oft nur Begleitsymptome wie zum Beispiel Unruhe oder auch Bauchschmerzen. 1998 erfolgten in Wien 56 Spitalsentlassungen bei Kindern unter 15 Jahren mit der Diagnose Migräne.

Laut einer Umfrage an Wiener Schulen leiden 20 Prozent der Schulkinder unter **Schlafstörungen**. Sowohl organische als auch nicht organische bzw. psychische Faktoren können die Ursache sein. Zu den psychisch bedingten Schlafstörungen zählt man Insomnien (Ein- und Durchschlafstörungen) und Parasomnien (Alpträume, Schlafwandeln usw.). Die Leitsymptome für Insomnien, Parasomnien und auch das Obstruktive Schlafapnoesyndrom werden in gezielten Befragungen von Kindern häufig genannt. In einer Studie an 332 Kindern gaben 11,4 Prozent an, in fast jeder Nacht an einem der Symptome zu leiden, 20 bis 60 Prozent leiden „manchmal“ daran.

Die **SERMO-Studie** ergab, dass rund 40 Prozent der Wiener Kinder bis 15 Jahre im vergangenen Jahr nie, rund 30 Prozent einmal und ebenso viele zweimal oder öfter krank waren. Als häufigste Krankheiten werden Erkältungskrankheiten, HNO-Erkrankungen und Fieber genannt. Für rund 30 Prozent der Wiener Kinder werden keine Beschwerden angegeben. Jedoch zählen zu den häufigsten Beschwerden Schnupfen und Husten, die von je rund 40 Prozent angegeben werden.

Summary: Somatic Diseases

96 percent of Viennese children aged 11 to 15 years consider themselves in good or fair health, only 4 percent feel their health is markedly weakened. Generally speaking, younger children feel healthier than older ones. 90 percent of all children claim to be happy or content, one tenth is unhappy most of the time, with girls showing a tendency to be happier than boys. Boys on the other hand are more self-confident, beauty ideals have less influence on them than on girls. Only 3 percent of children have never thought about their physical weight. Girls tend to think they are too fat, while boys generally feel too thin.

***Headaches** with children are mainly diagnosed as migraine, tension headaches or headaches symptomatic of other conditions. Children rarely experience cluster headaches. With small children headaches are frequently accompanied by other symptoms such as restlessness or stomach aches. In 1998, 56 children were discharged from Viennese hospitals, diagnosed with migraine.*

*According to a survey carried out at Viennese schools, 20 percent of schoolchildren suffer from **sleeping disorders**. Both organic as well as non-organic or rather psychological factors may be the cause for this. Psychologically induced sleeping disorders include insomnia (initial insomnia or unbroken sleep disturbance) as well as parasomnia (nightmares, somnambulism, etc.). Children frequently complain of major symptoms of insomnia, parasomnia or obstructive sleep-apnoea syndrome when asked specifically. A study carried out with 332 children found that 11.4 percent complained of one of the above symptoms almost every night, while 20 to 60 percent were bothered occasionally.*

*The **SERMO-study** found that last year, 40 percent of Viennese children below the age of 15 were not ill at all, 30 percent were ill once and 30 percent were ill twice or more times. Most frequent ailments were colds, otorhinolarinx illnesses or fever. Approximately 30 percent did not specify their complaints. The rate of children frequently suffering from coryza or throat-aches is 40 percent each.*

Bei Kindern ist vor allem Typ I **Diabetes** vorherrschend, jedoch stieg in den letzten Jahren zunehmend auch die Inzidenz für Typ II Diabetes. Verlässliche Daten zur Inzidenz liegen zur Zeit weder für Wien noch für Österreich vor. Laut Spitalsentlassungsstatistik wurden 1998 in Wien 118 Buben und Mädchen im Alter von 0–15 mit der Diagnose Diabetes entlassen.

Asthma im Kindes- und Jugendalter ist ein weltweites Problem mit ganz unterschiedlicher Prävalenz und generell zunehmender Tendenz. Laut einer Befragung von Eltern von VolksschulanfängerInnen in Wien bezüglich Asthma-Symptomen litten 1996 über acht Prozent der Kinder an keuchenden Atemgeräuschen, 1997 waren es sieben Prozent. Die Hälfte der Kinder erhielt jedoch keine diesbezügliche Therapie.

Zu den häufigsten **HNO-Erkrankungen** im Kindesalter zählen die akute Tonsillitis, akute Laryngitis und Tracheitis, Rhinopharyngitis und chronische Affektionen der Tonsillen. Laut Wiener Spitalsentlassungsstatistik wurden 1998 655 Kinder mit der Diagnose akute Rhinopharyngitis, 440 mit akuter Tonsillitis, 391 mit akuter Laryngitis und Tracheitis entlassen. Mit Abstand am häufigsten (4.719 mal) wurde die Diagnose „chronische Affektionen der Tonsillen“ gestellt.

Den **Kinderkrankheiten** gemeinsam ist die hohe Ansteckungsgefahr und die große Erkrankungshäufigkeit im Kindesalter. Impfungen gegen die klassischen Kinderkrankheiten führten in den letzten Jahren zu einem enormen Rückgang der Erkrankungen. 1998 wurden in Wien 53 Kinder im Alter von 0–14 Jahren mit der Diagnose „Windpocken“, 14 mit der Diagnose „Masern“ und neun mit der Diagnose „Mumps“ aus dem Spital entlassen. Im selben Jahr erkrankten in Wien 486 Kinder an Scharlach und neun an Keuchhusten.

Die Zahl der **Meningitis**-Erkrankungen bei Wiener Kindern im Alter von 0–15 Jahren sank zwischen 1997 und 1999 von 17 auf zehn Fälle, wobei sich unter den 4–6-Jährigen die wenigsten Fälle finden.

Die Zahl der **Hepatitis A**-Erkrankungen unter Wiener Kindern sank von 1997 bis 1999 auf etwas mehr als die Hälfte (von 108 auf 64), was auf den neuen Impfplan zurückzuführen zu sein scheint. Bei den Hepatitis B Fällen gab es nur wenig Änderungen im selben Zeitraum, nämlich Schwankungen zwischen fünf und elf Fällen. Die Erkrankungshäufigkeit für Hepatitis C ist extrem niedrig.

*Most children suffering from **diabetes** are afflicted by type I, although there has been a growing incidence of type II in recent years. Currently, there are no reliable data available for Vienna or Austria. According to hospital release statistics, in 1998, a total of 118 boys and girls aged 0 to 15 were discharged with diabetes in Vienna.*

***Asthma** during childhood and adolescence is on the increase worldwide with varying patterns of prevalence. According to a survey on asthma symptoms carried out with parents of primary school beginners in Vienna, in 1996, more than 8 percent of children had wheezing respiration, by 1997, that figure had dropped to 7 percent. Only half of the children afflicted were treated accordingly.*

*Most frequent **otorhinolarynx** illnesses during childhood include acute tonsillitis, acute laryngitis as well as tracheitis, rhinopharyngitis and chronic affections of the tonsils. According to Viennese hospital release statistics, in 1998, 655 children in Vienna were discharged with acute rhinopharyngitis, 440 with acute tonsillitis, 391 with acute laryngitis and tracheitis. "Chronic affections of the tonsils" were diagnosed most frequently (4,719 cases).*

*All **childhood** diseases are highly contagious and occur with great frequency during childhood. Vaccinations for classical childhood diseases carried out in recent years have led to a noticeable drop in the number of actual cases. In 1998, 53 children in Vienna aged 0 to 14 were diagnosed with varicella, 14 with measles, and 9 with epidemic parotitis. In the same year, 486 children fell ill with scarlet fever, 9 with whooping cough.*

*According to hospital release statistics, the number of **meningitis** cases amongst Viennese children aged 0 to 15 years dropped from 17 to 10 between 1997 and 1999, with 4 to 6 year olds showing the least tendency to contract the disease.*

*Between 1997 and 1999, the number of **hepatitis A** cases amongst children in Vienna dropped by more than half from 108 to 64, which is very likely due to the new vaccination scheme. With hepatitis B cases little change was noted in the reference period, between 5 and 11 cases were registered. The frequency rate for contracting hepatitis C is extremely low.*

Die mit Abstand häufigsten Erreger der **bakteriellen Lebensmittelvergiftung** sind *Salmonella enteritidis* und *Campylobacter jejuni*. Infektionen mit Shigellen und *Yersinia enterocolitica* kommen seltener vor. 1999 infizierten sich 440 Kinder im Alter von 0–15 Jahren mit Salmonellen und 431 mit *Campylobacter*, jedoch nur 31 mit Yersinien und nur 75 Kinder erkrankten an bakterieller Ruhr. Die Salmonellose haben sich im Vergleichszeitraum 1997–1999 leicht verringert, die Erkrankungen anderer Erreger stiegen hingegen an.

Der Trend in der Erkrankungshäufigkeit der **Kindertuberkulose**, welcher bis 1988 stark rückläufig war (1970 erkrankten 59 Kinder; 1988 fünf Kinder, davon keines an offener Tuberkulose) änderte sich 1989 und wies bis 1995 wieder steigende Tendenzen auf. Ab 1996 (26 Kinder erkrankten, davon drei an offener ansteckender Tuberkulose) war die Zahl der erkrankten Kinder wieder rückläufig, was sich 1997 und 1998 fortsetzte. 1999 erkrankten 22 Kinder an Tuberkulose.

In Österreich waren bis zum 28.1.2000 32 pädiatrische **AIDS**-Fälle registriert. Der mit Abstand häufigste Infektionsweg bei Kindern ist die Übertragung von der Mutter auf das Kind.

1997 wurden rund 4.000 Wiener Kinder unter 15 Jahren nach **Unfällen** stationär behandelt. Auf Basis dieser Statistik lässt sich das gesamte Unfallgeschehen mit ca. 32.000 ärztlich behandelten Kinderunfällen in Wien (pro Jahr) abschätzen. Die meisten (etwa 92 Prozent) Unfälle ereignen sich in den Bereichen Heim, Freizeit und Sport, um die sieben Prozent aller Kinderunfälle sind Verkehrs- und Schulunfälle. Verglichen mit dem Kinderanteil an der Bevölkerung von 17 Prozent liegt Wien mit 14 Prozent aller Kinderunfälle in Österreich unter dem „Erwartungswert“.

Berücksichtigt man auch die Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ergibt sich für Österreich eine errechnete **Krebsinzidenz** von 180 bis 220 pro Jahr. Die höchste Erkrankungsrate findet sich im Säuglingsalter mit 24 Erkrankungen pro 100.000 und Jahr. Die Häufigkeit nimmt – besonders bis zum 5. Lebensjahr, aber auch in den folgenden Jahren – kontinuierlich ab und erreicht bei 10–14-Jährigen ca. zehn Erkrankungen pro 100.000 und Jahr. In allen Altersgruppen zeigt sich eine Tendenz, dass Knaben häufiger betroffen sind als Mädchen.

*Most frequent germs by far to cause **bacterial food poisoning** are salmonella enteritidis and campylobacter jejuni. Infections due to shigella and yersinia enterocolitica occur less frequently. In 1999, 400 children aged 0 to 15 were infected with salmonella, 431 with campylobacter, only 31 were infected with yersinia and a mere 75 children fell ill with bacterial dysentery. Salmonella infections went back slightly between 1997 and 1999, while infections from other germs increased.*

*The frequency of **childhood tuberculosis** which had been on the decline until 1988 – in 1970, 59 children had contracted the disease, by 1988, the number had dropped to 5, with no cases of open tuberculosis – was reversed in 1989 and continued to rise until 1995. 1996 saw the beginning of a new downward trend (26 children fell ill in 1996, with 3 cases of open, contagious tuberculosis) which continued through 1997 and 1998. In 1999, 22 children fell ill with tuberculosis.*

*As per January 28, 2000, 32 cases of paediatric **AIDS** were registered in Austria. Children suffering from AIDS are most frequently infected by their mothers.*

*In 1997, approximately 4,000 Viennese children below the age of 15 were admitted to hospital for **injuries** caused by accidents. Based on these statistics, the overall accident occurrence is estimated at approximately 32,000 cases annually which are treated medically. The majority of accidents, i.e. 92 percent, happen at home, during leisure time or sports activities, approximately 7 percent of accidents involving children occur in traffic situations or at school. 14 percent of all accidents involving children in Austria were registered in Vienna, which is lower than expected.*

*The annual **incidence of cancer** calculated for Austria is between 180 and 220, which also takes into account adolescents up to and including age 18. The highest cancer rate is found with infants, with 24 cases for each 100,000 annually. Frequency then drops continuously, particularly up to age 5, reaching a level of approximately 10 cases for each 100,000 amongst 10 to 14 year olds. In all age groups, boys are affected more frequently than girls.*

In den ersten fünf Lebensjahren stehen bei den Krebserkrankungen lymphoblastische Leukämien, Neuroblastom und Nephroblastom an vorderster Stelle, nach dem zehnten Lebensjahr sind es vor allem Tumoren des Skelett- und Muskelsystems, maligne Lymphome und Keimzelltumore. Laut Spitalsentlassungsstatistik 1998 wurden in Wien bei Kindern 505 Spitalsentlassungen mit der Diagnose „Lymphatische Leukämie“ und 235 mit der Diagnose „Myeloische Leukämie“ registriert. Dies waren neben malignen Neoplasien der Niere bzw. Harnorgane und des Gehirns die häufigsten Krebserkrankungen.

Mit der Diagnose **Atopische Dermatitis** wurden in Wien 1998 99 Kinder bis 15 Jahre entlassen, wobei die meisten Fälle in der Altersgruppe der 0–3-Jährigen waren. Mit der Diagnose **Psoriasis** wurden drei Kinder entlassen, mit der Diagnose **Seborrhoische Dermatitis** waren es fünf Kinder, alle im Alter von 0–3 Jahren. Generell sind vor allem Kinder in den ersten drei Lebensjahren betroffen. Eine **Windeldermatitis** tritt bei den meisten windeltragenden Kindern auf.

Die Prävalenz der **Epilepsie** liegt zwischen 0,5 und einem Prozent, die Inzidenz wird auf 0,04 Prozent geschätzt. 550 Spitalsentlassungen mit dieser Diagnose wurden 1998 bei Kindern unter 15 Jahren in Wien erfasst.

Untersuchungen bezüglich **Haltungsschäden** bei 6–10-jährigen PflichtschülerInnen haben gezeigt, dass ein Drittel haltungsgefährdet ist. 36 von 100 Kindern wiesen Wirbelsäulen-anomalien auf, 30 von 100 Bein- und Fußanomalien. Bei Schulantritt weisen 19 Prozent der Kinder Haltungsschäden auf, bei Schulaustritt sind es 30 Prozent.

Karies ist immer noch die am weitesten verbreitete Zivilisationskrankheit. Laut einer Zahnstaterhebung des ÖBIG 1997 hat sich die Zahl der kariösen oder gefüllten Zähne bei den 12-jährigen SchülerInnen von 3,0 auf 1,7 gesenkt. 5–6-jährige Kindergartenkinder wurden 1996 in einer Piloterhebung untersucht. Im Vergleich zu 1988/89 wiesen die Kinder zwar weniger geschädigte Zähne auf, aber dafür waren an den betroffenen Zähnen mehr Flächen von Karies befallen. 1998 wurden 86.557 Kinder von SchülärztInnen der Jugendzahnkliniken untersucht. 38 Prozent der Kinder wiesen behandlungsbedürftige Zähne auf. Die Kariesprävalenz der Wiener SchülerInnen 1999/00 lag in der 1. Klasse bei 30,1 Prozent, in der 4. Schulstufe bei 26,6 Prozent und in der 8. Klasse bei 30,5 Prozent.

Main cancer types registered in the first five years include lymphoblastic leukaemia, neuroblastoma and nephroblastoma, children age 10 and above are mostly afflicted with tumours of the skeleton and the muscles, malignant lymphoma and germ cell tumours. In 1998, 505 children in Vienna were discharged from Viennese hospitals with "lymphatic leukaemia", 235 with "myeloid leukaemia". Along with malignant neoplasia of the kidney, the urinary organs and the brain, these were the most frequent types of cancer diagnosed.

*In 1998, 99 children aged 15 or below were released from hospital diagnosed with **atopic dermatitis**, most cases were registered in the age group 0 to 3 years. 3 children were diagnosed with **psoriasis**, 5 children were diagnosed with **seborrhoic dermatitis**, all of them between ages 0 and 3. Children are usually afflicted by these diseases in the first three years of their lives. Most children in their diapers are diagnosed with **diaper dermatitis**.*

*The prevalence of **epilepsy** is between 0.5 and 1 percent, with an incidence estimated at 0.04 percent. In 1998, 550 children below the age of 15 were released from Viennese hospitals with diagnosed epilepsy.*

*Surveys on **postural damages** carried out with 6 to 10 year olds at compulsory schools found that one third of children that age group are at risk. 36 children out of 100 have spinal anomalies, 30 out of 100 exhibit anomalies of the foot. At the time of school entry, 19 percent of all children are diagnosed with postural damages, by the time they leave the percentage has gone up to 30 percent.*

***Caries** is still among the most wide-spread diseases of civilisation. According to an ÖBIG survey on the status of teeth carried out in 1997, the number of carious or filled teeth with 12 year olds has dropped from 3.0 percent to 1.7 percent. In 1996, 5 and 6 year olds were tested during a pilot project. Compared to 1988/89, children had fewer damaged teeth, but of the diseased teeth bigger areas were affected by caries. In 1998, 86,557 children were examined by school physicians at youth dental clinics. 38 percent were found to have teeth in need of treatment. In 1999/00, caries prevalence of students in Vienna was 30.1 percent in grade 1, 26.6 percent in grade 4 and 30.5 percent in grade 8.*

4.2.3.1 Subjektives Gesundheitsempfinden, Lebensgefühl und Selbstvertrauen der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11–15 Jahren in Wien

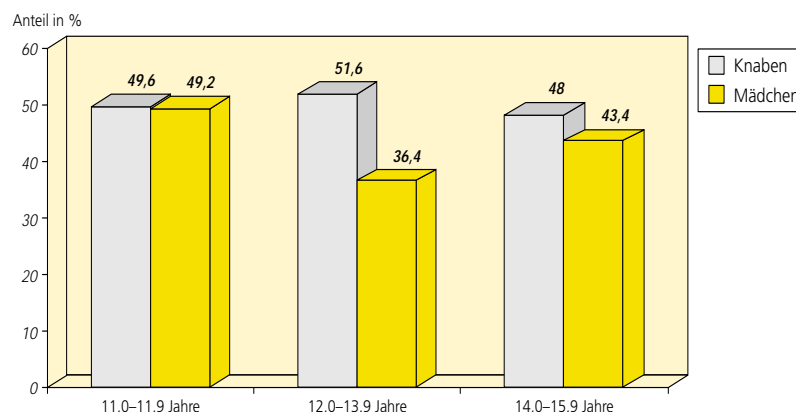
Die WHO führte 1994 an Kindern und Jugendlichen im Alter von 11–15 Jahren eine Studie in 25 Ländern (Europa, Israel und Kanada) durch, in welcher jeweils repräsentative Daten zu den Bereichen subjektives Gesundheitsempfinden, Lebensgefühl und Selbstvertrauen erhoben wurden (DÜR, 1994). Das Österreichsample dieser Untersuchung wurde aus neun für die einzelnen Bundesländer repräsentativen Subsamples zusammengesetzt. Ausgenommen waren Sonderschulen und Privatschulen, die zusammen jedoch nur von ca. fünf Prozent der SchülerInnen aus diesen Schulstufen besucht werden. Die Erhebung mittels Selbstausfüller-Fragebogen erfolgte in den Schulklassen unter Mithilfe der KlassenlehrerInnen. Die Erhebung war selbstverständlich so konzipiert, dass die Anonymität der SchülerInnen gewährleistet war (DÜR, 1994).

Das Wiener Sample der Erhebung umfasst 706 Personen. Nach Schulstufe, Geschlecht und Schultype stellt sich die Gliederung wie folgt dar: 52 Prozent sind Knaben und 48 Prozent Mädchen. Sie verteilen sich zu je etwa einem Drittel auf die drei Altersgruppen; dementsprechend befindet sich auch je etwa ein Drittel in der 5., 7. und 9. Schulstufe. Auf die Schultypen verteilen sich die befragten Kinder wie folgt: In allen drei Altersgruppen besucht etwa je die Hälfte eine Haupt- oder Polytechnische Schule bzw. eine mittlere oder höhere Schule, sei diese allgemein- oder berufsbildend. In der 9. Schulstufe befinden sich die Mädchen tendenziell häufiger (53 Prozent) in einer mittleren oder höheren Schule als die Burschen, die etwas häufiger eine Polytechnische Schule besuchen (DÜR, 1994).

4.2.3.1.1 Subjektive Gesundheit

47 Prozent, also weniger als die Hälfte der Wiener SchülerInnen, kreuzte bei der Frage zur Einschätzung der eigenen Gesundheit die erste der drei Antwortmöglichkeiten an: „sehr gesund“. Weitere 49 Prozent wählten die Mitte und fühlen sich demnach zumindest „ziemlich gesund“. Es bleibt ein Rest von vier Prozent der Jugendlichen, die ihre Gesundheit als in nennenswertem Maße oder sogar als „sehr beeinträchtigt“ empfinden. Alles in Rechnung gestellt, empfindet sich nicht einmal die Hälfte der Jugendlichen wirklich gesund (wobei diese Einschätzungen natürlich von leichteren aber akuten Erkrankungen zum Befragungszeitpunkt ebenso abhängen wie von gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die Daten geben insofern eine gute Momentaufnahme eines umfassend verstandenen Gesundheitszustandes wieder). Wien und Österreich befinden sich diesbezüglich im internationalen Vergleich allerdings immer noch im oberen Drittel (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Abbildung 1: Subjektive Gesundheit nach der Antwort „sehr gut“ nach Alter und Geschlecht



Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1997

Die internationalen Vergleiche deuten weiters darauf hin, dass nicht nur in Österreich die Jüngeren dazu neigen, ihren Gesundheitszustand tendenziell positiver einzuschätzen als die Älteren, sodass sich die 15-Jährigen insgesamt deutlich weniger gesund fühlen (dies dürfte an einer geänderten Erwartungshaltung liegen, die bei den 15-Jährigen zu einer schlechteren Beurteilung des Gesundheitszustandes führt, und zwar in dem Sinn, dass die Erwartungen an Gesundheit, Selbstkontrolle, Kraft und Leistungsfähigkeit schneller wachsen als die psychischen, körper-

lichen und eben auch sozialen Ressourcen zu ihrer Erfüllung), auch wenn sich ihre Situation objektiv vielleicht gar nicht sehr unterscheidet. Ein Unterschied im subjektiven Gesundheitsempfinden, der ganz wesentlich mit den unterschiedlichen Formen der Sexualreife zusammenhängen dürfte, ist dabei in Bezug auf das Geschlecht gegeben: Die Mädchen fühlen sich subjektiv weniger gesund als die Knaben. Besonders bei den 13-Jährigen ist dieser Unterschied gravierend. Während sich 52 Prozent der Knaben in dieser Altersgruppe sehr gesund fühlen, sind es nur 36 Prozent der Mädchen (Abb. 1). Hier spielt offenbar die einsetzende Menstruation die entscheidende Rolle (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

4.2.3.1.2 Lebensgefühl, glücklich sein

Ganz ähnliche Tendenzen wie in Bezug auf die subjektive Gesundheit bestehen bezüglich des Lebensgefühls der Jugendlichen. Ein uneingeschränkt positives Lebensgefühl ist in noch geringerem Maße gegeben als subjektive Gesundheit. Nur 39 Prozent der Wiener Kinder fühlen sich meistens „sehr glücklich“. Weitere 51 Prozent fühlen sich zumindest „zufrieden“. Zehn Prozent sind „oft“ oder „meistens unglücklich“. Die Wiener Jugendlichen liegen damit leicht über dem österreichischen Durchschnitt. Auch im internationalen Vergleich befinden sich die Wiener Jugendlichen im oberen Mittelfeld. Bemerkenswert ist, dass die Einschätzung des eigenen Glückseligkeits mit dem Alter abnimmt. Im Gegensatz zur Frage nach der Einschätzung der Gesundheit fühlen sich die Mädchen jedoch tendenziell etwas glücklicher als die Knaben. Stärker noch als in Bezug auf die Einschätzung der eigenen Gesundheit dürfte beim Lebensgefühl gelten, dass es mit sozialen Erwartungen und den darauf gerichteten Hilfsangeboten zusammenhängt. Lebensgefühl und Gesundheitsempfinden hängen daher auch statistisch signifikant zusammen: Von denen, die sich „oft“ oder „meistens unglücklich“ fühlen, empfinden sich nur zwölf Prozent „sehr gesund“; wenn sie sich jedoch „sehr glücklich“ fühlen, sind es 65 Prozent, die sich gesund fühlen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

4.2.3.1.3 Selbstvertrauen

Im Fragebogen wurden die SchülerInnen gebeten, einerseits ihr Selbstvertrauen einzuschätzen, wobei dies einleitend im Sinne von „sich etwas zutrauen“ definiert worden war, andererseits und gewissermaßen als Gegenprobe war anzugeben, ob und wie oft sie Gefühle der Hilflosigkeit empfinden. 60 Prozent der Wiener Kinder sagen, dass sie immer oder meistens Selbstvertrauen im genannten Sinn haben. Immerhin 40 Prozent der Kinder haben aber diesbezüglich Probleme: Sie haben nur manchmal, selten oder gar nie Selbstvertrauen. Die Wiener Kinder unterscheiden sich damit nicht vom österreichischen Schnitt, im internationalen Vergleich liegen sie etwa in der unteren Mitte. Man kann jedoch nicht sinnvoll von dem Selbstvertrauen „der Jugendlichen“ reden, denn nirgendwo ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern größer als hier: Knaben sind durchwegs selbstbewusster als Mädchen. In Wien liegt obiger Wert bei 71 Prozent für die Knaben, aber nur bei 48 Prozent für die Mädchen. Diese Verhältnisse spiegeln sich im Antwortverhalten auf die Frage, ob und wie oft sich die Wiener Kinder hilflos fühlen. Der Anteil jener, die sich zumindest gelegentlich hilflos fühlen, liegt mit 76 Prozent international gesehen eher hoch und weist ebenfalls einen signifikanten Geschlechtsunterschied auf (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

4.2.3.1.4 Körperimage

Im Zusammenhang von Lebensgefühl, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl muss auch das Verhältnis zum eigenen Körper betrachtet werden. Im Kontext der HBSC-Studie wird vor allem die Zufriedenheit mit dem Aussehen und dem Körpergewicht untersucht, da dies Prädiktoren für das Ernährungsverhalten bzw. für Essstörungen sind. Es gilt weiters auch als belegt, dass das Selbstvertrauen stark von der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper abhängt. Die Beachtung des Körperimage bei jungen Menschen ist aus gesundheitspolitischer Sicht auch deshalb von Bedeutung, weil diese in besonderer Weise die Zielpopulationen jener riesigen Industrien darstellen, die sich exklusiv oder vordringlich mit der Gestaltung des Körpers beschäftigen: Kosmetik, Mode, Film. Durch die Verbreitung von Schönheits-, Verhaltens- und Konsumidealen, die auf verschiedenste Weisen die Gesundheit beeinflussen, sind diese von so großer Relevanz, dass sie von der Gesundheitspolitik nicht mehr ignoriert werden können. Aus dem in der folgenden Tabelle 1 dargestellten Antwortverhalten geht deutlich hervor, dass der von der Industrie ausgehende Terror der Schönheitsideale auf Frauen und Mädchen stärker einwirkt als auf das männliche Geschlecht (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Tabelle 1: Selbsteinschätzung des Aussehens nach Alter und Geschlecht¹⁾

Glaubst Du, dass Du aussiehst?	Alter und Geschlecht				gesamt
	11 Jahre		15 Jahre		
	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	
sehr gut	5	17	1	17	9
ziemlich gut	27	33	21	20	26
durchschnittlich	43	35	61	53	47
nicht so gut	18	12	9	7	13
gar nicht gut	7	3	8	3	5
Summe	100	100	100	100	100

1) In % (n = 698)

Quelle: Gesundheitsbericht für Wien, 1997

Ihr **Körpergewicht** finden nur etwa die Hälfte der Wiener Kinder in Ordnung. 17 Prozent finden sich etwas oder viel zu dünn, ein Drittel findet sich zu dick. Nur drei Prozent der Kinder haben sich über ihr Körpergewicht noch nie Gedanken gemacht – auch dies ein Beleg für das Ausmaß der gesellschaftlichen Kommunikation zur Körpergestaltung und die Macht der Interessen dahinter. Während sich die Knaben eher zu dünn finden, halten sich die Mädchen eher für zu dick. Das korreliert mit den gängigen Schönheitsidealen: während Knaben eher Muskeln haben sollten, gilt es für Mädchen als schick, so dünn wie möglich zu sein. Mit dem Alter gewinnen diese Ideale noch mehr an Bedeutung, d. h. der Anteil der Knaben, die sich zu dünn fühlen, und jener der Mädchen, die sich zu dick fühlen, steigt mit dem Alter an. Mehr als ein Drittel jener Mädchen, die sich für zu dick halten, gaben zugleich auch an, zum Zeitpunkt der Erhebung gerade eine Diät zu machen. Die übrigen dieser Gruppe äußerten, sie hätten das Gefühl, eine machen zu sollen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

4.2.3.2 Befindlichkeitsstörungen

4.2.3.2.1 Kopfschmerz

Laut SERMO-Studie leiden 9 Prozent der österreichischen sowie fünf Prozent der Wiener Kinder an Kopfschmerzen (siehe Kap. 4.2.3.3, SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; SERMO-Auswertung für den Wiener Kindergesundheitsbericht).

Kopfschmerz kann an allen Bereichen des Kopfes lokalisiert sein und kann sowohl ohne als auch mit einer körperlichen (organischen) Erkrankung vorkommen. Beide Kopfschmerzformen können akut, wiederkehrend oder chronisch auftreten. In seltenen Fällen kann Kopfschmerz auch das erste Anzeichen einer schweren Erkrankung wie Hirnhautentzündung, Hirnblutung oder Hirntumor sein.

Bei Kopfschmerzen, welche keine organische Ursachen haben, unterscheidet man neben dem **Clusterkopfschmerz**, der bei Kindern praktisch nicht vorkommt, zwischen der **Migräne** und dem **Spannungskopfschmerz**:

Die **Migräne** ist dadurch gekennzeichnet, dass die Kopfschmerzen von anderen (nicht-neurologischen) Symptomen, wie z. B. Übelkeit und Erbrechen, begleitet werden. Ein Kind, welches eine Migräneattacke erleidet, hört oft auf zu spielen, kann nicht lernen, sieht blass aus und möchte sich unter Umständen hinlegen und schlafen. Der Migränekopfschmerz ist meist stark und wird am häufigsten frontal-median, uni- oder bilateral angegeben. Die Migräne im Kindesalter zeichnet sich durch die im Vergleich zum Erwachsenen wesentlich kürzere Dauer von einigen Stunden aus. Neurologische Symptome (Aurasymptome) kommen im Kindesalter nur selten vor und zeigen zunehmende Prävalenz vom Jugendlichen zum Erwachsenen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997). 1998 wurde Migräne (ICD-9 346) laut Wiener Spitalsentlassungsstatistik an 56 Knaben und Mädchen im Alter von 0–15 Jahren diagnostiziert (siehe Kap. 4.2.3.4).

Der **Spannungskopfschmerz** ist, gemessen an der Intensität, leichter als die Migräne und geht nicht mit den genannten Begleitscheinungen einher. Die Symptomatik des Spannungskopfschmerzes unterscheidet sich bei Kindern nicht von der des Erwachsenen. Clusterkopfschmerz stellt im Kindesalter eine absolute Rarität dar (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Bei **Kleinkindern**, die Schmerzen noch nicht verbalisieren können, äußern sich Kopfschmerzen oft dadurch, dass sie sich zurückziehen, zu spielen aufhören oder sich hinlegen. Auffallende Blässe oder Weinerlichkeit können ebenfalls auf Kopfschmerzen hinweisen, vor allem, wenn sie episodisch auftreten. Wiederkehrende Bauchschmerzen ohne fassbares organisches Korrelat sind häufig als Migräneäquivalent oder -precursor aufzufassen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Die genaue **Ursache dieser Kopfschmerzformen** konnte bisher nicht festgestellt werden. Allerdings kennen wir Auslöser, die zum Auftreten einer Kopfschmerzattacke beitragen: Veränderungen im Schlaf-Wach-Rhythmus (zu wenig oder zu viel Schlaf), Verzögerung oder Auslassen von Mahlzeiten, Schulstress (Leistungsdruck), Freizeitstress, Konflikte in der Familie und Ängste. Außerdem können manchmal Lebens- und Genussmittel, wie Käse, Schokolade und Nüsse, eine Migräneattacke auslösen. Man muss aber berücksichtigen, dass diese Lebensmittel keineswegs bei allen MigränepatientInnen zu Kopfschmerzattacken führen. Auch Wetterveränderungen werden immer wieder für die Entstehung von Kopfschmerzen verantwortlich gemacht. Dabei soll man aber nicht andere behandelbare und veränderbare Auslöser übersehen.

Organisch bedingte Kopfschmerzen kommen vor allem im Rahmen von Erkältungskrankheiten, grippalen Infekten, Angina, Nebenhöhlenentzündung sowie nach Verletzungen (z. B. bei einer Schädelprellung oder Hirnerschütterung) vor. Aber auch nicht korrigierte Sehstörungen können Kopfschmerzen verursachen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Im Rahmen der **Kopfschmerzambulanz** wurden hinter chronischen Kopfschmerzen bei mehreren Kindern und Jugendlichen gravierende psychosoziale Belastungsfaktoren (körperliche Misshandlung, sexuelle Übergriffe), psychiatrische Erkrankungen (Essstörungen, Psychosen, Angstzustände, Phobien) sowie bei vielen Kindern als Belastungsfaktor fungierende Teilleistungsstörungen diagnostiziert. Somit ist eine oftmals auftretende Kopfschmerzsymptomatik eines Kindes nicht nur in Hinblick auf organische Erkrankungen, sondern auch wegen dahinterstehender Belastungsfaktoren sehr ernst zu nehmen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

4.2.3.2 Schlafstörungen

Organisch bedingte Schlafstörungen können **passager-medizinische** (z. B. Kiefer-Gaumenspalten, Tonsillenhyperplasien) oder **chronisch-medizinische** (z. B. Asthma, zystische Fibrose usw.) Ursachen haben.

Zur diagnostischen Abklärung von organischen (somatischen) Schlafstörungen gibt es österreichweit weder für Erwachsene noch für Kinder ein einheitliches Vorgehen. Die Diagnose **obstruktive Apnoen** wird aus 1.) Anamnese, 2.) klinischem Befund und 3.) dem Schlaflaborbefund im pädiatrisch-schlafmedizinischen Zentrum gestellt.

Therapeutisch stehen je nach Ursache zahlreiche Optionen zur Verfügung, über deren Einsatz **individuell** und **interdisziplinär**, d. h. gemeinsam mit anderen Fachrichtungen (z. B. HNO-ÄrztInnen), entschieden werden muss: von der Entfernung der Polypen und Tonsillen bis zur konsequenten Infekt- und Allergiebehandlung im Bereich der oberen Atemwege, in Einzelfällen Sauerstoffsubstitution, Atmungsunterstützung (nasaler CPAP) usw. (POTES und PADITZ, 1998).

Psychisch bedingte Schlafstörungen werden hauptsächlich verursacht durch bestimmte **Lebensumstände** oder **psychische Probleme** (SALETU et al., 1997).

- **Insomnien** (Einschlaf-/Durchschlafstörungen) treten bei fast allen Säuglingen, aber auch oft bei Kindern und Jugendlichen auf (NAVELET, 1996). Eine kompetente Beratung der Eltern bzw. der Jugendlichen selbst steht hier an erster Stelle (z. B. Aufklärung über Schlafzeiten, kontrollierten Fernsehkonsum usw.) (OWENS et al., 1999). Neben den ÄrztInnen sind aber auch Krankenkassen und GesundheitspolitikerInnen aufgefordert, Eltern, Kinder und Jugendliche direkt mittels einer Informationskampagne flächendeckend zu informieren.
- **Parasomnien** (Nachtängste, Alpträume, Schlafwandeln, Sprechen im Schlaf, Einnässen) können in allen Altersstufen auftreten, besonders häufig jedoch im Kindesalter. Sie treten altersabhängig bei 50–80 Prozent der Kinder zwischen ein und zwölf Jahren auf (LIU et al., 2000). Die Verdachtsdiagnose Parasomnie wird aus der **Anamnese** vom/von der Kinder- und JugendärztIn gestellt und im pädiatrisch-schlafmedizinischen Zentrum von einem interdisziplinären Team bestätigt oder korrigiert.

Da In- und Parasomnien gehäuft auftreten, wenn ein Kind in seiner psychischen Entwicklung durch äußere Stressoren gefährdet ist, birgt ihre diagnostische Abklärung die Chance, psychische Störungen bzw. Erkrankungen (bis hin zu Gefahrensituationen wie Kindesmisshandlung und Deprivation) frühzeitig auszumachen (SADEH et al., 1994).

Der Einsatz der diagnostisch **therapeutischen Optionen** muss **individuell** und **interdisziplinär**, d. h. gemeinsam mit anderen Fachrichtungen (z. B. PsychologInnen), entschieden werden. Das Spektrum der psychologischen Interventionen reicht von einfachen Tipps für häusliche Hilfestellungen bis zur Psychotherapie für Kinder und/oder Eltern. Es gibt wenig Beispiele, die wie Alpträume (in unkomplizierten Fällen) von Kinder- und JugendärztInnen in Zusammenarbeit mit den Eltern behandelt werden können (SCHREDL, 2000).

Um Schlafstörungen und deren gesundheitliche Folgen bei Kindern erkennen und behandeln zu können, müssen sich Fachleute über den Stellenwert der einzelnen Symptome im Klaren sein und eine State-of-Art-Diagnostik und Therapierichtlinien entwickeln.

In Österreich leiden 26 Prozent aller Erwachsenen an Schlafstörungen (SCHMEISER-RIEDER et al., 1995). Eine von IPSIROGLU et al. (2000) durchgeführte Umfrage in Wiener Schulen zeigt, dass unter den Schulkindern ein ähnlich hoher Prozentsatz (20 Prozent) unter Schlafproblemen leidet. Abhängig vom Alter der untersuchten Kinder, den verschiedenen Erhebungsinstrumenten und der Repräsentativität der Stichproben variieren die Prävalenzraten von internationalen Studien zwischen einem und 43 Prozent (PADITZ et al., 2000; PAAVONEN et al., 2000; RABEN-SCHLAG, 2000; LIU et al., 2000). Eine im Februar dieses Jahr in den USA publizierte Studie zeigt, dass 37 Prozent der Schulkinder von Schlafstörungen betroffen sind (OWENS et al., 2000).

Im Jänner 2000 wurde vom SIDS-Forschungszentrum AKH und dem Institut für Sozialmedizin der Universität Wien eine epidemiologische Pilotstudie durchgeführt: Dabei wurden 332 SchülerInnen aus zwei allgemein bildenden höheren Schulen in den Wiener Bezirken Landstraße und Liesing mittels eines anonymen Fragebogens zu den Leitsymptomen von organischen und nicht organischen Schlafstörungen befragt. Die TeilnehmerInnengruppe bestand aus 187 (56 Prozent) Mädchen und 145 (44 Prozent) Knaben im Alter von 11–15 Jahren. Der Fragebogen setzte sich aus 22 multiple-choice Fragen zum Schlafumfeld und zu den spezifischen Leitsymptomen der häufigsten organischen Schlafstörung (obstruktive Schlafapnoe) (POETS und PADITZ, 1998) sowie zu allgemeinen Leitsymptomen von nicht organischen Schlafstörungen (Parasomnien und Insomnien) zusammen (Tabelle 2).

Tabelle 2: 22 multiple-choice Fragen zum Schlafumfeld und zu den spezifischen Leitsymptomen der häufigsten organischen Schlafstörung (OSAS: Obstruktives Schlafapnoe Syndrom) sowie zu Leitsymptomen von nicht-organischen Schlafstörungen (Parasomnien und Insomnien)

<p>Obstruktives Schlafapnoe Syndrom – Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Schnarchen (nie/manchmal/fast immer/weiß nicht) ● Mundatmung (nie/manchmal/fast immer) ● Mundtrockenheit (nie/manchmal/fast immer) ● Kopf überstrecken (nie/manchmal/fast immer/weiß nicht) ● Nachtschweiß (nie/manchmal/fast immer/weiß nicht) ● Blässe (nie/manchmal/fast immer/weiß nicht) ● Morgenmuffel (nie/manchmal/fast immer) ● Hyperaktivität (nie/manchmal/fast immer) ● Tagesmüdigkeit (nie/manchmal/fast immer) ● Konzentrationsstörungen (nie/manchmal/fast immer) ● Infekthäufigkeit (< 7mal/Jahr, > 7mal/Jahr)
<p>Parasomnie und Insomnie – Symptome</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nächtliches Aufwachen (nie/manchmal/fast in jeder Nacht) ● Alpträume (nie/manchmal/fast in jeder Nacht) ● Aufschreien (nie/manchmal/fast in jeder Nacht) ● Schlafwandeln (nie/manchmal/fast in jeder Nacht)
<p>Soziodemographische Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ausbildungsgrad der Eltern (Pflichtschule/Matura/Hochschule) ● Wohnungsgröße in m² ● Anzahl der Personen in der Wohnung ● Rauchkonsum der Eltern ● Rauchkonsum der Jugendlichen

Im Vergleich zu den soziodemographischen Daten aus Wien liegt die Verteilung der Wohnungsgröße und des Ausbildungsgrades der Eltern über dem vergleichbaren Durchschnitt (STATISTISCHE NACHRICHTEN, 1/1999). Die Informationen zum Rauchen der Väter (35 Prozent vs. 35,9 Prozent) entsprechen den Mikrozensus Ergebnissen aus dem Jahre 1997, das Rauchen der Kinder selbst ist mit 16 Prozent vs. 13,5 Prozent geringfügig und das Rauchen der Mütter mit 37 Prozent vs. 23,3 Prozent signifikant höher (STATISTISCHE NACHRICHTEN, 5/1999).

11,4 Prozent (n = 38/332) aller befragten Kinder leiden an zumindest einem der Leitsymptome Schnarchen, Alpträume, Aufschreien, Schlafwandeln und Aufwachen in fast jeder Nacht. Vier Prozent (n = 14/332) der Kinder leiden an mehreren Symptomen gleichzeitig. 19,2 Prozent (n = 64/332) gaben an, fast immer an den oben genannten Leitsymptomen und/oder an Mundatmung und Mundtrockenheit zu leiden.

Zwischen 20 und 60 Prozent aller befragten Kinder geben an, unter den oben angeführten Leitsymptomen „manchmal“ zu leiden. Der Vergleich dieser Gruppe mit der unauffälligen Kontrollgruppe („nie“) zeigt signifikante Anhäufung von weiteren Symptomen. Drei Beispiele sollen dies verdeutlichen. Die Häufigkeiten des Auftretens einzelner Leitsymptome sind in der Tabelle 3 aufgeführt.

Beispiel Schnarchen: Die „manchmal“-Gruppe (insgesamt 20 Prozent, Eigenangabe) leidet signifikant häufiger unter den OSAS-Symptomen Mundtrockenheit und Nachtschweiß, aber auch unter den Para- bzw. Insomnien Alpträume, Aufschreien, Schlafwandeln und Aufwachen als die Kontrollgruppe.

Beispiel Alpträume: Die „manchmal“-Gruppe leidet signifikant häufiger unter Mundtrockenheit, Mundatmung, Nachtschweiß und Aufwachen als die Kontrollgruppe.

Beispiel Nachtschweiß: Die „manchmal“-Gruppe leidet signifikant häufiger unter In- bzw. Parasomnien, Aufwachen, Alpträume und Aufschreien als die Kontrollgruppe (Tabelle 3).

Tabelle 3: Häufigkeiten einzelner Leitsymptome

Antwort	Schnarchen	Mundatmung	Morgendliche Mundtrockenheit	Nachtschweiß
Nie	59%	47%	52%	64%
Manchmal	19%	45%	41%	31%
Fast immer	2%	8%	7%	2%
Keine Angabe	20%			2%
	Morgenmüdigkeit	Tagesmüdigkeit	Konzentrationsstörungen	Unruhe, Hyperaktivität
Nie	37%	26%	36%	28%
Manchmal	28%	65%	60%	60%
Fast immer	33	11%	4%	11%
	Aufwachen	Alpträume	Aufschreien	Schlafwandeln
Nie	31%	38%	90%	85%
Manchmal	61%	58%	8%	14%
Fast immer	8%	4%	2%	1%

Diese Untersuchung zeigt, dass Schlafstörungen bei Schulkindern ein häufiges Leiden darstellen, das anscheinend nicht immer in der Anamnese erfragt wird. Während bei ausgeprägter Symptomatik (Angabe „sehr oft“ oder „immer“) die weitere Abklärung von Fachleuten rasch entschieden werden kann, gibt es für die weitere Abklärung mäßig ausgeprägter Symptome (Angabe „manchmal“) noch keinen fachlichen Konsens. Tatsächlich aber muss Augenmerk auch auf diese zahlenmäßig beträchtlich große Gruppe von Kinder und Jugendlichen gerichtet werden, da gerade diese Gruppe signifikant häufiger unter weiteren Leitsymptomen von organischen bzw. nicht organischen Schlafstörungen leidet: Bei den Leitsymptomen Hyperaktivität ($n = 200/332$), Konzentrationsstörungen ($n = 198/332$) und Alpträume ($n = 192/332$) bis zu 60 Prozent.

Der bis dato in diesem Ausmaß nicht bekannte statistisch signifikante Zusammenhang zwischen den Leitsymptomen von organischen und nicht organischen Schlafstörungen, im Konkreten von der obstruktiven Apnoe und den Symptomen der Parasomnien (siehe Beispiele Schnarchen und Alpträume), unterstreicht die Notwendigkeit der interdisziplinären Fokussierung von Schlafstörungen.

Zusammenfassend: Das volle Ausmaß des Problems Schlafstörungen von Schulkindern wurde von Kinder- und JugendärztInnen bis dato nicht registriert. Weitere Studien, z. B. eine breitere epidemiologische Untersuchung, müssen die notwendigen Grundlagen für die anamnestisch klarere Differenzierung und nachfolgende rational begründete Betreuung erarbeiten.

Die derzeitige **Versorgung** ist individualistisch. Standardisierte therapeutische Vorgangsweisen werden derzeit ausgearbeitet. Der/die als erste/r angesprochene ÄrztIn berät Kind und Eltern. Die Überweisungsrate an ein Zentrum hängt vom Informationszustand des/der konsultierten Arztes/Ärztin und dem Bekanntheitsgrad des Zentrums ab. In der Pädiatrie ist derzeit nur ein Bruchteil der Zentren akkreditiert. Anamnestische Diagnostik erfolgt nach bestem Wissen und Können – standardisierte State-of-the-Art Fragebögen sind nur in den wenigsten Zentren in Verwendung. Vertiefte Diagnostik erfolgt bei der Erstuntersuchung mit komplexen Polygraphiegeräten (PSG=Polysomnographie – Schlafuntersuchung) stationär. Der zur Abklärung einer Schlafstörung notwendige Aufenthalt kann bis zu drei Tage beanspruchen. Therapeutische Maßnahmen beinhalten allgemeine Beratung (Schlafhygiene), atemphysiologische (Nasen-CPAP), medikamentöse, psychotherapeutische und in selteneren Fällen chirurgische (HNO, Kieferchirurgie) oder andere Maßnahmen.

Eine **Schlüsselrolle** kommt dem/der ersten AnsprechpartnerIn als Weichensteller (Gatekeeper) zu. Die Aufgabe der in der Schlafmedizin spezialisierten KinderfachärztInnen in der Praxis oder noch in den Zentren ist die Weichenstellung im mehrstufigen System. Diese Weichenstellung muss transparent für die Kooperationen mit Krankenversicherungen und auf dem Gedanken des Case-Managements aufgebaut sein. Dadurch ist eine schnelle unbürokratische Behandlung ohne Wartezeiten, d. h. eine dem Begriff Dienstleistung entsprechende Versorgung (siehe auch Kap. 10) gewährleistet. Vertiefte Diagnostik zweiter Stufe kann mit Screening-Geräten erfolgen: den PatientInnen kann zu Hause einer einfachen Erstuntersuchung zugeführt werden. Die PSG-Diagnostik eignet sich nur für die stationäre Überwachung, dabei können die PatientInnen tagsüber ihrer Beschäftigung (Kindergarten, Schule) nachgehen. Anhand der Ergebnisse gibt es primär eine allgemeine oder therapeutische Beratung.

In Österreich ist die PSG mit 12.000 LKF-Punkten (Leistungsorientierte Krankenanstalten Finanzierung) eine teure Untersuchung. Zwecks umsichtigen Umgangs mit finanziellen Ressourcen sollte die zentrale Versorgung in einer teuren Krankenanstalt nur in den Fällen erfolgen, in denen die Entscheidungsfindung nicht im therapeutischen Pfad etabliert ist oder wenn die Voraussetzungen dezentral nicht gegeben sind. Die diagnostische und therapeutische Versorgung in schon nach Standards festgelegten Fällen könnte dezentral, d. h. extramural erfolgen. Grundanforderung für die Abrechnung mit den Krankenkassen muss die Akkreditierung des Zentrums durch die entsprechende Fachgesellschaft für Schlafmedizin sein.

Zukünftige Vorgangsweise: Konsens

Das SIDS-Forschungs- und Beratungszentrum AKH veranstaltete zusammen mit den österreichischen und deutschen Gesellschaften für Kinder- und Jugendheilkunde, Schlafmedizin und Schlafforschung erstmals eine gemeinsame Tagung zum Thema „Pädiatrische Schlafmedizin“.

Die einstimmige Empfehlung lautet:

1. **Fokussierung und Bekanntmachung von Schlafhygienemaßnahmen** (im Sinne von Informationskampagnen)
2. **Initiale Diagnostik und Beratung** (diagnostische oder therapeutische Maßnahmen im Sinne HNO-Status, Schlaftagebuch oder Beratung bezüglich Schlafhygiene) bei den FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde
3. **Weiterführende Diagnostik** (z. B. Untersuchung zu Hause nach obstruktiven Apnoen oder schlafmedizinische Untersuchung) **und Therapie** (Medikamente bzw. Heimbeatmung) müssen so lange in schlafmedizinisch ausgewiesenen Zentren erfolgen, bis allgemeingültige Vorgangsweisen in diesem neuen Fachgebiet etabliert sind und auch von niedergelassenen ÄrztInnen effektiv praktiziert werden können.

Das notwendige **Ziel**, dem neben dem Spitalerhalter die GesundheitspolitikerInnen zustimmen müssen, sind interdisziplinäre Zentren, in denen Kinder- und JugendärztInnen, PsychologInnen, Jugend- und NeuropsychiaterInnen, HNO-SpezialistInnen gemeinsam tätig sind und den PatientInnen einen ganzheitlichen Lösungsansatz bieten können.

4.2.3.3 Die „SERMO-Studie“

Die SERMO-Studie ist eine für Österreich repräsentative Studie. Die Erstellung des Konzeptes und des Fragebogens für die Studie erfolgte am Institut für Sozialmedizin der Universität Wien, ebenso die wissenschaftliche Auswertung und Betreuung. Die Feldarbeiten führte das österreichische Meinungsforschungsinstitut SPECTRA (Linz), auf Basis des Quotenverfahrens durch. Die Erhebung erfolgte über Face-to-face-Interviews anhand strukturierter Fragebögen.

Die Auswahl der Kinder erfolgte im Zuge der Erwachseneninterviews in den betreffenden Haushalten. Die Feldarbeit fand in der Zeit von 28.11.1995 bis 11.12.1995 statt. Österreichweit wurden 429 Kinder befragt, in Wien 67 (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997).

4.2.3.3.1 Altersstruktur

54 Prozent der befragten Wiener Kinder sind männlich, 46 Prozent weiblich. Das Alter der Kinder beträgt maximal 15 Jahre. Die Zahl innerhalb der einzelnen Altersgruppen ist relativ ausgewogen. Lediglich die Altersgruppe der 13–15-Jährigen ist mit 14 Prozent etwas kleiner. Vergleicht man die Verteilung des Alters der Wiener Kinder mit der der österreichischen Kinder, findet man nur geringe Abweichungen (Tab. 4). Das Durchschnittsalter der Wiener Kinder liegt bei 7,4 Jahren, das der österreichischen Kinder bei 7,5 Jahren (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997).

Tabelle 4: Alter der untersuchten Kinder, Österreich und Wien

Alter	Österreich	Wien
– 3 Jahre	23 %	22 %
4– 6 Jahre	23 %	22 %
7– 9 Jahre	19 %	23 %
10–12 Jahre	23 %	19 %
13–15 Jahre	14 %	14 %

Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1997

4.2.3.3.2 Krankheiten

Auf die Frage, wie oft das Kind im Jahr 1995 krank war, gab die Mehrheit der Wiener Eltern (38 Prozent) an, dass ihr Kind nie krank gewesen sei. 31 Prozent der Kinder waren einmal krank, 24 Prozent zweimal, fünf Prozent dreimal und zwei Prozent mehr als dreimal. Ähnliche Angaben wurden in Gesamtösterreich gemacht. 40 Prozent der Kinder waren nie krank, 30 Prozent einmal, 21 Prozent zweimal, fünf Prozent dreimal und vier Prozent mehr als dreimal.

Bei den Wiener Kindern stehen Erkältungskrankheiten mit 27 Prozent an erster Stelle. Auch bei den Kindern aus ganz Österreich stehen Erkältungskrankheiten an erster Stelle, jedoch betrug die Einjahresprävalenz 1995 40 Prozent. HNO-Krankheiten und Fieber stehen bei allen österreichischen sowie bei den Wiener Kindern an zweiter bzw. dritter Stelle. Für 32 Prozent der Kinder in Gesamtösterreich und 31 Prozent der Wiener Kinder wurden keine Krankheiten angegeben (Tab. 5) (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997).

Tabelle 5: Die häufigsten Krankheiten der österreichischen und Wiener Kinder 1995

Krankheiten	Österreich	Wien
Erkältungskrankheiten	40 %	27 %
HNO-Krankheiten	10 %	16 %
Fieber	16 %	10 %
Keuchhusten	2 %	9 %
Hautallergien	4 %	5 %
Prellungen, Zerrungen, Quetschungen	4 %	4 %
Darmerkrankungen	4 %	3 %
Feuchtblattern	2 %	3 %
Lungenentzündung	1 %	3 %
Lungenasthma	1 %	3 %
Keine Krankheit	32 %	31 %

Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; SERMO-Auswertung für den Kindergesundheitsbericht

4.2.3.3.3 Beschwerden

1995 litten 38 Prozent der Wiener Kinder an Schnupfen, in Gesamtösterreich waren es um zehn Prozent mehr (48 Prozent). Husten steht sowohl in Wien als auch in Österreich mit 38 Prozent bzw. 39 Prozent an zweiter Stelle. Die dritthäufigste Beschwerde für sowohl alle österreichischen als auch Wiener Kinder ist Fieber (jeweils 17 Prozent). Auch Übelkeit und Appetitlosigkeit, Zahnschmerzen und schlechte Zähne, Schwäche und Müdigkeit zählen zu den häufigeren Beschwerden. Keine Beschwerden hatten 30 Prozent der österreichischen Kinder und 34 Prozent der Kinder in Wien (Tab. 6) (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997).

Tabelle 6: Die häufigsten Beschwerden der österreichischen und Wiener Kinder 1995

Beschwerden	Österreich	Wien
Schnupfen	48 %	38 %
Husten	39 %	38 %
Fieber	17 %	17 %
Übelkeit, Appetitlosigkeit	10 %	9 %
Zahnschmerzen, schlechte Zähne	12 %	8 %
Kopfschmerzen	9 %	5 %
Schwäche, Müdigkeit	7 %	5 %
Magen-, Verdauungsbeschwerden	4 %	5 %
Hautbeschwerden	2 %	3%
keine Beschwerden	30 %	34 %

Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1997; SERMO-Auswertung für den Kindergesundheitsbericht

4.2.3.4 Spitalsentlassungsstatistik

Die Diagnosen der aus allen Wiener Spitälern im Berichtsjahr entlassenen Personen werden in den Spitälern von ÄrztInnen in ein international standardisiertes Klassifikationsschema, welches von der WHO herausgegeben wird, eingeordnet und an STATISTIK ÖSTERREICH gemeldet. Im Allgemeinen kann von der Spitalsentlassungsstatistik nicht auf die Krankheitslage (Morbidität) in einer Bevölkerung geschlossen werden. Die Anzahl der Spitalsaufenthalte wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst, unter anderem etwa durch das Verhältnis von ambulante und stationärem Versorgungsangebot, dem Angebot an Pflegeeinrichtungen und auch der Einweisungspraxis der niedergelassenen ÄrztInnen (siehe auch Kap. 10). Die Krankenhausentlassungsstatistik gibt jedoch sehr zuverlässig Auskunft darüber, für welche Krankheiten in Wien besonders viele Krankenhaustage benötigt wurden (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

1998 wurden **Knaben** im Alter von **0–3 Jahren** hauptsächlich mit den Diagnosen Krankheiten der Atmungsorgane (n = 1.737), perinatale Affektionen (n = 1.348), Verletzungen und Vergiftungen (n = 812) und Krankheiten der Urogenitalorgane (n = 678) entlassen (Tabelle 7).

Bei **Mädchen** derselben Altersgruppe waren die Hauptdiagnosen Krankheiten der Atmungsorgane (n = 2.076), perinatale Affektionen (n = 1.348), Verletzungen und Vergiftungen (n = 613) sowie Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (n = 573) (Tabelle 7).

In der Altersgruppe der **4–7-jährigen Knaben** stellten 1998 Krankheiten der Atmungsorgane (n = 2.002), Krankheiten der Urogenitalorgane (n = 565), Verletzungen und Vergiftungen (n = 558) und Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (n = 485) die Hauptdiagnosen dar (Tabelle 7).

Die **Mädchen** der gleichen Altersgruppe wurden am häufigsten aufgrund von Krankheiten der Atmungsorgane (n = 1.536), Verletzungen und Vergiftungen (n = 377), Neoplasien (n = 263) sowie Krankheiten der Verdauungsorgane (n = 239) entlassen (Tabelle 7).

1998 wurden **Knaben** im Alter von **8–11 Jahren** hauptsächlich mit den Diagnosen Krankheiten der Atmungsorgane (n = 684), Verletzungen und Vergiftungen (n = 492), Krankheiten der Verdauungsorgane (n = 297) und Symptome und schlecht bezeichneter Affektionen (n = 184) entlassen (Tabelle 8).

Bei **Mädchen** derselben Altersgruppe waren die Hauptdiagnosen Krankheiten der Atmungsorgane (n = 628), Verletzungen und Vergiftungen (n = 380), Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen (n = 312) sowie Krankheiten der Verdauungsorgane (n = 276) (Tabelle 8).

In der Altersgruppe der **12–15-jährigen Knaben** stellten 1998 Verletzungen und Vergiftungen (n = 603), Psychiatrische Krankheiten (n = 324), Krankheiten der Atmungsorgane (n = 317) und Krankheiten der Verdauungsorgane (n = 272) die Hauptdiagnosen dar.

Die **Mädchen** der gleichen Altersgruppe wurden am häufigsten aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (n = 415) sowie Krankheiten der Verdauungsorgane (n = 368), Krankheiten der Atmungsorgane (n = 355) und psychiatrischen Krankheiten (n = 310) entlassen (Tabelle 8).

Tabelle 7: Spitalsentlassungsstatistik 1998 der Wiener Knaben und Mädchen in den Altersgruppen 0–3 und 4–7 Jahre

Hauptgruppe ¹⁾	ICD-9 Codes	Krankheitsgruppen, Krankheiten	0–3 Jahre		4–7 Jahre	
			männlich	weiblich	männlich	weiblich
I.	001–139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	393	265	149	137
II.	140–239	Neoplasien, davon: 140–208 Bösartige Neubildungen	656 610	262 226	99 78	263 241
III.	240–279	Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen, davon: 243, 244 Hyperthyreosen 250 Diabetes mellitus 278 Adipositas und sonst. Formen des Übergewichtes	122 12 2 2	105 9 5 1	94 4 5 5	74 2 19 3
IV.	280–289	Krankheiten des Blutes, davon: 280–285 Anämien	85 24	42 16	60 26	46 14
V.	290–319	Psychiatrische Krankheiten, davon: 292–299 Psychosen 300 Neurosen	113 13 0	124 18 0	209 3 0	112 0 3
VI.	320–389	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane, davon: 320–322 Meningitis 343 Cerebrale Kinderlähmung 345 Epilepsie 346 Migräne 360–379 Erkrankungen des Augenapparates 380–389 Erkrankungen des Ohrenapparates	661 17 2 65 0 84 249	573 9 4 90 1 76 189	485 5 16 65 1 54 246	414 2 11 112 2 10 192
VII.	390–459	Krankheiten des Kreislaufsystems, davon: 401–405 Hypertonie 415–429 Sonstige Herzkrankheiten 430–438 Cerebrovaskuläre Krankh.	45 1 31 4	58 0 22 11	17 0 2 3	19 0 4 1
VIII.	460–519	Krankheiten der Atmungsorgane, davon: 460 Akute Rhinopharyngitis (Erkältung) 480–486 Pneumonien 493 Asthma 519 Andere Erkrankungen der Atmungsorgane	1.737 247 331 154 189	2.076 245 317 97 180	2.002 60 167 72 2	1.536 41 121 35 4
IX.	520–579	Krankheiten der Verdauungsorgane, davon: 535 Gastritis und Duodenitis 540–542 Appendicitis	546 3 9	321 5 14	308 11 56	239 11 54
X.	580–629	Krankheiten der Urogenitalorgane	678	360	565	199
XI.	630–676	Entbindung und Komplikation d. Gravidität	-	0	-	2
XII.	680–709	Krankheiten d. Haut und d. Unterhautzellgewebe, davon: 691 Atopische Dermatitis und verwandte Affektionen 708 Urtikaria	202 38 21	166 32 22	114 5 23	108 8 21
XIII.	710–739	Krankheiten d. Skeletts, d. Muskeln, d. Bindegewebes	78	36	89	42
XIV.	740–759	Kongenitale Fehlbildungen	639	321	155	104
XV.	760–779	Perinatale Affektionen	1.348	952	0	0
XVI.	780–799	Symptome und schlecht bez. Affektionen	529	428	280	238
XVII.	800–999	Verletzungen und Vergiftungen, davon: 800–829 Frakturen 831–839 Luxationen 840–848 Verstauchungen und Zerrungen 940–949 Verbrennungen 960–977 Vergiftungen	812 109 3 4 76 34	613 97 3 2 52 19	558 180 2 3 13 3	377 117 2 5 7 2
XVIII.	V01-V99	Verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	2	2	3	0
I – XVIII	001–999, V01–V99	Alle Diagnosen	8.646	6.704	5.187	3.910

1) Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen, ICD-9 nach KRAZAF

Quelle: Statistik Österreich, 1999

Tabelle 8: Spitalsentlassungsstatistik 1998 der Wiener Knaben und Mädchen in den Altersgruppen 8–11 und 12–15 Jahre

Hauptgruppe ¹⁾	ICD-9 Codes	Krankheitsgruppen, Krankheiten	8–11 Jahre		12–15 Jahre	
			männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
I.	001–139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	83	110	66	74
II.	140–239	Neoplasien, davon:	141	140	234	137
		140–208 Bösartige Neubildungen	104	106	188	62
III.	240–279	Endokrinopathien, Stoffwechsel- und Immunstörungen	74	74	131	74
		244, 245 Hyperthyreosen	3	1	2	1
		250 Diabetes mellitus	15	19	14	39
		278 Adipositas und sonst. Formen des Übergewichtes	10	12	17	20
IV.	280–289	Krankheiten des Blutes, davon:	36	20	37	22
		280–285 Anämien	15	3	34	14
V.	290–319	Psychiatrische Krankheiten, davon:	219	119	324	310
		292–299 Psychosen	0	3	24	7
		300 Neurosen	27	9	30	17
VI.	320–389	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane, davon:	231	218	179	182
		320–322 Meningitis	1	1	3	0
		343 Cerebrale Kinderlähmung	16	15	5	8
		345 Epilepsie	56	53	47	62
		346 Migräne	12	9	14	17
		360–379 Erkrankungen des Auges	32	10	13	14
		380–389 Erkrankungen des Ohres	77	57	72	43
VII.	390–459	Krankheiten des Kreislaufsystems, davon:	32	23	54	39
		401–405 Hypertonie	4	4	2	0
		415–429 Sonstige Herzkrankheiten	3	7	9	13
		430–438 Cerebrovaskuläre Krankh.	2	0	1	4
VIII.	460–519	Krankheiten der Atmungsorgane, davon:	684	628	317	355
		460 Akute Rhinopharyngitis (Erkältung)	23	17	12	10
		480–486 Pneumonien	49	59	26	24
		493 Asthma	56	30	51	27
		519 Andere Erkrankungen der Atmungsorgane	0	0	0	3
IX.	520–579	Krankheiten der Verdauungsorgane, davon:	297	276	272	368
		535 Gastritis und Duodenitis	24	38	48	61
X.	580–629	540–542 Appendicitis	158	136	140	208
		Krankheiten der Urogenitalorgane	240	121	148	108
XI.	630–676	Entbindung und Komplikation d. Gravidität	-	0	-	86
XII.	680–709	Krankheiten d. Haut und d. Unterhautzellgewebe, davon:	72	63	95	82
		691 Atopische Dermatitis und verwandte Affektionen	1	2	3	10
		708 Urtikaria	13	7	7	7
XIII.	710–739	Krankheiten d. Skeletts, d. Muskeln, d. Bindegewebes	94	94	122	130
XIV.	740–759	Kongenitale Fehlbildungen	83	77	58	55
XV.	760–779	Perinatale Affektionen	0	0	0	0
XVI.	780–799	Symptome und schlecht bez. Affektionen	266	312	184	270
XVII.	800–999	Verletzungen und Vergiftungen, davon:	492	380	603	415
		800–829 Frakturen	178	142	254	107
		831–839 Luxationen	5	5	30	29
		840–848 Verstauchungen und Zerrungen	7	4	36	40
		940–949 Verbrennungen	9	6	4	5
		960–977 Vergiftungen	0	1	13	39
XVIII.	V01-V99	Verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	1	1	2	1
I – XVIII	001–999, V01–V99	Alle Diagnosen	3.045	2.656	2.826	2.800

Legende: 1) Nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen, ICD-9 nach KRAZAF

Quelle: Statistik Österreich, 1999

4.2.3.5 Chronische Krankheiten

Chronische Krankheiten – das sind Krankheiten, die sich über einen längeren Zeitraum langsam entwickeln und einen langsamen Krankheitsverlauf aufweisen – stellen sowohl für den Einzelnen als auch für das gesamte Gesundheitssystem eine enorme Belastung dar. Die Auswertung des im Juni 1995 vom Österreichischen Statistischen Zentralamt durchgeführten Mikrozensus zeigt, dass rund 370.000 Wienerinnen und Wiener (also 27 Prozent der Wiener Bevölkerung) chronisch krank, d. h. von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen sind (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

4.2.3.5.1 Diabetes bei Kindern

Nach WHO-Berichten sind rund fünf Prozent der Bevölkerung in den westlichen Industriestaaten zuckerkrank, aufgrund internationaler epidemiologischer Studien liegt die Prävalenz bei etwa vier Prozent (davon ca. zehn Prozent Typ I). Laut Voraussage der WHO wird die Zahl der Kranken bis zum Jahr 2025 in den Industriestaaten um 45 Prozent steigen, in den ärmeren Ländern wird sich diese Zahl der Kranken verdreifachen. Bereits im Jahr 2010 könnte die Zuckerkrankheit zu den häufigsten Todesursachen zählen, warnte die Weltgesundheitsorganisation. Schon heute sterben jährlich etwa 2,8 Millionen Menschen an den Folgen dieser Krankheit, also in etwa so viele wie an Tuberkulose. Derzeit leiden nach WHO-Angaben ungefähr 135 Millionen Menschen an Diabetes.

Kinder sind nahezu ausschließlich vom Diabetes **Typ I** (Diabetes mellitus des Kindes- und Jugendalters) betroffen, welcher eine irreversible Erkrankung darstellt, die durch eine selektive Zerstörung der insulinproduzierenden Zellen des endokrinen Pankreas verursacht wird (WACHTEL und HILGARTH, 1995). Die Ursachen für diesen Vorgang sind nicht hinreichend bekannt. Diabetes ist wahrscheinlich sowohl erblich als auch durch Immundefekte und äußere Einflüsse (z. B. Infektionen) bedingt. Das erste Auftreten der Erkrankung kann in Verbindung mit Infektionen und fieberhafter Erkrankung stehen. Die Symptome (Müdigkeit, Gereiztheit, Durst, häufiges Wasserlassen, verringerter Appetit und Gewichtsverlust) entwickeln sich im Laufe von einigen Tagen bis Wochen. Bei Personen, welche vom Typ I-Diabetes betroffen sind, ist mit einer nicht unerheblichen Verkürzung der Lebenserwartung in Abhängigkeit von der Güte des Langzeitblutglukosespiegels zu rechnen. Ein wesentlicher Anstieg der Neuerkrankungen an Typ I-Diabetes (Erkrankung meist vor dem 30. Lebensjahr) ist nicht zu erwarten. Die Versorgung von Typ I-DiabetikerInnen erfolgt überwiegend in Spezialabteilungen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Den Hauptanteil der Diabetes-Erkrankungen (90 Prozent) bildet der **Typ II** (Altersdiabetes), der meist erst ab dem 40. Lebensjahr auftritt. Aber auch bei Kindern ist inzwischen ein Anstieg von Typ II-DiabetikerInnen zu verzeichnen. So wurden bei der Jahrestagung der American Diabetes Association in San Diego von einem Team der University of California erschreckende Zahlen präsentiert: Typ II-Diabetes bei Kindern hat sich seit Anfang der 90er Jahre mindestens verzehnfacht. Als Hauptgründe für diese Entwicklung sind Bewegungsmangel und Übergewicht zu nennen. In Österreich droht für die nächsten Jahre eine ähnliche Entwicklung. Denn auch hier nimmt die Zahl der übergewichtigen Kinder zu, welche ihre Freizeit vor dem Fernseher verbringen (LINDSCHINGER, o.J.). Viele Kinder frühstücken nicht mehr richtig, bekommen irgendwann am Vormittag Hunger und stillen diesen mit Süßigkeiten. Das ist der gerade Weg in die Zuckerkrankheit (SCHMEISER-RIEDER, o.J.). Mehr Aufklärung und Prävention ist hier absolut notwendig. Die Prävention muss aber rechtzeitig erfolgen, denn Typ II-Diabetes erhöht das Risiko auf Herzinfarkt oder Schlaganfall um ein Vielfaches. Weitere Spätfolgen sind Erkrankungen der Nieren, Augen und Nerven bis hin zu Fußamputationen in Folge mangelnder Durchblutung der Gefäße. Bei Typ II-DiabetikerInnen ist mit einer Verkürzung der Lebenserwartung um fünf Jahre und mehr zu rechnen. Für die Zukunft ist mit einer weiteren Zunahme von Typ II-DiabetikerInnen zu rechnen. Die Typ II-DiabetikerInnen werden vorwiegend von niedergelassenen ÄrztInnen versorgt – zumindest bis zum Auftreten von Spätfolgen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Datenlage zur Diabetesinzidenz

Für Österreich (bzw. Wien) gibt es derzeit keine verlässlichen Angaben über die Verteilung von Diabetes in der Bevölkerung; es wird von etwa 350.000 Erkrankten ausgegangen. Der Mikrozensus-Erhebung aus dem Jahr 1995 zufolge leiden in Wien rund zwei Prozent der Bevölkerung (rund 32.000 Personen von 117.000 lt. Mikrozensus 1995) an Diabetes. Laut Spitalsentlassungsstatistik (siehe Kap. 4.2.3.4) wurde 1998 an 118 Wiener Knaben und Mädchen im Alter von 0–15 Jahren Diabetes mellitus (ICD-9 250) diagnostiziert.

Die Auswertung der schulärztlichen Untersuchungen zeigt in der achten Schulstufe eine Prävalenz von 0,4 Prozent bei Mädchen sowie eine von 0,1 Prozent bei Knaben (siehe Kap. 4.2.6.2).

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Dunkelziffer aufgrund der langen vordiagnostischen Zeiten (im Schnitt wird Diabetes mellitus vom Typ 2 erst nach 5–7 Jahren diagnostiziert) sehr hoch ist. Auch angesichts der für Österreich erhobenen Zahlen betreffend Übergewicht und Bewegungsmangel kann man nicht davon ausgehen, dass hierzulande weniger Erkrankungen an Diabetes vorliegen als in anderen westlichen Industriestaaten (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Laut Diabetes-Austria wird jeden dritten Tag ein österreichisches Kind zuckerkrank, pro Jahr sind das etwa 130–140 Minderjährige bis 14 Jahre, die mit dieser Diagnose leben müssen. Zwei Drittel davon sind unter zehn Jahre alt. Die Diagnose bedeutet einen Einschnitt in die gesamte Familie und ist geprägt von Zukunftssorgen und -ängsten um das chronisch kranke Kind, die Schule, Beruf und Partnerwahl. Die Kinder selbst lernen schnell mit der Situation umzugehen. Wichtig für die DiabetikerInnen ist eine gleichwertige Behandlung im öffentlichen wie im Berufsleben. Faktum ist, dass Eltern, LehrerInnen oder AusbilderInnen oft mehr Angst vor Diabetes haben als die Betroffenen selbst (GRILLMAYER, H.).

4.2.3.5.2 Asthma bronchiale und Allergie bei Kindern in Wien – aktuelle Daten und Perspektiven

4.2.3.5.2.1 Einleitung

Erhebungen zur Prävalenz von Asthma- und Allergie werden seitens des Gesundheitsamtes der Stadt Wien – MA 15 – im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung von SchulanfängerInnen seit mehr als 20 Jahren durchgeführt und statistisch ausgewertet. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 9 teilweise dargestellt.

Tabelle 9: Asthma- und Allergieerhebung vor dem ISAAC-Protokoll (teilweise)

	1998	1997	1996	1995
Gesamtuntersuchungen (n)	11.186	11.260	10.332	9.841
Asthma	3,5 %	3,5 %	1,7 %	1,3 %
Heuschnupfen	2,2 %	1,7 %	1,1 %	1,3 %
Atopische Dermatitis	3,6 %	3,6 %	2,8 %	1,8 %

Quelle. MA 15 – Gesundheitswesen

Da die Methodik der Erhebung zuletzt jedoch keine internationale Vergleichbarkeit mehr gewährleisten konnte und vergleichsweise zu niedrige Prävalenzen zu befürchten waren, erfolgte eine Umstellung auf ein aufwendigeres, aber epidemiologisch aussagekräftigeres System entsprechend der International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Dieses, auf einem mindestens aus fünf Fragen beruhenden Erhebungssystem, ermöglichte es, auch innerhalb Österreichs einen Vergleich zu erstellen (EDER et al., 1989).

Die ISAAC-Studie bietet eine gute, standardisierte Grundlage für weit reichende Forschungen über allergische Erkrankungen und Asthma bronchiale im Kindesalter (LEWIS, 1998). Sie ist die weltweit größte jemals durchgeführte Untersuchung auf diesem Gebiet, an der sich rund 260.000 Kinder im Alter zwischen sechs und sieben Jahren und 460.000 im Alter von 13–14 Jahren in 155 Zentren in 56 Ländern beteiligten. Für die Wiener Erhebung musste das Design der Originalstudien etwas modifiziert werden, da insbesondere keine Videodemonstration der hinterfragten Asthmaphänomene angeboten werden konnte.

Jede Wiener Volksschule wird von einem/einer SchulärztIn betreut, in dessen/deren Aufgabengebiet auch präventivmedizinische Aspekte fallen. Die schulärztliche Vorsorgeuntersuchung erschien daher der geeignete Rahmen zu sein, eine große Zielgruppe mit geringem finanziellen Aufwand zu erreichen. So konnte kostengünstig ein Überblick über die Prävalenz von Asthmasymptomen, Diagnostik und Betreuungssituation in Wien erhalten werden.

Der Schwerpunkt des Fragebogens lag bei den für Asthma typischen klinischen Symptomen, da bei erkrankten Kindern eine Asthmad Diagnose oft fehlt oder von ärztlicher Seite unterschiedlich gestellt wird und daher nicht ohne weitere Untersuchungen zur Beurteilung der tatsächlichen Asthmaprävalenz verwendet werden kann. Die leicht verständlichen Fragen nach pfeifenden oder keuchenden Geräuschen im Brustkorb, nach Anfällen solcher Atmung, nach nächtlichen Beschwerden und nach einer Diagnose ermöglichten eine bessere Erfassung erkrankter Kinder. 1996 beschränkte sich der Fragebogen auf die für Asthma typischen Symptome und Diagnose, 1997 enthielt der Fragebogen zusätzlich einen zweiten Teil. Dieser diente der Erfassung der Betreuungssituation, der Verschreibungsgewohnheiten der konsultierten ÄrztInnen und gewährte einen Überblick über gängige Behandlungsmethoden und die Häufigkeit alternativer Therapiemethoden.

4.2.3.5.2 Ergebnisse

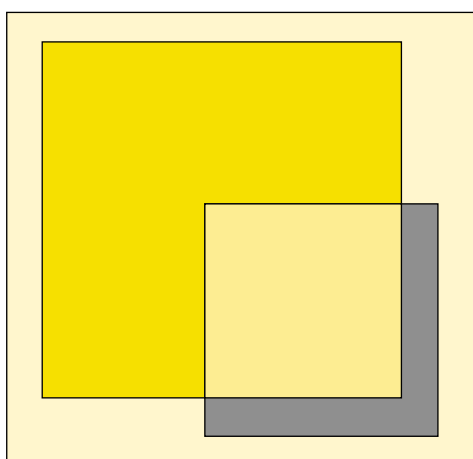
Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse der relevanten Fragen.

Tabelle 10: Prävalenz der Beschwerden und Diagnoseprävalenz 1996 und 1997 (mit ISAAC Protokoll)

Beschwerden (Fragen 1–5)	1996 %	1996 n	1997 %	1997 n
1. Anfälle pfeifender oder keuchender Atmung im letzten Jahr	6,3 %	283	5,2 %	432
2. Durchschlafstörungen im letzten Jahr	4,3 %	194	3,5 %	303
3. Geräusche im Brustkorb im letzten Jahr	6,9 %	320	6,1 %	526
4. Asthmdiagnose jemals	5,3 %	163	3,4 %	298
5. Nächtlicher Reizhusten im letzten Jahr	10,6 %	489	9,7 %	837

Abbildung 2 zeigt eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Auftreten pfeifender oder keuchender Atmung und einer gestellten Asthmdiagnose.

Abbildung 2: Vergleich Asthmdiagnose und Asthmasymptome Untersuchung 1996 (insgesamt 4.676 Kinder*)



Gruppe 1: Kinder mit Asthmasymptomen (n = 385)

Gruppe 2: Kinder mit Asthmdiagnose (n = 163)

Gruppe 3: Kinder mit Asthmasymptomen und Asthmdiagnose (n = 115)

*die Größe der Quadrate entspricht der Anzahl der erfassten Kinder

Die genaue Analyse 1997 zeigt zusätzlich deutliche Mängel in der Therapie. Über die Hälfte (n = 349) aller symptomatischen Kinder erhielt keinerlei antiasthmatische Therapie. 557 Kinder hatten leichte bis mittelschwere Symptome. An schwerem Asthma litten 64 Kinder; von diesen erhielten allerdings nur 31 Kinder Glukokortikoide. Über eine Asthmdiagnose ihrer symptomatischen, in Therapie befindlichen Kinder waren nur 51,7 Prozent (n = 149/288) der Eltern informiert.

Ganz allgemein fanden sogenannte alternative Behandlungsmethoden bei kindlichem Asthma in der untersuchten Altersstufe in Wien keinen großen Anklang. Ausschließlich „Alternativbehandlungen“ wie Bioresonanz, Psychotherapie oder Homöopathie kamen in nur 19 Fällen zur Anwendung.

Wegen pfeifender oder keuchender Atmung des Kindes konsultierten 3,2 Prozent (n = 243/7.653) aller befragten Eltern die Kinderärztin bzw. den Kinderarzt, gefolgt von der/dem Allgemeinmediziner/in mit 1,4 Prozent (n = 104/7.653) und der/dem Lungenfachärztin/arzt mit 0,9 Prozent (n = 72/7.653). Ungefähr gleich oft werden AllgemeinmedizinerIn plus KinderärztIn bzw. AllgemeinmedizinerIn plus LungenfachärztIn konsultiert (n = 32 bzw. n = 35). 0,7 Prozent (n = 55/7.653) der Eltern holen die Meinung von KinderärztIn plus LungenfachärztIn ein.

4.2.3.5.2.3 Diskussion

Asthma im Kindes- und Jugendalter ist ein weltweites Problem mit ganz unterschiedlicher Prävalenz (siehe Kap. 4.2.3.4; Kap. 4.2.6.2) und generell zunehmender Tendenz (BURR et al., 1989). Die Ursachen dafür sind unklar, nicht zuletzt scheint jedoch der westliche Lebensstil und die damit verbundenen Ernährungs-, Wohn- und Infektionsgewohnheiten eine Rolle zu spielen (GÖTZ, 1998). Weltweit herrschen beträchtliche Unterschiede, wobei die südliche Hemisphäre besonders hohe Prävalenzzahlen aufweist.

Die Interpretation der in Wien erhobenen Daten erlaubt folgende Schlüsse:

- Der Großteil der Kinder (89,7 Prozent) hat leichte bis mittelschwere Asthmaformen. Immerhin 10,3 Prozent der Kinder gehören zur Gruppe der schweren AsthmatikerInnen.
- Im internationalen Vergleich scheinen die in Österreich gefundenen Asthmahäufigkeiten etwa in der Mitte zu liegen und sind deutlich niedriger als z. B. in Großbritannien (KAUR et al., 1998).
- Die Fragebogenerhebungen 1996 und 1997 zeigen, dass Asthmasymptome in Wien bei SchulanfängerInnen (1996: 8,2 Prozent; 1997: 6,9 Prozent) viel häufiger vorkommen als tatsächlich auch eine Asthmediagnose (1996: 5,3 Prozent; 1997: 3,4 Prozent) gestellt wurde. Eine Diskrepanz zwischen Asthmasymptomen und Asthmediagnose konnte in Österreich auch in Salzburg festgestellt werden (RIEDLER et al., 1998).
- Eine Untertherapie wird ebenfalls sichtbar. Über die Hälfte der Kinder mit asthmaverdächtigen Symptomen erhält keine antiasthmatische Therapie.
- Der Informationsstand sowie die Informationsübertragung von Arzt/Ärztin zu PatientInnen bzw. Eltern scheint ungenügend, da nur 51,7 Prozent der Eltern von unter antiasthmatischer Therapie stehenden Kindern eine Asthmediagnose ihres Kindes angeben. Hier besteht zweifelsohne Handlungsbedarf. Auch den konsultierten ÄrztInnen sollten Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden.
- Deutliche Mängel in der Anwendung von Asthmacontroller-Medikamenten (regelmäßige, inhalative Glukokortikoide usw.) können vermutet werden.
- Mögliche Unterschiede in der Prävalenzverteilung innerhalb der Wiener Bezirke konnten nicht gefunden werden. Die Bezirke wurden auch bezüglich der unterschiedlichen Jahresdurchschnittswerte der typischen Luftschadstoffe (CO, CO₂, NO₂, SO₂ usw.) verglichen, wobei sich keinerlei Zusammenhang zwischen Schadstoffwerten und Asthmasymptomprävalenz fand.
- Im Gegensatz zu Untersuchungen in Deutschland konnten in Wien keine nennenswerten Unterschiede zwischen In- und AusländerInnen gefunden werden (KABESCH, 1999).
- Die Ergebnisse für 1996 und 1997 sind sehr ähnlich; zweifelsohne ein Qualitätskriterium der Erhebung und eine Bestätigung der Anwendungsmöglichkeit des ISAAC-Fragebogens bei der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchung. Bei nicht vollständiger Übernahme der Präzision der Erhebung scheint der Fragebogen ausreichend genau zu sein, denn er liefert Ergebnisse, die mit denen anderer österreichischer ISAAC-Erhebungen vergleichbar sind. Eine 1995 und 1996 in Salzburg streng nach allen ISAAC-Richtlinien durchgeführte Studie zeigt eine Asthmasymptomprävalenz bei 6–8-jährigen Kindern von 9,9 Prozent (n = 288/2906) und eine Asthmediagnose bei 4,1 Prozent (n = 120/2892). Ergebnisse einer Vollerhebung aus Oberösterreich zeigen ebenfalls ähnliche Prävalenzdaten (Asthmasymptome: 8,3 Prozent, Asthmediagnose: 4,4 Prozent).

Wichtig sind somit folgende Feststellungen und Empfehlungen:

- Durch die Möglichkeit der Erhebung über die obligate schulärztliche Vorsorgeuntersuchung konnte kostengünstig eine große Zielpopulation, nämlich die Eltern aller SchulanfängerInnen erreicht werden, und mit den leicht verständlichen, einfach formulierten Fragen über Asthma bronchiale konfrontieren. Es wird angestrebt, dadurch eine gesteigerte Aufmerksamkeit der Eltern und der Öffentlichkeit erzeugen zu können.
- Ein Schwerpunkt aller zukünftigen Bemühungen um eine Besserung der Situation asthmatischer Kinder und Jugendlicher in Wien und um eine Finanzierbarkeit der Behandlung auch in Zukunft, muss die Aufklärung von Eltern und Kindern und ein verbessertes Asthmanagement sein. Beides ist für das rechtzeitige Einsetzen von Therapiemaßnahmen besonders wichtig.
- Durch die frühzeitige (rechtzeitige) Erfassung von Asthma können rehabilitative Maßnahmen so einsetzen, dass eine ungestörte Lebensqualität und eine optimale Berufsausbildung erzielbar sind. Der Frühdiagnostik kommt somit eine beträchtliche gesundheitspolitische Bedeutung zu. Finanzielle Aufwendungen für Erhebung und Frühtherapie stehen aber in einem günstigen Verhältnis zu Kosten einer bestehenden bleibenden Morbidität und unter Umständen asthmabedingten Invalidität.
- Aufklärungsveranstaltungen sollten in Zukunft schon in der Schule routinemäßig durchgeführt werden. Dadurch kann ein wichtiger, erster Schritt für zukünftige umfassende Programme zur Asthmabetreuung gesetzt werden.

- Die finanzielle Bedeckung der Erhebung umfasst primär die Qualitätssicherung der Daten und die statistische Auswertung. Sie muss, sollen in Zukunft weiterhin valide Daten erhalten werden und soll Wien im Gegensatz zu anderen nationalen und internationalen Vergleichen nicht nachhinken, eine gesicherte Einrichtung werden, deren finanzieller Rahmen relativ bescheiden ist.
- Im Hinblick auf Bewusstseinsbildung und Gesundheitsförderung der Kinder empfehlen wir die Durchführung solcher und ähnlicher Untersuchungen auf regelmäßiger Basis.

4.2.3.5.2.4 Resümee

Insgesamt 13.414 Eltern von VolksschulanfängerInnen in Wien beantworteten 1996 und 1997 einen ausführlichen, international standardisierten Asthmafragebogen der ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Children) (ASHER et al., 1995). Das Ergebnis war durchaus eindrucksvoll:

1996 hatten 8,2 Prozent (n = 385) der Eltern pfeifende oder keuchende Atemgeräusche angegeben, 1997 waren es knapp sieben Prozent (n = 603). Tatsächlich scheint die Aufmerksamkeit und Betreuung symptomatischer Kinder in Wien noch mangelhaft zu sein, denn mehr als die Hälfte aller symptomatischen Kinder erhält auch keinerlei antiasthmatische Therapie. Nur knapp ein Drittel (1996: 29,9 Prozent bzw. 1997: 32,6 Prozent) dieser symptomatischen 5–7-jährigen Kinder hatte eine entsprechende Asthmdiagnose. Unterdiagnostik und fehlende Behandlung symptomatischer Kinder sind in Wien höher als in anderen europäischen Städten (ISAAC, 1998). Dies ist besonders beunruhigend, da eine mangelhafte Therapie der Erkrankung die Chancen eines leichten Krankheitsverlaufes und einer weitgehenden Lungengesundung beträchtlich mindert. Eine Fortsetzung der Untersuchungen durch entsprechende finanzielle Absicherung erscheint dringlich.

4.2.3.6 HNO-Erkrankungen

Erkältungen sind Infektionen der oberen Luftwege mit Viren, vor allem Rhinoviren, Adenoviren, RSV und Parainfluenzaviren. Das Virus wird über Tröpfcheninfektion (Niesen, Husten) übertragen. Häufig kommt es zu Sekundärinfektionen mit Bakterien. Die Hauptsymptome sind Husten und Schnupfen. Ein Übergreifen der Infektion auf Nebenhöhlen und Bronchialschleimhaut ist möglich. Als Komplikation kann es zu Meningitis, Mastoiditis oder auch zu einer Mittelohrentzündung kommen (LANG-LOIDOLT, 2000).

Häufige Ursache für eine **Mittelohrentzündung** sind über die Tuba auditiva fortgeleitete Infektionen aus dem Nasen-/Rachenbereich. Die häufigste Ursache bei Kindern sind vergrößerte Rachenmandeln (Adenoide) und chronische Infekte der oberen Luftwege. Unter Temperaturanstieg kommt es zu heftigen Ohrenschmerzen und Schwerhörigkeit. Im Verlauf der Erkrankung kommt es zur Eiteransammlung im Mittelohr oder sogar zur Trommelfellperforation, was durch adäquate Therapie vermieden werden kann (TICHATSCHEK und TOEPFER, 2000).

Die **akute Tonsillitis** (auch: Angina tonsillaris), zumeist einfach Mandelentzündung genannt, ist eine Entzündung der Gaumenmandeln, die hauptsächlich von Streptokokken verursacht wird. Betroffen sind vorzugsweise Kinder im Schulalter, seltener Kleinkinder. Der häufigste Übertragungsweg ist die Tröpfcheninfektion, am häufigsten tritt sie in den Wintermonaten und im Frühjahr auf. Typischerweise beginnt die Tonsillitis plötzlich, meist mit hohem Fieber sowie deutlich gestörtem Allgemeinbefinden und Schluckbeschwerden. Dabei sind die Tonsillen entzündlich geschwollen, hochrot und haben weiße bis gelbliche, streifenartige, punktförmige oder zusammenhängende, schmierige Beläge. Oft sind die Lymphknoten im Kieferwinkel schmerzhaft geschwollen und die Sprechweise wirkt verwaschen. Ein typisches Begleitsymptom ist unangenehmer Mundgeruch (KRAML und TICHATSCHEK, 2000).

Grippe (Influenza) ist eine sehr ansteckende Virusinfektion der oberen Luftwege, die in der Regel zwischen drei und fünf Tage andauert und mit schwerem Krankheitsgefühl einhergeht. Der Unterschied zum grippalen Infekt liegt im unterschiedlichen Krankheitsverlauf und in den unterschiedlichen Erregern. Grippe tritt besonders in der kalten Jahreszeit auf. Verursacher der Erkrankung sind Influenza-Viren, die durch Tröpfcheninfektion übertragen werden. Diese Verbreitungsform und das hohe Erkrankungsrisiko führen fast jedes Jahr zu Grippe-Epidemien. Es gibt drei **Arten der Grippe**:

Typ A: Dies ist die häufigste Art. Sie verursacht die stärksten Beschwerden und ist eine ernste Erkrankung. Diese Form tritt etwa alle zwei bis drei Jahre epidemisch auf.

Typ B: Diese Art verursacht nicht ganz so heftige Beschwerden und sucht mitteleuropäische Länder in Abständen von vier bis fünf Jahren heim.

Typ C: Dies ist die „milde Variante“ mit Beschwerden, die einem grippalen Infekt sehr ähnlich sind.

Die Grippeviren der Typen A und B sind sehr ansteckend, weil die kugelförmigen Erreger laufend ihre Eiweißhülle ändern und das menschliche Abwehrsystem nur eine zeitlich begrenzte Immunität entwickelt. Diese beiden Typen der Grippe befallen am häufigsten Kinder im Alter zwischen fünf und 14 Jahren (ZENNER, 1997; TICHATSCHEK, 2000).

Bei der **Sinusitis** ist der natürliche Ausführungsgang der Nasennebenhöhlen verengt oder verlegt. Die typischen Symptome sind Schmerzen im Wangenbereich, hinter den Augen, über der Stirn oder selten auch im Hinterkopfbereich. Durch die Verlegung des Ausführungsgangs, kann es zu einem Sekretstau mit nachfolgender Entzündung in der betroffenen Nebenhöhle kommen. Ursache können Schleimhautschwellungen im Rahmen einer Erkältung oder Grippe, aber auch Nasenscheidewandverkrümmungen sein. Jede Art von Erkältung kann die Nebenhöhlen beeinflussen, weswegen es auch einen fließenden Übergang von Erkältung zur Nebenhöhlenentzündung gibt. Auch Nasenpolypen können zu einer Verlegung des Ausführungsgangs führen (LANG-LOIDOLT, 2000).

Nasenpolypen sind gut- und geschwulstartige Wucherungen der Nasenschleimhaut. Nasenpolypen wachsen aus den Nasennebenhöhlen in die Nasenhaupthöhle. Es ist letztlich noch ungeklärt, warum es zu diesen Wucherungen kommt. Chronische Entzündungen scheinen dabei jedoch ebenso wie eine individuelle Veranlagung eine wichtige Rolle zu spielen. Einzelne Nasenpolypen können einige Zentimeter groß werden. Dies führt unter Umständen zu einer völligen Verlegung der Nase. Durch die Mundatmung wird die Luft nicht in der Nase gefiltert, und es kommt häufiger zu Infekten der unteren Atemwege bis hin zu einer chronischen Bronchitis oder einem Asthma bronchiale (LANG-LOIDOLT, 2000).

Die **akute Laryngitis** tritt meist als Begleiterkrankung bei einer allgemeinen Virusinfektion (Erkältung) auf. Auch eine Sinusitis, rascher Temperaturwechsel, Überanstrengung der Stimme oder Zigarettenrauch können Verursacher sein. Die Stimme ist rau, die PatientInnen verspüren Räusper- und Hustenzwang. Im Kindesalter kann die akute Laryngitis zu einer akuten Anschwellung des subglottischen Gewebes mit Stridor und Atemnot führen, was als Pseudokrupp bezeichnet wird (ZENNER, 2000).

Die **Tracheitis** ist in der Regel kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern tritt häufig als Tracheobronchitis auf. Erreger sind meist Viren, eventuell mit bakterieller Superinfektion. Als Symptome treten Husten, Fieber und Schmerzen hinter dem Brustbein auf (ZENNER, 2000).

Datenlage bei HNO-Erkrankungen

In der Altersgruppe der **0–3-Jährigen** beiden Geschlechtes waren die Hauptdiagnosen (nach Spitalsentlassungsstatistik) Chronische Affektionen der Tonsillen des adenoiden Gewebes (n = 1.025), Akute Rhinopharyngitis (n = 492), Akute Laryngitis und Tracheitis (n = 292) (Tabelle 11).

Bei den **4–7 Jahre** alten Knaben und Mädchen wurden am häufigsten Chronische Affektionen der Tonsillen (n = 2.486), Akute Tonsillitis (n = 132) sowie Akute Rhinopharyngitis (n = 101) diagnostiziert (Tabelle 11).

Die **8–11-jährigen Knaben** wiesen hauptsächlich Chronische Affektionen der Tonsillen (n = 409), Akute Tonsillitis (n = 37) und Akute Sinusitis (n = 24) auf. Bei den Mädchen der gleichen Altersgruppe wurden hauptsächlich Chronische Affektionen der Tonsillen (n = 422), Akute Tonsillitis (n = 21) und Akute Rhinopharyngitis (n = 17) (Tabelle 11) diagnostiziert.

Die **12–15-jährigen Knaben** wiesen hauptsächlich Chronische Affektionen der Tonsillen (n = 241), Akute Tonsillitis (n = 12) und Akute Rhinopharyngitis (n = 12) auf. Bei den Mädchen der gleichen Altersgruppe wurden hauptsächlich Chronische Affektionen der Tonsillen (n = 422) sowie Akute Sinusitis (n = 13) diagnostiziert (Tabelle 11).

Tabelle 11: Ausgewählte HNO-Erkrankungen der Wiener Kinder im Alter von 0–15 Jahren

ICD-9	Lokalisation	0–3 Jahre		4–7 Jahre		8–11 Jahre		12–15 Jahre	
		m	w	m	w	m	w	m	w
460	Akute Rhinopharyngitis	247	245	60	41	23	17	12	10
461	Akute Sinusitis	9	15	27	18	24	13	12	13
462	Akute Pharyngitis	42	37	12	9	7	8	4	5
463	Akute Tonsillitis	133	91	71	61	37	21	10	16
464	Akute Laryngitis und Tracheitis	198	94	50	31	10	6	1	1
465	Akute Infektionen der oberen Luftwege	125	103	25	24	13	8	11	4
471	Nasenpolypen	3	0	3	2	1	0	3	0
472	Chronische Pharyngitis und Rhinopharyngitis	18	11	4	3	2	1	0	1
473	Chronische Sinusitis	2	1	1	0	4	4	6	2
474	Chronische Affektionen der Tonsillen und des adenoiden Gewebes	612	413	1.391	1.095	409	422	136	241
487	Grippe	24	11	7	16	5	0	3	3

Quelle: Statistik Österreich, 1999 Spitalsentlassungsstatistik 1998 (siehe Kap. 4.2.3.4)

Die Auswertung der Gesundheitsblätter des Schuljahres 1999/00 für Wiener SchülerInnen ergab in der ersten Schulstufe 9,3 Prozent, in der 4. Schulstufe 12,5 Prozent und in der 8. Schulstufe 16,3 Prozent Tonsillektomie. Krankhaft veränderte Tonsillen wurden bei 9,4 Prozent in der 1. Schulstufe, 6,8 Prozent in der 2. Schulstufe und 5,1 Prozent in der 8. Schulstufe diagnostiziert (siehe Kap. 4.2.6.2).

Im Jahr 1999 fanden an der Universitätsklinik für HNO-Krankheiten am AKH-Wien, Abteilung Phoniatrie-Logopädie (Vorstand: Univ.-Prof. DDr. W. Bigenzahn) insgesamt 1.326 Untersuchungen an Kindern und Jugendlichen statt, davon waren 807 rein phonologisch-logopädische (Stimme und Sprache) Untersuchungen und 519 zusätzlich pädiatrisch-audiologische (Störungen des Gehörs) (siehe Kap. 4.2.2 ff).

Die Zuweisungsgründe lassen sich in drei Gruppen einteilen, nämlich Störungen der Sprache, Störungen der Stimme und Störungen des Gehörs. Sprachstörungen treten gehäuft im Vorschulalter, Stimmstörungen im Vorschul- und Schulalter auf. Im Rahmen eines umfassenden diagnostischen Prozesses wird auch den psychodynamischen Hintergründen der Störungen Beachtung geschenkt. Häufig handelt sich dabei nämlich um ehemalige Schreikinder, die später durch dominantes Spielverhalten auffallen. Auch eine ausführliche Familienanamnese mit besonderer Berücksichtigung des Sprach- und Sprechverhaltens bzw. der sprachlichen Kenntnisse der Familienmitglieder erfolgt im Rahmen der Anamnese.

Je nach Fragestellung und Problem werden Termine für Gespräche, Begutachtungen und Testsitzungen vereinbart. Danach erfolgen ausführliche Abschlussgespräche und Erklärungen der Ergebnisse.

Bei Inanspruchnahme entstehen, außer einem Krankenschein, keine Kosten. Die Wartezeiten belaufen sich für Erstbegutachtungen auf etwa drei Wochen und bei Therapien, außer im Akutfall, auf 2–3 Monate im Durchschnitt (BIGENZAHN, 2000).

4.2.3.7 Kinderkrankheiten

Kinderkrankheiten verdanken ihren Namen der hohen Ansteckbarkeit und Erkrankungshäufigkeit im Kindesalter. Vor dem Einsetzen des modernen Impf-Zeitalters erreichte man kaum das Erwachsenenalter, ohne durch Erkrankung oder stille Feiung gegen diese Infektionskrankheiten immun geworden zu sein. Impfungen (siehe Kap. 9.2) und verbesserte Hygiene drängten diese Erkrankungen zurück – mit der Konsequenz, dass Ungeimpfte eventuell erst als Jugendliche oder als Erwachsene mit diesen Infektions-Erregern Kontakt haben und altersbedingt oft schwerer erkranken. Impfungen gegen klassische Kinderkrankheiten wie Masern, Röteln, Mumps, Polio und Diphtherie bewirkten einen massiven Rückgang der spezifischen Erkrankungs- und Sterbezahlen. Dieser Erfolg führte allerdings auch zu einem teilweisen Umdenken der Bevölkerung über die Bedeutung dieser Infektionskrankheiten. Dies betrifft insbesondere die Masern, deren potenzielle Gefährlichkeit von vielen Eltern nicht mehr erkannt wird (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

4.2.3.7.1 Masern

Die WHO Mitgliedsstaaten der Europa-Region bekennen sich zu dem Ziel, die Masern bis zum Jahr 2007 europaweit zu eliminieren. Derzeit ist die Verbreitung der Masern in Europa noch äußerst unterschiedlich. Während skandinavische Länder oder Großbritannien ein sehr erfolgreiches Impfwesen aufbauten und die Masern damit teilweise bereits eliminiert sind, ist diese Erkrankung in Ländern wie Italien, Deutschland und auch Österreich nach wie vor endemisch und alltäglich.

Masern-Erkrankungen führen außerdem oft zu Komplikationen wie Mittelohrentzündungen, Lungenentzündungen, Durchfall oder Enzephalitis. Während der Schwangerschaft können Masern vorzeitige Wehen oder Totgeburten verursachen. Die gefürchtete Spätkomplikation der Masern, die subakute sklerosierende Panenzephalitis, tritt zwar nur sehr selten auf, dennoch mussten in Österreich im ersten Halbjahr 1999 bereits zwei Fälle dieser immer tödlich verlaufenden Erkrankung verzeichnet werden. Schätzungen der WHO zufolge sterben weltweit jährlich bis zu einer Million Kinder an Masern. In Industriestaaten kommen 1–2 Todesfälle auf 1.000 Masern-Erkrankungen (HLADIK, 1999; In: GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

In **Österreich** gehören die Masern nicht zu den meldepflichtigen Erkrankungen. Die Zahl der jährlich Erkrankten ist daher nicht bekannt. 1998 wurden laut Spitalsentlassungsstatistik (siehe Kap. 4.2.3.4) 14 Wiener Kinder im Alter von 0–15 Jahren mit der Diagnose Masern (ICD-9 055) entlassen.

Einzig das Institut für Virologie der Universität Wien führt ein freiwilliges Meldesystem, das etwa acht Prozent der österreichischen Bevölkerung erfasst. Für 1998 wurden hier 50 Fälle gemeldet, davon 15 mit Komplikationen. Von diesen wiederum waren drei geimpft, zwölf ungeimpft. Eine Hochrechnung auf das ganze Bundesgebiet scheint aufgrund dieser kleinen Zahl unzulässig, ebenso liegen keine gesonderten Zahlen für Wien vor (HLADIK, 1999; In: GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Aufgrund seiner Epidemiologie kann sich das Masern-Virus auf Dauer nur in größeren Städten wie Wien und Graz halten, um von dort aus immer wieder ländlichere Gebiete heimzusuchen. Wien ist aufgrund seiner Größe das wichtigste Reservoir (neben Masern-Importen aus dem Ausland), gleichzeitig ist die Kontrolle hier am schwersten. Erfolgreiche Impfstrategien (siehe Kap. 9.2) beinhalten die rechtzeitige Gabe der ersten Impfung im 15. Lebensmonat, das Sicherstellen der zweiten MMR-Impfung für alle Kinder im 7. Lebensjahr und die Meldepflicht für Masern-Erkrankungen. Erst das Zusammenspiel von hohen Impfraten von 95 Prozent und mehr, einem gut funktionierenden Meldesystem sowie der raschen Kontrolle von lokalen Masern-Epidemien wird eine erfolgreiche Eliminierung dieses Virus ermöglichen (HLADIK, 1999; In: GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

4.2.3.7.2 Mumps

Eine Infektion mit dem Mumps-Virus verursacht Fieber, Kopfschmerzen sowie eine Entzündung und Schwellung der Speicheldrüsen (v. a. der Glandula parotis). Auch Bauchspeicheldrüsenentzündungen kommen vor. Bei jedem zehnten Erkrankten treten Entzündungen der Meningen auf, selten kann dies sogar zur Ertaubung führen. Bei männlichen Jugendlichen und Erwachsenen verursacht Mumps häufig eine schmerzhafte Schwellung der Hoden, gelegentlich führt dies sogar zur Sterilität. Bei Mädchen und Frauen kann es zu einer Entzündung der Ovarien kommen. Die meisten nichtgeimpften Personen machen in ihrem Leben eine Mumpsinfektion durch (BM für ARBEIT GESUNDHEIT UND SOZIALES, o.J.). 1998 registrierte die Spitalsentlassungsstatistik in Wien (siehe Kap. 4.2.3.4) neun Kinder im Alter von 0–15 Jahren mit der Diagnose Mumps (ICD-9 072).

4.2.3.7.3 Keuchhusten

Der Erreger des Keuchhusten, *Bordetella pertussis*, wird durch Tröpfcheninfektion über die Luft übertragen. Nach einer Inkubationszeit von 10–14 Tagen beginnt die Erkrankung mit einem uncharakteristischen Stadium. Danach entwickeln sich die charakteristischen krampfartigen Hustenanfälle. Dieses Stadium dauert 2–3 Wochen. Vor allem im Säuglingsalter kann es zu Komplikationen wie Pneumonien oder Mittelohrentzündung kommen. Sehr selten (in 0,4 Prozent der Fälle) kann es als Spät komplikation zu einer Enzephalopathie kommen. Die Krankheit hinterlässt eine fundierte Immunität. Eine Zweiterkrankung im Erwachsenenalter ist prinzipiell möglich, aber selten.

Eine Antibiotikatherapie ist nur im Anfangsstadium wirksam. Die wichtigste prophylaktische Maßnahme ist die aktive Immunisierung (KAYSER et al., 1998).

1997 erkrankten im Alter von 0–15 Jahren elf, 1998 neun und 1999 ebenfalls neun Wiener Kinder an Keuchhusten. Die Gruppe der unter 1-Jährigen und die der 7–15-Jährigen waren, auf die Jahre gerechnet, am häufigsten betroffen (Tab. 12).

Tabelle 12: Anzahl der Erkrankungen an Keuchhusten unter Wiener Kindern (0–15 Jahre), 1997–1999

Alter	1997	1998	1999
< 1 Jahr	3	3	3
1. – 3. Lebensjahr	2	1	1
4. – 6. Lebensjahr	4	1	3
7.–15. Lebensjahr	2	4	2

Quelle: MA 15/II/2, 2000

4.2.3.7.4 Scharlach

Diese Kinderkrankheit wird durch Streptokokken verursacht und ist gekennzeichnet von vielfältigen Symptomen. Zu Beginn der Erkrankung kommt es zu hohem Fieber. Im späteren Verlauf treten Halsschmerzen, geschwollene Lymphknoten und Übelkeit auf, und die Zunge verfärbt sich himbeerfarben. Nach etwa zwei Tagen bildet sich an Bauch, Brust und Hals ein Hautausschlag mit eng aneinander liegenden roten, rauen Flecken. Nach 1–2 Wochen bilden sich die Symptome zurück.

Eine rasche Behandlung der Krankheit ist notwendig. Unbehandelt kann es zu eitrigen Abszessen im Rachen, Mittelohrentzündung, rheumatischem Fieber, Herzmuskel- oder Nierenentzündungen kommen. Durch rechtzeitige Behandlung mit Antibiotika können schwere Folgeerkrankungen aber weit gehend vermieden werden.

Im Gegensatz zu anderen Kinderkrankheiten führt eine Scharlachinfektion zu keiner Immunität. Scharlach kann also mehrmals auftreten, meist durch einen anderen Streptokokken-Stamm verursacht (FEINBÖCK, 2000).

Bei Scharlacherkrankungen ist in den letzten Jahren ein Rückgang zu verzeichnen. In Wien erkrankten 1997 523 Kinder im Alter von 0 bis 15 Jahren an Scharlach, 1998 486 und 1999 351 Kinder. Die Zahl der Betroffenen war im Vorschulalter wesentlich höher als im Schulalter (Tab. 13).

Tabelle 13: Anzahl der Scharlacherkrankungen unter Wiener Kindern (0–15 Jahre), 1997–1999

Alter	1997	1998	1999
Vorschulalter	430	395	294
Schulalter	93	91	57

Quelle: MA 15//2, 2000

4.2.3.7.5 Röteln

Von dieser Virusinfektion, welche weltweit vorkommt, sind vor allem Jugendliche und Kinder betroffen. Übertragen werden Röteln meist über Tröpfcheninfektion. Innerhalb von 2–3 Wochen treten dann die Symptome auf, die von grippeartigen Beschwerden, Unwohlsein, leichtem Fieber bis zu geschwollenen Lymphknoten reichen. Außerdem bildet sich ein Hautausschlag in Form von kleinen hellroten Flecken, die zunächst nur das Gesicht und dann den ganzen Körper bedecken. Ansteckungsgefahr besteht eine Woche vor bis zehn Tage nach Auftreten der Symptome (SLATIN, 2000). Die Rötelninfektion kann auch unbemerkt verlaufen (BM FÜR ARBEIT GESUNDHEIT UND SOZIALES, o.J.). Für die PatientInnen verläuft die Krankheit eher harmlos, falls Fieber auftritt ist Bettruhe ratsam.

Gefährlich ist die Infektion nur dann, wenn sich Schwangere in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft infizieren. Vor allem in diesem Abschnitt der Schwangerschaft besteht für das Ungeborene die Gefahr von Fehlbildungen. Dabei sind vorwiegend Augen, Ohren und das Herz gefährdet. Auch geistige Retardierung kann vorkommen. Frauen, die eine Schwangerschaft planen, sollten den Antikörper-Titer bestimmen lassen, um gegebenenfalls eine Auffrischungsimpfung zu erhalten.

Generell wird für alle Kinder eine Impfung (siehe Kap. 9.2) ab dem zweiten Lebensjahr empfohlen, meistens gemeinsam mit der Masern- und Mumps-Impfung. Ab dem sechsten Lebensjahr sollte ein zweites Mal geimpft werden und bei Mädchen noch einmal zwischen dem elften und zwölften Lebensjahr (SLATIN, 2000).

4.2.3.7.6 Windpocken

Windpocken werden durch das Varizella-Zoster-Virus verursacht. Die Infektion erfolgt aerogen im Bereich der Schleimhäute des oberen Respirationstraktes. Über das Blut kommt es zur Verteilung im Körper. Charakteristisch ist der bläschenförmige Ausschlag im Gesicht, Stamm- und Extremitätenbereich. Lediglich Hände und Füße werden ausgespart. Die Viren können auch nach Abklingen der Kinderkrankheit im Nervensystem verborgen bleiben und nach Jahrzehnten bei entsprechender Aktivierung das Krankheitsbild des Zoster hervorrufen (RIEDE et al., 1995). 1998 wurden in Wien laut Spitalsentlassungsstatistik 53 Kinder im Alter von 0–15 Jahren mit Windpocken (ICD-9 052) registriert, wobei die Altersgruppe der 0–7-Jährigen am häufigsten betroffen war (siehe Kap. 4.2.3.4).

4.2.3.7.7 Poliomyelitis acuta

Kinderlähmung ist eine Viruserkrankung, die sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen zu bleibenden Lähmungen oder sogar zum Tod führen kann. Die Erkrankung beginnt mit Fieber, Übelkeit, Erbrechen sowie Gliederschmerzen. Lähmungserscheinungen setzen erst später ein und beginnen meist an den Beinen. Bei fortschreitender Erkrankung können sie auf die Arme und schließlich auch auf die Atemmuskulatur übergreifen. Nach Abklingen der akuten Phase bleiben oft Dauerschäden.

Vor Einführung der Impfung (siehe Kap. 9.2) erkrankten in Österreich Tausende an Poliomyelitis, zum Teil auch mit bleibenden Lähmungen, denn eine effektive Behandlung der Krankheit ist bis heute noch nicht möglich. In jenen Ländern, wo eine allgemeine Impfung eingeführt wurde, konnte die Krankheit zum Verschwinden gebracht werden. Sowohl in Österreich als auch in den anderen Ländern ist aber eine vollständige Durchimpfung der Bevölkerung weiterhin notwendig, da durch Einschleppung der Krankheit aus Ländern mit schlechten hygienischen Verhältnissen Poliomyelitis jederzeit wieder auftreten kann. Geimpft wird als Schluckimpfung (Sabin, OPV) mit einem Impfstoff aus abgeschwächten vermehrungsfähigen Viren aller drei Poliosträmme oder mittels Totimpfstoff (Salk, IPV). Für die Grundimmunisierung wird im Rahmen der Kombinationsimpfung die Schluckimpfung verwendet, bei Kindern, die schon gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten, nicht aber gegen Polio geimpft sind sowie

bei noch nie geimpften Erwachsenen über 21 verwendet man den Totimpfstoff (BM FÜR ARBEIT GESUNDHEIT UND SOZIALES, o.J.).

4.2.3.7.8 Diphtherie

Diese bakterielle Infektion betrifft meist Nase und Rachen, gelegentlich auch die Haut. Das Bakterien-Toxin kann sich aber auch über den ganzen Körper verteilen und schwere Schäden hervorrufen. Es kann zu Atemnot, Herz-Kreislauf-Störungen, Lähmungen und Nierenschädigungen kommen. 1–2 von zehn Erkrankungen enden tödlich. Durch die hohe Impfbeteiligung der Bevölkerung ist die Krankheit bei uns selten geworden, in Osteuropa ist es in der letzten Zeit dennoch zu ausgedehnten Diphtherie-Epidemien gekommen. Die Krankheit kann bei uns also jederzeit wieder eingeschleppt werden.

4.2.3.8 Meldepflichtige Erkrankungen

4.2.3.8.1 Meningitis

Die Bakterien oder Viren, welche die Meningitis verursachen, gelangen über den Blutkreislauf oder auf anderen Wegen in den Liquor cerebrospinalis.

Die **virale Infektion** ähnelt einer Grippe und heilt meist ohne Folgen aus. Eine spezielle Therapie ist in der Regel nicht notwendig.

Die **bakterielle Meningitis** verläuft meist schwer und kann lebensgefährlich sein. Symptome sind heftiger Kopfschmerz im Nackenbereich, Fieber, Schüttelfrost, oft auch Übelkeit, Erbrechen und Lichtscheu. Bei schweren Verläufen kann es zu Benommenheit, Schläfrigkeit und schweren Bewusstseinstörungen bis zum Koma kommen (SLATIN, 1999).

Bei Säuglingen unter einem Monat sind die häufigsten Erreger E. coli, Streptokokken und Listerien. Bei Kindern sind in ungefähr 55 Prozent der Fälle Haemophilus influenzae-Bakterien für die Infektion verantwortlich. Bei Jugendlichen sind es großteils Meningokokken (ca. 50 Prozent) und Pneumokokken (ca. 20 Prozent) (HEROLD et al., 2000).

Der häufigste Übertragungsweg ist die Tröpfcheninfektion, aber auch nach schweren Mittelohrentzündungen oder Lungenentzündungen kann die Infektion hämatogen (Sepsis) erfolgen (SLATIN, 1999).

Die Anzahl der Meningitiserkrankungen in Wien hat sich im Vergleichszeitraum 1997–1999 vermindert. 1997 wurden 17, 1998 neun und 1999 zehn Fälle bei Kindern im Alter von 0–15 Jahren gemeldet. Am geringsten ist die Gruppe der Kinder unter einem Jahr betroffen, während die 4–6-Jährigen am häufigsten erkrankten (Tabelle 14).

Tabelle 14: Anzahl der Meningokokken-Meningitiden unter Wiener Kindern (0–15 Jahre), 1997–1999

Alter	1997	1998	1999
< 1 Jahr	1	keine Meldung	1
1. – 3. Lebensjahr	7	1	1
4. – 6. Lebensjahr	5	4	5
7.–15. Lebensjahr	4	4	3

Quelle: MA 15//2, 2000

Kinder können gegen Haemophilus influenzae geimpft werden (siehe Kap. 9.2). Die Therapie nach Infektion erfolgt mit Antibiotika.

4.2.3.8.2 Hepatitis

Hepatitis wird durch die Infektion mit Hepatitis-Viren verursacht. Derzeit sind die Typen A, B, C, D, E, G bekannt. Sie sind für ca. 95 Prozent aller Virushepatitiden verantwortlich (HEROLD, 2000). Das Hepatitis D-Virus tritt nur mit dem Hepatitis B-Virus auf.

Eine Hepatitis kann auch als Begleiterkrankung von viralen (Mononucleosa infectiosa, CMV-Infektionen), bakteriellen (Leptospirose, Brucellose usw.) und parasitären (Amöbenruhr usw.) Infektionen auftreten. Weitere Auslöser können Gifte (Alkohol, Gift des Knollenblätterpilzes) oder Arzneimittel (Überdosierung von Paracetamol, Halothan) sein (PEDERSON et al., 2000).

Die **Übertragung des Hepatitis-A-Virus (HAV)** erfolgt durch Schmierinfektion. Das Virus wird über den Stuhl infizierter Personen verbreitet. Auch ungenügend gegarte Fische, Eiswürfel, Speiseeis, ungeschältes Obst und Gemüse oder nicht abgekochtes Wasser können Infektionsquellen sein. Hepatitis A tritt vor allem in Ländern mit schlechten hygienischen Verhältnissen auf.

Die Inkubationszeit liegt zwischen 15 und 45 Tagen. Erste Symptome sind Appetitlosigkeit, Übelkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen sowie leichtes Fieber. In der zweiten Phase kommt es zum Ikterus (Gelbsucht). Meist dauert die Krankheit 2–3 Wochen. Kleinkinder haben meist einen milden Krankheitsverlauf mit geringem Ikterus.

Gegen Hepatitis A gibt es eine Impfung. Vorbeugend können auch Gammaglobuline injiziert werden (zum Beispiel vor Reisen oder nach Kontakt mit infizierten Personen) (PEDERSON et al., 2000).

Im Jahre 1997 wurden bei Kindern im Alter von 0–15 Jahren 108, 1998 82 und 1999 64 Hepatitis-A-Erkrankungen gezählt (siehe Tab.15). Die Reduzierung der Fälle seit 1997 auf fast die Hälfte ist höchstwahrscheinlich ein Resultat des neuen Impfplanes (siehe Kap. 9.3).

Tabelle 15: Anzahl der Erkrankungen an Hepatitis A für Wiener Kinder (0–15 Jahre), 1997–1999

Alter	1997	1998	1999
Vorschulalter	27	28	23
Schulalter	81	54	41

Quelle: MA 15//2, 2000

Das **Hepatitis-B-Virus (HBV)** wird durch Körperflüssigkeiten (Blut, Blutplasma, Vaginalschleim, Sperma, Stuhl, Urin, Speichel) übertragen. Bereits mikroskopisch kleine Hautverletzungen genügen, damit Erreger in die Blutbahn gelangen können. Die Inkubationszeit liegt bei 1–6 Monaten. Der Verlauf ist sehr unterschiedlich. Die Krankheit kann asymptomatisch ablaufen, durch leichte Beschwerden wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen und Fieber oder durch Ikterus gekennzeichnet sein.

In 0,5–1 Prozent der Fälle verläuft die Krankheit dramatisch mit tödlichem Ausgang. Die Krankheit verläuft um so dramatischer, je jünger die PatientInnen sind. Bei zehn Prozent der Erkrankungen bleiben die Betroffenen lebenslang Virusträger (bei Säuglingen bis zu 90 Prozent), was gleichbedeutend mit einem chronischen Verlauf der Krankheit ist. In der Folge kann sich daraus eine Leberzirrhose oder auch ein Leberzellkarzinom (ein Prozent der Fälle) entwickeln (BM FÜR ARBEIT GESUNDHEIT UND SOZIALES, o.J.).

Ein besonderes Risiko besteht für Neugeborene, deren Mütter während der Schwangerschaft an Hepatitis B erkranken oder deren Mütter zum Zeitpunkt der Schwangerschaft HBV-TrägerInnen sind. Für das Kind liegt das Risiko einer Ansteckung zwischen zehn und 85 Prozent. Werden Kinder während der Geburt mit Hepatitis B infiziert, liegt das Risiko für einen chronischen Verlauf bei 90 Prozent (BM FÜR ARBEIT GESUNDHEIT UND SOZIALES, o.J.).

Die Impfung gegen Hepatitis B (siehe Kap. 9.2) wird für alle Neugeborenen empfohlen, deren Mütter zum Geburtstermin mit dem HBV infiziert sind. Alle anderen Kinder sollten nach dem dritten Lebensmonat gegen Hepatitis B geimpft werden. Spätestens bis zum 13. Lebensjahr sollten alle Kinder geimpft sein, da nach der Pubertät das Ansteckungsrisiko stark ansteigt (BM FÜR ARBEIT GESUNDHEIT UND SOZIALES, o.J.).

Die Anzahl der Hepatitis-B-Erkrankungen hat sich, wenn man 1997 und 1999 vergleicht, nur geringfügig verändert. Dennoch waren 1998 und 1999 weniger Fälle zu beobachten als 1997. Im Alter von 0–15 Jahren wurden 1997 elf, 1998 fünf und 1999 neun Fälle registriert (siehe Tab. 16).

Tabelle 16: Anzahl der Erkrankungen an Hepatitis B unter Wiener Kindern (0–15 Jahre), 1997–1999

Alter	1997	1998	1999
Vorschulalter	5	keine Meldung	4
Schulalter	6	5	5

Quelle: MA 15//2, 2000

Der häufigste Infektionsweg bei **Hepatitis-C** ist der durch Kontakt mit infiziertem Blut. Die Wahrscheinlichkeit der Übertragung durch Geschlechtsverkehr ist eher gering. Auch eine Mutter-Kind-Übertragung kommt selten vor. Das größte Infektionsrisiko findet man bei medizinischem Personal und bei DrogenbenutzerInnen. Bei einem Drittel der Betroffenen ist der Infektionsweg unklar.

Die Inkubationszeit liegt zwischen einem und sechs Monaten. Die Symptomatik ist jener der Hepatitis B ähnlich. Symptome findet man aber nur bei etwa zehn Prozent der Infizierten. Bei 80 Prozent der Hepatitis-C-Virus-Infizierten verläuft die Krankheit chronisch. Bei rund einem Drittel der Infizierten entwickelt sich nach durchschnittlich zwanzig Jahren eine Leberzirrhose, aus welcher sich in weiterer Folge ein Leberzellkarzinom entwickeln kann. Gegen Hepatitis C gibt es derzeit noch keine Impfung.

Therapeutisch kann eine Behandlung mit Interferon und Ribavirin versucht werden. Bei rund der Hälfte der PatientInnen ist die Therapie erfolgreich (PEDERSON et al., 2000).

Die Anzahl der Wiener Kinder, welche an Hepatitis C erkranken, ist relativ gering. 1997 gab es keine Meldung. 1998 und 1999 wurden je zwei Fälle registriert, die ausschließlich Kinder im Schulalter betrafen (Tabelle 17).

Tabelle 17: Anzahl der Erkrankungen an Hepatitis C unter Wiener Kindern (0–15 Jahre), 1997–1999

Alter	1997	1998	1999
Vorschulalter	keine Meldung	keine Meldung	keine Meldung
Schulalter	keine Meldung	2	2

Quelle: MA 15/II/2, 2000

4.2.3.8.3 Bakterielle Lebensmittelvergiftungen

Aus der Gruppe der **Campylobacter** verursacht lediglich *Campylobacter jejuni* eine Lebensmittelvergiftung. Der Erreger wird von Tieren über Lebensmittel und Trinkwasser auf den Menschen übertragen. Eine direkte Übertragung von Mensch zu Mensch durch Schmierinfektion kommt vor, vor allem auch bei Kindern in Kindergärten. *Campylobacter* verursacht eine Enterokolitis mit wässrigen, gelegentlich blutigen Durchfällen und Fieber.

Enteritische Salmonellosen entstehen durch Aufnahme der Erreger, **Salmonella enteritidis**, mit Nahrungsmitteln. Die Erreger verursachen im Dick- und Dünndarm eine Entzündung. Meist beginnt die Krankheit plötzlich mit akuten Brechdurchfällen, die von hohem Fieber begleitet sein können. Nach wenigen Tagen klingen die Symptome von selbst ab.

Yersinia enterocolitica wird in der Regel indirekt über Lebensmittel aufgenommen. Die Keime gelangen in den Verdauungstrakt und verursachen lokal eine Entzündung. Gelegentlich sind auch, vor allem bei Kindern, die Lymphwege betroffen.

Shigellen, die Erreger der bakteriellen Ruhr, werden entweder über Schmierinfektion oder direkt über Lebensmittel oder Trinkwasser übertragen. Nach einer Inkubationszeit von wenigen Tagen kommt es zu wässrigen Durchfällen, die teilweise mit krampfartigen Bauchschmerzen oder Fieber einhergehen (KAYSER et al., 1998).

Die hauptsächlichsten bakteriellen Lebensmittelvergiftungen sind Salmonellosen. Die Anzahl der Erkrankungen ist seit 1997 (n = 453) geringfügig auf 440 (1999) gesunken. An die zweite Stelle treten Erkrankungen, welche durch *Campylobacter* verursacht werden. Die Zahl der erkrankten Kinder ist von 305 im Jahre 1997 auf 431 1999 gestiegen. Die bakterielle Ruhr verursachte 1997 bei 31 und 1999 bei 75 (mehr als das Doppelte von 1997 und 1998) Kindern eine Lebensmittelvergiftung. Auch die durch *Yersinien* hervorgerufene Erkrankung ist seit 1997 von 26 auf 31 Fälle im Jahre 1999 gestiegen (Tabelle 18).

Tabelle 18: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen bei Wiener Kindern (0–15 Jahre), 1997–1999

Alter und Jahr	Salmonellen	Campylobacter	Yersinien	Bakterielle Ruhr
1997				
< 1 Jahr	18	16	1	keine Meldung
1. – 6. Lebensjahr	308	187	14	21
7.–15. Lebensjahr	127	102	11	10
gesamt	453	305	26	31
1998				
< 1 Jahr	21	15	3	2
1. – 6. Lebensjahr	286	236	21	10
7.–15. Lebensjahr	134	165	11	11
gesamt	441	416	35	33
1999				
< 1 Jahr	13	22	1	2
1. – 6. Lebensjahr	268	266	10	41
7.–15. Lebensjahr	159	143	20	32
gesamt	440	431	31	75

Quelle: MA 15//2, 2000

4.2.3.8.4 Tuberkulose

Nach jüngsten Schätzungen ist etwa ein Drittel der Weltbevölkerung (1,7 Mrd.) mit dem Tuberkulose-Bakterium infiziert, die Zahl der aktiv Erkrankten wird auf 15 Millionen Menschen geschätzt. Zwar hat die Tbc in Mitteleuropa durch potente Mehrfachtherapien ihren ursprünglich lebensbedrohlichen Charakter verloren, kommt es nun doch wieder – durch verstärkte Migrationsbewegungen aufgrund von Kriegen und wirtschaftlichen Zusammenbrüchen, vor allem aus Ost- und Südeuropa – zu einer vermehrten Ausbreitung der Tuberkulose in den Ländern der EU. Erschwerend kommt hinzu, dass die Dunkelziffer der an Tuberkulose Erkrankten verhältnismäßig hoch liegen dürfte.

Der erfreuliche Wandel der **Kindertuberkulose**, welcher bis 1988 stark rückläufig war (1970 erkrankten 59 Kinder; 1988 fünf Kinder, davon keines an offener Tuberkulose) änderte sich 1989 und wies bis 1995 wieder steigende Tendenzen auf. Der Rückgang der Erkrankungen 1996 (26 Kinder erkrankten, davon drei an offener ansteckender Tuberkulose) setzte sich 1997 und 1998 fort. 1999 kehrte sich dieser Trend leider wieder um; es erkrankten 22 Kinder an Tuberkulose, bei neun Kindern war es ansteckende Tuberkulose. Die an Tbc erkrankten ausländischen Kinder sind überwiegend in Wien geboren (MA 15/Dezernat 1/Ref. 3).

Im Jahre 1900 starben 1.399 Kinder an Tuberkulose, 1930 waren es immerhin noch 168 Kinder und von 1970–1998 ist in Wien kein Kind mehr an Tbc gestorben. Obwohl die endgültigen Zahlen der Sterbefälle für 1999 noch nicht vorliegen, ist der Todesfall eines 13 Monate alten Kindes (Todesursache: Miliartuberkulose) bekannt.

Im Zeitraum 1997–1999 sind im Alter von 0–14 Jahren 1997 27, 1998 zwölf und 1999 22 Wiener Kinder an Tuberkulose (hauptsächlich nicht ansteckende) erkrankt. Ein Altersgruppenvergleich zeigt, dass hauptsächlich die Kinder im Alter von 0–4 Jahren betroffen sind (Tabelle 19).

Tabelle 19: Kindertuberkulosefälle bei Wiener Kindern (0–14 Jahre), 1997–1999

	0–4 Jahre			5–9 Jahre			10–14 Jahre		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999	1997	1998	1999
la	4	–	7	–	–	–	1	1	2
lc	12	1	5	4	3	3	1	–	2
ld	4	4	1	–	–	–	1	3	2
ld aufgegliedert:									
	0–4 Jahre			5–9 Jahre			10–14 Jahre		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Lymphknoten	3	3	–	–	–	–	1	–	1
Knochen	–	–	–	–	1	–	–	–	–
Urolog.	–	–	–	–	–	–	–	–	–
sonstige	1	1	1	–	2	–	–	–	1

la = ansteckende Lungentuberkulose; lc = nicht ansteckende Lungentuberkulose; ld = extrapulmonale Tuberkulose

Quelle: MA 15/Dezernat I/Referat 3; Frau Regierungsrätin MOSER (OAR);

Die Gesundheitsfürsorgestellen der Stadt Wien erfassen die Tuberkulosekranken in medizinischer und sozialarbeiterischer Betreuung. Die durchgeführten Kontrolluntersuchungen nach Tuberkuloseerkrankungen in den Gesundheitsfürsorgestellen bzw. bei den niedergelassenen FachärztInnen für Lungenerkrankungen zeigen eine steigende Anzahl von Rezidiverkrankungen an Lungentuberkulose. Diese Zahlen werden aber in den Statistiken im Allgemeinen nicht erwähnt. Die ausgezeichneten Behandlungsmöglichkeiten führten schließlich auch zu einer kontinuierlichen Verringerung der Todesfälle aufgrund einer Tuberkuloseerkrankung (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

4.2.3.8.5 HIV-Infektion und AIDS bei Kindern

In Österreich wurden in der Zeit von 1983 bis Ende März 2000 1.988 AIDS-Erkrankungen gemeldet, 1.221 PatientInnen sind verstorben. Bis Ende Jänner 2000 wurden in Österreich 32 AIDS-Erkrankungen gemeldet, bei welchen die PatientInnen unter 13 Jahren alt waren. 14 Kinder waren zu diesem Zeitpunkt noch am Leben (Tabelle 20). Bis zum 4.6.1996 waren 29 pädiatrische Fälle, davon 16 noch am Leben, gemeldet. Bis zum 5.5.1997 waren es 32 Fälle, davon 17 Lebende (BM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES, 2000).

Tabelle 20: Pädiatrische AIDS-Fälle (Alter < 13 Jahre), bis 28.1.2000 in Österreich gemeldet

Infektionsweg	Knaben		Mädchen		gesamt	
	gesamt	lebende	gesamt	lebende	gesamt	lebende
Mutter-zu-Kind-Übertragung	13	5	13	5	26	10
Gerinnungsstörung/Hämophilie	3	2	0	0	3	2
Transfusionsempfänger	2	1	0	0	2	1
anderes	0	0	1	1	1	1
gesamt	18	8	14	6	32	14

Quelle: BMAGS, Abteilung VIII/D/2, 2000

Am 31.3.2000 waren 767 AIDS-PatientInnen in Österreich gemeldet, wovon rund 50 Prozent auf Wien entfallen. Laut AIDS-Statistik der Aids Hilfe Wien leben in Österreich 12.000–15.000 HIV-Infizierte, ebenfalls die Hälfte davon in Wien (AIDS HILFE WIEN, 2000).

Das größte Infektionsrisiko für Kinder besteht während der Schwangerschaft der HIV-positiven Mutter oder beim Stillen durch eine HIV-positive Frau. In Europa sind 12–18 Prozent der Kinder, deren Mütter in der Schwangerschaft HIV-positiv waren, selbst Virusträger. HIV-positiven Müttern wird vom Stillen abgeraten, da durch Muttermilch eine Virusübertragung erfolgen kann.

Ob das neugeborene Kind einer HIV-infizierten Mutter Virusträger ist, kann man erst im Alter von 15 Monaten feststellen, da die Kinder mit Antikörpern der Mutter geboren werden. Ist das Kind nicht infiziert, nehmen die Antikörper mit der Zeit ab.

Kinder können sich auch durch Blutpräparate infizieren. Meist sind diese Kinder Bluter, die Gerinnungspräparate erhalten haben.

Eine Aussage über die Lebenserwartung HIV-infizierter Kinder ist nicht möglich, da verschiedenste, auch teilweise noch unbekannte Faktoren eine Rolle spielen. Neben dem Zeitpunkt der Infektion während der Schwangerschaft scheinen auch die Lebensumstände der Kinder und ihrer Familie eine Rolle zu spielen. Sowohl materielle als auch physische und psychische Faktoren sind von Bedeutung (AIDS HILFE WIEN, 1997).

Obwohl vieles bekannt ist, herrscht sowohl bei Jugendlichen wie auch bei Erwachsenen ein beträchtlich hohes Maß an Unsicherheit in Bezug auf das Thema HIV-Infektion und AIDS (siehe auch Kap. 8.4). Vor allem Jugendliche, die erste sexuelle Erfahrungen sammeln, sollten dabei unterstützt werden, eigenverantwortlich zu handeln und sich vor einer HIV-Infektion zu schützen. Auch den Risiken, die der Drogenkonsum mit sich bringen kann, sollte in der Präventionstätigkeit Beachtung geschenkt werden (PAUL, 1999). Für diese Schwerpunkte bieten die AIDS-Hilfen Informationsveranstaltungen unter Ausschluss von Erwachsenen und Workshops in Schulen – im Rahmen von Projekttagen und Peers-Projekten, wo SchülerInnen geschult werden, Gleichaltrige im Rahmen des Unterrichts über HIV/AIDS zu informieren – an. Auch versuchen MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfen ihre Erfahrungen in der Arbeit mit DrogenbenutzerInnen an die Jugendlichen weiterzugeben. (PAUL, 1999).

4.2.3.9 Unfälle

Laut WHO (1985) sollte in Europa bis zum Jahr 2000 die Zahl der Todesfälle infolge von Unfällen durch verstärkte Bemühungen zur Verringerung der Unfallhäufigkeit im Straßenverkehr, zu Hause und am Arbeitsplatz um mindestens 25 Prozent vermindert werden. Ausgehend vom Jahr 1980 bedeutet dies eine Reduktion des Anteils der tödlichen Unfälle an allen Sterbefällen (relative Unfallmortalität) von 5,1 auf 3,8 Prozent im Jahr 2000.

Da dieses Ziel in Österreich bereits im Jahr 1992 erreicht wurde, erschien es realistisch, für Österreich ein über das WHO-Konzept „Gesundheit 2000“ hinausgehendes Ziel zu formulieren: Auf Basis des Jahres 1990 (ca. 4,4 Prozent) soll bis zum Jahr 2000 eine weitere Reduktion der relativen Unfallmortalität um 25 Prozent erfolgen. Für Unfälle insgesamt ist somit eine relative Mortalität von 3,2 Prozent anzustreben, für Heim-, Freizeit- und Sportunfälle eine von 1,6 Prozent. Dieses Ziel scheint für Österreich erreichbar, wenn es gelingt, durch verstärkte Unfallverhütung (siehe Kap. 9.3) den ohnedies bestehenden, rückläufigen Trend in der relativen Unfallmortalität bis zum Jahr 2000 aufrecht zu erhalten.

Auf Basis des WHO-Konzeptes „Gesundheit 2000“, hat sich auch Österreich vorgenommen, bis zum Jahr 2000 eine Reduktion des Anteils stationärer, unfallbedingter Spitalsfälle von zehn Prozent zu erreichen. Vor allem durch den Rückgang im Bereich der Verkehrs- und Arbeitsunfälle wurde die WHO-Vorgabe für Unfälle von 1980 (Unfallmortalität minus zwölf Prozent bis 2000) bereits 1992 erreicht. Für Heim-, Freizeit- und Sportunfälle allerdings bleibt das Erreichen der WHO-Zielvorgaben (Rückgang von zehn Prozent) fraglich (KISSER und BAUER, 1998).

4.2.3.9.1 Unfallarten bei Kindern

Sturzunfälle kommen praktisch in jeder Altersgruppe vor und nehmen einen wesentlichen Anteil aller schweren Kinderunfälle vom Säuglingsalter bis zur Pubertät ein, allerdings ändert sich mit dem Alter der Kinder der Unfallhergang des Sturzes wesentlich.

Die Ursachen selbst sind unterschiedlich. Sie reichen vom „passiven Sturzunfall“ der Säuglinge vom Wickeltisch bis zum „aktiven Sturzunfall“ spielender, sporttreibender oder mit sonstigen Tätigkeiten beschäftigter Kinder. Bei Kleinkindern ist der häufigste Unfallort die eigene Wohnung. Stürze passieren vor allem auf Treppen, in der Küche, im Wohnraum und im Kinderzimmer. Mit zunehmender Mobilität der Kinder verlagern sich die Sturzunfälle dann auf den Bereich außerhalb des Hauses. Knaben sind im Verhältnis 3:2 häufiger von diesen Unfällen betroffen als Mädchen.

Vergiftungen sind in Österreich zunehmend an der Gefährdung von Leben und Gesundheit unserer Kinder beteiligt. Die zunehmende Produktion und Verbreitung toxischer Substanzen und stark wirksamer Medikamente hatte auch zur Folge, dass – gerade im Kindesalter – die Intoxikationen eine steigende Tendenz aufweisen. Die große Gefährdung von Kleinkindern durch Vergiftungen lässt sich dadurch erklären, dass in den ersten Lebensjahren (2. und 3.) die Kinder versuchen, ihre Umwelt zu „begreifen“. Sie werden mobil, fassen alles an und stecken alles in den Mund. Dazu kommt das in diesem Alter stark ausgeprägte Nachahmungsverhalten. Die meisten Vergiftungsfälle ereignen sich in der Küche durch Allzweckreiniger, Geschirrspülmittel, Rohrreiniger usw.. Aber auch das

Badezimmer ist ein häufiger Unfallort (WC-Reiniger, Desinfektionsmittel, Kosmetika usw.). Außerhalb des Hauses ereignen sich Vergiftungsunfälle, vor allem hervorgerufen durch Gartenchemikalien, Lösungsmittel und giftige Pflanzen im Keller, Garten und am Balkon. Da im Kleinkindalter erzieherische Maßnahmen noch kaum wirksam sind, müssen Kinder mit protektiven Vorkehrungen vor Vergiftungen geschützt werden. Wie bei den Sturzunfällen sind Knaben auch hier häufiger betroffen.

Erstickungsgefahr besteht vor allem bei Kleinkindern unter zwölf Monaten (siehe Kap. 4.1.2.1.1). Bei Säuglingen ist die Ursache oft das Einatmen erbrochener Speiseteile. Häufig wird das Ersticken auch durch die Verlegung der Atemwege verursacht, wobei Decken, Kissen oder Tücher über das Gesicht des Kindes gelangen. Die meisten Kinder sterben in der Nacht oder in den frühen Morgenstunden. Die häufigsten Unfallorte sind das Kinder- oder Schlafzimmer. Etwa ab dem 5. Lebensmonat sind kleine Gegenstände wie Knöpfe, Reißnägel, Schrauben, Murmeln und Plastikbausteine eine große Gefahrenquelle. Die Unwissenheit, Unvorsichtigkeit und Unaufmerksamkeit der Erwachsenen kann das Zustandekommen eines solchen Unfalles fatal beeinflussen. Knaben sind mehr gefährdet als Mädchen, die Ursachen für die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Unfällen sind nicht hinreichend geklärt.

Unfälle, hervorgerufen durch **Ertrinken und Untergehen**, zählen zu den häufigsten Todesursachen bei Kleinkindern in Österreich, und auch in den USA ergibt sich ein ähnliches Bild. Bis etwa zum dritten Lebensjahr ist das Kleinkind infolge seines schweren Kopfes und der noch ungeübten Muskulatur auch bei Wassertiefen von nur wenigen Zentimetern nicht in der Lage, sein Gesicht aus dem Wasser zu heben. Die häufigsten Unfallorte sind Flüsse, Seen, Kanäle, Bäche, Schwimmbäder oder zu Hause. Aufgrund der sehr frühen Neigung der Knaben, körperlich aktiv zu sein und Dinge auszuprobieren, haben sie ein gegenüber den Mädchen erhöhtes Unfallrisiko.

Zu den **thermischen Verletzungen** zählen: **Verbrühungen** mit heißem Badewasser, durch Dampf z. B. beim Kochen, durch heißes Fett und durch das Herunterziehen von mit heißen Flüssigkeiten gefüllten Gefäßen, Pfannen oder Töpfen vom Herd oder Tisch, **Verbrennungen** beim Grillen oder mit dem Bügeleisen und **Stromunfälle**.

Bei Verbrühungen sind die häufigsten Unfallorte die Küche, das Badezimmer sowie der Wohn- und Essbereich, während sich Verbrennungen häufiger außerhalb des Hauses ereignen. Die Folgen der oft äußerst schmerzhaften Verletzungen sind häufig langandauernde Krankenhausaufenthalte, seelisch belastende und die Entwicklung des Kindes beeinträchtigende Dauerschäden, wie z. B. entstehende Narben. Bei Kleinkindern besteht Lebensgefahr, wenn mehr als zehn Prozent der Körperoberfläche von thermischen Verletzungen betroffen sind. Kinder unter vier Jahren sind häufiger betroffen als jene zwischen fünf und 14 Jahren, und auch hier zeigt sich, dass Knaben häufiger betroffen sind als Mädchen.

Schnittverletzungen können durch unterschiedliche (schneidende und stechende) Gegenstände im Haushaltsbereich, durch Stürzen in Glastüren oder das Einstürzen von Einrichtungsgegenständen, welche Glasflächen enthalten, aber auch durch (Bau-) Maschinen und Geräte wie Rasenmäher hervorgerufen werden. Die häufigsten Unfallorte sind der Ess- und Wohnbereich sowie das Schlaf- und Badezimmer. Schnittverletzungen sind in jeder Altersstufe anzutreffen, bei den unter 15-Jährigen überwiegen die Knaben.

Unter den Sammelbegriff „**Unfälle mit Tieren**“ fallen vor allem Bisse von Hunden, Reitunfälle und Insektenstiche. Kinder im Alter von 0–15 Jahren sind besonders stark von dieser Unfallart betroffen, vor allem Kleinkinder (0–4 Jahre) haben meist nicht genug Kraft sich zu wehren. Auch ihr Reaktionsvermögen oder die Gefahren einschätzung sind noch nicht so gut ausgebildet. Die häufigsten Unfallorte sind der Garten, Hof und Wiese, selten ereignen sich diese Unfälle in Gebäuden. Die Geschlechtsverteilung ergibt ein gleich großes Risiko für Buben und Mädchen (GRUBER, 1992).

4.2.3.9.2 Unfallhäufigkeit bei Kindern in Wien und Österreich

EU-weit sterben jährlich rund 140.000 Menschen an einem Unfall. Österreich liegt im Ländervergleich mit rund 3.000 Unfalldtoden pro Jahr im oberen Drittel der Rangreihe. Die Anzahl der Unfallverletzten beträgt ein Vielfaches der Todesopfer. In Österreich kommen auf einen Unfalldtoden rund 270 Verletzte.

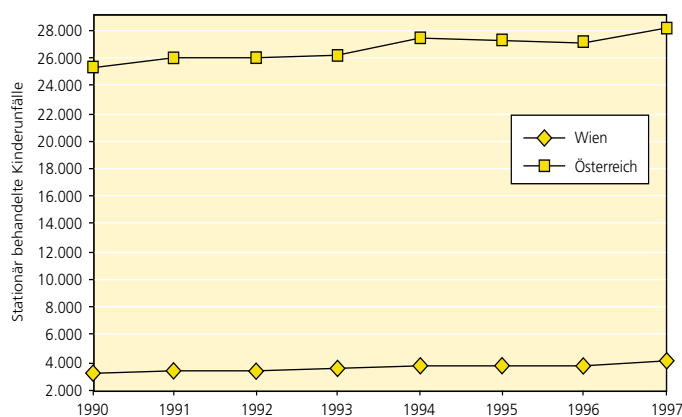
Generell ist die Entwicklung der Kinderunfälle (Tabelle 21; Abb. 3) von einem Rückgang der tödlichen und einem Anstieg der stationär behandelten Unfälle geprägt. Der Anstieg der stationär behandelten Unfälle ist in Wien stärker ausgeprägt, der Rückgang der tödlichen Unfälle hingegen weniger linear als im Bundesdurchschnitt (BAUER, 2000).

Tabelle 21: Entwicklung der Kinderunfälle, Österreich und Wien 1990–1998

Jahr	Wien			Österreich		
	stationär behandelte Kinderunfälle	Index 1990	tödl. Kinderunfälle	stationär behandelte Kinderunfälle	Index 1990	tödl. Kinderunfälle
1990	3.286	100	7	25.247	100	150
1991	3.301	100	22	26.030	103	148
1992	3.353	102	12	26.100	103	116
1993	3.480	106	21	26.108	103	147
1994	3.762	114	15	27.489	109	135
1995	3.748	114	15	27.229	108	129
1996	3.747	114	17	27.150	108	119
1997	4.074	124	9	28.112	111	101
1998	k. A.	k. A.	9	k. A.	k. A.	71

Quelle: Institut Sicher Leben nach Berechnungen auf Basis der Daten der Statistik Österreich, 1998

Abbildung 3: Entwicklung der stationär behandelten Kinderunfälle, Österreich und Wien seit 1990



Quelle: Institut Sicher Leben nach Berechnungen auf Basis der Daten der Statistik Österreich, 1998

Im Jahre 1997 wurden rund 4.000 (siehe Tabelle 22) Wiener Kinder unter 15 Jahren nach Unfällen stationär behandelt. Auf Basis dieser Statistik lässt sich das gesamte Unfallgeschehen in Wien pro Jahr mit ca. 32.000 ärztlich behandelten Kinderunfällen abschätzen.

Die meisten (etwa 92 Prozent) Unfälle ereignen sich in den Bereichen Heim, Freizeit und Sport; etwa sieben Prozent aller Kinderunfälle sind Verkehrs- und Schulunfälle.

Verglichen mit dem Kinderanteil an der Bevölkerung von 17 Prozent liegt Wien mit 14 Prozent aller Kinderunfälle in Österreich unter dem „Erwartungswert“; dies gilt für alle angeführten Lebensbereiche und ist bei den Sportunfällen besonders auffällig (Abb. 4).

Führt man eine einfache ökonomische Bewertung durch (Spitalstag ATS 5.000,-; ambulante Behandlung ATS 2.000,-; Arztbehandlung ATS 1.000,-), so lassen sich die reinen Behandlungskosten von Kinderunfällen in Wien mit ATS 134 Millionen pro Jahr beziffern, von welchen über 90 Prozent auf die Bereiche Heim, Freizeit und Sport entfallen (BAUER, 2000).

In Kap. 4.2.3.9.1 wurde bereits darauf hingewiesen, dass es bei Kindern im Alter von unter einem Jahr bis 14 Jahre unterschiedliche Unfallarten gibt.

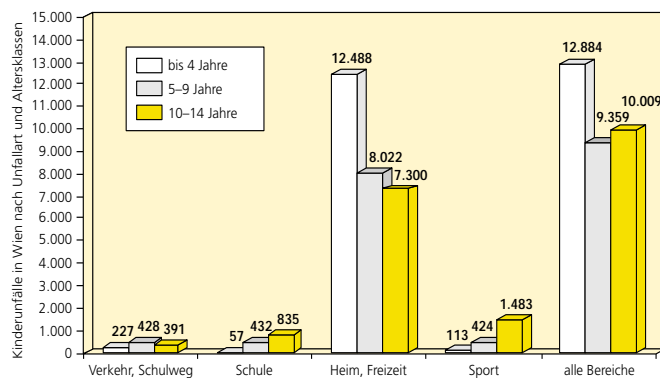
Bei der Auswertung der österreichischen Daten, welche im Verhältnis auch der Wiener Unfallsituation entsprechen, zeigte sich, dass gesamt gesehen Stürze, sowohl aus der Ebene als auch aus der Höhe die häufigsten Unfallursachen bei Kindern im Alter von 0–14 Jahre darstellen. Danach folgen Zusammenstöße mit Gegenständen oder Personen, welche sich gehäuft vor allem in der Altersgruppe der 5–14-Jährigen ereignen. Als weitere Unfallarten sind Einklemmen bzw. Einquetschen, Verletzen mit einem scharfen oder spitzen Gegenstand, Verbrennen und Verbrühen sowie Umkippen/Verknöcheln zu nennen (BAUER, 2000) (Tab. 23; Abb. 5).

Tabelle 22: Kinderunfälle nach Lebensbereichen (Schätzung auf Basis stationär behandelter Spitalsfälle), Wien 1997

Altersgruppe	Verkehr, Schulweg	Schule (ohne Sport u. Weg)	Heim, Freizeit	Sport	alle Bereiche
bis 4 Jahre	227	57	12.488	113	12.884
5–9 Jahre	428	432	8.022	424	9.359
10–14 Jahre	391	835	7.300	1.483	10.009
gesamt	1.099	1.323	27.810	2.020	32.252
in % (gerundet)	3	4	86	6	100
Wien-Anteil an Österreich (%)	9	11	16	6	14
Behandlungskosten (Mio.)	7,8	4,5	115	7,1	134,4
in %	6	3	86	5	100

Quelle: Institut Sicher Leben, 1997 auf der Basis der Daten der Statistik Österreich, 1997

Abbildung 4: Kinderunfälle nach Altersklassen und Lebensbereichen, Wien 1997

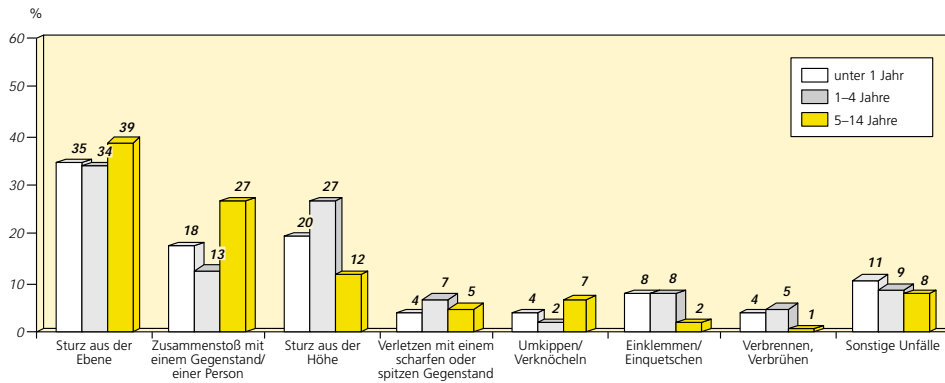


Quelle: Institut Sicher Leben, 1997 auf der Basis der Daten der Statistik Österreich, 1997

Tabelle 23: Kinderunfälle in Heim, Freizeit und Sport nach Unfallart, Österreich 1998

Unfallart	< 1 Jahr	1 – 4 Jahre	5–14 Jahre	gesamt
	Häufigkeit in Prozent			
Sturz aus der Ebene	35	34	39	36
Zusammenstoß mit Gegenstand/Person	18	13	27	19
Sturz aus der Höhe	20	27	12	20
Verletzen mit scharfem/spitzem Gegenstand	4	7	5	5
Umkippen/Verknöcheln	4	2	7	4
Einklemmen/Einquetschen	8	8	2	6
Verbrennen, Verbrühen	4	5	1	3
Sonstige Unfälle	11	9	8	9

Quelle: Institut Sicher Leben auf der Basis der Daten des EHLASS Austria, 1998

Abbildung 5: Kinderunfälle in Heim, Freizeit und Sport nach Unfallart und Alter, Österreich 1998

Quelle: Institut Sicher Leben auf der Basis der Daten des EHLASS Austria, 1998

4.2.3.9.3 Unfallgeschehen bei Vorschulkindern

Eine deskriptive Analyse von 4.270 in österreichischen Spitälern registrierten Unfällen bei bis 7-jährigen Kindern zeigt sehr deutlich, dass es nicht den typischen Unfall im Vorschulalter gibt (GREDLER et al., 1997).

Charakteristika des sehr inhomogenen Unfallgeschehens lassen sich am besten bei Unterteilung des Vorschulalters in die Altersbereiche 0–3 Jahre und 4–7 Jahre definieren, denn verständlicherweise unterscheiden sich Kinder dieser beiden Altersbereiche v. a. hinsichtlich:

- der Tätigkeit, die das Kind zum Zeitpunkt des Unfalls ausübte bzw. ausüben wollte (z. B. Fortbewegung versus Sport und Spiel)
- der örtlichen Umgebung, in welcher der Unfall passierte (zu Hause versus Garten/Spielplatz, Sportstätten),
- der Unfallart (Zusammenprall mit oder Einwirkung eines Gegenstandes versus Einwirkung durch Menschen und Sturz)
- der beteiligten Produkte (Einrichtungsgegenstände versus Sportgeräte)
- der Verletzungsdiagnose (z. B. Verbrennungen versus Frakturen)
- der Lokalisation der Verletzung (Kopf/Gesicht versus obere und untere Extremitäten)
- der medizinischen Intervention (stationäre versus ambulante Versorgung)
- der Verweildauer im Spital (lang zur Beobachtung versus kurz).

Da Kinder von 0–3 Jahren vor allem im Wohnbereich oder bei der Fortbewegung verunglücken und sich durch körperliche Beeinträchtigungen (z. B. Ungeschicklichkeit) sehr häufig mit Gegenständen des täglichen Gebrauchs wie Sessel, Tisch oder Bett verletzen, werden v. a. die Erziehungsberechtigten für die Vermeidung von Unfällen Sorge zu tragen haben.

Hier gilt es, die Umgebung des Kleinkindes zu analysieren und mögliche Gefahrenquellen auszuräumen. Damit wären dann gerade die für diese Altersgruppe typischen Verletzungen wie Prellungen, offene Wunden oder auch Verbrennungen/Verbrühungen weitgehend vermeidbar. Dass diese Kinder eben aufgrund ihrer Entwicklungsphase selbst noch weniger zur Unfallprävention beitragen können, zeigt sich anhand der überzufällig häufigen Verletzungen im Kopf- und Gesichtsbereich. Der Unfall lässt sich offenbar deshalb im letzten Moment nicht vermeiden, da diese Kinder nicht imstande sind, sich mit den Händen abzustützen. Diese Erkenntnisse führen zu der Konsequenz, dass Kinder zwischen 0–3 Jahren keinem unnötigen Risiko ausgesetzt werden sollen. Natürlich wird man trachten, diesen jungen ErdenbürgerInnen unter Bedachtnahme auf ihre körperlichen Fähigkeiten eine gewisse Selbstsicherheit im Alltagsleben zu vermitteln. Doch in dieser Altersgruppe wird es besonders notwendig sein, immer mit einem „Sicherheitsnetz“ zu arbeiten. Wenn ein Kind ein gewisses Risiko eingeht, um etwas zu probieren, wie z. B. von einem Sessel herunterzuspringen, sollte ein Erwachsener zur Stelle sein, der gegebenenfalls das Kind auffängt, wenn es diese Fertigkeit noch nicht ausreichend erworben hat.

Die Situation stellt sich bei den 4–7-Jährigen etwas anders dar. Nun ist es nicht der Wohnbereich, der besonders viele Unfallgefahren in sich birgt, sondern es ist der Spiel- oder Sportplatz. Diese Kinder verunglücken bei Sport oder Spiel, weil sie stürzen oder mit anderen Personen zusammenprallen. Die häufigsten Verletzungen sind nun Frakturen oder sonstige Verletzungen der oberen und unteren Extremitäten, und gar nicht so selten ist ein Sport-

gerät am Zustandekommen des Unfalls beteiligt. Diese größeren Vorschulkinder verunglücken nicht deshalb, weil sie im Alltagsleben noch nicht so richtig zurecht kommen, sondern durch eine **falsche Risikoeinschätzung** ein **Fehlverhalten** an den Tag legen. Alles was geeignet ist, die Risikoeinschätzung dieser Altersgruppe zu verbessern, könnte somit zur Unfallvermeidung beitragen. Da diese Kinder aber auch erst lernen müssen, ihre Grenzen auszuloten, wird es umso wichtiger sein, dieses Bemühen nicht ohne die möglichen Schutzmaßnahmen vorstatten gehen zu lassen. Gerade bei der Sportausübung wäre Sorgfalt auf die Schutz- und Fußbekleidung zu legen und auf die Funktionstüchtigkeit der Sportgeräte und deren Sicherheitsvorkehrungen zu achten.

Die vorliegenden Unfalldaten zeigen deutlich, dass Knaben wesentlich gefährdeter sind, einen Unfall zu erleiden als Mädchen. Ihnen stehen häufiger als Mädchen Gegenstände im Weg, sie verletzen sich häufiger beim Sport und tragen dann nicht selten offene Wunden vor allem am Kopf und im Gesichtsbereich davon.

Mädchen verunglücken wesentlich seltener, dann aber häufig aufgrund körperlicher Umstände, wobei immer wieder andere Personen am Unfallgeschehen mitbeteiligt sind. Da sie sich signifikant häufiger an den oberen Extremitäten verletzen, kann dies ein Hinweis sein, dass sie Unfälle eher vermeiden wollen. Wenn ihnen dies allerdings nicht gelingt, tragen sie überzufällig häufig Frakturen davon. Männliche Vorschulkinder weisen offenbar eine höhere Risikobereitschaft auf. Man wird also zur Unfallprophylaxe besonders Knaben in ihrer Risikobereitschaft einzuschränken versuchen.

Unfalltypen

Die in der Literatur immer wieder beschriebenen Zusammenhänge zwischen Unfallgeschehen und Aktivität bzw. Aggressivität konnten auch im Rahmen weiterführender Analysen des eingangs besprochenen Untersuchungskollektives von Volksschulkindern bestätigt werden (GREDLER et al., 1996; KWIZDA-GREDLER et al., 1999).

Hatte man sich bisher in der Regel allerdings darauf beschränkt, die Unfallohäufigkeit mit einer bestimmten Persönlichkeitsausprägung in Verbindung zu bringen, so war es im Zuge dieser, vom Jubiläumsfonds der österreichischen Nationalbank finanzierten Studien erstmals möglich, die Rahmenbedingungen des Unfallgeschehens selbst mit den unterschiedlichen Charaktereigenschaften der Kinder zu korrelieren.

Anhand der Einschätzungen der Eltern konnte die Mehrzahl der Vorschulkinder entweder dem aktiv-dynamischen Persönlichkeitstyp der quirligen DraufgängerInnen oder den nicht so aktiven „entschlossenen Selbstständigen“, oder „ungeduldigen EigenbrötlerInnen“ oder „verspielten Schmeichelkätzchen“ zugeordnet werden.

Dabei sind „quirilige DraufgängerInnen“ stürmische, lebhaft und mutige Kinder, die oftmals durch ihr eigenes Fehlverhalten ein Zuviel an Risiko eingehen und dadurch Unfälle provozieren, obwohl sie körperlich und übungsmäßig in der Lage wären, kritische Situationen ohne Schaden zu überstehen. Diese Kinder zeichnen sich auch durch eine besondere Lebhaftigkeit und geringere Schüchternheit aus. Es passt sehr gut in das Bild dieses „aktiv-dynamischen“ Typs, dass er eher aus psychischen Gründen verunglückt, wie etwa Übermut und Bewegungsdrang, oder aus eigenem Fehlverhalten, wie z. B. Unvorsichtigkeit oder zu hohe Geschwindigkeit.

Bei diesem Typ wird also ein Training von bestimmten Fähigkeiten gar nicht so sehr im Vordergrund stehen, wenn es um die Unfallprävention geht. Viel wichtiger wird es sein, ihn mit den Gefahren des Alltags vertraut zu machen und ihm anschaulich klar werden zu lassen, wo die Grenzen des Risikos überschritten werden.

Eltern und ErzieherInnen „quirlicher DraufgängerInnen“ sind im Besonderen gefordert, das Verhalten des Kindes in Richtung einer Reduktion der Risikobereitschaft zu kanalisieren. Die gemeinsame Besprechung von „Beinahe-Unfällen“, gedankliche „Gefahrenstreifzüge“ durch Spielstätten, Garten, andere Gebäude, die Wohnung usw. und das Lernen am Modell bzw. Vorbild sind für diesen Persönlichkeitstyp besonders wichtig.

Kindern, die nicht so aktiv sind, passieren hingegen Unfälle infolge körperlicher Umstände und zu geringer Übung. Bei diesen Kindern ist es wichtig, durch ein Mehr an praktischer Übung ein Mehr an Selbstsicherheit zu erreichen, um durch ein Mehr an Risikobereitschaft schwierige Situationen besser und unfallfrei meistern zu können.

Während also die „quirlichen DraufgängerInnen“ im Risikoverhalten gebremst werden müssen, gilt es für „entschlossene Selbstständige“, „ungeduldige EigenbrötlerInnen“ und „verspielte Schmeichelkätzchen“, ihre Risikobereitschaft durchaus etwas anzuheben, sie jedoch gleichzeitig auch die nötige Selbstsicherheit erwerben zu lassen, um mit möglichen Gefahren adäquat umgehen zu können.

Schlussfolgerung

Bei den Maßnahmen zur Unfallverhütung im Vorschulalter (siehe Kap. 9.3.4) handelt es sich zunächst um einen Auftrag an die Gesellschaft, unsere Umwelt und den unmittelbaren Lebensraum, d. h. Wohnungen, Spielplätze, Kindergärten, Verkehrsflächen usw., kindgerechter zu gestalten.

Der Auftrag an die Eltern und ErzieherInnen ist ein zweifacher: Einerseits sollten sie verstärkt sicherheitstechnische Maßnahmen – je nach Altersbereich des Kindes – entweder v. a. zur Verhütung von Unfällen im Wohnbereich oder

insbesondere zur Verhütung von Sportunfällen ergreifen, im Sinne der vom INSTITUT SICHER LEBEN initiierten Projekte „Macht Eure Wohnung sicher“ und „Sicher groß werden“ (siehe Kap. 9.3.4). Andererseits muss es das Ziel von Präventionsmaßnahmen sein, durch Fehlverhalten verursachte Unfälle zu vermeiden. Es geht um Information, Motivation und Beeinflussung des Verhaltens der Kinder, wobei die Persönlichkeitseigenschaften der Kinder berücksichtigt werden müssen.

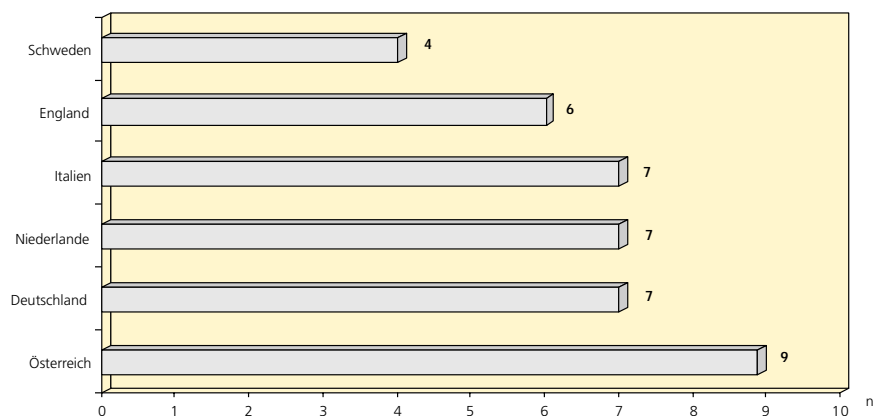
Weiters ist es wichtig, die Eltern und ErzieherInnen davon zu überzeugen, dass sie auf das Unfallgeschehen ihrer Kinder Einfluss nehmen können und müssen, auch dann, wenn es nicht nur darum geht, Gefahren zu beseitigen oder zu entschärfen. Das Kind kann auch „dazulernen“, wenn es um das Erkennen bestimmter Unfallgefahren geht, sich darauf einstellen und sein Verhalten danach ausrichten.

Auch ist zu bedenken, dass das Kind nie Schuld am Unfall hat, sondern aufgrund seines Entwicklungsstandes physisch, psychisch oder sozial nicht fähig ist, die Situation zu meistern. Eine kritische Beobachtung von Beinahe-Unfällen am Spielplatz zeigt die Bandbreite möglicher Reaktionen der Eltern/BegleiterInnen auf: In der Regel fallen Äußerungen wie „Gott sei Dank ist nichts passiert“ oder es wird geschimpft, Reaktionen, die in keinem Fall zur Verhütung künftiger Unfälle beitragen können.

4.2.3.9.4 Kinderunfälle mit Todesfolge

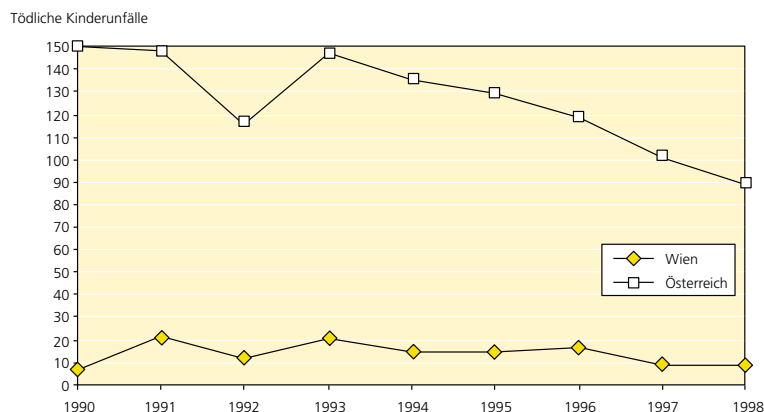
Unfälle sind in der EU die häufigste Todesursache im Kindesalter bis zu 14 Jahren. Österreich liegt im europäischen Vergleich der Sterblichkeit durch Kinderunfälle mit neun Todesfällen je 100.000 Kinder im Spitzenfeld (Abb. 6) (STATISTIK ÖSTERREICH, 1998).

Abbildung 6: Tödliche Kinderunfälle (Alter 0–14 Jahre) in ausgewählten europäischen Staaten pro 100.000 Kinder, 1998



Quelle: Institut Sicher Leben auf der Basis der Daten der Statistik Österreich, 1998

Dennoch ist die Entwicklung der Kinderunfälle generell von einem Rückgang der tödlichen Unfälle geprägt. Seit Anfang der 90er Jahre konnte die Zahl der tödlichen Unfälle in Österreich und Wien deutlich gesenkt werden. 1991 verunglückten noch 22 Wiener Kinder tödlich, 1998 waren es „nur“ mehr neun Kinder. Für Gesamtösterreich ergibt sich im Vergleichszeitraum eine Reduktion von 150 (1990) auf 89 tödliche Unfälle im Jahr 1998 (Abb. 7).

Abbildung 7: Entwicklung der tödlichen Kinderunfälle, Österreich und Wien 1990–1998

Quelle: Institut Sicher Leben nach Berechnungen auf Basis der Daten der Statistik Österreich, 1998

Ausgenommen die Altersgruppe der unter 1-Jährigen (in der Tabelle 24 in der Gruppe „bis vier Jahre“ enthalten) sind Unfälle die Todesursache Nummer eins bei Kindern. Vor allem die im Bundesdurchschnitt häufigsten Ursachen tödlicher Kinderunfälle wie Ertrinken und sonstige Ursachen (Maschinen, mechanisches Ersticken u. a.) kommen unter Wiener Kindern kaum vor.

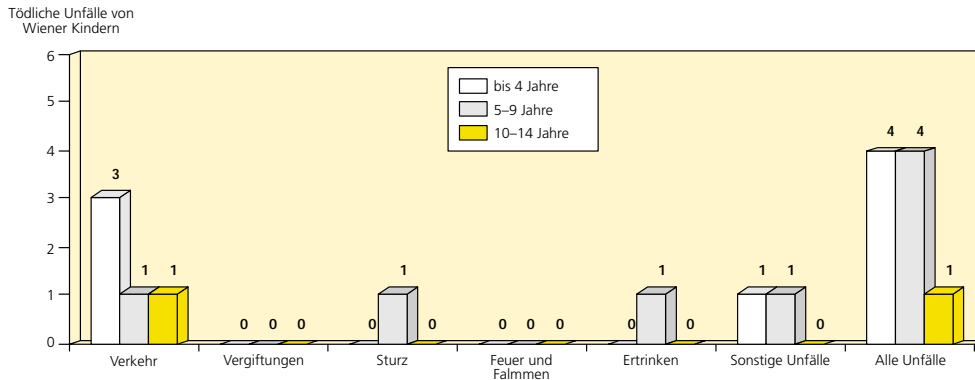
Die tödlichen Unfälle 1998 in Wien (siehe Tabelle 24; Abb. 8) ereigneten sich bei den bis 4-jährigen Kindern im Bereich Verkehr (n = 3) und sonstige Unfälle (n = 1); bei den 5–9-Jährigen im Verkehr (n = 1), durch Sturz (n = 1), durch Ertrinken (n = 1) und sonstige Unfälle (n = 1) sowie bei den 10–14-Jährigen im Bereich Verkehr (n = 1) (BAUER, 2000).

Tabelle 24: Tödliche Unfälle von Kindern (0–14 Jahre), Österreich und Wien 1998

Unfallart	Wien				Österreich
	bis 4 Jahre	5–9 Jahre	10–14 Jahre	alle Todesfälle bis 14 Jahre	alle Todesfälle bis 14 Jahre
Verkehr	3	1	1	5	30
Vergiftungen	0	0	0	0	0
Sturz	0	1	0	1	4
Feuer u. Flammen	0	0	0	0	0
Ertrinken	0	1	0	1	16
Sonstige Unfälle	1	1	0	2	21
Alle Unfälle (0–14 Jahre)	4	4	1	9	71
Alle Todesfälle (0–14 Jahre)	121	7	2	130	622

Quelle: Institut Sicher Leben auf Basis der Daten der Statistik Österreich, 1998

Abbildung 8: Tödliche Kinderunfälle nach Alter und Unfallarten, Österreich und Wien 1998



Quelle: Institut Sicher Leben auf Basis der Daten des Statistik Österreich, 1998

Das Ausmaß der Bedrohung der Gesundheit von Kindern durch Unfälle in Wien wird deutlich durch einen Vergleich der tödlichen Unfälle mit der Gesamtzahl der Sterbefälle in dieser Altersgruppe. Durch den folgenden Vergleich sollen auf keinen Fall die anderen Todesursachen (siehe Kap. 4.1.3) bei Kindern verharmlost werden. Es soll lediglich dargestellt werden, welchen Stellenwert die Unfälle als Todesursachen bei Kindern haben.

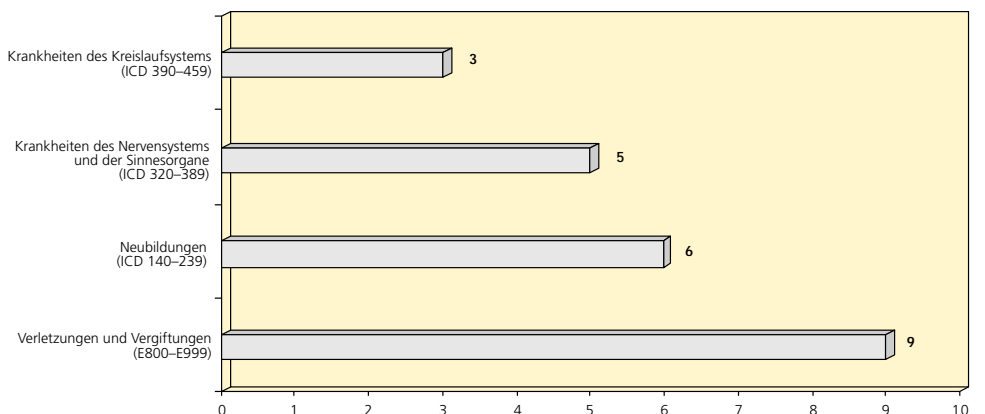
1998 starben beispielsweise in Wien neun Kinder im Alter von einem bis unter 15 Jahren infolge eines Unfalles, sechs Kinder aufgrund von Neubildungen, fünf Kinder durch Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane und drei Kinder wegen Krankheiten des Kreislaufsystems (Tab. 25; Abb. 9).

Tabelle 25: Todesfälle im Kindesalter (1 bis unter 15 Jahre) nach Krankheitsgruppen, Wien 1998

Krankheitsgruppe	absolut
Verletzungen und Vergiftungen (E800-E999)	9
Neubildungen (ICD-9 140-239)	6
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (ICD-9 320-389)	5
Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-9 390- 459)	3

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

Abbildung 9: Vergleich ausgewählter Todesfälle in der Altersgruppe 1-15 Jahre, Wien 1998



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

4.2.3.10 Krebs bei Kindern

Die **Ursachen** der Krebsentstehung im Kindesalter sind noch weitgehend unbekannt, wenngleich große Fortschritte im Verständnis von Vorgängen auf zellulärem Niveau erarbeitet worden sind, welche die Entstehung einer krebsartigen Entartung plausibel machen. Aufgrund der besonderen Krebserkrankungen und der Tatsache, dass etwa die Hälfte aller Krebserkrankungen im Kindesalter in den ersten fünf Lebensjahren manifest werden, kann davon ausgegangen werden, dass die Ursache dieser Erkrankungen wohl eher auf eine konstitutionelle, genetische Prädisposition zurückzuführen ist, als auf den Einfluss von Umwelttoxinen. Eine Ausnahme stellt allerdings die Einwirkung von Strahlen dar, von denen durch Untersuchungen in Gegenden verstärkter radioaktiver Belastung nachgewiesen ist, dass sie für den Menschen (und damit auch für Kinder) ein höheres Risiko darstellen, an Blutkrebs oder an einem Schilddrüsenkrebs zu erkranken (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Die **Häufigkeit** von Krebserkrankungen (Neoplasien) im Kindes- und Jugendalter hat in Mitteleuropa in den vergangenen Jahrzehnten nicht zugenommen. In Westeuropa und in den USA wird die Inzidenz von Malignomen während der ersten 14 Lebensjahre mit 12–14 Erkrankungen pro 100.000 Kinder und Jahr angegeben. Berücksichtigt man auch die Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, ergibt das z. B. für Österreich eine errechnete Größe von 180–220 Neuerkrankungen pro Jahr. Die höchste Erkrankungsrate findet sich im Säuglingsalter mit 24 Erkrankungen pro 100.000 und Jahr. Die Häufigkeit nimmt – besonders bis zum fünften Lebensjahr, aber auch in den folgenden Jahren – kontinuierlich ab und erreicht bei 10–14-Jährigen ca. zehn Erkrankungen pro Jahr. In allen Altersgruppen zeigt sich eine Tendenz, dass Knaben häufiger betroffen sind als Mädchen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Jenseits des zehnten Lebensjahres sind die relativen Häufigkeiten der Diagnosegruppen gegenüber dem Kleinkindesalter deutlich verändert (Tabelle 26). Die in den ersten fünf Lebensjahren am häufigsten diagnostizierten akuten lymphoblastischen Leukämien nehmen ab. Das Neuroblastom und die Nephroblastome, die nächsthäufigsten Erkrankungen und somit häufigsten soliden Tumoren im Kindesalter, treten in geringerer Inzidenz auf. Dafür treten häufiger die Tumoren des Skelett- und Muskelsystems, die malignen Lymphome und Keimzelltumoren auf (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Tabelle 26: Ausgewählte Neubildungen (ICD-9 140–208 bösartig) bei Kindern im Alter von 0–15 Jahren, Wien¹⁾ 1998

ICD-9	Lokalisation	0–3 Jahre		4–7 Jahre		8–11 Jahre		12–15 Jahre	
		m	w	m	w	m	w	m	w
155	Leber	0	1	0	0	1	0	0	0
158	Peritoneum/Retroperitoneum	1	2	0	0	1	0	0	0
183	Ovar/Adnexe	-	11	-	0	-	0	-	0
184	Maligne Neoplasien sonst. weibl. Geschlechtsorgane	-	19	-	0	-	0	-	0
186	Hoden	9	-	1	-	0	-	0	-
187	Sonst. Neoplasien d. Penis u. a. männl. Geschlechtsorgane	0	-	0	-	1	-	0	-
189	Niere/Harnorgane	58	0	0	89	0	0	0	0
191	Gehirn	83	1	6	81	15	3	13	8
198	Sekundäre maligne Neoplasien and. Organe	1	0	0	1	0	1	0	0
200	Lymphosarkom u. Retikulumzellsarkom	25	78	3	1	0	0	35	0
201	Morbus Hodgkin	0	0	0	0	0	26	21	0
202	And. maligne Neoplasien des lymphatischen Systems	1	12	0	22	5	2	1	0
204	Lymphatische Leukämie	176	62	16	40	73	42	29	67
205	Myeolische Leukämie	144	0	47	0	6	0	28	10
210	Benigne Neoplasien der Lippe, der Mundhöhle	1	1	1	2	0	2	4	4
213	Benigne Neoplasien der Knochen und Gelenke	2	2	1	1	8	5	15	5
215	Andere benigne Neoplasien des Bindegewebes	4	0	2	1	4	5	6	4
228	Hämangiom u. Lymphangiom, jeder Sitz	15	11	2	7	4	3	4	4

1) Spitalsentlassungsstatistik 1998 (siehe Kap. 4.2.3.4)

Quelle: Statistik Österreich, 1999

Auch das **Spektrum der malignen Erkrankungen** hat sich in den vergangenen Jahrzehnten nicht verändert. Im Jahresbericht 1994 des Deutschen Kinderkrebsregisters in Mainz werden für die Altersgruppe von 0–15 Jahren 34,3 Prozent Leukämien angegeben, gefolgt von ZNS-Tumoren (16,5 Prozent), Lymphomen (11,4 Prozent), Tumoren des sympathischen Nervensystems (7,6 Prozent), Weichteiltumoren (insbesondere Rhabdomyosarkome, 6,6

Prozent), Nephroblastomen (6,4 Prozent), Knochentumoren (5,1 Prozent), Keimzelltumoren (3,9 Prozent), retikuloendothelialen Neubildungen (3,4 Prozent) und sonstigen Diagnosen (4,8 Prozent) (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997). Diese Angaben decken sich im Wesentlichen mit der Spitalsentlassungsstatistik für Wien/Österreich 1998 (Kap. 4.2.3.2).

Bedingt durch die Fortschritte in der Therapie ist es seit den 70er Jahren zu einer stetigen Verbesserung der Behandlungserfolge für die meisten **Diagnosen** gekommen. In der Altersgruppe unter 15 Jahren ergibt sich für alle Malignome zusammen eine Überlebensrate nach drei Jahren von 74 Prozent und nach fünf Jahren von 69 Prozent, wobei anzumerken ist, dass die Ergebnisse bei den einzelnen Krankheitsgruppen natürlich variieren. Weiters verschlechtert sich die Prognose mit zunehmendem Alter.

Während die 10-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit in den ersten fünf Lebensjahren bei 67 Prozent liegt, fällt sie für 10–14-Jährige auf 62 Prozent ab. Besonders deutlich ist dieser Unterschied beim Vergleich der 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit der 1–4-jährigen PatientInnen mit akuter lymphoblastischer Leukämie (80 Prozent) mit derjenigen bei 10–14-Jährigen (64 Prozent). Da diese Ergebnisse auf multizentrische prospektive Studien zurückzuführen sind, bleiben die Ursachen für das unterschiedliche Verhalten unklar. Am ehesten dürfte nicht so sehr die unterschiedliche Toleranz von hohen Zytostatika-Dosen, sondern biologische Unterschiede der bösartigen Zelle die Ursache sein (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Die **Behandlung** von kindlichen Krebserkrankungen basiert vor allem auf zytostatischer Chemotherapie, chirurgischer Therapie und Strahlentherapie. Je nach Art der kindlichen Krebserkrankung kommen diese Behandlungsmodalitäten unterschiedlich zum Einsatz. Damit gelingt es heute, zwei von drei Kindern mit Krebs einer dauerhaften Heilung zuzuführen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

4.2.3.11 Erkrankungen der Haut

4.2.3.11.1 Atopische Dermatitis (Neurodermitis)

Die Atopische Dermatitis ist eine meist chronisch verlaufende Erkrankung der Haut. Sie entsteht durch eine anlagebedingte (familiäre, vererbte) verstärkte Reaktion der Haut auf äußere und innere (psychische) Reize und zeigt sich als Entzündung der Haut oft in Kombination mit Asthma und/oder Heuschnupfen. Im Säuglingsalter beginnt die Erkrankung meist an Wange und Kinn sowie in den Ellenbeugen und Kniekehlen, seitlich am Nacken und an den Handgelenken. Erwachsene leiden meist an denselben Lokalisationen wie Kinder. Beschwerden, die durch äußere Reize (Umwelteinflüsse, Arbeit) bedingt sein können, kommen jedoch noch hinzu. Die Atopische Dermatitis manifestiert sich vorwiegend vor dem zwölften, meist jedoch vor dem ersten Lebensjahr. Im späteren Leben bessert sich die Erkrankung meist und verschwindet manchmal vollständig. Übrig bleibt bei vielen PatientInnen eine erhöhte Empfindlichkeit der Haut, die bei Stress oder bei starkem Kontakt mit irritierenden Substanzen Beschwerden machen kann. Die Bedeutung der Nahrungsmittel als Auslöser ist umstritten. In manchen Fällen kann eine Umstellung der Ernährungsgewohnheiten aber sinnvoll sein. Die genauen Mechanismen, die zu den Beschwerden der Haut führen, sind jedoch noch nicht ausreichend erforscht und derzeit noch Gegenstand intensiver Untersuchungen.

Die Behandlung der Atopischen Dermatitis richtet sich nicht gegen die Ursache, sondern hilft nur die Beschwerden zu lindern und ein neuerliches Auftreten zu vermeiden. Kinder sollten nur kurze lauwarme Bäder (max. zweimal pro Woche) nehmen und anschließend mit rückfettenden Cremes eingesalbt werden. An den betreffenden Hautstellen soll nicht gekratzt werden, deshalb sind bei Kindern auch regelmäßig die Fingernägel zu schneiden. Die Kinder sollten weiche Baumwollkleidung und keine Schafwolle tragen. Die Räume sollten nicht überheizt sein und regelmäßig gelüftet werden. Kortikosteroide sind örtlich als Salbe angewandt rasch und gut wirksam. Zahlreiche Medikamente versprechen Linderung bei Juckreiz (KOPERA, o.J.).

1998 wurden in Wien laut Spitalsentlassungsstatistik (siehe Kap. 4.2.3.4) 99 Knaben und Mädchen mit der Diagnose „Atopische Dermatitis und verwandte Affektionen“ (ICD-9 691) aus Krankenhäusern entlassen, wobei hauptsächlich die Gruppe der 0–3-Jährigen betroffen war (n = 70).

4.2.3.11.2 Psoriasis (Schuppenflechte)

Psoriasis ist eine schubweise verlaufende Hauterkrankung, die meist zwischen dem 10. und dem 40. Lebensjahr auftritt. Die Ursachen sind weitgehend unbekannt. Oft kommt die Krankheit innerhalb einer Familie gehäuft vor, was annehmen lässt, dass die Krankheit erblich bedingt ist. Meist wirkt ein exogener Faktor, wie beispielsweise Infektionskrankheiten, Medikamente (Malaria Mittel, Betablocker), emotionale Belastung, Sonnenbrand oder auch Hautverletzungen als Auslöser.

Kommt es zur Manifestation, bilden sich stark gerötete, punktförmige bis handtellergroße Hautflecken mit weißen Schuppen. Ursache ist eine gesteigerte Hauterneuerung. Bei gesunden Menschen dauert dies drei bis vier Wochen, während bei Psoriasis-PatientInnen derselbe Prozess nur vier bis sechs Tage dauert.

Am häufigsten betroffen sind Knie, Ellbogen, Gesäß, Rücken, Kopfhaut, Fingernägel, Hände und Füße. In schweren Fällen kann es sogar zu Gelenksbeschwerden kommen. Meist verläuft die Krankheit zyklisch, es treten auch beschwerdefreie Intervalle auf.

Eine kausale Therapie ist derzeit nicht möglich. Jedoch können symptomatische Methoden, wie kurze Sonnen- und Salzwasserbäder, lindernd wirken. Auf die ausgetrocknete Haut können lokal entzündungshemmende Salben wie Teersalbe oder Vitamin D-Präparate aufgetragen werden. Auch UV-Bestrahlung kann helfen (SLATIN, 1999).

Die Spitalsentlassungsstatistik (siehe Kap. 4.2.3.4) registrierte 1998 in Wien drei Spitalsentlassungen von Kindern im Alter von 0–15 Jahren mit der Diagnose „Psoriasis und ähnliche Affektionen“ (ICD-9 696).

4.2.3.11.3 Windel-Dermatitis

Hier handelt es sich um lokale Hautirritationen in der Windelregion von Säuglingen und Kleinkindern. Dies äußert sich durch Rötung, Nässen oder Schuppung der Haut. Die meisten Kinder können während der Zeit, in der sie Windeln tragen, an einer Form der Windel-Dermatitis leiden. Die Haut in der Windelregion ist generell wärmer und feuchter als die übrige Haut. Kommen zusätzlich mechanische Irritationen oder längerer Kontakt mit Urin, Kot und Seifenresten dazu, bildet sich leicht eine Windel-Dermatitis aus. Auch Salben oder Puder können dazu führen.

Die betroffenen Kleinkinder wirken meist irritiert und schlafen schlecht. Die Haut unter der Windel ist gerötet und empfindlich. Die Hautfalten am Oberschenkel sind meist ausgespart. In schweren Fällen können sich Bläschen bilden, und der Ausschlag dehnt sich außerhalb des Windelbereiches aus. Gefährdet sind vor allem Kinder, die selten gewickelt werden oder beim Windelwechsel nicht gründlich gewaschen und abgetrocknet werden. Auch bei Durchfall besteht eine größere Wahrscheinlichkeit, ebenso wenn Kinder bereits an trockener Haut oder an einem Ausschlag leiden.

Behandelt wird die Windel-Dermatitis mit Zinkpaste. Bei zusätzlichem Pilzbefall sollte eine antimykotische Salbe angewandt werden. In schweren Fällen kann kurzfristig mit einer Hydrocortison-Salbe behandelt werden (ANDERSEN et al., 2000).

4.2.3.11.4 Seborrhoische Dermatitis (Milchschorf)

Die seborrhoische Dermatitis betrifft vor allem Kinder in den ersten drei Lebensmonaten. Das Ekzem kommt in Arealen mit vermehrter Talgproduktion, vor allem auf der Kopfhaut, vor. Durch eine Überproduktion der Talgdrüsen bildet sich eine fettige, gelbbraune Schuppenschicht. Die Ursache ist unbekannt, eventuell ist es eine Form der Neurodermitis.

Die Schuppenschicht kann vorsichtig abgelöst und entfernt werden. Vor dem Schlafengehen kann die Kopfhaut mit Babyöl eingerieben werden, und am nächsten Morgen können mit einem Kamm die abgelösten Schuppen aus den Haaren gekämmt werden. Anschließend kann das Babyhaar mit einem milden Shampoo gewaschen werden. Meist muss die Behandlung mehrmals wiederholt werden. Sollte diese Therapie keine Wirkung zeigen oder das Gesicht oder der Körper des Babys betroffen sein, kann eine Salbe mit geringem Cortisongehalt, eventuell in Verbindung mit einem Antimykotikum, zur Anwendung kommen (ANDERSEN et al., 2000).

Laut Spitalsentlassungsstatistik 1998 (siehe Kap. 4.2.3.4) wurden fünf Wiener Kinder im Alter von 0–3 Jahren mit der Diagnose Seborrhoische Dermatitis (ICD-9 690) entlassen, die Altersgruppe der 4–15-Jährigen war nicht betroffen.

EXKURS: Das österreichische Neugeborenen-Screening – Pädiatrische Präventivmedizin im Spannungsfeld zwischen Vergangenheit und Zukunft

I. Einleitung

Genetisch bedingte (angeborene) Stoffwechselerkrankungen führen auf zellulärer Ebene zu Störungen von elementaren Stoffwechselprozessen: Durch eine defekte Verwertung von mit der Ernährung zugeführten Substanzen können angeborene Stoffwechselerkrankungen bereits in den ersten Lebenswochen zur Schädigung sämtlicher Körperorgane führen. Das Gehirn ist in den meisten Fällen schwerwiegend mitbetroffen. Kinder mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen sind großteils sowohl körperlich als auch geistig behindert. Wenn die Erkrankung nicht frühzeitig erkannt und behandelt werden kann, sterben viele bereits im ersten Lebensjahr an Stoffwechselkrisen.

Bei der Phenylketonurie (PKU) kann die im Nahrungseiweiß vorkommende Aminosäure Phenylalanin nicht abgebaut werden. Die Folge ist eine organische Hirnschädigung, die zu einer schweren geistigen Behinderung führt. In den 60er Jahren konnte an einem geistig behinderten Mädchen demonstriert werden, dass die Behandlung mit einer Eiweiß (Phenylalanin)-armen Diät im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung zu einer deutlichen Besserung der Symptome führen kann. Da Kinder mit PKU bei der Geburt normal sind und sich die Hirnschädigung erst im Laufe der ersten Lebensmonate entwickelt, bestand die berechtigte Hoffnung, dass bei frühzeitiger Erkennung und Behandlung der PKU die Hirnschädigung überhaupt verhindert werden kann. Voraussetzung ist die Verfügbarkeit eines einfachen Testes, der bei allen Neugeborenen angewendet werden kann, und der all jene Neugeborenen identifiziert, die von der Erkrankung betroffen sind.

1965 gelang die Entwicklung eines Testes (Bakterieninhibitionsassay, „Guthrie-Test“), der in wenigen Blutstropfen des Neugeborenen die Bestimmung der Phenylalaninkonzentration ermöglichte.

Die Verfügbarkeit eines allgemein anwendbaren Suchtests und gleichzeitig einer effektiven Diättherapie war der Ausgangspunkt für die weltweite Entwicklung eines neuen, präventiven Ansatzes in der Medizin, nämlich dem flächendeckenden Neugeborenen-Screening auf genetische oder angeborene Stoffwechselerkrankungen. Im Laufe der Jahre hat sich herausgestellt, dass es neben der PKU eine Reihe anderer Erkrankungen gibt, die im Neugeborenen-Screening erkannt werden können und für die eine kausale Therapie zur Verfügung steht: z. B. Hypothyreose und Galaktosämie.

II. Neugeborenen-Screening in Österreich

• Historische Entwicklung

Nur zwei Jahre nach der Einführung des „Guthrie-Tests“ in den USA wurde in Österreich 1966 das Neugeborenen-Screening beginnend mit Wien eingeführt. Die Finanzierung erfolgte zunächst mit wesentlicher Unterstützung der Gemeinde Wien. Mit der Einbindung der einzelnen Bundesländer zwischen 1967 und 1968 erfolgte die Finanzierung aus öffentlichen Mitteln (Gesundheits-/Wissenschaftsressorts). 1975 war mit der Teilnahme Tirols als letztem Bundesland ein gesamtösterreichisches Projekt entstanden (THALHAMMER, 1977).

Die Implementierung des flächendeckenden Neugeborenen-Screenings Ende der 60er Jahre in Österreich ist aus mehreren Gründen bemerkenswert: Österreich war (gemeinsam mit Dänemark und regional mit Deutschland) eines der ersten Länder in Europa mit einem flächendeckenden und finanziell und organisatorisch hinreichend ausgestatteten Neugeborenen-Screening. Das präventive Neugeborenen-Screening wurde in einer Zeit eingeführt, in der zur Reduktion der Säuglingsmortalität und -morbidity weniger der präventive, sondern hauptsächlich der kurative Ansatz im Sinne der neu entstehenden Neugeborenen-(Intensiv-)medizin im Vordergrund des allgemeinen Interesses stand. Ende der 60er Jahre war das Verständnis von genetisch bedingten Erkrankungen auch in Fachkreisen noch wenig präsent, und in der Bevölkerung war es aufgrund der unglückseligen Erfahrungen mit Eugenik aus der nahen Vergangenheit weitgehend tabuisiert. Im Gegensatz zur Mutter-Kind-Pass-Untersuchung, die erst Mitte der 70er Jahre eingeführt wurde hat das Neugeborenen-Screening auch ohne den finanziellen Anreiz zur Teilnahme von Anfang an eine fast hundertprozentige Beteiligungsrate gehabt. Die zentrale Organisation des Neugeborenen-Screenings war in einem föderalistisch organisierten Gesundheitswesen möglich. Der Grund dafür war die Tatsache, dass sich die Krankenkassen nicht für die Finanzierung von präventiven Maßnahmen zur Gesundheitserhaltung zuständig fühlten und somit kein Anreiz für das Entstehen von profitorientierten regionalen Laboratorien gegeben war.

Die in den 60er Jahren erfolgte Umsetzung des präventiven Gedankens im Zusammenhang mit genetischen Erkrankungen, die damit verbundene Auseinandersetzung mit chronischer Krankheit und geistiger Behinderung und die Implementierung einer zentral geführten Struktur zur Durchführung und Evaluation des Neugeborenen-Screenings haben auch noch bis heute gesundheitsökonomische und gesellschaftspolitische Relevanz.

● Empfehlungen der WHO

Für die inhaltliche Gestaltung des Neugeborenen-Screenings wurden 1968 von der WHO Empfehlungen erarbeitet (WILSON und JUNGNER, 1968). Demnach sollten für Erkrankungen, die im Neugeborenen-Screening erfasst werden, folgende Kriterien erfüllt sein:

- Relevante Häufigkeit in der betroffenen Bevölkerung;
- Verfügbarkeit einer kausalen Therapie mit weitgehender Vermeidung von krankheitsbedingten Gesundheitsschäden;
- Früherkennung in der präsymptomatischen Phase mit einem geeigneten Screeningtest möglich;
- Hohe Spezifität und Sensitivität des eingesetzten Testes;
- Positive Kosten-Nutzen-Relation zugunsten des Screenings inkl. der aus der Früherkennung heraus entstandenen Kosten für therapeutischen Maßnahmen
- Akzeptanz des Screenings in der Bevölkerung.

● Ergebnisse

Von 1966-1999 wurden unter 2,9 Mio. gescreenten Neugeborenen mehr als 1.200 Kinder mit behandelbaren Stoffwechselerkrankungen identifiziert (Tabelle 26a). Die PKU und die kongenitale Hypothyreose gehören zu den am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen. Da durch die frühzeitige therapeutische Intervention die Entwicklung von charakteristischen klinischen Symptomen vollständig verhindert werden kann, werden beide Erkrankungen bei Diskussionen um Kosten-Nutzen-Effektivität von Screeningprogrammen nach wie vor als beispielhaft zitiert (DHONT et al., 1991). Die Ergebnisse des Österreichischen Neugeborenen-Screenings in Tabelle 26a zeigen aber auch, dass sich nicht alle Erkrankungen, für die ein geeigneter Test vorhanden ist und die potenziell auch behandelt werden können, dauerhaft für ein Neugeborenen-Screening eignen.

Tabelle 26a: Österreichisches Neugeborenen-Screening, Ergebnisse 1966-1999

Stoffwechselstörung	geteste Kinder	Fälle	Inzidenz ca.
klassische Phenylketonurie (PKU)	2,87 Mio	264	1: 10.800
milde Phenylketonurie	2,87 Mio	77	1: 37.000
Galaktosämie ¹⁾ gesamt	2,87 Mio	178	1: 16.000
Galaktosämie klassisch		69	1: 42.000
Galaktosämie Duarte		84	1: 34.000
Galaktokinase-Mangel		22	1: 130.000
sonstige		3	1: 960.000
Biotinidase ²⁾ -Mangel	1,2 Mio	27	1: 46.000
Hypothyreose ³⁾	1,9 Mio	458	1: 4.200
Zystische Fibrose (CF)	177.169	57	1: 3.100
Argininosuccinatlyase-Mangel* ⁴⁾	2,2 Mio	26	1: 83.000
Leuzinose* ⁴⁾	1,5 Mio	2	1: 780.000
Homocystinurie**	0,9 Mio	2	1: 550.000
Histidinämie**	1,5 Mio	137	1: 11.000

* Einstellung mit Juni 2000, statt dessen Screening auf Adrenogenitales Syndrom ab September 2000 geplant

** Homocystinurie-Screening seit 1992 eingestellt, Histidinämie-Screening seit 1987 eingestellt

1) Galaktosämie: genetisch bedingte Stoffwechselerkrankung, bei der die im Milchzucker vorkommende Galaktose nicht abgebaut werden kann.

2) Biotinidase-Mangel: genetisch bedingte Stoffwechselerkrankung, die zu einer Verarmung von Biotin (Vitamin H) im Körper führt.

3) Hypothyreose: z. T. sporadisch auftretende, z. T. genetisch bedingte Unterfunktion der Schilddrüse.

4) Zystische Fibrose: genetisch bedingte Stoffwechselerkrankung, die durch einen defekten Transportmechanismus von Chlorid über die Zellmembranen bedingt ist. Die Erkrankung führt zu schweren Lungenschäden und zu Gedeihstörung.

5) Argininosuccinatlyase-Mangel und Leuzinose: genetisch bedingte Stoffwechselerkrankungen, bei denen die verzweigt-kettigen Aminosäuren (Leuzin, Valin, Isoleuzin) bzw. Argininosukzinat nicht abgebaut werden können.

6) Homocystinurie: Aminosäurestoffwechselstörung, die unbehandelt zu geistiger Retardierung, Linsenluxation und Gefäßschäden führt.

Histidinämie: Aminosäurestoffwechselstörung, von der ursprünglich vermutet wurde, dass sie unbehandelt zu geistiger Retardierung führt. Heute weiß man, dass dieser genetische Defekt auch unbehandelt zu keinerlei Symptomen führt.

Quelle: STÖCKLER-IPSIROGLU, IPSIROGLU, 2000

- **Umfang des derzeitigen Screening (STÖCKLER-IPSIROGLU et al., 1999)**

Das Österreichische Neugeborenen-Screening sieht derzeit Untersuchungen auf insgesamt sieben Erkrankungen vor: **Phenylketonurie, Galaktosämie, Hypothyreose, Zystische Fibrose, Biotinidase-Mangel, Leuzinose und Argininosukzinatlyase-Mangel**. Ab Ende 2000 ist die Einführung des Screenings nach Adrenogenitalem Syndrom¹⁹ vorgesehen. Das Screening auf Leuzinose und Argininosukzinatlyase-Mangel soll aufgrund mangelnder Effizienz eingestellt werden (Tabelle 26a).

- **Neugeborenen-Screening auf Zystische Fibrose (CF)**

Seit 1.11.1997 beinhaltet das Programm des österreichischen Neugeborenen-Screenings auch eine Untersuchung auf Zystische Fibrose (CF). Die CF ist eine genetisch bedingte Stoffwechselerkrankung, die durch einen defekten Transportmechanismus von Chlorid über die Zellmembranen bedingt ist. Durch die Bildung zäher Schleimsekrete in Lunge, Pankreas und Dünndarm führt die Erkrankung zu schweren chronischen Lungenschäden und zu Gedeihstörung. In der Therapie steht die Behandlung der pulmonalen Komplikationen und die Ernährungstherapie im Vordergrund. Derzeit erreichen 80 Prozent der PatientInnen das 18. Lebensjahr, eine Lebenserwartung von 40 Jahren ist denkbar (DAVIDSEN et al., 2000). Die CF zählt mit einer Häufigkeit von 1:2.500 zu den häufigsten genetisch bedingten Stoffwechselerkrankungen.

Obwohl es für CF derzeit noch keine kausale Therapie gibt, die die typische Manifestation mit chronischer Lungenerkrankung und Verdauungs- und Gedeihstörung völlig verhindern kann, konnte in jüngsten Studien bewiesen werden, dass gescreente Kinder mit frühzeitigem Beginn von spezifischen Therapiemaßnahmen (Antibiotika, Ernährungstherapie) innerhalb der ersten Lebensjahre in einem deutlich besseren klinischen Zustand sind als später diagnostizierte (nicht gescreente) Kinder (WILKEN und CHALMERS, 1985). Die Früherkennung der CF hat darüber hinaus den Vorteil, dass das Wiederholungsrisiko bei weiteren Nachkommen rechtzeitig mit den Eltern besprochen wird und in der betroffenen Familie eine bewusste Familienplanung und eine genetische Beratung durchgeführt werden kann.

Die österreichweite Implementierung des CF-Screenings ist auf intensive Aktivitäten von pädiatrischen Pulmologen, die mit den schwerwiegendsten Folgen dieser Erkrankung konfrontiert sind, zurückzuführen. Auf Grund dieser Aktivitäten wurden regionale Screeningprogramme (Steiermark, Salzburg, Tirol) implementiert, die jedoch langfristig keine gesicherte Finanzierung und aufgrund relativ niedriger Untersuchungsfrequenzen eine ungünstige Kosteneffizienz hatten. Der Forderung nach einer gesicherten Finanzierung dieser regionalen Zentren und der zusätzlichen Implementierung von Zentren in den restlichen noch nicht versorgten Bundesländern (u. a. Wien) wurde durch eine Empfehlung des Obersten Sanitätsrates zur Zentralisierung durch Beauftragung des zentralen Neugeborenen-Screeninglabors entsprochen. In diesem Prozess spielte Wien eine wichtige Rolle, da die Einführung des österreichweiten CF-Screenings zeitlich parallel mit der Entscheidungsfindung zur Zentralisierung lief. Ein wichtiges politisches Faktum für die österreichweite Finanzierung des Neugeborenen-Screenings auf CF war nicht zuletzt der Druck von Patienten-Selbsthilfegruppen, die gerade bei CF durch langjährige Öffentlichkeitsarbeit auf eine breite Akzeptanz und Verständnis in der gesamten Bevölkerung hinweisen können.

- **Internationaler Vergleich**

Im Vergleich mit dem europäischen bzw. internationalen Umfeld zeigt sich, dass Neugeborenen-Screeningprogramme in allen west- und osteuropäischen Staaten, großteils auch in den südosteuropäischen Staaten und in der Türkei, existieren. Basis ist in jedem Fall der Suchtest nach PKU und größtenteils auch nach Hypothyreose. Das Ausmaß der Screeningprogramme ist allerdings von Land zu Land unterschiedlich (KOMMISSION F. NEUGEBORENEN-SCREENING, 1999; COMMITTEE ON GENETICS, 1996). Diese Unterschiedlichkeit beruht nicht auf nationalen Prävalenzzahlen, sondern auf unterschiedlichen Interpretationen und Schwerpunkten der meistens mit wissenschaftlichen Fragestellungen kombinierten nationalen Programme. So ist etwa v. a. in mitteleuropäischen Ländern auch das Screening nach Galaktosämie und Biotinidasemangel ein Bestandteil des Programmes. Das Screening auf Adrenogenitales Syndrom wird in Schweden und in der Schweiz schon seit vielen Jahren durchgeführt. Das Neugeborenen-Screening auf CF wird nach wie vor kontroversiell diskutiert, da diese Erkrankung zwar häufig ist, es aber nach wie vor keine kausale Therapie gibt. In Europa wird das Screening nach CF nur regional durchgeführt, während Australien, Neuseeland und Kanada auf eine jahrelange Erfahrung mit diesem Screening zurückblicken können. Österreich ist das einzige Land in Europa, in dem das CF-Screening flächendeckend erfolgt.

¹⁹ Adrenogenitales Syndrom (AGS): Genetisch bedingte Erkrankung, die zu einer abnormen Bildung von Nebennierenhormonen führt. Behandlung durch die lebenslange Gabe von Nebennierenhormonen. Unbehandelt führt die schwere Form bereits innerhalb der ersten Lebenswochen zu Stoffwechselkrisen (Salzverlustkrisen), Verlauf z. T. tödlich. Häufigkeit 1 : 10.000 (vergleichbar mit PKU).

III. Metabolitenscanning und Genscreening: Neue Möglichkeiten und Herausforderungen

● Tandemmassenspektrometrie

Die Adaptierung der Tandemmassenspektrometrie²⁰ (TMS) auf das Neugeborenen-Screening ermöglicht die Erstellung von Metaboliten-Profilen (Metabolitenscanning). Durch entsprechende Auswertelgorithmen können potenziell über 30 Stoffwechselerkrankungen in einem Analyseschritt erkannt werden (SWEETMAN, 1996). Für diese Erkrankungen gab es bisher keinen geeigneten Test, der ein Erkennen im Neugeborenenalter im Blutstropfen ermöglichte. Die TMS soll im österreichischen Neugeborenen-Screening ab dem Jahr 2001 in Zusammenarbeit mit dem Bayrischen Labor für Neugeborenen-Screening in München, das diese Methode bereits seit zwei Jahren erfolgreich anwendet und wesentlich zu dessen Weiterentwicklung beigetragen hat, eingesetzt werden (BAYRISCHES SOZIALMINISTERIUM, 1998).

Es konnte bereits in mehreren Pilotstudien gezeigt werden, dass sich die TMS besonders für die Früherkennung von Fettsäureoxidationsdefekten eignet, die mit einer Häufigkeit von 1:10.000 – ähnlich wie die PKU – auch epidemiologisch relevant sind. Das Screening nach Fettsäureoxidationsdefekten erfüllt auch hinsichtlich des Vorhandenseins einer kausalen Diättherapie die klassischen WHO Kriterien.

Neben Fettsäureoxidationsdefekten können mit der TMS aber auch eine Reihe anderer – meist seltenerer – Erkrankungen (Amino- und Organoazidopathien) erkannt werden, deren frühzeitige Erkennung und Therapie zu einer deutlichen Verbesserung des sonst mit schweren Organschäden einhergehenden Verlaufes führt (RASHED et al., 1995).

● Hoffnungen, Nutzen und Probleme

Neben den neuen Hoffnungen und dem zu erwartenden Nutzen, der mit dem erweiterten Neugeborenen-Screening mittels TMS einhergeht, müssen aber auch neu entstehende Probleme ins Kalkül gezogen werden (STÖCKLER, 1992): Die unvollständige Kenntnis des klinischen Spektrums und der Genotyp-Phänotyp-Korrelation der meisten Erkrankungen bringt mit sich, dass im Screening auch Individuen mit klinisch asymptomatischen Varianten identifiziert werden. Verlässliche Kriterien für oder gegen therapeutische Interventionen bei solchen Varianten sind kaum etabliert. Compliance Probleme (z. B. bei Migrantenfamilien) stellen einen zusätzlichen Faktor dar, der die gesundheitsökonomische Effizienz eines auch noch so umfassenden und gut organisierten Neugeborenen-Screenings in Frage stellen kann. Schließlich ist auch – wie an der maternalen PKU vor Jahren erfahren – damit zu rechnen, dass bei erfolgreicher Behandlung der ersten Generation bei deren Nachkommen Zweitgenerations-Erkrankungen auftreten können (z. B. durch intrauterine Schädigung des Feten durch toxische Stoffwechselprodukte aus dem mütterlichen Kreislauf).

● Verschiebung von der therapeutischen zur genetischen Prävention

Gemäß den 1968 festgelegten WHO Kriterien gilt (siehe oben), dass im Neugeborenen-Screening nur nach Krankheiten gesucht werden soll, die bei rechtzeitiger Erkennung auch effektiv behandelt werden können. Auf PKU und Hypothyreose trifft dies in vollem Ausmaß zu. Das Neugeborenen-Screening auf CF ist der erste Fall, bei dem die Forderung nach einer kausalen Behandelbarkeit als Paradigma für das Neugeborenen-Screening bewusst nicht als limitierendes Entscheidungskriterium eingesetzt wurde. Vielmehr wurde der – wenn auch erst vor kurzem bewiesene – Nutzen einer Verbesserung des Gesundheitszustandes zumindest im frühen Kindesalter als ausreichende Rationale für die Einführung des generellen Neugeborenen-Screenings gewertet. Zusätzlich kamen bei der Argumentation für das CF-Screening auch die Möglichkeit der sekundären Prävention durch genetische Beratung, pränatale Diagnostik und Überträgerdiagnostik in den mit dem Indexpatienten identifizierten Familien hinzu.

Bisher war im Neugeborenen-Screening der Präventionsgedanke rein therapeutisch definiert (Früherfassung von betroffenen Patientinnen und präsymptomatische Therapie). Die obenangeführte Argumentation für das CF-Screening bringt den genetisch definierten Präventionsgedanken (Früherfassung von Indexpatienten zur Identifikation von Risikofamilien und Option der genetischen Beratung und pränatalen Diagnostik) als zusätzliche (genetische) Prävention ein. Diese Verschiebung von der rein therapeutischen zur genetischen Prävention stellt mit der zunehmenden Verfügbarkeit von Methoden zum automatisierten Screening nach einer immer größer werdenden Anzahl von genetisch bedingten Erkrankungen auch ohne unmittelbare therapeutische Option eine ethische und gesellschaftspolitische Herausforderung am Beginn des 21. Jahrhunderts dar.

²⁰ Mit Anwendung der Tandemmassenspektrometrie (TMS) sind in Zukunft genetisch bedingte Erkrankungen wie Fettsäureoxidationsdefekte und Organoazidurien erkennbar. Bei Fettsäureoxidationsdefekten können die für den Energiestoffwechsel benötigten Fettsäuren nicht vollständig abgebaut werden. Unbehandelt können Fettsäureoxidationsdefekte aus relativer Gesundheit heraus zu tödlichen Stoffwechselkrisen führen; Verbindung mit SIDS; Häufigkeit etwa 1:10.000. Bei Organoazidurien können Zwischenprodukte aus dem Aminosäurestoffwechsel nicht abgebaut werden. Unbehandelt führen diese Erkrankungen zu lebensbedrohlichen Stoffwechselkrisen und schweren geistigen und körperlichen Schäden. Häufigkeit der einzelnen Erkrankungen seltener als 1:100.000, als Gruppe ca. 1:10.000.

- **Genscreening: Tabu oder Nachfrage?**

Automatisierbare Technologien werden in Zukunft rasche Untersuchungen auf ein breites Spektrum von Mutationen und Erkrankungen ermöglichen. Man wird sich daher in Zukunft damit auseinandersetzen müssen, inwieweit diese Methoden sinnvoll und effektiv in der Prävention von angeborenen Stoffwechselerkrankungen eingesetzt werden können.

Derzeit ist in Österreich die Diskussion über Screening zur genetischen Prävention in der allgemeinen Bevölkerung noch wenig verbreitet, obwohl das Neugeborenen-Screening seit mittlerweile 30 Jahren bei allen Neugeborenen Österreichs in Anwendung kam (STÖCKLER und IPSIROGLU, 1989). Mit dem zunehmenden Wissen in der Bevölkerung über genetische Erkrankungen und die Möglichkeiten der Prävention ist allerdings in naher Zukunft eine steigende Nachfrage nach präventiver genetischer Diagnostik zu erwarten. Diese Nachfrage wird durch die Tatsache verstärkt werden, dass immer mehr Frauen ihre Kinder erst jenseits des 30. Lebensjahres bekommen und durch die Etablierung der in vitro Fertilisation nicht nur für kinderlose sondern auch für ältere Paare die Möglichkeit der Fortpflanzung besteht.

Pränataldiagnostik und v. a. die derzeit in Österreich noch nicht erlaubte Präimplantationsdiagnostik werden das Risiko für das Auftreten von genetischen Defekten auch bei älteren Schwangeren deutlich vermindern helfen. „Prävention durch Selektion, Neo-Eugenik, in der es zwar nicht um die Rasse, aber um das Individuum geht, das in einer konkurrenzorientierten Gesellschaft die Mittel der Gentechnik zur Selbstverbesserung in Anspruch nimmt“ (Elisabeth LIST, Der Standard, 5.7.2000) sind ernstzunehmende kritische Argumente, die zur Reflexion anregen sollen, die aber die abzusehende Entwicklung nicht aufhalten werden.

IV. Ausblick: Machbarkeit und Realität

- **Diagnostischer versus therapeutischer Fortschritt**

Der innerhalb der nächsten Jahre zu erwartende Technologiesprung erlaubt zwar die kosteneffektive Durchführung sensitiver und spezifischer Tests zur Erkennung einer Vielzahl von zusätzlichen Erkrankungen, die Fortschritte in der Entwicklung entsprechender Therapien halten jedoch aus heutiger Sicht mit der Geschwindigkeit der technologischen Entwicklungen bei weitem nicht Schritt. So warten von genetischen Erkrankungen Betroffene nach wie vor auf die Einlösung der großen Versprechen, mit denen dem wissenschaftlichen Laien der große Nutzen des Human Genom Projectes plausibel gemacht wird. Die wenigen neuen Therapiemöglichkeiten, die durch den Einsatz der biotechnologischen und medizinischen Forschung entwickelt wurden, umfassen die intravenöse Enzyersatztherapie, neue Techniken der Knochenmarktransplantation mit unterschiedlichen Möglichkeiten zur Manipulation der transplantierten Zellen, sowie alternative Wege der Gentherapie (pharmakologische Gentherapie). Diese Therapiemöglichkeiten sind größtenteils noch in Entwicklung und stehen derzeit keineswegs allen in Frage kommenden PatientInnen zur Verfügung. So laufen derzeit in Phase 1 und Phase 2 Studien an einer limitierten Anzahl von ausgewählten PatientInnen zur Erprobung der Sicherheit und Wirksamkeit von der intravenösen Enzyersatztherapie bei Morbus Pompe²¹ und Mukopolysaccharidose²² Typ 1. Eine Verfügbarkeit dieser Präparate für eine größere Anzahl von PatientInnen ist derzeit noch nicht gegeben, da die entsprechenden biotechnologischen Verfahren zur Herstellung der Präparate in den erforderlichen Mengen erst dann etabliert werden, wenn aufgrund der Phase 1 und 2 Studien eine Zulassung durch die Food and Drug Administration (FDA) abzusehen ist. Dennoch werden bereits jetzt Patientenselbsthilfegruppen zur politischen Unterstützung dieser Projekte mobilisiert. Dies vor allem deswegen, weil nicht nur die Entwicklung dieser Therapien extrem finanzaufwendig ist, sondern weil auch zu erwarten ist, dass diese Therapien, die – wie im Fall der Enzyersatztherapie – lebenslang gegeben werden muss, auch in der Anwendung extrem finanzaufwendig sein werden. Unter dem Leidensdruck der betroffenen PatientInnen und deren Familien ist es allerdings verständlich, dass viele auf eine Zulassung von Präparaten nicht warten wollen, weil u. a. abzusehen ist, dass viele der PatientInnen den Zeitpunkt der endgültigen Verfügbarkeit nicht mehr erleben werden. Unter all diesen Problempunkten wird auch jetzt schon über Möglichkeiten einer Früherfassung dieser Erkrankungen im Neugeborenen-Screening laut nachgedacht und durch die zum Teil bereits verfügbaren Methoden verfrüht Hoffnungen bei den Betroffenen geweckt.

²¹ Morbus Pompe: Lysosomale Speichererkrankung; Symptome: Kardiomyopathie, Muskelschwäche, Behandlung in Kürze mit intravenöser Enzyersatztherapie möglich.

²² Mukopolysaccharidosen: Gruppe von genetisch bedingten Erkrankungen, die zu einer lysosomalen Speicherung von nicht vollständig abbaubaren Glykanverbindungen führen. Mukopolysaccharidose Typ 1: geistige Entwicklungsverzögerung, Knochenveränderungen mit Minderwuchs, Lebervergrößerung, Hornhauttrübung, Schwerhörigkeit, gesteigerter Hirndruck und kardiale Beteiligung; Behandlung: intravenöse Enzyersatztherapie oder Knochenmarktransplantation.

In der Folge solcher Entwicklungen besteht die Gefahr, dass Entscheidungen für oder gegen ein Screening abseits von den allgemein gültigen Kriterien durch politischen Druck oder durch Druck von Seiten bestimmter Interessengemeinschaften (ÄrztInnen mit Unterstützung von PatientInnenselbsthilfegruppen) getroffen werden. Die Kluft zwischen dem Anspruch vieler PatientInnen auf ultimative, z. T. experimentelle Therapieangebote einerseits und den allgemeingültigen logistischen und ökonomischen Aspekten andererseits erfordert daher die Schaffung eines Entscheidungsforums, das einen breiten wissenschaftlich-medizinischen und gesellschaftlich-ökonomischen Konsens ermöglicht.

- **Dezentralisierung der klinischen Nachsorge und Bildung einer nationalen Plattform**

Ursprünglich wurde das Neugeborenen-Screening in dem gesamtheitlichen Zusammenhang eines „Früherfassungsprogrammes“ etabliert, in dem nicht nur das Screening sondern auch Therapie und Follow up zentral organisiert waren. Die dadurch ermöglichte konsequente Evaluierung des Screenings hat nicht nur einen nationalen sondern auch internationalen Beitrag zum heutigen Wissen über die Langzeitprognose von Stoffwechselerkrankungen geleistet (THALHAMMER, 1988; SCHEIBENREITER et al., 1992; WIDHALM und VIRMANI, 1994; MÖSLINGER et al., 1997). In den 80er Jahren wurde mit der Entwicklung pädiatrischer Stoffwechselzentren an den Universitätskliniken in Graz und Innsbruck eine Erneuerung in der bis dahin rein zentralistisch funktionierenden klinischen Nachsorge eingeleitet: Mit Beginn der 90er Jahre begann durch die Initiative der regionalen Stoffwechselzentren die Dezentralisierung der Nachsorge von im Neugeborenen-Screening identifizierten PatientInnen. Um mit der Dezentralisierung keine Qualitätseinbußen einzuleiten, haben sich die Stoffwechselzentren innerhalb der eigenen Fachgesellschaft (Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde) organisiert und eine Arbeitsgruppe gegründet. Das Ziel war die Behandlung der PatientInnen nach einem einheitlichen Standard, sowie die bewährten Vorgangsweisen in Therapie und Evaluation auf breiter Basis und einer Qualitätskontrolle unterworfen, fortzusetzen. Diese Arbeitsgruppe ist auch die nationale Plattform für eine Diskussion bezüglich der Therapie und Vorgangsweise bei zukünftig mit der TMS identifizierten selteneren Stoffwechselerkrankungen, für die es größtenteils noch keine international gültigen State-of-the-Art Therapieempfehlungen gibt.

- **Rahmenbedingungen für ein modernes Neugeborenen-Screening in Österreich**

Das österreichweite Neugeborenen-Screening ist ein zentral organisiertes Früherfassungsprogramm. Durch seinen Sitz an der Universität und durch die enge Verknüpfung mit Therapie und klinischem Follow up der PatientInnen stellt es eine wissenschaftliche Basis zur Einführung und Evaluation neuer Methoden dar. Dadurch wird es auch in Zukunft einen Beitrag zur Klärung der schwierigen Fragen leisten können, die durch das Verschwinden technologischer Machbarkeitsgrenzen auf unsere Gesellschaft zukommen. Allerdings ergibt sich gerade anlässlich der Einführung der Tandemmassenspektrometrie im österreichischen Neugeborenen-Screening auch die Frage nach zukünftigen Organisationsformen, die den Anforderungen für die Beratung, qualitätsgesicherte Durchführung und Aufsicht in diesem sensiblen Bereich der präventiven Medizin gerecht werden.

4.2.3.12 Neurologische Erkrankungen

4.2.3.12.1 Schwerpunkt: Epilepsie

Ein epileptischer Anfall entsteht durch abnorme elektrische Entladungen im Gehirn. Dabei können Bewusstsein, Motorik, Sensibilität, vegetatives Nervensystem, Denkvorgänge, Erinnerung, Wahrnehmung und Emotionen gestört sein, wobei die Häufigkeit in dieser Reihenfolge abnimmt. Die Dauer eines Anfalls dauert meist nur Sekunden bis wenige Minuten.

Epilepsie ist eine chronische Krankheit, in deren Verlauf es wiederholt zu Anfällen kommt. Meist ist für die Anfälle kein direkter Anlass erkennbar. Im Verlauf der Krankheit können jedoch Verhaltensstörungen und kognitive Veränderungen hinzukommen. Neben den Anfällen haben sie das gesellschaftliche Bild über Epilepsie geprägt. Epilepsie muss aber nicht mit einer Einschränkung der persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten einhergehen.

Epilepsie zählt zu den häufigsten Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Die Prävalenz liegt bei 0,5–1 Prozent, die Inzidenz bei 0,04 Prozent. Ein einzelner epileptischer Anfall tritt immerhin bei fünf Prozent der Bevölkerung auf. Ein einzelner Anfall ohne weitere Hinweise auf Epilepsie führt aber nicht notwendigerweise zu einer antikonvulsiven Behandlung (FEUERSTEIN et al., 1998).

Krämpfe und Anfälle im weiteren Sinne und epileptische Anfallsleiden im Besonderen sind im Kindes- und Jugendalter sehr häufig: Immerhin erleiden fünf Prozent aller Kinder mindestens einen Anfall und manifestieren sich etwa 70 Prozent aller Epilepsien bereits im Kindes- und Jugendalter (STÖGMANN, Pressegespräch „Epilepsie“, Oktober 1999).

Sowohl eine genetische Prädisposition als auch eine erworbene Hirnschädigung können zu Epilepsie führen. Eine genetisch bedingte Prädisposition führt häufig zu einer primär generalisierten Epilepsie, also einer Epilepsie, bei der sich von vornherein Neurone beider Gehirnhälften synchron entladen. Hierbei erlischt immer, manchmal aber extrem kurz, das Bewusstsein. Eine erworbene Hirnschädigung erzeugt eher eine fokale Epilepsie, bei der die synchronisierte Entladung der Neuronen, zumindest zu Beginn des Anfalls, auf eine Hirnhälfte beschränkt ist. Die Anfallsphänomene werden dabei auf der dieser Gehirnhälfte gegenüberliegenden Körperhälfte wahrgenommen. Für psychische Anfallsphänomene, z. B. Halluzinationen, trifft das meist nicht zu (FEUERSTEIN et al., 1998).

Die Unterscheidung zwischen fokalen und primär generalisierten Anfällen hat auch pharmakotherapeutische Bedeutung. Manche Medikamente sind eher bei primär generalisierten Anfällen, andere eher bei fokalen wirksam. Die Pharmakotherapie ist primär eine symptomatische Therapie. Das Ziel ist, Anfallsfreiheit zu erreichen. Das Ziel Anfallsfreiheit wird bei 70–80 Prozent der PatientInnen erreicht. Die Behandlungsprognose hängt u. a. stark vom Anfallstyp ab (FEUERSTEIN et al., 1998).

4.2.3.13 Haltungsschäden

Die **erste kritische Phase**, in welcher es zu einer Gefährdung des kindlichen Haltungs- und Bewegungsapparates kommt, findet mit der Einschulung des Kindes statt. Bereits im Schulalter führen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates die Hitliste der Gesundheitsstörungen an. Mit dem Schuleintritt erfährt das Kind eine nachhaltige Änderung seiner Lebensweise. Das Kind, das gewöhnt war, seinen Bewegungsdrang ungehemmt auszuüben, wird nun gezwungen stillzusitzen und sich ruhig zu verhalten. Das Stillsitzen wird aber nicht nur in der Schule verlangt, sondern auch zu Hause, z. B. beim Erledigen der Hausaufgaben. So wird relativ plötzlich der an sich für Dynamik geschaffene Bewegungsapparat statisch missbraucht (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Eine **weitere sehr kritische Phase** für die Haltungsentwicklung ist die Phase des pubertären Wachstumsschubs. Er findet bei Mädchen im Alter von 10–12 Jahren, bei Knaben etwas später im Alter von 12–15 Jahren statt. Dem raschen Knochenwachstum kann die Muskulatur nicht folgen, und so entwickelt sich das Bild des schlacksigen, groß gewachsenen Jugendlichen, der vorerst mit seiner Körpergröße und seiner Extremitätenlänge scheinbar nicht zurechtkommt. In diesem Lebensalter können sich neben reversiblen Fehlhaltungen auch nicht-reversible Fehlformen der Wirbelsäule – wie die seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule (Skoliose) oder der fixierte Rundrücken (Scheuermann'sche Erkrankung) – entwickeln, die einer gezielten ärztlichen Behandlung bedürfen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Haltungsstörungen (Fehlhaltungen) sind zum Zeitpunkt des Schuleintrittes bei etwa 19 Prozent der Kinder festzustellen, bei Schulaustritt sind es rund 30 Prozent. Bereits 15 Prozent der 13-Jährigen und 40 Prozent der 19-Jährigen klagen fallweise über Wirbelsäulenschmerzen. Eltern, Schule, LehrerInnen und ÄrztInnen müssen sich daher mit dem Problem Haltungsstörung auseinandersetzen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Orthopädische Untersuchungen an Wiener PflichtschülerInnen (siehe Tabelle 27) im Alter von 6–10 Jahren im Schuljahr 1998/99 konnten zeigen, dass fast ein Drittel der untersuchten Kinder haltungsgefährdet ist (Veranlassung von Haltungsturnen). 36 von 100 untersuchten Kindern weisen Wirbelsäulenanomalien und 30 von 100 Kindern Bein- und Fußanomalien auf. Die häufigsten Wirbelsäulenanomalien sind Flügelschultern, Hohlrücken (Hohlkreuz), Rund- und Flachrücken.

Die Häufigkeit von Haltungsfehlern, Fußanomalien und Übergewicht ist beträchtlich. Darüber hinaus treten orthopädische Auffälligkeiten vielfach nicht isoliert, sondern bei den betroffenen SchülerInnen meist kombiniert auf (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Tabelle 27: Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen¹⁾ in den Schuljahren 1997/98 und 1998/99

Festgestellte Haltungsfehler	Anzahl der PflichtschülerInnen mit orthopädischen Auffälligkeiten			
	Schuljahr 1997/98		Schuljahr 1998/99	
	absolut	auf 100 untersuchte Kinder	absolut	auf 100 untersuchte Kinder
Wirbelsäulenanomalien insgesamt	3.313	39,7	2.921	36,2
davon:				
Beckenschiefstand	35	0,4	37	0,5
schlafte oder unbestimmte Haltung	100	1,2	14	0,2
Flügel Schultern (Scapulae alatae)	777	9,3	545	6,8
Flachrücken	498	6,0	548	6,8
Hohlrücken (Hohlkreuz)	572	6,8	455	5,6
Hohlrundrücken	229	2,7	159	2,0
Rundrücken	553	6,6	539	6,7
Skoliose	240	2,9	505	6,3
Sonstiges	309	3,7	119	1,5
Fußanomalien insgesamt	2.155	25,8	2.446	30,3
davon:				
Bein- und Fußdeformitäten	2.154	25,8	2.442	30,3
idiopathische Beinverkürzungen	1	0,0	4	0,0
Adipositas	754	9,0	721	8,9
Orthopädische Auffälligkeiten insges. ²⁾	6.222		6.088	
Untersuchte Kinder insgesamt	8.352		8.066	

1) Ohne Sonderschulen für Körperbehinderte

2) Mehrfachnennungen möglich.

Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, Referat VII/3

Die orthopädischen Befunde für Wiener SchülerInnen (n = 8.123) im Schuljahr 1999/00 ergaben: 22,1 Prozent Haltungsschwächen der Wirbelsäule; 2,0 Prozent Fehlformen der Wirbelsäule; 22,9 Prozent Fehlformen der Beine und Füße ohne Funktionsbehinderung und 0,5 Prozent mit Funktionsbehinderung; 0,3 Prozent Fehlformen der Arme und Hände ohne Funktionsbehinderung und 0,2 Prozent mit Funktionsbehinderung (siehe Kap. 4.2.6.3).

Haltungsschäden können u. a. durch Vermeidung von Übergewicht, ausreichende Bewegung, ergonomische Gestaltung des „Arbeitsplatzes Klassenzimmer“ (z. B. höhenverstellbarer Schreibtisch, die Neigung der Arbeitsfläche muss verstellbar sein, ausreichende Beinfreiheit usw.), durch Beachtung des Gewichtes und der Bepackung der Schultasche, Schulturnen und ausreichende Bewegung in den Pausen, Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus sowie durch regelmäßige schulärztliche Untersuchungen vermindert werden (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

4.2.3.14 Zahngesundheit

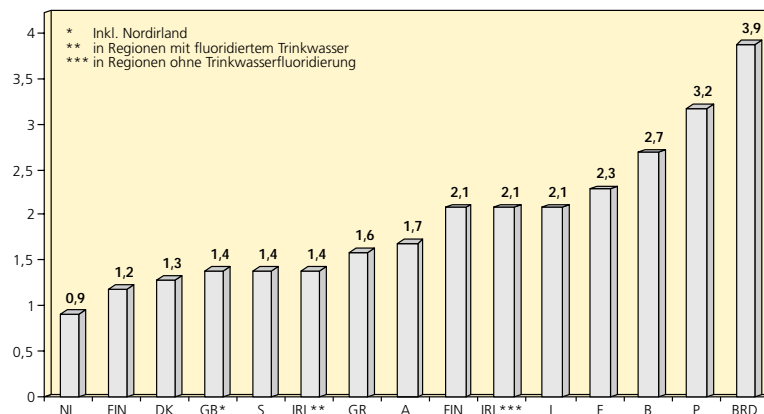
Karies ist noch immer die am weitesten verbreitete Zivilisationskrankheit, obwohl medizinisch wirksame und kostengünstige Vorbeugungsmaßnahmen verfügbar sind. Österreich hat sich den Zielsetzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angeschlossen, wonach bis zum Jahr 2000

1. die Hälfte der 6-jährigen Kinder kariesfrei sein sollten
2. die 12-Jährigen nicht mehr als drei kranke oder fehlende Zähne haben sollten (für Europa wurde gleichzeitig der Zielwert 2 festgelegt) und
3. 85 Prozent der 18-Jährigen ein vollständig erhaltenes Gebiss haben sollten.

Der Zahnzustand der Bevölkerung wird anhand der durchschnittlichen Anzahl kariöser (D = decayed), wegen Karies gezogener (M = missing) und gefüllter (F = filled) Zähne (T = teeth) oder Zahnflächen (S = surfaces) pro EinwohnerIn verglichen. Diesen Indexwert nennt man DMFT- bzw. DMFS-Wert.

Laut einer Zahnstuserhebung des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG, 1997) hat sich der DMFT-Index bei 12-jährigen SchülerInnen von 3,0 im Jahre 1993 auf 1,7 im Jahre 1997 gesenkt. Das bedeutet, sie haben durchschnittlich 1,7 kariöse oder gefüllte Zähne (GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN, 1998). Das Ziel der WHO (DMFT < 3 bzw. < 2 in Europa bei Zwölfjährigen) wurde somit zwar hinsichtlich der DMFT-Werte erreicht, und auch der Zahnzustand der Jugendlichen hat sich seit 1993 deutlich verbessert, doch liegt Österreich im europäischen Vergleich mit einem DMFT von 1,7 bei den 12-jährigen SchülerInnen im Mittelfeld (SAX und FRANK, 1997). Österreich hat im internationalen Vergleich (DK, S, FIN, GB, IRL, NOR, BRD; siehe Abb. 10), welcher vom ÖBIG vorgenommen wurde, den geringsten Anteil kariesfreier Kinder im Alter von 5–6 Jahren (SAX et al., 1997).

Abbildung 10: Zahnstuserhebung bei 12-Jährigen: DMFT-Werte ausgewählter EU-Länder, 1997



Quelle: WHO-Datenbank (Internet)

4.2.3.14.1 Untersuchungen von 5–6-jährigen Kindergartenkindern

1996 wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales eine Piloterhebung durchgeführt. Insgesamt wurden österreichweit 40 Kindergärten ausgewählt, in welchen insgesamt 500 Kinder untersucht wurden. Pro Kindergarten wurden 12–13 Kinder per Zufallsprinzip ausgewählt (SAX et al., 1997).

- Das von der WHO definierte Ziel, wonach die Hälfte der 6-jährigen Kinder kariesfrei sein sollte, wird nicht erreicht.
- Der **DMFT-Wert** der untersuchten Kinder beträgt **2,2**.
- Kinder mit **Karieserfahrung (13 Prozent)** haben im Durchschnitt 4,1 kariöse oder gefüllte Zähne, Kinder mit aktiver Karies 4,6.
- 3,3 Zähne pro Gebiss weisen Schmelzverfärbungen oder Läsionen auf, sind also von Karies bedroht.
- Die **Backenzähne**, vor allem die okkusalen Flächen, sind am meisten von Karies **betroffen**. Nur 30 Prozent dieser Flächen sind bei den Kindern mit aktiver Karies als gesund beurteilt worden.
- Bei 184 Kindern (**39 Prozent**) wurde aktiver **Handlungsbedarf** festgestellt. Bei einem Drittel dieser Kinder ist nur ein Zahn von Karies betroffen. Drei Viertel haben ein bis vier kariöse Zähne. Fünf Prozent weisen bei zehn oder mehr Zähnen bis ins Dentin reichende Kavitäten auf. Die Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen sind statistisch nicht signifikant.
- Im Vergleich zur Zahnstuserhebung 1988/89 hat sich **der Anteil kariesfreier Kinder deutlich erhöht** (von 32 auf 47 Prozent). Obwohl aber die durchschnittliche Anzahl kariöser, fehlender und gefüllter Zähne von 4,7 auf 4,2 gesunken ist, stieg die Anzahl der kariösen, fehlenden und gefüllten Flächen von 10,7 auf 12,2. Das bedeutet, dass die Kinder zwar weniger geschädigte Zähne haben, diese aber an mehr Flächen von Karies befallen sind.

4.2.3.14.2 Untersuchung von Wiener Schulkindern

In Wien wurden im Schuljahr 1996/97 die **Putzgewohnheiten** von SchülerInnen der 1. und 4. Klasse Volksschule analysiert, und es zeigte sich, dass durch Aufklärungs- und Beratungstätigkeit deutliche Verbesserungen erzielt werden können. Weiters wurde der **Kieferstatus** bei SchülerInnen der 1. Klasse Volksschule untersucht. Demnach betrug die Normverzahnung 70 Prozent, die Anzahl der Nichtregelgebisse lag bei 30 Prozent. Das bedeutet, dass

die Fehlstellungen etwa ein Drittel ausmachen, wobei diese zum Teil auf dem frühzeitigen Verlust der Milchzähne vier und fünf beruhen. 17 Prozent der untersuchten Kinder müssten einer kieferorthopädischen Weiterbehandlung zugeführt werden.

Ein **Volkgruppenvergleich** in der ersten Volksschulklasse zeigt die mit rund 90 Prozent enorm hohe Kariesprävalenz bei Kindern aus dem ehemaligen Jugoslawien sowie bei Kindern aus der Türkei. Der Kariesanteil bei den Kindern mit Geburtssprache Deutsch beträgt 51 Prozent. **Naturgesunde Gebisse** weisen in der ersten Volksschulklasse nur ein Fünftel aller Kinder auf (21 Prozent), in der vierten Klasse sogar noch weniger. Prophylaktische Maßnahmen wären zur Verbesserung dieses Anteils dringend erforderlich.

1998 wurden insgesamt 86.557 Kinder von SchulzahnärztInnen der Jugendzahnkliniken (siehe auch Kap. 10.5.3) untersucht. 38 Prozent dieser Kinder wiesen behandlungsbedürftige Zähne auf (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Beim Eintritt in die Schule wird von ÄrztInnen der Wiener Jugendzahnkliniken der Zahnstatus der Wiener Kinder erhoben. Danach ergeben sich in Wien folgende, stark regionale Unterschiede (Anfangsuntersuchung beim Schuleintritt 1996/97, 8.985 untersuchte Kinder). Kinder in den Bezirken 1, 13, 19, 23 waren praktisch kariesfrei. Im 6., 9., 14., 21. und 22. Bezirk waren über 50 Prozent kariesfrei. Eine Kariesprävalenz von 60–65 Prozent wiesen die Bezirke 3, 4, 7, 8, 11, und 12 auf. Am schlechtesten (70–75 Prozent betroffen) ist die Situation in den Bezirken 2, 5, 10, 15, 16, 17, 18 und 20.

Die Kariesprävalenz der Wiener SchülerInnen lag laut Ergebnissen der Gesundheitsblätter aus dem Jahr 1999/00 in der 1. Klasse bei 30,1 Prozent; in der 4. Klasse bei 26,6 Prozent und in der 8. Schulstufe bei 30,5 Prozent. Der Anteil der sanierten Gebisse lag in der 1. Schulstufe bei 13,6 Prozent und in der 4. Klasse bei 37,6 Prozent. Gebissfehlstellungen ohne Behandlung wiesen 10,4 Prozent in der 1., 14,6 Prozent in der 4. und 15,2 Prozent in der 8. Schulstufe auf. Gebissfehlstellungen mit Behandlung konnten bei 0,6 Prozent für die 1., 10,5 Prozent für die 4. und 4,7 Prozent für die 8. Klasse festgestellt werden (siehe Kap. 4.2.6.2).

4.2.3.14.3 Zahnstaterhebung bei Zwölfjährigen

Die Zahngesundheit im Kindes- und Jugendalter bedingt unmittelbar die Zahngesundheit der Erwachsenen. Daher wird der Altersgruppe der 6- und 12-Jährigen besonderes Gewicht beigemessen. Die zwölf Jahre alten Jugendlichen stellen darüber hinaus die internationale Vergleichsgruppe (Index-Altersgruppe) für den Zahnzustand der Bevölkerung eines Landes dar.

Unter Anwendung der von der WHO entwickelten Methodik (Basic Oral Health Surveys) führte das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen 1997 eine repräsentative Zahnstaterhebung bei insgesamt 510 12-jährigen Schülerinnen und Schülern in ganz Österreich durch. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie sind (SAX und FRANK, 1997):

- Im Vergleich zur Zahnstaterhebung von 1993 hat sich der Anteil kariesfreier Jugendlicher deutlich erhöht (von 20 Prozent auf 44 Prozent). Der DMFT-Wert ging von 3,0 auf 1,7 zurück. Darüber hinaus weisen 3,3 Zähne Schmelzverfärbungen oder -läsionen auf, was bedeutet, dass sie von Karies bedroht sind. Die durchschnittliche Anzahl der durch Karies geschädigten Flächen beträgt 1997 2,7 gegenüber dem DMFS-Wert von 4,9 im Jahre 1993.
- **44 Prozent** der Jugendlichen sind **kariesfrei**. Davon weisen allerdings 42 Prozent entweder eine Schmelzverfärbung oder eine Schmelzläsion auf, die jedoch durch präventive Maßnahmen wie Mundhygiene oder Fluoridierungen behebbar sind. Daher gelten diese Jugendlichen als kariesfrei. Lediglich zwei Prozent verfügen über ein Gebiss ohne jegliche Schmelzverfärbungen.
- „Jugendliche mit **behandlungsbedürftiger Karies**“, d. h. mit mindestens einem nicht sanierten, kariösen Zahn, weisen einen DMFT-Index von 3,4 auf. Zusätzlich zeigen durchschnittlich 5,3 Zähne Schmelzverfärbungen oder Schmelzläsionen.
- Bei **13 Prozent** der Jugendlichen besteht **akuter Behandlungsbedarf**. Bei zwei Drittel dieser 12-Jährigen handelt es sich jedoch nur um einen Zahn, der von Karies betroffen ist.
- 62 Prozent der Schäden entfallen auf nur 21 Prozent der Jugendlichen, welche meist zwischen vier und 19 geschädigte Zähne aufweisen.
- Der Anteil der Jugendlichen mit **vollständig saniertem Gebiss** beträgt 43 Prozent (bzw. drei Viertel derer, die Erfahrung mit Karies haben). Der Sanierungsgrad auf Zahnebene (= Anteil der gefüllten Zähne an allen durch Karies geschädigten Zähnen) beträgt 85 Prozent.
- Knapp **drei Viertel** der Befragten **putzen sich zweimal täglich ihre Zähne**. Zwei Prozent der 12-Jährigen gaben an, ihre Zähne nur mehrmals pro Woche zu putzen.

- **Mädchen** sind etwas **häufiger** von Karies **betroffen** als Knaben; hinsichtlich des Papillenblutungsindex schneiden sie gegenüber den Knaben aber deutlich besser ab. Ebenso ist der Sanierungsgrad bei den Mädchen mit 87 Prozent höher als bei den Buben mit 82 Prozent.
- Signifikant sind die Unterschiede zwischen den **Schultypen**. AHS-SchülerInnen haben weniger durch Karies geschädigte Zähne als HauptschülerInnen und auch weniger Blutungsstellen an den Papillen. Darüber hinaus weisen die AHS-SchülerInnen mit 92 Prozent den höchsten Sanierungsgrad auf (HauptschülerInnen: 82 Prozent).

Breiter Konsens besteht v. a. hinsichtlich der Forderung nach einem möglichst frühzeitigen Beginn der **Kariesprophylaxe**, da die größten Lücken in der Versorgung bei Kindern von 0–3 Jahren bestehen. Hier sollten bereits Schwangere angesprochen und über die Ätiologie der Karies sowie wirksame Präventionsmethoden informiert werden.

Eine Reduktion des Kariesbefalls konnte durch **Fluorgaben** (Tabletten, Trinkwasseranreicherung) bereits in mehreren Studien belegt werden. Dazu werden zwei Mechanismen diskutiert: 1. Verminderung der Löslichkeit des Zahnschmelzes durch Ersatz von Hydroxyl(OH)-Gruppen in der kristallinen Struktur des Apatits durch Fluorionen. 2. Hemmung der Säurebildung am Zahn durch Verminderung bakterieller Enzymtätigkeit im Zahnbelag. Neben der prophylaktischen ist keine kurative Wirkung von Fluor (im Sinne einer Remineralisation von kariösen Läsionen) bekannt (ELMADFA und LEITZMANN, 1998).

Die Zufuhr von Fluorid sollte im ersten Lebensjahr beginnen, da der Zahnschmelz von Milch- und bleibenden Zähnen nur dann über das Nahrungsfluorid mit Fluorid versorgt wird, wenn der betreffende Zahn die Mundhöhle noch nicht durchbrochen hat (ELMADFA und LEITZMANN, 1998).

Als optimale Dosis, zusätzlich zur Fluoraufnahme über Nahrung und Getränke, gilt für die Kariesprophylaxe 1 mg F pro Tag ab einem Alter von sechs Jahren. Darunter gelten niedrigere Werte. In dieser Dosierung kann es zu keinerlei Nebenwirkungen kommen. Zusätzlich ist darauf zu achten, dass die verwendeten Zahnpasten fluoriert sind (TUPPY, o.J.).

Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass Fluor nicht überdosiert wird, denn zahlreiche epidemiologische Studien zeigen, dass größere Fluoridaufnahmen über einen längeren Zeitraum zu gehäuftem Auftreten von Erkrankungen des Skeletts und der Zähne, besonders zu Dentalfluorose bei Kindern bis zum 9. Lebensjahr führen können (ELMADFA und LEITZMANN, 1998).

Zahnkaries ist nicht das Resultat eines Fluormangels, sondern die Folge von falscher Ernährung und mangelnder Zahnpflege (ELMADFA und LEITZMANN, 1998).

Die **zahnärztliche Versorgung** (siehe auch Kap. 10.5.3) ist ein weiterer wichtiger Baustein in der Kariesprophylaxe. Sie sollte verstärkt auf **(individual)prophylaktische Angebote** ausgerichtet sein, dazu müsste aber die Honorarordnung entsprechend umgestellt werden. Ein wichtiger Schritt in diesem Zusammenhang war die Zulassung des neuen Zahnmedizinstudiums, welches seit 1.10.1998 in Kraft getreten ist. Darin wird großer Wert auf die Vermittlung der Wichtigkeit von Prävention gelegt. Vor allem im 3. Abschnitt und auch in dem zu absolvierenden Praktikum (insgesamt 72 Wochen) werden die Techniken der Kariesprophylaxe bzw. Zahnerhaltung gelehrt. Als weiterer Schritt zu einer effizienten Individualprophylaxe wird in Österreich die Etablierung des **Berufes der Prophylaxehelferin bzw. des Prophylaxehelfers** angesehen, wie es sie bereits in vielen europäischen Ländern gibt (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

In diesem Zusammenhang ist auf eine oberösterreichische Studie hinzuweisen, die im Schuljahr 1993/94 bei 42.000 Kindergarten- und Volksschulkindern durchgeführt wurde. Es zeigte sich, dass bei den Kindern, obwohl sie über das Untersuchungsdatum informiert waren, die gemessenen Plaqueindices sehr schlecht waren. Dies lässt auf mangelnde Putztechnik oder zu kurze Putzzeit schließen, wodurch der Zahnbelag nur ungenügend entfernt wird. Dieser Zustand macht auch eine stärkere Einbindung der Eltern, welche ja eine Vorbildwirkung haben sollten, notwendig. 80 Prozent der Kinder zeigten Kariesschäden an einem oder mehreren Zähnen. Die Kariesprävalenz nach WHO-Kriterien ergibt einen DMFT von 3,02 (WHO-Ziel 3,0 bei den 6–12-Jährigen). Dieser Wert erhöht sich z. B. bei approximaler **Lichtsondenbefundung** auf 3,17 (Liso). Das Ergebnis macht deutlich, dass mittels der Lichtsondenbefundung exaktere Bestimmungen des Zahnstandes möglich sind (PINK und MÜLLER-BRUCKSCHWAIGER, 1994).

Aber auch **gruppenprophylaktische Angebote** (siehe auch Kap. 9.3) – darunter versteht man Maßnahmen und Programme in Schulen, Kindergärten usw. – werden weiterhin notwendig sein. Ihr Vorteil liegt unter anderem darin, dass man mehrere Kinder gleichzeitig erreichen kann. Voraussetzung ist aber, dass die Basisprophylaxe flächendeckend ausgebaut wird. Zusätzlich bedarf es verstärkter Anstrengungen, Karies-Risiko-Kinder aufzufinden, um sie den individualprophylaktischen Maßnahmen zuführen zu können (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Im Zusammenhang mit Zahngesundheit sind auch die Angebote von zahlreichen **Schulbuffets** kritisch zu betrachten, da diese meist zu viele Süßspeisen verkaufen, welche oft auch noch als „gesund“ beworben werden. Hier sollte das Konzept der „gesunden Jause“ verfolgt und Aufklärung hinsichtlich der „gesunden Zwischenmahlzeiten“ betrieben werden (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

4.2.4 Psychische Probleme/Störungen

Zusammenfassung

Psychiatrische Diagnosen gemäß Spitalsentlassungsstatistik 1998 sind in der Altersgruppe der 0–3-Jährigen umschriebene Entwicklungsstörungen, Drogenpsychosen, Anpassungsstörungen und spezifische emotionale Störungen des Kindes. Bei den 4–7-Jährigen waren die Hauptdiagnosen umschriebene Entwicklungsrückstände, Anpassungsstörungen und Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters. Die 8–11-Jährigen litten in erster Linie unter umschriebenen Entwicklungsrückständen, Anpassungsstörungen und Neurosen. In der Altersgruppe von 12–5 Jahren waren die Hauptdiagnosen Anpassungsstörungen, Spezifische emotionale Störungen des Kindes und Neurosen.

Ein wichtiger Aspekt der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie ist die forensische Arbeit, welche Begutachtungsfragen von kindlichen und jugendlichen ZeugInnen, sowie TäterInnen umfasst. Außerdem werden Fragen der Pflegschaftsbegutachtung und zivilrechtliche Ansprüche, wie jene von Unfallschadensopfern, geklärt.

An die Diagnostik und die Therapie in den Bereichen Abhängigkeiten und Süchte, Erlebnis- und Belastungsreaktionen, Sekten und Guruismus, Kriminalität und Sexualentwicklung werden immer höhere Ansprüche gestellt. An der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie werden im Jahr rund 200 Fortbildungsvorträge abgehalten, die allesamt darauf abzielen, seriöse und wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse zu vermitteln. Weiters wurde an dieser Klinik mit einer Studie begonnen, welche sich mit den Schwierigkeiten bei der Betreuung von Migrantenkinder beschäftigt. Andere Institutionen wie z. B. das Institut für Erziehungshilfe, sowie zahlreiche niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Neuropsychiatrie leisten ebenso bedeutende Beiträge.

Ruminationsstörungen, Pica und Appetitlosigkeit oder Essverweigerung sind die bedeutendsten Essstörungen der Säuglinge und Kleinkinder. Bei den Kindern und Jugendlichen sind Adipositas, Magersucht (Anorexia nervosa), die Ess-Brechsucht (Bulimia nervosa) und Binge-eating die dominierenden Essstörungen.

Summary: Psychogenic Problems/ Disturbances

According to hospital release statistics of 1998, psychiatric diagnoses for children aged 0 to 3 years include development disorders, drug psychoses, adaptation disorders, as well as specific emotional disturbances. Main diagnoses for 4 to 7 year olds are descriptive development retardation, adaptation disorders, as well as childhood hyperkinetic syndrome. 8 to 11 year olds are primarily affected by descriptive development retardation, adaptation disorders, as well as neuroses. 12 to 15 year olds were mainly diagnosed with adaptation disorders, specific emotional disturbances, as well as neuroses.

Forensic tasks, including cross-examinations of child or adolescent witnesses and perpetrators for the purpose of preparing expert reports, constitute an essential element of neuro-psychiatry for children and adolescents. Issues of guardianship and claims under civil law such as damages for accident victims are also handled in this context.

Diagnostics and therapy in the fields of dependencies and addictions, emotional and stress reactions, sects and guruism, criminality and sexual development are becoming increasingly more sophisticated. Approximately 200 lectures are held at the university clinic for child and youth neuro-psychiatry each year, with the aim to deliver serious and scientifically founded knowledge. The clinic has also started a survey on the difficulties of care and supervision of migrant children. Other institutions such as the institute for educational guidance, as well as numerous established specialists for child and neuro-psychiatry are also contributing to the development.

Ruminations, pica, want of appetite as well as refusal to eat are the most common eating disorders found with infants and small children. With children and adolescents, adipositas, anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge-eating are among the eating disorders most frequently detected.

Außer bei der Magersucht, bei welcher die Zahlen in den letzten Jahren stagnieren, ist bei den anderen Essstörungen eine steigende Tendenz zu verzeichnen. Aufgrund dieser Tatsache wurde in Wien eine Kampagne und eine Gratis-Telefon-Hotline eingerichtet sowie eine schriftliche Befragung von Wiener SchülerInnen durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie bestätigen die oben beschriebene Tendenz. Stationäre und ambulante Einrichtungen stehen in Wien den Betroffenen und deren Angehörigen zur Verfügung.

Apart from anorexia nervosa, which has been stagnating in recent years, other eating disorders have seen a continuous increase. Vienna is trying to counteract this development by launching a campaign, installing a toll-free telephone hotline and distributing questionnaires to schoolchildren. Results of the study can only manifest the above-described trend. Inpatient as well as outpatient institutions have been established to give guidance to children and relatives.

4.2.4.1 Psychiatrische Diagnosen

Die **Knaben** im Alter von **0–3 Jahren** wurden hauptsächlich mit Umschriebenen Entwicklungsstörungen (n = 65), Drogen-Psychosen (n = 13) und Spezifischen emotionalen Störungen des Kindes (n = 9) entlassen. Die **Mädchen** der gleichen Altersgruppe wiesen am häufigsten umschriebene Entwicklungsstörungen (n = 66), Drogen-Psychosen (n = 16) und Psychogene Reaktionen (n = 9) auf (Tabelle 1).

Im Alter von **4–7 Jahren** waren die Hauptdiagnosen bei den **Knaben** Umschriebene Entwicklungsstörungen (n = 64), Psychogene Reaktionen (n = 24) sowie Hyperkinetisches Syndrom (n = 23). Bei den Mädchen im selben Alter wurden hauptsächlich Umschriebene Entwicklungsstörungen (n = 44), Spezifische emotionale Störungen des Kindes (n = 14) und Psychogene Reaktionen (n = 4) festgestellt (Tabelle 1).

Knaben der Altersgruppe von **8–11 Jahren** wiesen am häufigsten psychogene Reaktionen (n = 47), Umschriebene Entwicklungsstörungen (n = 30) und Neurosen (n = 27) auf. Bei den 8–11-jährigen **Mädchen** fielen die häufigsten Diagnosen auf Umschriebene Entwicklungsstörungen (n = 24), Psychogene Reaktionen (n = 21) sowie Neurosen (n = 9) (Tabelle 1).

Im Alter von **12–15 Jahren** wurden bei den **Knaben** hauptsächlich Psychogene Reaktionen (n = 58), Spezifische emotionale Störungen des Kindes (n = 55) und Neurosen (n = 30) festgestellt. Die **Mädchen** derselben Altersgruppe wiesen am häufigsten psychogene Reaktionen (n = 67), Spezifische emotionale Störungen des Kindes (n = 29) sowie Funktionelle Störungen psychischen Ursprungs auf (Tabelle 1).

Tabelle 1: Psychiatrische Diagnosen 1998 bei Wiener Kindern im Alter von 0–15 Jahren

ICD-9	Lokalisation	0–3 Jahre		4–7 Jahre		8–11 Jahre		12–15 Jahre	
		m	w	m	w	m	w	m	w
292	Drogen-Psychosen	13	16	0	0	0	0	1	1
295	Schizophrene Psychosen	0	0	0	0	0	2	5	0
298	Andere nicht organische Psychosen	0	1	0	0	0	0	12	2
299	Typische Psychosen des Kindesalters	0	1	3	3	0	1	5	1
300	Neurosen	0	2	0	0	27	9	30	17
306	Funktionelle Störungen psychischen Ursprungs	2	5	14	1	6	7	11	24
309	Psychogene Reaktion (Anpassungsstörung)	5	11	24	4	47	21	58	67
313	Spezif. emotionale Störungen d. Kindes	9	4	9	14	18	3	55	29
314	Hyperkinetisches Syndrom des Kindesalters	4	0	23	1	16	4	9	0
315	Umschriebene Entwicklungsrückstände	65	66	64	44	30	24	12	19

m = männlich; w = weiblich

Quelle: Statistik Österreich, 1999; Spitalsentlassungsstatistik, 1998 (Kap. 4.2.3.4)

4.2.4.2 Kinder- und Jugendneuropsychiatrie

4.2.4.2.1 Forensische Kinder- und Jugendneuropsychiatrie

Die forensische Arbeit eines Kinder- und Jugendneuropsychiaters umfasst Begutachtungsfragen von kindlichen und jugendlichen ZeugInnen sowie TäterInnen. Außerdem werden Fragen der Pflegerbegutachtung und zivilrechtliche Ansprüche im Pflegegeldbereich wie auch Unfallsschadensopfer bearbeitet.

Bezüglich der **ZeugInnenbegutachtung** wurde Anfang der 90er Jahre in Mitarbeit mit anderen Initiativgruppen die kontradiktorische Befragung vor Gericht ins Leben gerufen. Es handelt sich dabei um eine Videobefragung, die von Sachverständigen durchgeführt wird und das Kind vor der Präsenz des Täters schützen soll (siehe auch Kap. 6.2.5). In Unmittelbarkeit wird das Kind zu erlittenen und erduldeten Misshandlungen befragt und nachfolgend nach den Reifekriterien in körperlicher, intellektueller, emotionaler Sicht begutachtet. Weiters werden der psychopathologische Zustand und allfällig daraus ableitbare psychische Erkrankungen erfasst, und schließlich werden die Wahrnehmungs-, Behaltens-, Erinnerungs- und Wiedergabefähigkeit aufgrund von Detailgenauigkeit und aussagepsychologischer Bewertung festgelegt. Aufgrund der KonsulentInnen Tätigkeit in der Änderung des Sexualstrafrechtes, ist mit 1.10.1998 der Kinderschutz vor Gericht wesentlich erweitert worden, die Verjährungsfristen wurden verlängert, und alle Sexualhandlungen am Kind wurden in ihrer Schwere und Bedeutung gleichgestellt. Nunmehr ist es Ziel des Vorstandes der Wiener Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Herrn Univ.-Prof. Dr. M. FRIEDRICH, österreichweit kinderneuropsychiatrische Standards zur Vergleichbarkeit von Gutachten zu erstellen.

Die **TäterInnenbegutachtung** aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht umfasst die Feststellung der Reifekriterien sowie der Assoziations- und Antizipationsfähigkeit eines Jugendlichen sowie die Feststellung, ob und in welcher Form die Diskretions- und Dispositionsfähigkeit eines jugendlichen Täters gegeben ist. Festgestellt werden muss, ob der/die TäterIn Einsicht in das Unrecht seiner/ihrer Tat hatte, und ob er/sie imstande war, nach dieser Einsicht zu handeln. Dazu benötigt man ausreichend psychopathologische Erfahrung, um dem Gericht zu helfen, die Eigenverantwortung eines/einer jugendlichen Kriminellen herauszuarbeiten. Über Motive zur Tat sind Prognosekriterien bezüglich der Gefährlichkeit ebenso zu erarbeiten wie die Feststellung einer allfälligen Einweisung in eine Einrichtung für geistig abnorme RechtsbrecherInnen.

In der **Pflegerbegutachtung** findet seit Jahren eine nicht enden wollende Diskussion statt, wie die Bedingungen des Obsorge- als auch Besuchsrechtes umzusetzen sind. Getrennte versus gemeinsame Obsorge wird ebenso heftig diskutiert wie das Recht des Kindes auf beide Eltern. Qualitätsstandards der Begutachtung sind von Seiten der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie vorgeschlagen worden und harren der Qualitätssicherung. Darunter ist zu verstehen, dass das Kind ein Recht auf seine Eltern hat und die Möglichkeit haben sollte, sich durch eine/n AnwältIn vertreten zu lassen und nicht, dass die Eltern sich um das Kind streiten. Noch immer ist die Aufteilung des Hausrates nach einer Scheidung wichtiger, weil einfacher zu bewältigen, als die Bedürfnisse der Kinder zu stillen. Nicht die rechtlich fixierten und kaum exekutierbaren Wünsche der Elternteile gilt es wahrzunehmen, sondern vielmehr das Bedürfnis eines erfüllten Kindeswohles in den Entwicklungsbereichen von körperlicher Pflege und Vorsorge, intellektueller Begabungsförderung neben den schulischen Kulturfertigkeiten im kreativen Bereich, die emotionale Bedürfnisbefriedigung geliebt, beachtet und anerkannt zu werden sowie die sozialen Sicherungskriterien, moralische Urteilsfähigkeit und Antizipationsfähigkeit unter Schutz durch Erwachsene erlernen zu können. Einfacher ausgedrückt gelingt die gemeinsame Obsorge dort, wo beide Elternteile dazu bereit sind; sie lässt sich nicht in Paragraphen zur Exekution festlegen. Umfassende Besuchsrechtsregelungen mit einem Schlüssel (ein Wochenende alle 14 Tage, zusätzlich ein halber Tag in jener Woche, in der das Besuchsrecht nicht stattfindet, eine Winter- und drei Sommerwochen) gaben dem Besuchselternteil Recht und Möglichkeit, ausreichenden Einfluss auf das Kind zu nehmen.

Die **Begutachtung in Zivilverfahren** hat ebenfalls forensisch-neuropsychiatrische Bedeutung erlangt, da in einer medizinischen Ganzheitsbetrachtung Pflegegeld sowie Schmerzensgeld nicht nur auf der Ebene von körperlichem Leid und Unbill zu sehen ist. Es ist aufgrund kinderpsychiatrischer Gutachten gelungen, auch seelisches Leid soweit zu qualifizieren und zu quantifizieren, dass nunmehr dieses Leid auch ohne körperliche Unbill zugestanden wird. Es ist eine Frage der Würdigung des „so werdenden Menschen“ gegenüber einem „so Seienden“, dass er nicht nur Anspruch auf Vergütung seines Leides zum gegenwärtigen Zeitpunkt erhält, sondern Langzeit-, Spät- und Folgezustände Berücksichtigung erfahren. Gerade am Beispiel des missbrauchten Kindes lässt sich die fraktionierte Therapie mit ihren Folgekosten exemplifizieren. Das 5-jährige Kind benötigt akut therapeutische Aufarbeitung des erlittenen Leides, Jahre später in der Pubertät werden neuerlich Therapiebedürfnisse einzufordern sein, in der Adoleszenz mit dem Eingehen erster Partnerschaften könnte vieles aus dem Unbewussten wiederbelebt werden, und vielleicht ist es auch eines Tages für dieselbe Person, z. B. als werdende Mutter, notwendig, therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Diese „fraktionierten Therapien“ entstammen den Erkenntnissen der, an der Wiener Klinik durchgeführten forensischen Arbeit (FRIEDRICH, 2000).

4.2.4.2.2 Diagnostik und Therapie jugendrelevanter psychiatrischer Phänomene

Mit den jugendpsychologischen Trend-Erkenntnissen, dass sich das Jugendlichenalter nach unten und nach oben verbreitert hat, also immer jüngere Kinder den Status des Jugendlichen einnehmen wollen und nach oben hin dem Jugendlichenalter kaum Grenzen gesetzt sind (siehe „Hotel Mami“ Kap. 7), ist die besondere Beschäftigung mit den Themenbereichen Abhängigkeiten und Süchte, Erlebnis- und Belastungsreaktionen, Sekten und Guruismus, Kriminalität und Sexualentwicklung verbunden.

Eine Gesellschaft, die stoffliche und nicht-substanzabhängige Abhängigkeiten aufweist, erfordert eingehende Diagnostik und Therapiemaßnahmen. Von Eigensucht und Eifersucht über Kaufsucht und Internetsucht, von Fress- über Magersucht (siehe Kap. 4.2.4.3) spannt sich der Bogen zu gesellschaftlich akzeptierten Drogen, wie Nikotin und Alkohol hin zu illegalen Drogen (siehe Kap. 5.4 ff). Wenn das pädagogische Prinzip des Imitationslernens und des Versuchirrtumlernens Gültigkeit hat, so ist die Erwachsenenwelt in ihren Abhängigkeiten schlechtes Vorbild und fordert gleichsam trial and error des Jugendlichen heraus. Setzt man dazu die Risikofreudigkeit und den Highkick in Beziehung, so bedarf der Jugendliche häufig der Begleitung ins Erwachsenenalter durch den Lehrer des Lebens, dies können Eltern, LehrerInnen, DienstgeberInnen, Erwachsene, Freundinnen und Freunde und eben auch JugendpsychotherapeutInnen sein. Von der exakten Diagnostik über die fraktioniert eingesetzte Therapie findet man Erkenntnisse zur Prävention.

Drogenentzug und Drogentherapie kann an der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Wien aufgrund räumlicher und personeller Bedingungen nicht angeboten werden, jedoch ist in den Berufungszusagen an den Vorstand eine kleine Kinderdrogen-Forschungsstation eingeplant und harrt der Verwirklichung.

Die Bedeutung der **Erlebnis- und Belastungsreaktionen** und ihrer Behandlung hat nach eingehender Diagnostik in den letzten zehn Jahren massiv an psychiatrischer Bedeutung gewonnen. Seien es Angehörige von Lawinenopfern, von Familien, die durch Bergwerksunglücke um ihre Väter gekommen sind, seien es Kinder, die den gewaltvollen Tod eines Elternteiles durch Mord oder durch Unfall miterleben mussten, seien es Jugendliche, die Tatzeuginnen einer Massenpanik in einem Stadion waren oder seien es Jugendliche, deren Drama nicht in der Öffentlichkeit jenes mediale Aufsehen erregt, wie es vielleicht Fluchttraumen darstellen. Allen diesen Jugendlichen ist gemeinsam, dass sie professionelle Hilfe mit assistierter Problemkonfrontation brauchen, die im Rahmen der klinischen Alltagstätigkeit und in Form von Konsiliarbesuchen in anderen Spitalsabteilungen des AKH erfüllt werden. Auch in diesem Bereich ist der dem Ordinarius zugestandene Liaisondienst noch nicht verwirklicht, jedoch im Konzept bereits ausgefertigt.

Der **Suizidprävention** wird in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie besonders breiter Raum eingeräumt, da die Jugendlichen aufgrund von Verbalisationsunfähigkeit und mangelnder Diskussionskultur zur Aktionssprache, die nonverbal erfolgt, reifen müssen. Leichtfertig wird der Einsatz des Lebens unter Außerachtlassung der Einmaligkeit desselben riskiert. Sowohl die Verhinderung des präsuizidalen Syndroms als auch die therapeutische Wiedereingliederung nach erfolgtem Suizidversuch ist Anliegen dieser Klinik.

Der Bereich der **Sekten und Guruismusszene** mag im Jugendlichenalter etwas in den Hintergrund getreten sein, da die rechtlichen Bedingungen im Sinne des Kinder- und Jugendschutzes wie auch des Finanzschutzes so ausgefertigt wurden, dass die klassischen Sektenverbindungen sich mehr und mehr auf den mündigen, jungen Erwachsenen hinorientiert haben. Satanismus und esoterische Zirkel haben aber weiterhin entsprechenden Zulauf, da den Jugendlichen in ihrer, auch intellektuellen Experimentierfreudigkeit die Grenzüberschreitung ein wichtiges Anliegen bei der Suche nach Identität, Identifikation und Intimität ist.

Die Gefahr, dass Jugendliche in **Kriminalität** geraten und schließlich die Frage nach dem psychischen Zustand und seiner Behandlungsbedürftigkeit in den Raum gestellt wird, nimmt ebenfalls zu. Diese Jugendlichen müssten „wohl geisteskrank“ sein, hört man allenthalben, und es ist nicht Aufgabe der ganzheitlichen Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, normal von abnormal und gesund von krank zu trennen oder zu diagnostizieren, sondern vielmehr die Behandlungsbedürftigkeit herauszuarbeiten. Behandlungsbedürftig ist ein Kind dann, wenn es außerstande ist, die lebensaltertypischen, alltäglichen, kulturspezifischen Verrichtungen zu bewältigen. Gerade am Sektor der Kriminalität zeigt sich unsere Schwäche in der Prävention, indem Dialogunfähigkeit von Elternhaus und Schule, Unklarheit in Jugendschutzgesetzen in einzelnen Bundesländern und mangelnder Kenntnisstand als Ursachen herangezogen werden müssen.

Der Eintritt in das Lebensalter partnerschaftlicher gelebter **Sexualität** (siehe auch Kap. 8) gilt Eltern als Krisenalter und tritt grundsätzlich „zu früh“ ein. Aufgabe der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie ist es, v. a. in Aufklärung und Prävention Jugendliche zu erreichen, die im noch partialtriebhaften Alter gefangen sind und vermeinen, keine normgerechte Entwicklung (siehe Kap. 1ff; 4.2.2ff) zu durchlaufen. Auch der Schutz extrem junger Mütter, zum Teil im Kindesalter, erfordert unsere therapeutische und organmedizinische Hilfe (FRIEDRICH, 2000).

4.2.4.2.3 Gesellschaftspolitisch aktuelle Präventionsbereiche

Kaum ein Fach in der Medizin erlangt so viel gesellschaftspolitische Relevanz, sowohl im Tagesgeschehen als auch in der Prävention, wie die Psychiatrie und die Kinderneuropsychiatrie. Im Trend der **Massenmedialisierung** und **Globalisierung** werden medizinische Erklärungsmodelle besonders gerne gefordert, in der Hoffnung, Schlagzeilen zu machen, aber auch im Sinne von vermeintlicher Volksaufklärung. Der stete Tropfen medialer Information höhlt schließlich auch den Stein des Bewusstseins.

Die Versuche, die Kinder- und Jugendneuropsychiatrie ins Bewusstsein zu bringen, scheitern an ethischen Grundsätzen und natürlich an selbst auferlegten Datenschutzkriterien. Würde spekulativ die Arbeitsleistung der Kinder- und JugendneuropsychiaterInnen in die Tagesinformationen einfließen, gäbe es zwar permanent Sensationsmeldungen, aber die Würde der Betroffenen wäre nicht entsprechend gesichert. In Kenntnis dieser Tatsachen hält das multiprofessionelle Team der Universitätsklinik im Jahr ca. 200 Fortbildungsvorträge ab, die allesamt darauf abgestimmt sind, seriöse und wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse anzubieten. Die letzten fünf Jahre haben gezeigt, dass die Schwerpunktthemen Psychosenbehandlung, Ernährungsstörungen (siehe Kap. 4.2.4.3), kindliche Kopfschmerzbehandlung (siehe Kap. 4.2.3.2.1), Epilepsiediagnostik (siehe Kap. 4.2.3.12.1) und forensische Plattform Platz gegriffen haben (FRIEDRICH, 2000).

Aus case-work Methode und psychoanalytischer Kindertherapie entstand die Methode des **Institutes für Erziehungshilfe – ambulante Kinderpsychotherapie** in Wien (privater Trägerverein, subventioniert durch die MA 11). Heute existieren fünf Institute in Wien, die moderne und regionale Versorgung sichern. Das Kernangebot ist die tiefenpsychologisch orientierte Kinderpsychotherapie unter Einbeziehung der Eltern, aber ebenso Interventionen bei den Müttern mit Babys und Kleinkindern, Gruppen mit Kindern und Jugendlichen sowie Elternrunden. Ein Drittel der KlientInnen lebt mit einem Elternteil (meist mit der Mutter); zwölf Prozent der Väter, zwölf Prozent der Mütter sind arbeitslos. Mehr als ein Drittel der PatientInnen werden dem Institut von den Jugendämtern zugewiesen. In einer Teamkonferenz (multiprofessionell mit SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen, welche alle über eine Psychotherapieausbildung verfügen) wird jeder neue Fall diskutiert. Neurotische Kinder, schwer frühtraumatisierte Kinder mit narzisstischen und Borderlinestörungen werden am häufigsten diagnostiziert. Für die Diagnostik erscheint ein tiefenpsychologischer Zugang, der über einen rein phänomenologischen hinausgeht, wichtig. Dies macht erst die unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen, die zu einem Symptom führen, sichtbar. Die psychotherapeutische Arbeit am „Widerstand“ des Kindes und der Eltern ist wichtig, um einen vorzeitigen Therapieabbruch zu vermeiden. Während der gesamten Therapiedauer des Kindes kommen die Eltern (bzw. die mit der Erziehung des Kindes betrauten Personen) zu Beratungsgesprächen. Tiefgreifende Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur bei seelischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters, die künftigen Entwicklungsanforderungen standhalten, sind nicht mit kurzen Interventionen zu erreichen (BRAININ, 2000).

Kinder und Jugendliche verbringen immer mehr Zeit in **öffentlichen Institutionen**, wie Kindergärten und Schulen, wodurch diese immer mehr Verantwortung für die Entwicklung der nächsten Generation von Erwachsenen erhalten. Gleichzeitig gibt es immer mehr Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen. Sowohl KindergartenpädagogInnen als auch LehrerInnen erhalten oft zu wenig Hilfe bei der Betreuung von Heranwachsenden, die psychische Konflikte und Probleme nur durch Verhaltensänderungen ausdrücken können. Die Störungen können durch vielfältige Faktoren ausgelöst werden, aber auch in vielfältigen Erscheinungsbildern zu Tage treten. Ein besonderes Anliegen ist es, Bezugspersonen in Schulen und Kindergärten Hilfe beim Verständnis für die psychodynamischen Hintergründe des gestörten und störenden Verhaltens der ihnen Anvertrauten zu geben und die Bezugspersonen dafür zu sensibilisieren, dass Symptome psychischen Leidens Kommunikationsangebote der Seele sind und diese nicht nur unterdrückt werden müssen, sondern kreativ für eine Verständigung genutzt werden können (IDINGER, 2000).

Tagesklinische Behandlung stellt ein in zahlreichen Ländern Europas häufig praktiziertes und ausgewiesenes Therapiesetting in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie dar. In Österreich gibt es diesbezüglich noch einen gewissen Aufholbedarf. An der Station für Heilpädagogik und Psychosomatik der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Wien werden seit langem Kinder im Kleinkindalter fast ausschließlich in einer Tagesstruktur betreut. Aufgrund räumlicher Gegebenheiten und entsprechender Personaleinsatzplanung war es möglich, innerhalb eines überwiegend vollstationär geprägten Behandlungsrahmens für sehr junge PatientInnen eine Subgruppe zu etablieren, die von den Kindern und deren Angehörigen als reine Tageseinrichtung erlebt wird. Die Autoren gelangen zur Auffassung, dass die Tagesklinik in der Altersgruppe der 3–6-jährigen Kinder als wertvolles, familienfreundliches Behandlungssetting im Fachgebiet der Kinderneuropsychiatrie anzusehen ist, welches am besten unter dem Aspekt einer „erweiterten ambulanten Diagnostik und Therapie“ zu betrachten wäre und ein integriertes Angebot (sonder-)pädagogischer Förderung und Betreuung in Verbindung mit medizinischen, funktionell-therapeutischen sowie psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen darstellt (LEIXNERING und POPOW, 2000).

1998 wurde an der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Wien am AKH mit einer Studie begonnen, die sich mit den Schwierigkeiten bei der Betreuung von Migrantenkindern und -jugendlichen beschäftigt. Die Studie ist zu folgenden Ergebnissen gekommen (FRIEDRICH et al., 1999).

Die Betreuung der Kinder und Jugendlichen aus **Zuwandererfamilien** im Rahmen einer **neuropsychiatrisch bzw. heilpädagogischen Diagnostik** und Therapie zeigt Komplexität: Sehr traditionell ausgeprägte Eltern ohne Deutschkenntnisse und mit unterschiedlichen soziokulturellen, religiös bedingten Vorstellungen sind besonders überfordert und belasten auch das Personal. Medizinische Betreuungsprozesse sind konfliktreich, besonders wenn es um die Bereiche Diagnostik von Leistungsfähigkeit, Verhaltensauffälligkeiten, familiären Problemen, körperlichem und sexuellem Missbrauch und Schulproblemen geht. Laut Bericht des Wirtschaftsförderungsinstitutes suchen die Eltern von Immigrantenkindern und -jugendlichen die Schulberatungsstellen mit 21 Prozent am häufigsten wegen Verhaltensproblemen ihrer Kinder auf. An der Klinik wurde die Erfahrung gemacht, dass Zuwandererfamilien erst sehr spät die Klinik aufsuchen und meist nicht von sich aus kommen, sondern überwiesen wurden. Vorstellungsgründe an der Klinik waren Belastungsreaktionen, Verhaltensauffälligkeiten, Schulschwierigkeiten und Entwicklungsrückstand. Bei Belastungsreaktionen waren die Ursachen bei den serbokroatisch/bosnisch sprechenden Kindern Kriegserlebnisse, bei türkisch sprechenden Kindern Erdbeben und fremdenfeindliche Angriffe durch die Gesellschaft bzw. öffentliche Stellen. Mehrere Kinder wurden der Klinik aufgrund fremdenfeindlicher Attacken vorgestellt. Bei fast allen Kindern waren posttraumatische Belastungsreaktionen bzw. Störungen festzustellen. Aufgrund der Sprachbarrieren fühlen sich viele Zuwandererfamilien oft nicht richtig behandelt und nehmen die vorgeschlagenen Behandlungen nicht an. Der wichtigste Grund für die mangelnde Compliance ist allerdings die Kulturbarriere. So konnte festgestellt werden, dass die Zusammenarbeit mit den Familien sehr gut war, wenn die betreuenden Personen sprachlich und kulturell kompetent waren. Aufgrund der Studienergebnisse wird nun an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie in Wien eine „Ambulanz für Transkulturelle Psychiatrie und migrationsbedingte Störungen des Kindes- und Jugendalters“ errichtet (FRIEDRICH et al., 1999).

EXKURS: Kommunikationsbarrieren in der Betreuung von MigrantInnen und Kindern. Analyse und Lösungsvorschläge anhand von Fallbeispielen.

In der Wiener Bevölkerung ist in den letzten 40 Jahren ein kontinuierlich wachsender Anteil an MigrantInnen zu verzeichnen. Aufgrund der politischen Umbrüche in den Entwicklungs- und Schwellenländern sowie aufgrund der zunehmenden internationalen Mobilität werden in den nächsten Jahren Migrationsbewegungen weiterhin existieren. Einen entsprechend hohen Prozentsatz ausländischer PatientInnen spiegelt auch das Gesamt-PatientInnenaufkommen der Wiener Gesundheitseinrichtungen und Krankenanstalten wider (KAV-GD/CBG-Allg. Statistik Datenbank²³). In einer im Auftrag des WHO-Projektes „Wien – Gesunde Stadt“ und Wiener Integrationsfonds durchgeführten Studie wurde festgestellt, dass fast die Hälfte der ausländischen Bevölkerung in Wien über wenige oder keine Deutschkenntnisse verfügt, und die Inanspruchnahme verschiedener gesundheitlicher Einrichtungen „für MigrantInnen und Gesundheitspersonal nicht immer friktionsfrei ist“ (CSITKOVICS, 1997). Zur Überwindung der Sprachbarrieren werden im Spitalsalltag hauptsächlich Angehörige, v. a. die eigenen Kinder und das Reinigungspersonal herangezogen (PÖCHHACKER, 1997), wodurch ein Gemisch aus „ein bisschen verstehen“ seitens des medizinischen Personals und „ein bisschen dolmetschen“ seitens der „natürlichen“ DolmetscherInnen entsteht. Durch die Kommunikationsbarrieren wird einerseits die Arbeit des Gesundheitspersonals erschwert, was zur Folge hat, dass der Versorgungsauftrag der Gesundheitseinrichtung behindert wird, und andererseits sind die Betroffenen weniger gut in der Lage, ihre Interessen und Anliegen zu vertreten. Aus diesem Grund sollte eine migrantInnenspezifische bzw. kulturberücksichtigende Gesundheitsversorgung als Perspektive wahrgenommen werden und in die medizinische Versorgungsplanung Eingang finden. Diese Dienstleistungsorientierung wird helfen, Kommunikationsbarrieren abzubauen und die Effizienz zu steigern. Dienstleistungsorientierung ist aus Gründen der Qualitätssicherung und Ökonomie unumgänglich, denn sprachlich bzw. soziokulturell bedingte Missverständnisse bilden im klinischen Alltag keine Seltenheit und verdienen aufgrund ihrer juristischen Brisanz besondere Aufmerksamkeit (DRENNAN, 1996; CLARK, 1997; HORNBERGER, 1997, 1998).

In den meisten EU-Ländern herrscht heute Konsens darüber, dass die Praxis der „stummen Medizin“ ausländischen PatientInnen gegenüber folgenschwere Konsequenzen nach sich ziehen kann. Aus diesem Grund sind in den 90er Jahren in den meisten westeuropäischen Ländern – v. a. in Ballungsräumen mit entsprechend hohem MigrantInnenanteil – Einrichtungen, sogenannte „Sprachpools“, mit qualifizierten DolmetscherInnen für den Gesundheits- und Sozialbereich entstanden, die auf eine fachspezifische Bewältigung von Versorgungsproblemen bei MigrantInnen hinwirken: Im Pariser Centre Migrants werden jährlich 40.000, in den schwedischen Tolkcentralen und Tolkenformedling mehr als 200.000 und im niederländischen Tolkencentrum über 100.000, im Londoner Language Line über 200.000 solcher kommunikativer Dienstleistungen für das Gesundheits- und Sozialwesen abgewickelt

²³ Der Anteil ausländischer PatientInnen beträgt in Frauen- und Kinderabteilungen einiger Wiener Krankenanstalten (z. B. Univ.-Frauenklinik AKH) bis zu 41 Prozent (KAV-GD/CBG – Allg. Statistik Datenbank).

(SALMAN, 1996). Ziel all dieser Einrichtungen ist es u. a., MigrantInnen aus ihrer medizinischen Isolation herauszuholen und so kompetent zu betreuen, dass ihr medizinisches Verständnis und damit die Compliance (das Ausmaß, in dem sich die PatientInnen an die ärztlichen Therapievorschriften halten) steigt. In Wien wurde in den letzten Jahren im Bereich der Dolmetschdienste in unterschiedlichen Kontexten viel bewusstseinsbildende Arbeit geleistet und Entwicklungen in Gang gesetzt (PÖCHHACKER, 1997). Trotzdem fehlt im internationalen Vergleich sowohl in qualitativer (Fehlen einer spezifischen Ausbildung) als auch in quantitativer Hinsicht (dzt. arbeiten in Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbundes nur sechs DolmetscherInnen für die türkische Sprache) eine geeignete Infrastruktur von Dolmetscherdiensten für den Gesundheits- und Sozialbereich.

Im Folgenden werden anhand exemplarischer Falldarstellungen sprachlich und sozio-kulturell bedingte Kommunikationsbarrieren im Gesundheitsbereich dargestellt und auf Angebote der Gesundheitsförderung und -sicherung bezogen. (Da die Erstautorin Dolmetscherin für die türkische Sprache ist, beziehen sich die vorliegenden Fallbeispiele auf PatientInnen dieser Sprachgruppe.)

Fallbeispiele

FALL 1: In der Kinderabteilung eines Krankenhauses wurde beim ersten Kind der jungen türkischen Familie A. ein Pyruvatkinasemangel²⁴ diagnostiziert. Das Ehepaar A. lebt seit wenigen Jahren in Österreich. Zum Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes war Frau A. 17 Jahre und Herr A. 20 Jahre alt. Beide haben in der Türkei die fünfjährige Volks- bzw. Pflichtschule abgeschlossen, sind jetzt in Österreich als Arbeiter bzw. Arbeiterin tätig und verfügen über geringe Deutschkenntnisse, die sie hauptsächlich an ihrer Arbeitsstelle erworben haben. Im Zuge des Aufklärungsgesprächs über die Folgen der Erkrankung empfahl die behandelnde Ärztin der Familie eine genetische Beratung, um das familiäre Risiko bei der weiteren Familienplanung berücksichtigen zu können. Familie A. nahm den vom Kinderspital vereinbarten Termin in der genetischen Beratungsstelle wahr. Anhand von schematisch dargestellten Bildern wurden die Eheleute über die Vererbungslehre und das Risiko, ein krankes Kind zu bekommen, aufgeklärt. Allerdings wurde die Information, dass eines von vier Kindern krank, eines gesund sein würde und zwei TrägerInnen der Krankheit sein würden ohne selber krank zu sein, ihrerseits völlig falsch aufgefasst: Frau A. wurde daraufhin dreimal schwanger und ließ alle diese Schwangerschaften abbrechen. Die vierte Schwangerschaft trug sie aus, da sie der Annahme war, dass nur das vierte Kind ein gesundes Kind werden würde. Das zweite geborene Kind der Familie A. hatte leider auch dieselbe Erkrankung.

ANALYSE: Die Tatsache, dass hier der Versuch unternommen wurde, das medizinische Fachwissen in einer laienfreundlichen Art den Ratsuchenden zu vermitteln, blieb nicht nur ohne Erfolg, sondern verursachte auch schwerwiegende Konsequenzen. Auch wenn ÄrztInnen ihre Formulierungen alltagssprachlich gestalten, sind die Formulierungen nur verständlich für den, der die Sachverhalte kennt, der also ein gewisses Grundwissen hat (REHBEIN, 1985). KlientInnen, die dieses Grundwissen nicht mitbringen, etwa Personen, die keine höhere Schulbildung haben, können daher den „laienfreundlichen“ Ausführungen von ÄrztInnen nicht folgen. Im geschilderten Fall ist ohne jegliche Kenntnis der Humangenetik und der Funktion des menschlichen Organismus ein Verstehen des Sachverhaltes kaum möglich. Zusätzlich ergeben sich krasse Zweifel daran, inwiefern ÄrztInnen mit „reduziertem“ Deutsch ihrer Informationspflicht nachkommen können: Die subjektive Einschätzung der Ärztin oder des Arztes unterliegt dabei gefährlichen Verzerrungen, die neben dem Respekt gegenüber der ärztlichen Autorität oder höflichem Bemühen, ihre Ursache auch in der gewählten (z. B. schambehafteten) Fragestellung haben können. Diese Verständigungsproblematik wächst nun umso mehr, wenn die Ratsuchenden einer anderen Sprachgemeinschaft angehören und die Landessprache nicht gut beherrschen, wie im Falle der Familie A., wo die gut gemeinte genetische Beratung für die Familie zu folgenschweren Konsequenzen führte.

FALL 2a: Ein 6-jähriges, schulpflichtiges Kind wurde seitens des Schularztes wegen Minderwuchses an die endokrinologische Ambulanz eines Wiener Kinderspitals zugewiesen. Da der Begleiter, der Vater des Kindes, kaum der deutschen Sprache mächtig war, wurde gleich bei der Anmeldung eine Dolmetscherin hinzu gerufen. Während der Wartezeit auf die Untersuchung erzählte der Vater der Dolmetscherin, dass er bereits längere Zeit in Österreich lebe. Seine Frau sowie seine drei Kinder waren erst vor einem Jahr nach Österreich gekommen. Seine damals noch in der Türkei lebende Frau hatte die gesetzlich vorgeschriebene Geburtsregistrierung ihrer Kinder unmittelbar nach ihrer Geburt verabsäumt. Da die Kinder aber für die Ausreise aus der Türkei Dokumente brauchten, wurde die Geburtsregistrierung im Zuge der Übersiedlung nach Österreich nachgeholt. Doch dabei wurden die Geburtsdaten der Kinder falsch registriert. Alle Geburtsdaten wurden mit 1.1. und dem dazugehörigen Jahr eingetragen. Während bei zwei seiner Kinder das Geburtsjahr stimmte und die Abweichungen „nur“ in den Geburtsmonaten lagen, war bei dem in der Ambulanz vorstelligen Kind auch das Geburtsjahr um ein Jahr zu früh registriert worden. Das

²⁴ Pyruvatkinasemangel: Stoffwechselerkrankung, bei der es zu raschem und vermehrtem Zerfall der roten Blutkörperchen kommt, die in monatlichen Abständen durch Fremdbluttransfusionen ersetzt werden müssen. Aber auch die zugeführten Blutkörperchen zerfallen sehr bald, sodass das Eisen des roten Blutfarbstoffes freigesetzt wird. Trotz einer medikamentösen „Entgiftung“ durch Despheral kommt es zu einer kontinuierlichen, irreversiblen Anreicherung des Eisens in allen Organen, wodurch eine geringere Lebenserwartung entsteht. Somit müssen die PatientInnen zeitlebens im Krankenhaus engmaschig medizinisch betreut werden.

laut offiziellem Dokument 6-jährige Kind war daher in Wirklichkeit erst 4,5 Jahre alt. Auf die Frage der Dolmetscherin, warum er dies nicht gegenüber dem Schularzt erwähnt hätte, antwortete der Vater, dass sein Kind vom Schularzt sofort und ohne Rücksprache mit der Familie eine Zuweisung ins Spital erhalten hatte. Da kaum eine Kommunikation stattgefunden hatte, erfuhr er auch nicht den Grund für die Spitalszuweisung und war der Annahme, dass diese Prozedur in Österreich üblich sei. Seine Deutschkenntnisse wären zwar für seine Tätigkeit in der Baubranche und im Alltagsleben ausreichend, genügten aber nicht, diesen komplizierten Sachverhalt einem Arzt mitzuteilen. Nach diesem Gespräch war es nur mehr eine bürokratische Prozedur, das Alter des Kindes in der zuständigen Konsularabteilung korrigieren zu lassen.

FALL 2b: Eine 35-jährige schwangere türkische Frau meldete sich in der geburtshilflichen Abteilung eines Wiener Krankenhauses zur Geburt an. Aufgrund ihres Alters riet ihr der Frauenarzt zu einer Fruchtwasserpunktion, da mit zunehmendem Alter auch die Risiken von Fehlbildungen des menschlichen Erbmateriale steigen können. Das Beratungsgespräch erfolgte mit Hilfe einer Dolmetscherin, da die Patientin nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügte. Erst durch das Verstehen des Sachverhaltes und der Zusammenhänge teilte sie dem Arzt mit, dass sie jünger sei als in ihren Dokumenten angegeben. Nach Bekanntwerden ihres wirklichen Alters erübrigte sich die Durchführung der pränatalen Diagnose.

Hintergrundinformation: Die Geburtsanmeldung unmittelbar nach der Geburt ist in der Türkei gesetzlich vorgeschrieben. Obwohl eine verspätete Geburtsregistrierung rechtlich nicht zulässig ist, kommt es vor, dass ganze Dörfer im Winter eingeschneit sind und dadurch in der Registrierung von Geburten Versäumnisse entstehen. Da auch bei der ländlichen Bevölkerung der Geburtstag kaum einen wichtigen Stellenwert hat, ist dieses Datum nicht relevant und gerät deshalb in Vergessenheit. Damit kann es vorkommen, dass die Registrierung manchmal erst dann geschieht, wenn Dokumente gebraucht werden. Wenn bei der verspäteten Geburtsregistrierung das Geburtsdatum nicht mehr in Erinnerung ist, wird in den Dokumenten entweder nur das Geburtsjahr oder der 1.1. als Geburtsdatum eingetragen.

ANALYSE: Die Missverständnisse in diesen Fällen sind nicht nur sprachlich kommunikativ bedingt, sondern liegen vor allem in der bildungs- und soziokulturellen Diskrepanz der GesprächspartnerInnen. Eine reine Sprachmittlung (Dolmetschtätigkeit) kann hier nur bedingt eine Lösung anbieten. Wenn Diskrepanzen der KommunikationspartnerInnen zu groß werden, um die Kommunikationsbarrieren nur auf die Sprache zu reduzieren, kann nur eine **Sprach- und Kulturmittlung** mit einem **Community Interpreter** die Problematik lösen. Gerade bei KlientInnen aus nicht-europäischen Kulturen ist die Tätigkeit des Community Interpreter wesentlich.

FALL 3 ist die partielle Wiedergabe einer „üblichen“ Kommunikation im Krankenhaus mit nicht deutschsprachigen KlientInnen und einer jugendlichen Verwandten als Dolmetscherin. Das Gespräch fand in der HNO-Abteilung eines Wiener Krankenhauses statt. In HNO-Abteilungen werden aus behandlungsmethodischen Gründen und mit dem Wissen der PatientInnen Videoaufnahmen von Patientenkontakten gemacht. Dieses Beispiel soll die tatsächlich oft eintretende unfruchtbare Situation in der Kommunikation verdeutlichen (PÖCHHACKER, 1998).

Eine junge türkische Familie sucht wegen der Sprachentwicklungsverzögerung ihrer 2 1/2-jährigen Tochter die HNO-Abteilung eines Wiener Krankenhauses auf. Die Eltern befürchten, dass das Zungenbändchen ihrer Tochter verwachsen sei und dass diese organische Fehlbildung ihr „Sprechen“ behindere. Da für den Besuch der HNO-Abteilung eine ärztliche Zuweisung erforderlich ist, dürften die Eltern offenbar ihre Sorge bereits einem/einer niedergelassenen ÄrztIn mitgeteilt haben, der/die sie deswegen gezielt in die HNO-Abteilung zugewiesen hat. Die Eltern verfügen über schlechte Deutschkenntnisse, deswegen bringen sie ihre in Österreich aufgewachsene, 16-jährige Nichte als Verständigungshilfe mit. Die Begutachtung des Kindes erfolgt durch eine Logopädin. Den Eltern sind die Hierarchien und der übergeordnete Funktionszusammenhang der HNO-Abteilung nicht bekannt. Deshalb stufen sie die mit weißem Mantel gekleidete Logopädin als Ärztin ein und erhoffen sich bei ihr Rat und Hilfe für ihr Problem. Zuerst beginnt die Logopädin anhand eines Fragebogens mit der Erhebung der Anamnese. Um das Kind währenddessen zu beschäftigen, gibt sie ihm einen Einsteckkasten auf den Tisch und erkundigt sich, ob „er“ solch ein Spiel kenne. Durch die im Infinitiv gehaltene Antwort des Vaters „Ja, schon kennen“, bleibt der Logopädin die Geschlechtsverwechslung verborgen.

Die erste an die Mutter gerichtete Frage nach der Schwangerschaft wird durch die Nichte als Frage nach der Geburt verdolmetscht. In ihrer nächsten Frage fragt die Logopädin nach der Geburt, die die Mutter bereits in der ersten – falsch übersetzten – Frage beantwortet hatte. Nachdem die Nichte dieselbe Frage an die Mutter weitergibt, reagiert diese zu Recht mit einer verständnislosen Rückfrage: „Meinst Du, als ich selbst geboren wurde?“ Als die Nichte in ungeduldigem Ton immer wieder auf eine Antwort drängt, ohne sich offenbar über die von ihr selbst gestiftete Verwirrung im Klaren zu sein, mischt sich nun auch noch der Vater zur Klärung der Frage in das in türkischer Sprache geführte Gespräch ein. Für die Logopädin ist es wiederum unverständlich, dass die einfache Frage nach der Geburt eine so lange Diskussion innerhalb der Familie auslöst, sodass sie den Versuch unternimmt, in einer Zwischenfrage nach etwaigen Komplikationen zu fragen. Aber auch die geht im Ringen der Familie, eine Klärung der Frage herbeizuführen, ohne Verdolmetschung unter.

Eine weitere Frage der Logopädin nach überstandenen Kinderkrankheiten wird von der Nichte in der Formulierung auf den aktuellen Gesundheitszustand umgedeutet. Auch die Frage nach der frühkindlichen motorischen Entwicklung wird ohne Einbeziehung der Mutter von der Nichte selbst in eigenständiger Interpretation „das war auch normal“ summarisch beantwortet. Dass das mit dem Einsteckkasten beschäftigte Kind immer wieder Äußerungen in türkischer Sprache von sich gibt, bleibt der Logopädin mangels Verdolmetschung verborgen, da sie diese Äußerungen lediglich als „Laute“ wahrnimmt.

Es ist den Eltern nicht klar, dass die Logopädin routinemäßige Fragen zu stellen hat. Aus der Sicht der Eltern ist das Gespräch weit von dem konkreten Anliegen entfernt, das sie eigentlich behandelt wissen wollen. Warum die von ihnen als Ärztin eingestufte Person ihr Kind nicht untersucht und sie stattdessen mit Fragen (sogar zweimal über die Geburt) konfrontiert, irritiert sie zunehmend. In weiterer Folge beginnt die Logopädin mit der Sprachanamnese, wobei sie sich erkundigt, ob das Kind überhaupt nachzusprechen versucht. Doch auch diese Frage wird von der Nichte in der Verdolmetschung umgedeutet auf das Richtig-Wiederholen-Können, das zur verneinenden Antwort der Mutter führt. Nun unternimmt der Vater seinen ersten Vorstoß, sein Anliegen zum Ausdruck zu bringen: Angesichts der zu unpräzisen Formulierung des Vaters: „Ja nur ich hab Angst. Vielleicht später net sprechen“ findet seine „Angst“ bei der mit dem Fragebogen beschäftigten Logopädin kein Gehör und sie geht zur nächsten Frage über. Die darauffolgenden Sprachspiele, die zur Überprüfung des Verständigungsvermögens des Kindes für verschiedene Handlungsaufforderungen (den Ball dem Vater geben, zum Fenster tragen usw.) dienen, führen zu Unverständnis und großer Enttäuschung seitens der Familie: Von einer Ärztin hätten sie sich wohl keine Sprachspiele, sondern die Untersuchung ihres Kindes oder zumindest Fragen und Aussagen zur Sprechfähigkeit als Gegenstand der Interaktion erwartet.

Auch der zweite Anlauf des Vaters, das Anliegen anzusprechen, dessentwegen die Familie die HNO-Abteilung aufgesucht hat, scheitert an seiner nicht konkreten Artikulation der Fragestellung. Die Logopädin geht zwar diesmal auf die Frage ein, aber sie bezieht ihre lang ausgeführte Antwort auf die kognitive Sprachentwicklung des Kindes und nicht auf seine Sprechorgane. Obwohl sie mehrmals die Nichte zum Übersetzen drängt, verhält sich diese nun als passive ZuhörerIn. Erst nach Aufforderung durch den Vater, der offenbar den langen Ausführungen der Logopädin nicht folgen konnte, verkürzt sie den Inhalt auf: „Du sollst dich bemühen, diese Dings zu machen. In Zukunft, sagt sie, kann sie reden“. Die weiteren ausführlichen Ratschläge der Therapeutin, wie die Eltern die Sprachentwicklung ihres Kindes unterstützen können, wird von der Nichte lediglich auf einen Satz reduziert: „Mach es zu Hause auch so“. Die Mutter, die aufgrund ihrer fehlenden Sprachkompetenz völlig auf ihre Nichte angewiesen ist und die meisten an sie gerichteten Fragen mangels Verdolmetschung nicht beantworten konnte, da diese entweder vom Vater oder direkt durch die Nichte übernommen wurden, ist bis zu diesem Moment völlig in den Hintergrund gedrängt. Doch nun gibt sie sich mit den knappen Antworten der Nichte nicht zufrieden und bringt genau das eigentliche Anliegen zum Ausdruck: „Sagt doch, was wir vermuten! ... Weshalb haben wir sie denn hierher gebracht? Diesen Weg!“. Der Vater hat jedoch zu diesem Zeitpunkt die Hoffnung auf eine Verständigung aufgegeben. Im Gegensatz zu seiner Frau ist er bereit, das ganze Bemühen, hier Rat und Hilfe zu finden, als gescheitert zu betrachten: „Laß um Gottes Willen, die verstehen das nicht!“ Die Nichte stellt sich nun auch auf die Seite des Vaters und wiederholt: „Laß doch! Die verstehen das nicht“. De facto ist es der Mutter nicht mehr möglich, sich bei der Logopädin Gehör zu verschaffen. Ohne jeglichen Einblick in die kritische Situation der Familie fährt die Therapeutin mit weiteren Ratschlägen zur Förderung der Sprachentwicklung des Kindes fort, die vom Vater und der Nichte kurz bestätigend mit „Ja, ja“ zur Kenntnis genommen werden. Als die Logopädin zum Schluss die Familie fragt, ob sie noch Fragen hätten, ist keine Basis für ein Fortführen des Gesprächs mehr vorhanden und der Vater reagiert mit einem kurzen und dialektal verneinenden „Na, danke“.

ANALYSE: Im vorliegenden Fall erweist sich die Kommunikation durch die dolmetschende Nichte als schwer defizitär. Nicht nur Anamnesefragen wurden falsch, verkürzt oder verzerrt wiedergegeben, sondern auch die Beratung über Sprachförderungsmaßnahmen ist trotz expliziter Aufforderung ohne Verdolmetschung geblieben. Besonders für Kinder oder Jugendliche stellt das Dolmetschen im medizinischen Kontext eine unnötige Belastung dar: Einerseits liegen die Gesprächsinhalte meist weit außerhalb ihres Erfahrungs- und sprachlichen Ausdruckshorizonts, sodass sie Themen, die für sie unangenehm sind, übergehen (EBDEN, 1988; WOLOSHIN, 1995). Tatsache aber ist, dass Kinder oder Jugendliche insbesondere in der Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde immer wieder zu Dolmetschzwecken herangezogen werden.

Fachlich stellt sich die Frage, inwieweit das von der Therapeutin als auffällig befundene Nachsprecherverhalten tatsächlich mit einer Sprachentwicklungsverzögerung zu tun hatte. Selbst wenn die Therapeutin zu einer korrekten Einschätzung gelangt ist, hat sie das eigentliche Anliegen der Familie, das zum Aufsuchen der HNO-Abteilung geführt hatte, nicht bearbeitet.

Diskussion

● Fallbeispiele

Die dargestellten Fälle führen deutlich vor Augen, welchen Risiken die therapeutische Interaktion unterliegt, wenn die Verständigung mit nicht-deutschsprachigen KlientInnen durch Amateur-„DolmetscherInnen“ erfolgt. Erschwerend kommen zwei Punkte hinzu: 1. Aufgrund der Herkunft der ratsuchenden PatientInnen ist ein kulturelles Selbstverständnis der Abläufe im Rahmen der Anamnese, Diagnostik und Therapie nicht gegeben. 2. ÄrztInnen oder medizinische BeraterInnen sind üblicherweise auch in ihrer eigenen Sprache nicht im „Kommunizieren“ geschult (IPSIROGLU, 2000). Da gerade das kulturelle Selbstverständnis für das Verstehen und Umsetzen von therapeutischen Maßnahmen (Compliance) von grundlegender Bedeutung ist, betreffen durch Kommunikationsbarrieren bedingte Missverständnisse nicht nur das Gesundheitssystem ökonomisch, sondern erschweren auch die individuelle Versorgung dieser PatientInnen. Dadurch kommt es zu: 1. längeren Liegezeiten wegen diagnostischer Unklarheiten, 2. unnötigen Untersuchungen, 3. Fehlversorgungen, 4. Chronifizierungen, 5. fehlender Compliance seitens der PatientInnen und 6. unnötigen Kosten (DRENNAN, 1996; CLARK, 1997; HORNBERGER, 1997; 1998).

● Gesetzgebung

Von Seiten der Gesetzgebung ist sowohl die **Aufklärungspflicht** als auch die **Haftungsfrage** zu berücksichtigen: Die gesetzlich verbriefte Aufklärungspflicht verpflichtet das ärztliche Personal des Krankenhauses, die Aufklärung so zu gestalten, dass sie seitens der PatientInnen verstanden wird (§ 17a Wr.KAG 1995). Juridisch liegt die Beweislast der medizinischen Aufklärung beim Krankenhaus. Bei nicht-deutschsprachigen PatientInnen ist der Einsatz von DolmetscherInnen Voraussetzung. Die rechtlichen Grundlagen für die Regelung etwaiger Schadensansprüche im Falle von Fehlbehandlung infolge mangelhaft vermittelter Verständigung durch SprachmittlerInnen sind in §1299 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches ABGB zu finden. D. h. ein Arzt/eine Ärztin, der/die sich zur Verständigung mit einem/r Patienten/in z. B. einer fremdsprachigen Krankenschwester bedient, und dem die Ungeschultheit dieser Person im „Geschäft“ des Dolmetschens bekannt ist, haftet für die Konsequenzen einer falschen Diagnose- oder Therapieentscheidung aufgrund mangelhaft vermittelter Verständigung.

● Community Interpreting

Andere zu verstehen bzw. selbst verstanden zu werden erfordert in erster Linie weitgehende sprachliche und kulturelle Kompetenzen. Sind die Ressourcen bildungsbedingter, sprachlicher und kultureller Verständigung eingeschränkt, bleibt den Menschen der Zugriff auf wichtige Informationen zur Gestaltung ihrer sozialen, rechtlichen und gesundheitlichen Bedürfnisse weitgehend versagt. Dies gilt insbesondere für MigrantInnen und Flüchtlinge, die der Landessprache nicht mächtig sind (SALMAN, 1996; PÖCHHACKER, 1997; CSITKOVICS, 1997). Gerade in der Gesundheitsversorgung, beim Zusammentreffen von Menschen unterschiedlicher nationaler Herkunft, Sprache, sozialer Schicht, Sozialisation, unterschiedlichem Bildungsniveau und medizinischem Sach- und Institutionswissen und anderer prägender Einflüsse, sind die Diskrepanzen der KommunikationspartnerInnen zu groß, um die Kommunikationsbarrieren nur auf die Sprache zu reduzieren. Eine Möglichkeit, diesen Kommunikationsproblemen entgegenzuwirken, ist der Einsatz von professionellen DolmetscherInnen, die genaue Kenntnis des soziokulturellen Hintergrundes besitzen: International hat sich dafür die englische Bezeichnung **Community Interpreter** etabliert (PÖCHHACKER, 1997). Aus diesem Kontext heraus hat Community Interpreting einen erweiterten Spielraum des Dolmetschens gegenüber anderen Dolmetsch-Sparten: Neben exakter Gesprächswiedergabe (simultan oder konsekutiv) ist auch eine Gesprächsvermittlung erforderlich, um auf Missverständnisse aufmerksam zu machen. Dies geschieht durch koordinierende Gesprächsbeiträge sowie „Meta-Kommentare“ mit äußerungs- oder handlungserläuternder Funktion (PÖCHHACKER, 1999). Die professionelle Überbrückung der beschriebenen Kommunikationsbarrieren gewährleistet sowohl ökonomisch als auch individuell für die PatientInnen eine effizientere Gesundheitsversorgung (DRENNAN, 1996; CLARK, 1997; HORNBERGER, 1997, 1998).

● Status quo

In einer an Wiener Krankenhäusern durchgeführten Studie wurde anhand quantitativer Daten dokumentiert, dass die Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen seitens des medizinischen Personals als „nicht zufriedenstellend“ empfunden wird, und dass die Kommunikation v. a. durch nicht-professionelle SprachmittlerInnen wie Kinder, Begleitpersonen, Reinigungspersonal und Jugendliche vermittelt wird (PÖCHHACKER, 1997). Der wahre Bedarf an Dolmetschleistungen kann jedoch weder erhoben noch quantifiziert werden, da es im Krankenhausbereich keine Dokumentation, Statistik und Bedarfsanalyse über die Kommunikationsproblematik mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen gibt. Zusätzlich dringen auch aufgrund der eher starren, hierarchischen Struktur kommunikationsbedingte Probleme des medizinischen Personals mit nicht-deutschsprachigen PatientInnen kaum zu den in Verwaltung und Politik tätigen EntscheidungsträgerInnen durch.

Im Gegensatz zum Krankenhausbereich werden im Sozialbereich durch den „Dolmetschpool“ des Jugendamtes freiberufliche DolmetscherInnen vermittelt (26 Sprachen inkl. der Gebärdensprache). Analog dazu werden auch im

Bildungsbereich seit zwei Jahren freiberufliche DolmetscherInnen für den Schulbereich vermittelt (zwölf Sprachen). Die Flüchtlingskommission der Vereinten Nationen in Wien (UNHCR) und die Bundespolizei haben ebenfalls einen eigenen Dolmetscherpool mit eigenem Budget und eigenem Verrechnungsmodus.

● Analyse

Trotz des vielfältigen Arbeitsbereiches für DolmetscherInnen im öffentlichen Bereich gibt es keine Qualitätskontrollen und weder ein Ausbildungs- noch ein Fortbildungsprogramm, das ein Reflektieren der eigenen Kenntnisse und Positionierung ermöglicht. Dies wäre aber gerade im Krankenhausbereich wichtig, weil das Kommunikationsproblem mit PatientInnen nicht nur individuell die PatientInnen selbst betrifft sondern auch allgemeine ökonomische und rechtliche Konsequenzen hat. Die oben beschriebenen bereichsspezifischen „**Dolmetscherpools**“ sind separate Insellösungen und bewirken nicht nur eine weitere Aufsplitterung der Dolmetschkapazitäten sondern auch eine Erschwernis der effizienten Koordination, Preisgestaltung und Qualitätssicherung.

● Lösungsvorschläge

Ähnlich wie in der niederländischen Community Interpreting Organisation, die eine Versorgung aller Bereiche der kommunalen Einrichtungen gewährleistet (RAAPHORST, 1999), stellt in der speziellen Wiener Situation ein Vernetzungsprojekt der bereits vorhandenen Systeme den ersten Schritt zur Verbesserung der Situation dar. Langfristig ist aber an den Aufbau einer zentralen **Koordinationsstelle** mit einem Dolmetscherpool (Pressekonferenz Gesundheitsstadtrat²⁵) zu denken. Für ein derartiges Konzept erscheint es angesichts der z. T. noch mangelnden Sensibilisierung der LeistungsempfängerInnen bzw. des Betreuungspersonals im medizinischen Bereich notwendig, die professionelle Dolmetschleistung in Form einer Informationskampagne mit Fortbildungsveranstaltungen zu fokussieren. Im Einklang mit den europäischen Empfehlungen sollte auch ein Ausbildungsangebot z. B. in Form eines Universitätslehrganges vorhanden sein, das den Anforderungen des „Marktes“ (Gesundheits- und Sozialsystem) gerecht wird.

Die Versorgung durch die kommunale Dolmetscherzentrale kann – gerade zur Lösung von Akutsituationen – durch vorhandene Ressourcen ergänzt werden: In größeren Krankenhäusern stellen die fremdsprachigen MitarbeiterInnen ein großes Potenzial dar. Spezifische Schulungsmaßnahmen können dieses Potenzial in ihrer Effizienz steigern, wobei sehr gute Sprachkenntnisse sowohl in der betreffenden Muttersprache als auch im Deutschen ein grundlegendes Auswahlkriterium sein sollten. Dienstrechtliche und organisatorische Vorkehrungen sind weitere Voraussetzungen für den offiziellen Einsatz dieser Kräfte, die selbstverständlich nur eine Ergänzung des hauptamtlich arbeitenden DolmetscherInnenpools bzw. hauseigenen Dolmetschdienstes sein können.

Folgende Vorteile sind durch diese Maßnahmen zu erwarten:

- Erweiterung des Sprachenspektrums;
- Gewährleistung einer Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung (Vernetzung mit europäischen Organisationen);
- Steigerung der Effizienz durch bessere Kosten-Nutzen-Rechnung: Durch Beteiligung verschiedener AnwenderInnen schon bei den Aufbaukosten kann ein besserer Verkaufspreis der Dolmetschleistungen („Dolmetscherleasing“) erzielt werden;
- Die bessere Koordination ermöglicht auch die Nutzung europäischer Subventionen und Förderungen durch Zusammenarbeit auf europäischer Ebene;
- Ein Dolmetscherpool aus MitarbeiterInnen der einzelnen Krankenanstalten würde a) vorhandene Ressourcen besser nützen und b) eine erhebliche Kostenreduktion für die Krankenhäuser erbringen.

Zusammenfassung

Im Gesundheitsbereich verdient die Kommunikationsproblematik aus Gründen der Ökonomie und Qualitätssicherung besonders beim fremdsprachigen Patientenklintel besondere Aufmerksamkeit. Bis zu 41 Prozent des Gesamt-PatientInnenaufkommens der Wiener Gesundheitseinrichtungen und Krankenanstalten sind fremdsprachige PatientInnen. Da die Hälfte der ausländischen Bevölkerung in Wien über wenige oder keine Deutschkenntnisse verfügt, gestaltet sich die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen schwierig. Aus der bisherigen Erfahrung und im Einklang mit den Entwicklungen in den übrigen europäischen Ländern sollten sowohl der Einsatz von professionellen DolmetscherInnen, die in ihrer sprachlichen Vermittlungsfunktion auch kulturbedingte Besonderheiten der fremdsprachigen PatientInnen berücksichtigen können (**Community Interpreter**), als auch der Einsatz von hausinternen MitarbeiterInnen nach einer Grundschulung und kontinuierlicher Fortbildung gefördert

²⁵ Bei der gemeinsamen Pressekonferenz von Gesundheitsstadtrat Dr. Sepp Rieder und Integrationsstadträtin Mag. Renate Brauner (1997) wurde von politischer Seite der Aufbau einer Infrastruktur für professionelle Dolmetschleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich gefordert, wonach im Mai 1999 ein Implementierungskonzept durch PÖCHHACKER und HENGSTBERGER erstellt wurde.

werden. Bezogen auf die spezielle Wiener Situation kann ein Konzept zur Koordinierung und zentralen Organisation von Dolmetscherdiensten im öffentlichen Bereich zu einer wesentlichen Steigerung der Qualität und Effizienz der Versorgung beitragen.

4.2.4.3 Essstörungen

Unter dem Begriff „Essstörung“ versteht man seelisch bedingte Auffälligkeiten des Appetitverhaltens ohne erkennbare organische Ursachen. Sie stellen besondere Formen des gestörten Essverhaltens dar. Zu den bekanntesten Essstörungen im Kindes- und Jugendalter zählen Ruminationsstörungen, Pica, Adipositas, Anorexia nervosa, die Bulimia nervosa und Binge eating (Essanfälle, die hauptsächlich in der Nacht auftreten) (ROBOTKA, 1994).

4.2.4.3.1 Essstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern

Ruminationsstörungen

Ruminationsstörungen im Säuglingsalter äußern sich in regelmäßigem Erbrechen der Nahrung ohne Übelkeit, Ekel oder Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Das Heraufwürgen wird durch Manipulation mit einer Hand oder einem Gegenstand in Mund und Rachen oder durch Zungenbewegungen ausgelöst (KALKER und HÖVELS, 1991). Durch die daraus resultierende Unterernährung verläuft diese Störung in 25 Prozent der Fälle tödlich, bei den restlichen 75 Prozent klingen diese Störungen spontan wieder ab (ROBOTKA, 1994).

Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass enttäuschte Bezugspersonen – diese Beobachtung wurde bei stationärer Aufnahme dieser Kinder gemacht – Säuglinge mit Ruminationsstörungen häufig meiden, weil im Allgemeinen nur ein Säugling, der die Nahrung gut aufnimmt, die Erwartungen der Eltern erfüllt und sie dadurch zu Pflege und Zuwendung stimuliert. Das erklärt, warum diese Kinder nicht nur körperlich, sondern auch seelisch stark unterentwickelt sind (DIEDRICHSEN, 1990). Der Säugling erhält kaum Anregung durch soziale Kontakte. Parallelen zum Hospitalismus bzw. zum Marasmus (eine Form der Protein-Mangel-Ernährung) lassen sich ziehen (SCHENK-DANZINGER, 1991). Die hohe Mortalitätsrate bei Kindern mit Ruminationsstörungen wird daher auch möglicherweise durch die mangelnde Zuwendung, die diese Kinder erfahren, mitbestimmt (ROBOTKA, 1994).

Pica

Unter Pica versteht man eine Störung, bei der Kleinkinder ungenießbare Dinge wie Haare, Gips, Steine usw. zu sich nehmen. Sie tritt bevorzugt bei geistiger Behinderung auf, aber auch eine stark vernachlässigende Erziehung kann Ursache für diese Essstörung sein. Gewöhnlich verschwindet Pica in der frühen Kindheit wieder, seltener besteht sie möglicherweise bis in die Adoleszenz bzw. bis ins Erwachsenenalter (ROBOTKA, 1994).

Appetitlosigkeit oder Essverweigerung

Je jünger die Kinder, desto eher finden sich organische Ursachen für die Nahrungsverweigerung wie Infektionen oder Fehlbildungen des Magen-Darm-Traktes, Malabsorption oder akute Verletzungen. Durch eine genaue Anamnese gilt es abzuklären, ob eine organische Ursache vorliegt. Dabei stellt sich meist heraus, dass oft schon monate- oder jahrelang in der Familie ein „Esskrieg“ schwelt, und dass diese Kinder an einem nicht unbedingt objektivierbaren, aber subjektiv sicher empfundenen Mangel an Zuwendung der Eltern und insbesondere der Mutter leiden. Hat das Kind einmal das Essen verweigert, erhielt es plötzlich die vermisste Zuwendung der Mutter. Kinder lernen sehr schnell aus dieser Situation und erzwingen sich durch die Essverweigerung die Liebe der Mutter. Kinder sollen nicht zum Essen gezwungen werden, denn dann bleiben ihnen nur drei Verhaltensmöglichkeiten:

- Sie lassen sich vollstopfen und werden dick;
- Sie protestieren und reagieren mit einer Essverweigerung;
- Sie können andere neurotische Fehlhaltungen wie Schlafstörungen, Tics, Einkoten, Einnässen oder Aggressivität entwickeln (KALKER und HÖVELS, 1991).

4.2.4.3.2 Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Adipositas

Adipositas ist definiert als Übermaß an Fettgewebe im Vergleich zur fettfreien Körpermasse. Eine Adipositas im Kindesalter wird diagnostiziert, wenn das Gewicht das längenbezogene Referenzgewicht (Kap. 5) um mehr als 20 Prozent überschreitet (KALKER und HÖVELS, 1991).

Die Fettsucht (Adipositas) oder Fettleibigkeit (Obesitas) stellt einen Grenzbereich dar, wenn es um die Zuordnung zu den Essstörungen geht, da diese normalerweise nicht mit schweren Verhaltensstörungen verbunden ist. Die Entstehung von Adipositas kann durch genetische, physiologische, psychologische und soziale Ursachen begünstigt sein (DIEDRICHSEN, 1990). Die Eltern adipöser Kinder zeigen ein charakteristisches Erziehungs- und Interaktionsverhalten, welches anhand zahlreicher Beobachtungen festgestellt werden konnte.

Besonders häufig tritt ein „überschützendes“ Verhalten der Mutter auf. Vor allem jene Mütter, die in ihrer eigenen Einstellung gegenüber dem Kind unsicher sind, neigen dazu, diese Tatsache durch überprotektive Verhaltensweisen und durch übermäßige Ernährung auszugleichen. Nahrung wird in diesem Fall mit übertriebenen emotionalen Werten belegt und dient als Synonym für Liebe, Zufriedenheit und Sicherheit. Nahrungsmittel bieten manchen Müttern die Möglichkeit, Liebe und Zuneigung zu zeigen, die sie anders nicht ausdrücken können. Durch übermäßiges Behüten beeinträchtigt eine Mutter die kindliche Entwicklung von Initiative und Autonomie und verhindert den Aufbau von Ich-Grenzen zwischen sich und dem Kind (BRUCH, 1991).

Besonders begünstigend für das Auftreten von Adipositas ist ebenso der Umstand, dass durch überängstliche Eltern das Kind in seinem Bewegungsdrang stark eingeschränkt wird. Körperliche Bewegung und soziale Kontakte werden mit Vorstellungen von Gefahr und Trennung belegt. Folgen eines solchen Erziehungsverhaltens sind Inaktivität, mangelnde soziale Integration und emotionale Unreife. Außerdem zeigen Kinder häufig eine hypochondrische Sorge um ihre Gesundheit, möglicherweise auch deshalb, weil von den Müttern u. a. angstmachende Erziehungsstrategien eingesetzt werden, um die Kinder unter Kontrolle zu halten (BRUCH, 1991).

In einer Beratungsstelle für fettsüchtige Kinder wurde schon vor 35 Jahren die Beobachtung gemacht, dass zu den auffälligsten Merkmalen der Kinder neben dem Übergewicht vor allem die enorme Inaktivität und Unselbstständigkeit zählte. Diese Eigenarten zeigten sich in großer Regelmäßigkeit (BRUCH, 1991).

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa bedeutet appetitlos zu sein. Die Magersucht stellt eine sehr schwere Essstörung dar, die hauptsächlich im Jugendalter auftritt. Sie ist eine ernsthafte, lebensbedrohliche Erkrankung.

Bei ihrer Entstehung spielen psychosoziale und biologische Faktoren eng zusammen (BRUCH, 1991). Das klinische Bild der Anorexia ist u. a. durch einen Gewichtsverlust von mehr als 25 Prozent bis hin zu einem Körpergewicht von 35–40 kg oder manchmal darunter bzw. in der Wachstumsphase durch ein Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme gekennzeichnet. Infolge der schweren Unterernährung treten Störungen des Stoffwechsels, des Magen-Darm-Traktes, des Herzens und des Kreislaufes, der Nieren sowie Hormonstörungen und Amenorrhoe auf. Die PatientInnen haben eine enorme Angst davor, dick zu werden. Sie streben ein minimales Gewicht an, welches sie durch fasten, hungern oder mit Hilfe von Diuretika u. a. erreichen wollen. Allen gemeinsam ist die fehlende Krankheitseinsicht, sie halten sich für gesund und normalgewichtig und betreiben trotz ihres reduzierten Allgemeinzustandes ein intensives sportliches Training. Bei schwerer Unterernährung müssen die PatientInnen oft stationär aufgenommen und klinisch ernährt werden. (KALKER und HÖVELS, 1991). Die Mortalität liegt bei 10–20 Prozent. Todesursachen sind meist Herzversagen oder Suizid.

Anhand mehrerer Studien konnten in der Anorektikerfamilie u. a. folgende Gemeinsamkeiten erhoben werden:

- AnorektikerInnen leben sehr häufig in Konfliktfamilien. Das bedeutet, dass Konflikte in Anorektikerfamilien häufig unterdrückt werden, was zu ständigen emotionalen Spannungen führt. Häufig wird auch die Konzentration auf das erkrankte Familienmitglied gelenkt, sodass keine Konfliktlösungsstrategien entwickelt werden können. Des weiteren findet auch keine Konfliktbegrenzung statt, d. h. die Kinder werden in die Konflikte hineingezogen. Für ein adäquates Konfliktlösungsverhalten in der Familie und damit für ein positives Erziehungsklima ist es wichtig, dass zuerst die Konflikte identifiziert und definiert werden, anschließend angemessene Alternativen überlegt und schließlich wirksame Lösungsstrategien durchgeführt werden (GORDON, 1993).
- Die häufig „überprotektiven“ Mütter befassen sich oft ungebeten mit den Angelegenheiten des Kindes und hindern dieses so an der Entfaltung und Befriedigung seiner Bedürfnisse. Durch die zu enge Beziehung wird beim Kind Abhängigkeit und Unselbstständigkeit erzeugt (DIEDRICHSEN, 1990).
- Ein typisches Merkmal der Anorektikerfamilie ist die Starrheit und Intoleranz gegenüber Veränderungen. Einmal erworbene Denk- und Verhaltensmuster werden kaum geändert oder aufgegeben. Die Kinder übernehmen die rigide Haltung der Eltern (GOLDBRUNNER, 1990).

- Besonders auffällig bei AnorektikerInnen ist ihr stark negatives Selbstbild, welches von Vorstellungen der Wertlosigkeit und Untauglichkeit bestimmt wird. Daraus resultiert Selbsthass sowie ein Mangel an Selbstachtung und Selbstwertgefühl (BRUCH, 1991).
- Häufig erfolgt keine Abgrenzung zwischen den Generationen, d. h. es werden keine ausreichenden Abgrenzungen von Aufgaben- und Kompetenzbereichen zwischen Eltern und Kind festgelegt. Doch nur eine deutliche Rollenabgrenzung ermöglicht ein erträgliches Zusammenleben der Generationen.

Ein hoher Anteil der Familien mit anorektischen Kindern sind dem gutbürgerlichen bis gehobenen Mittelstand sowie der Oberschicht zuzurechnen. Die Eltern haben sich zumeist selbst in diese Position hochgearbeitet und legen meist großen Wert auf Leistungen und auf ein heiles Familienleben. Die AnorektikerInnen verfügen sehr häufig über eine sehr gute Schulbildung, wobei die Leistung aufgrund der Erkrankung abfallen kann. Die Erkrankten können so dem verinnerlichten hohen Leistungsanspruch ihrer Eltern nicht gerecht werden, Scham- und Schuldgefühle sind die Folge (LEIBOLD, 1992).

Eltern anorektischer Kinder wollen den Ernst der Lage meist nicht wahrhaben und erkennen daher erst relativ spät, wie besorgniserregend der Zustand ihres Kindes ist. Die Angst davor, dass die Familie durch eine Behandlung bloßgestellt und kritisiert werden könnte, ist groß. Die Inanspruchnahme fachlicher Hilfe ist für die Eltern gleichbedeutend mit einem Eingeständnis des persönlichen Versagens und wird daher möglichst lange hinausgeschoben. Der schweren Störung ihres Kindes begegnen die Eltern häufig mit Esskontrollzwang. Häufig wird mit Strafandrohung und Gewalt versucht, das anorektische Kind zum Essen zu bringen, wodurch die Nahrung nur noch negativer besetzt wird. Derartige Strategien sind wenig zielführend und müssen später durch therapeutische Gespräche und Übungen aufgehoben werden. Es muss vor allem die Kommunikation in der Familie durch therapeutische Hilfe verbessert werden, um unbewusste Konflikte zu erhellen (DIEDRICHSEN, 1993).

Bulimia nervosa

Die Bulimie wurde 1979 von RUSSELL als eigenständiges Krankheitsbild definiert. Hauptsymptome sind die wiederkehrenden Phasen von Heißhunger, die zu einer Aufnahme großer Nahrungsmengen in kurzer Zeit führen. Beschrieben werden Fressattacken mit einer Aufnahme von bis zu 10.000 kcal. Anschließend wird, damit es zu keiner Gewichtszunahme kommt, die Nahrung wieder erbrochen oder Diuretika, Abführmittel und Appetitzügler genommen. Inzwischen berichten aber immer mehr Betroffene von Fressanfällen, bei welchen geringe Nahrungsmengen aufgenommen werden z. B. ein paar Kekse, dieser „Fressanfall“ wird aber mit Schuldgefühlen und Ekel vor sich selbst sowie der Unkontrolliertheit und dem Triebdurchbruch erlebt. Die Betroffenen sind in der Regel normal bis leicht übergewichtig, charakteristisch sind jedoch häufige Gewichtsschwankungen. Im Gegensatz zu den AnorektikerInnen wissen die BulimikerInnen, dass ihre Essgewohnheiten nicht normal sind und leiden sehr an ihrem Verhalten. Sie machen sich selbst Vorwürfe und werden häufig depressiv. Die BulimikerInnen fühlen sich entzweit: öffentlich als kontrolliert, normal, enthaltsam, perfektionistisch, attraktiv und unabhängig; heimlich aber als unkontrolliert, gierig, abstoßend, bedürftig und abhängig. BulimikerInnen haben sich meist sehr früh, zu früh von der Familie gelöst und eigene Bedürfnisse einer überaus rigiden Selbstkontrolle unterworfen, die nicht durchgehalten werden kann (KALKER und HÖVELS, 1991). Den BulimikerInnen sieht man im Gegensatz zu den AnorektikerInnen rein äußerlich die Erkrankung nicht an.

4.2.4.3.3 Esstörungen in Wien und Österreich

Essstörungen sind zu 95–98 Prozent Erkrankungen von (jungen) Frauen. Einer Inzidenzrate von 4–7 neu erkrankten Personen von 100.000 EinwohnerInnen entsprechen 80–140 Neuerkrankungen an Anorexia nervosa pro Jahr in Wien (mindestens 200 pro Jahr im Einzugsbereich der Wiener Universitätsklinik). Die Prävalenz liegt bei etwa einem Prozent der jugendlichen Frauen: Chronizität. An Bulimia nervosa erkrankten 14 von 100.000 EinwohnerInnen pro Jahr in Wien (etwa dreimal so häufig wie Anorexia nervosa). Ein Anstieg der Häufigkeit in den letzten Jahrzehnten ist deutlich nachweisbar. Der Erkrankungsbeginn erfolgt mit etwa 17 Jahren um 2–3 Jahre später als bei Anorexia nervosa (KARWAUTZ, 1999).

In Wien deckte im vergangenen Jahr die erste groß angelegte Kampagne des Wiener Frauengesundheitsprogrammes den ganzen „Eisberg“ dieses Tabuthemas auf. Das Fazit daraus: Allein in Wien dürften statt der bisher vermuteten 2.000 Mädchen im Alter zwischen zwölf und 18 Jahren gar 3.000 betroffen sein.

Im Zuge dieser Kampagne wurde eine Gratis-Telefon-Hotline (0800–201120) eingerichtet. Vom 20.11.1998 bis 7.1.2000 wurden dort 2.594 Anrufe registriert. Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug 14 Minuten. Pro Tag wurden 10–15 Anrufe verzeichnet. Die Anrufe kamen zu 92 Prozent von Frauen (73 Prozent aus Wien). 62 Prozent der AnruferInnen sind selbst betroffen.

Vom April bis Juni 2000 wurde im Rahmen der Essstörungskampagne des Büros der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten an Wiener Schulen (AHS, HAK, Handelsschulen, Berufsschulen, Polytechnischer Lehrgang) eine schriftliche Befragung mittels Eating Disorder Inventory (EDI) des Ludwig Boltzmann-Instituts für Frauengesundheitsforschung durchgeführt. Es wurden 718 Mädchen und 428 Burschen ($n = 1.146$) erfasst. Das Durchschnittsalter lag bei 15,3 Jahren. Die Auswertung ergab folgende Ergebnisse:

- Sechs Prozent der befragten Mädchen und drei Prozent der befragten Burschen gaben an, wegen Essproblemen schon einmal therapeutische Hilfe in Anspruch genommen zu haben.
- 44 Prozent der Mädchen und 56 Prozent der Burschen finden ihr Körpergewicht normal. Die Mädchen (44 Prozent) finden sich eher übergewichtig als die Burschen (23 Prozent). 37 Prozent der Mädchen und sieben Prozent der Burschen haben starke oder sehr starke Angst zuzunehmen. 26 Prozent der Mädchen und elf Prozent der Burschen sind extrem oder sehr unzufrieden mit ihrem Gewicht. 52 Prozent der Mädchen und 29 Prozent der Burschen kontrollieren ihr Gewicht mindestens einmal wöchentlich mittels Waage.
- 52 Prozent der Mädchen, aber nur 14 Prozent der Burschen geben an, schon einmal eine Diät gemacht zu haben; zehn Prozent der Mädchen und nur ein Prozent der Burschen halten permanent Diät.
- 38 Prozent der Mädchen, aber nur 16 Prozent der Burschen geben an, dass ihre Figur und ihr Gewicht einen erheblichen Faktor für bzw. Einfluss auf ihr Selbstwertgefühl haben.
- 31 Prozent der Mädchen hatten schon einmal Essanfälle; bei Burschen waren es zehn Prozent. 23 Prozent der Mädchen und sechs Prozent der Burschen erleben diese Essanfälle als unkontrollierbar.
- Absichtliches Erbrechen setzen 13 Prozent der Mädchen und ein Prozent der Burschen ein, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken. 22 Prozent der Mädchen und fünf Prozent der Burschen setzen Fasten als Gewichtsreduktion ein. Abführmittel und Appetitzügler werden von acht Prozent der Mädchen und einem Prozent der Burschen verwendet.
- In allen genannten Dimensionen waren die Geschlechtsunterschiede statistisch hoch signifikant; zwischen den einzelnen Schultypen waren jedoch keine nennenswerten Unterschiede zu beobachten (WIMMER-PUCHINGER, 2000).

In Wien stehen für die stationäre Behandlung Einrichtungen im AKH, im Wilhelminenspital und im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern zur Verfügung. Ambulante Betreuungsmöglichkeiten gibt es in F.E.M-Zentren an der Semmelweis-Klinik und im Kaiser Franz Josef-Spital sowie in der Jugendambulanz der Wiener Gebietskrankenkasse und bei verschiedenen Vereinen.

4.2.5 Behinderung bei Kindern

Zusammenfassung

Charakteristisch für die Lebenslage von Kindern mit Behinderungen in Österreich ist, dass es zu diesem Themenkomplex kaum Datenmaterial gibt.

Bei Kindern mit Behinderung spielt es eine wesentliche Rolle in welchem Lebensabschnitt (vorgeburtlich/genetisch oder nachgeburtlich – Unfälle) die Behinderung auftritt.

Die Aufgaben der Medizin im engeren Sinne liegen hier einerseits in der Diagnostik von Behinderungen und andererseits in der Rehabilitation. Die Betreuung, welche kein unmittelbar medizinisches Aufgabengebiet ist, aber nach Kooperation mit der Medizin verlangt, ist durch zahlreiche „Frühe Hilfen“ in Wien gegeben.

Durch sonderpädagogische Förderung soll für behinderte Kinder eine ihren persönlichen Möglichkeiten und Bedürfnissen entsprechende Schulbildung und Erziehung verwirklicht werden. Pflegeheime, Pflegefamilien sowie Sonderkindergärten und Sonderschulen in verschiedensten Varianten stehen in Wien den betroffenen Familien und Kindern zur Verfügung.

Das Pflegegeld hat den Zweck, in Form eines finanziellen Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert (7-Stufen-System) abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes und bedürfnisorientiertes Leben zu führen.

In Österreich muss man sich auch in Zukunft noch vermehrt mit integrativen Maßnahmen auseinandersetzen. Eine gesellschaftliche Integration kann am ehesten gelingen, wenn das Zusammenleben behinderter und nicht behinderter Menschen bereits im Kleinkindalter beginnt.

Summary: Children with Disabilities

It should be noted that there are hardly any data available on the living conditions for children with disabilities in Austria.

Yet it is essential to know what age or stage of life (prenatal/genetic or postnatal/accidents) a child becomes afflicted by a disability.

Medical science in the narrower sense of the word is called upon to diagnose disabilities on the one hand and to provide remedies for a person's rehabilitation on the other hand. Many "early support" options in Vienna offer assistance with care, which is not in itself a medical task, but which requires medical co-operation.

Pedagogic support for children with disabilities is to facilitate their access to schools and education in accordance with their needs and abilities. A variety of nursing homes, foster parents, as well as kindergartens and schools for special needs is available for families and children who require them.

Lump sum nursing allowances are allocated (7 stage system) as a financial contribution to additional nursing expenditures. This is to make sure that those in need receive care and assistance, and to increase their chance to lead a life in self-determination tailored to their requirements.

Austria still needs to develop a number of integration measures. Integration into society is best achieved if children with and without disabilities learn to live together early on in life.

Die Lebenssituation der Kinder mit Behinderung(en) in Wien

Über die Lebenssituation von Kindern mit Behinderung zu schreiben bedeutet, sich auf ein Forschungsgebiet zu begeben, welches ziemlich unbearbeitet ist. Charakteristisch für die Lebenslage von Kindern mit Behinderungen in Österreich ist, dass es zu diesem Themenkomplex kaum Datenmaterial gibt. Auch in der öffentlichen Diskussion werden aktuelle Probleme und Zukunftsperspektiven für Kinder mit Behinderungen nur sporadisch und ausschnittsartig diskutiert. Die dabei am häufigsten behandelten Aspekte sind Therapiemöglichkeiten und Integration. Auffallend ist, dass die betroffenen Kinder in Untersuchungen, Diskussionen und Analysen sich nicht selbst äußern, sondern dass Eltern, andere Erziehungsberechtigte oder Fachleute für sie sprechen (CHLEBECEK, 1998).

Bei Kindern mit Behinderung spielt es eine wesentliche Rolle, in welchem Lebensabschnitt die Behinderung auftritt. Der eine Teil betrifft Kinder, die mit einem biologischen Defizit, aufgrund einer genetischen oder vorgeburtlich erworbenen Störung, ins Leben eintreten. Diese Differenzierung ist wichtig, weil beide Formen angeborene Behinderungen sind. Gemeinhin wird aber so gedacht, als wäre der genetisch verursachte Teil das quantitativ Relevante – dem ist aber nicht so. Die zwar angeborenen, aber vorgeburtlich oder perinatal erworbenen Schädigungen sind quantitativ relevanter. Die Zahl von genetisch bedingten Schädigungen ist kleiner.

Der zweite Teil betrifft Kinder mit Schädigungen, die sie im Laufe ihres nachgeburtlichen Lebens erwerben. Diese Gruppe umfasst den Themenbereich der neurologischen Rehabilitation im engeren Sinne – Kinder also, die Vergiftungen, Verkehrsunfälle oder Unfälle durch Ertrinken erleiden. Als Unfallfolge treten schwere cerebrale Schädigungen auf, durch welche keine vollständige Wiederherstellung ihrer verschiedenen Funktionen möglich ist. Beide Gruppen, sowohl die mit angeborenen Schädigungen als auch der Themenbereich der neurologischen Rehabilitation, werden beispielsweise am NKH Rosenhügel als spezifische Aufgabenfelder betreut.

Die Zahl von schweren cerebralen Läsionen aufgrund von akuten postnatalen Schädigungen des Gehirns ist viel geringer als gemeinhin angenommen wird. Am NKH Rosenhügel wurde – im Zuge einer dort durchgeführten längerfristigen Studie – eine Zahl von unter 20 PatientInnen (Inzidenz in einem Kalenderjahr) mit akuten cerebralen Läsionen, welche einer neurologischen Rehabilitation bedürfen und zwischen 0 und 19 Jahre alt sind, errechnet.

Über das epidemiologische Ausmaß von Kindern mit angeborenen Cerebralläsionen – sei es genetisch bedingt oder prä- und perinatal verursacht – gibt es keine verlässlichen Daten, weil es in Österreich kein Behinderungsregister gibt. Zur Gruppe der Kinder mit angeborenen Cerebralläsionen ist anzumerken, dass alle heutigen Erfahrungen gegen die oft in Medien und Fachliteratur zitierte Annahme sprechen, dass durch die Erfolge der Intensivneonatalogie die Zahl behinderter Kinder im Ansteigen ist. Die Forschungsergebnisse der Wiener Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Klinische Abteilung für Neonatologie, Angeborene Störungen und Intensivmedizin (Vorstand Univ.-Prof. Dr. A. Pollak) sprechen dagegen (siehe Kap. 4.2.1.4). Es scheint vielmehr so zu sein, dass durch die Verbesserung der perinatalen Betreuung die Zahl der erworbenen Hirnschäden im Zusammenhang mit Frühgeburtlichkeit sinkt (BERGER, 2000).

Die Aufgaben der Medizin im engeren Sinn liegen hier einerseits in der **Diagnostik** von Behinderungen und andererseits in der **Rehabilitation** (siehe auch Kap. 10.5.9). Die **Betreuung**, welche kein unmittelbar medizinisches Aufgabengebiet ist, jedoch Kooperation mit der Medizin verlangt, umfasst sowohl Aspekte der Organisation des Lebens, wie beispielsweise Tagesstruktur oder Unterstützung von Familien, aber auch therapeutische Maßnahmen im engeren Sinne.

Die Angebote in den Bereichen der Diagnostik und Rehabilitation im engeren Sinne, aber auch für längerfristig begleitende therapeutische Maßnahmen, also Rehabilitation im weiteren Sinne, sind in Wien, mit geringen Defiziten, im Wesentlichen ausreichend. Dort wo wahrscheinlich – nach jetziger Organisationsform – Handlungsbedarf besteht, ist der Bereich der ambulanten Therapieangebote. Generell ist dazu anzumerken, dass dort wo Mangel besteht, die Koordination vorhandener Betreuungsangebote das zentrale Thema ist. Wenn es gelänge, die Betreuungsangebote besser zu koordinieren und zu vernetzen, dann könnten die vorhandenen Strukturen wesentlich besser genutzt werden, und dann bestünde vielleicht gar kein Defizit mehr (BERGER, 2000).

Viel geändert hat sich in dem Sektor Tagesstrukturangebote und Familienunterstützende Maßnahmen. Insbesondere durch die Veränderungen im schulischen System, wie Angebote an integrativen Schulplätzen einerseits und die Schaffung von basalen Förderklassen andererseits (siehe Kap. 4.2.5.1). Während es früher Kinder gab, die aufgrund der Schwere ihrer Behinderung keine Tagesstruktur hatten, sondern schulunfähig zu Hause verharrt sind, so gibt es das heute in Wien praktisch nicht mehr. Alle Kinder, auch mit schwerster Behinderung, haben einen Schulplatz. Dadurch ist die Tagesstruktur dieser Kinder gesichert, was bedeutet, dass es im Schulalter de facto kein Kind gibt, welches sich tagsüber zu Hause befindet. Die Kinder werden durchwegs von 8–16 Uhr, inkl. Nachmittagsbetreuung, versorgt. Dadurch sind die Familien wesentlich entlastet. Ähnliche Entwicklungen gelten, wenngleich nicht in derselben Intensität, im Bereich der Kindergärten. Auch dort gibt es die Entwicklung zu integrativen Kindergartenplätzen, aber auch Sonderkindergärten. Das Ausmaß von ungedecktem Bedarf dort ist unserer Erfahrung in der klinischen Praxis nach gering.

Für sonstige familienbegleitende und familienentlastende Angebote wie Kurzzeitbetreuungen von Kindern zur Entlastung von Familien, wie beispielsweise für bestimmte Urlaubsphasen oder aber auch in dem Bereich der stundenweisen Betreuung, wenn die Eltern beispielsweise die anderen Kinder in die Schule bzw. Kindergarten bringen müssen oder wenn die betreuenden Personen krank werden, gibt es Handlungsbedarf.

Grundsätzlich werden solche oder ähnliche Modelle wie etwa das Babysittig für behinderte Kinder u. a. von privaten und halböffentlichen Vereinen angeboten. Doch leider existieren vielerorts Koordinationsmängel, Defizite an qualifizierten Angeboten und schlechte Zugänglichkeit für die Eltern. Häufig ist auch die Kostenfrage nicht hinreichend geklärt. Die Qualität in diesen Bereichen ist vermutlich nicht ausreichend, sodass Handlungsbedarf besteht (BERGER, 2000).

Aufgrund der unterschiedlichen Definition des allgemeinen Begriffes „Behinderung“ gestaltet sich eine zahlenmäßige Erfassung der Kinder mit Behinderung sehr schwierig. Kindergarten- und Schulstatistiken, Pflegegeld- und erhöhte Familienbeihilfenauszahlungen liefern Informationen, die zur Abschätzung tauglich sind. Laut Mikrozensushebung (STATISTIK ÖSTERREICH, 1997) sind in Österreich 99.500 Kinder (0–14 Jahre) in irgendeiner Art und Weise „körperlich beeinträchtigt“, wobei dieser Begriff sehr weit gefasst ist. Kinder mit geistiger oder psychischer Behinderung sind jedoch de facto nicht berücksichtigt. Entsprechend internationalen Richtwerten können 0,6 Prozent der Bevölkerung in Österreich (45.000 Personen) bzw. 0,8 Prozent eines Geburtsjahrganges (600 Kinder) als geistig behindert angesehen werden (siehe LABURDA, 1981). Aufgrund der Altersstruktur der Menschen mit geistiger Behinderung wird geschätzt, dass knapp die Hälfte der Menschen mit geistiger und geistig-mehrfacher Behinderung in Österreich im Kindes- und Jugendalter sind (HOVKORA, 1990). Basierend auf diesen Schätzungen sind den 99.500 körperlich beeinträchtigten Kindern rund 22.500 Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung hinzuzurechnen (CHLEBECEK, 1998).

Da Behinderte nicht den gesellschaftlichen Normen entsprechen, werden sie von der Gesellschaft auf unterschiedliche Art und Weise ausgegrenzt – und ebenso ihre Familien. Eltern, Geschwister und Verwandte sind mitbetroffen. Eltern, welche ein behindertes Kind bekommen, stehen vor vielfältigen Problemen. Gelingt es den Eltern ihre persönliche Situation anzunehmen, können sie einen enormen Beitrag zur Integration ihrer Kinder leisten. Zwischen der Mutter und einem behinderten Kind entsteht eine überaus enge Beziehung – ist doch meist die Mutter allein für Pflege und Fürsorge verantwortlich. Speziell Mütter Schwerstbehinderter leiden unter dem Gefühl andauernder Verantwortung und gehen davon aus, dass ihre Kinder in säuglingshafter Abhängigkeit verbleiben. Dies kann nicht nur mögliche Entwicklungsschritte des Kindes sondern auch eine autonome Lebensplanung der Mutter verhindern. Geschwister von behinderten Kindern schwanken zwischen trauernder Auseinandersetzung, Akzeptanz, Distanzierung, offenem Protest und Hass gegenüber dem behinderten Geschwisterkind bis zu schwerwiegender indirekter und gegen sich selbst gerichteter „Symbolisierung des Konfliktes“, was sich in verschiedensten psychosomatisch und autoaggressiv gefärbten Erkrankungen spiegeln kann. Es gibt in diesem Zusammenhang deutliche Regelmäßigkeiten in der Verarbeitung der Situation, die alle davon ausgehen, dass eine anfängliche Schockphase von Phasen der Verdrängung, aufbrechenden Emotionen und „Reparatur“-Versuchen bis zu Restabilisierung und trauernder Akzeptanz abgelöst werden (ÖSTERREICHISCHER FAMILIENBERICHT, 1999).

4.2.5.1 Einrichtungen für Kinder mit Behinderung und deren Familien in Wien

Durch **sonderpädagogische Förderung** soll für behinderte Kinder eine ihren persönlichen Möglichkeiten und Bedürfnissen entsprechende Schulbildung und Erziehung verwirklicht werden. Sie soll zu einem möglichst hohen Maß an schulischer und beruflicher Eingliederung, gesellschaftlicher Teilhabe und selbstständiger Lebensgestaltung beitragen.

Für Kinder, deren Lebens-, Beziehungs- und Entwicklungsbedürfnisse nicht mehr durch familienunterstützende und -ergänzende Maßnahmen am Herkunftsort gesichert werden können, ist es notwendig, Modelle ersatzfamiliärer Erziehung wie Heime bzw. Pflegefamilien zu etablieren.

In Wien lebten 1998 in vier städtischen **Heimen** 412 behinderte Menschen, welche von 120 Pflegern und Pflegerinnen betreut wurden. Die Zahlen haben sich seit 1994 nur geringfügig geändert. Der prozentuelle Anteil der in den Heimen betreuten 0–15-Jährigen betrug 1994 31,3, 1995 22,5, 1996 20,5, 1997 22,1 und 1998 32,3 (Tabelle 1).

Tabelle 1: Heime für Behinderte und Anzahl betreuter Kinder, Wien 1994–1998

Jahr	Heime	Betten	Pflegepersonal	Betreute	davon Kinder von 0–15 Jahre	
					absolut	Prozent
1994	4	576	105	457	143	31,3
1995	4	590	111	387	87	22,5
1996	4	589	120	389	78	20,5
1997	4	578	119	402	89	22,1
1998	4	556	120	412	133	32,3

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

Kinder mit Behinderungen kommen v. a. a) unmittelbar nach der Geburt (Schock, Ablehnung) bzw. b) im Schuleintrittsalter (Belastungsanstieg, Behinderung wird nun auch für Außenstehende erkennbar, Wunsch nach Förderung) in ein Heim. Rund 20 Prozent der Kinder mit Behinderungen sind „unbesuchte Kinder“. Für sie werden BehinderterbetreuerInnen, SozialpädagogInnen, Krankenschwestern, Nonnen, KrankengymnastikerInnen u.v.a. zur Bezugsperson. Das derzeitige Angebot an Heimen für Kinder und Jugendliche ist in vielen Bundesländern nicht ausreichend (CHLEBECEK, 1998).

Das Instrument der **Pflegefamilie** ist, neben der Entwicklung verschiedener sozialpädagogischer Initiativen wie Familienwohngruppen, Wohngemeinschaften und Krisenzentren, eine Alternative zur klassischen Heimunterbringung. Nach einem Bericht des Vereins „Initiative Pflegefamilien“ (1994) wurden im Zeitraum 1980–1990 118 Kinder (0–8 Jahre) mit besonderen Bedürfnissen in 89 Pflegefamilien untergebracht. 51 Prozent davon waren krank, behindert oder verhaltensauffällig, 13 Prozent krank oder sehr schwierig und hatten kranke, belastete Eltern, 37 Prozent kranke oder schwer belastete Eltern. Der Verein arbeitet mit zwei angeschlossenen Familienberatungsstellen zusammen, denn die Ansprüche an eine Pflegefamilie sind sehr hoch: Sie soll sozialpädagogisch wirken, den Kindern helfen und emotionale Nähe vermitteln und das alles unter rechtlosen und arbeits- sowie sozialrechtlich nicht abgesicherten Rahmenbedingungen. Folglich melden sich auch nur sehr wenige Familien, weshalb es seit 1996 im Rahmen des Projektes „Professionelle Pflegeeltern“ der Gemeinde Wien die Möglichkeit gibt, für die Betreuung eines Pflegekindes vom Verein „Initiative Pflegefamilien“ angestellt zu werden (CHLEBECEK, 1998).

Die Gemeinde Wien bietet im **vorschulischen Bereich** beispielsweise folgende Modelle der Kindergartenbetreuung für Kinder mit Behinderungen an: **Sonderkindergärten** (etwa 18 Kinder pro Gruppe), **Integrationsgruppen innerhalb von Sonderkindergärten**, **Integrationsgruppen im Regelkindergarten** (in Integrationsgruppen sind in der Regel 4–5 Kinder mit Behinderungen mit etwa 15–16 Kindern ohne Behinderungen untergebracht), **integrativ geführte Kindergärten** (ein Kind mit Behinderung ist mit 25–26 Kindern ohne Behinderung zusammen) und **basale Förderungen** (diese werden ausschließlich von 8–12 Kindern mit schwerer bzw. mehrfacher Behinderung besucht) (siehe Kap. 4.2.6.3). Die Bereitstellung von vorschulischen Betreuungsplätzen für Kinder mit Behinderungen bietet den betroffenen Eltern eine Entlastung und den Kindern die Möglichkeit, mit anderen gleichaltrigen Kindern in Kontakt zu kommen (CHLEBECEK, 1998).

Die **Sonderschule** in ihren verschiedenen Varianten hat physisch oder psychisch behinderte Kinder in einer ihrer Behinderungsart entsprechenden Weise zu fördern, ihnen nach Möglichkeit eine den Volksschulen, Hauptschulen oder Polytechnischen Schulen entsprechende Bildung zu vermitteln und ihre Eingliederung in das Arbeits- und Berufsleben vorzubereiten. Für den Besuch einer Sonderschule sind folgende Voraussetzungen erforderlich:

- Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs durch den Bezirksschulrat
- Wunsch der Eltern
- Vorhandensein einer entsprechenden Klasse
- Zumutbarer Schulweg für das Kind

Sonderschulen, die unter Bedachtnahme auf den Lehrplan der Hauptschule geführt werden, haben die SchülerInnen je nach Interesse, Neigung, Begabung und Fähigkeit auch zum Übertritt in die mittlere oder höhere Schule zu befähigen (§ 22 SchOG). Die Sonderschule gliedert sich – mit Ausnahme der Sonderschule für schwerstbehinderte Kinder – in eine Grundstufe I und II sowie in eine Oberstufenform. Insgesamt gibt es elf Sparten der Sonderschule, welche auf die unterschiedlichen Behinderungsarten der Kinder besondere Rücksicht nehmen. Die besondere schulische Betreuung wird durch kleine Klassenschülerzahlen, durch speziell ausgebildete LehrerInnen, durch Lehrpläne, welche auf die jeweilige Behinderung abgestimmt sind und durch den Einsatz behinderungsspezifischer Methoden und Materialien ermöglicht. Mit Bewilligung der Schulbehörde erster Instanz und dem Einvernehmen mit dem Schulerhalter kann die Sonderschule bis zu maximal zwölf Schuljahre besucht werden (BMUK).

Der Anteil an SonderschülerInnen (siehe Kap. 4.2.6.4) ist im Vergleichszeitraum 1980/81 (5.655 SonderschülerInnen) und 1998/99 (4.026 SonderschülerInnen) um 28,8 Prozent gesunken.

Dazu ist anzumerken, dass in den Sonderschulen der AusländerInnenanteil im Vergleichszeitraum von 17,8 auf 33,6 Prozent angestiegen ist (STATISTISCHES JAHRBUCH DER STADT WIEN, 1998). Die ausländischen Kinder werden meist wegen ihrer schlechten Deutschkenntnisse und nicht aufgrund einer Behinderung in die Sonderschule eingewiesen (siehe Kap. 4.2.6.4; Kap. 4.2.6.5).

Die Möglichkeit zum gemeinsamen Unterricht behinderter und nicht behinderter SchülerInnen wurde aufgrund gesetzlicher Regelungen in der Volksschule sowie – aufsteigend (seit dem Schuljahr 1997/98) – in der Hauptschule und in der Unterstufe der allgemein bildenden höheren Schulen geschaffen. Eine integrative Betreuung im 9. Pflichtschuljahr wird gegenwärtig in einschlägigen Schulversuchen an Polytechnischen Schulen und zwei Standorten an berufsbildenden mittleren Schulen (Hauswirtschaftsschulen) erprobt. Modelle der **integrativen Betreuung** sind:

- **Integrative Modelle:** SchülerInnen mit und ohne sonderpädagogischem Förderbedarf werden die gesamte Unterrichtszeit von einem speziell geschulten LehrerInnenteam gemeinsam unterrichtet.
- **Stützlehrerklassen:** Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf werden – entsprechend ihrer Behinderung – zusätzlich einige Stunden pro Woche von einem/r Sonderschullehrer/in in der Regelschulklasse betreut.
- **Kooperative Klassen:** Volks-, Haupt-, Polytechnische- und Sonderschulklassen sind grundsätzlich organisatorisch getrennt. Nach Übereinkunft und Planung der beteiligten LehrerInnen wird der Unterricht teilweise oder zur Gänze gemeinsam erteilt (BMUK).

Wenn aus medizinischen Gründen und nach einem angemessenen Beobachtungszeitraum mit besonderer Förderung keine Entwicklungsfortschritte festgestellt werden können oder der Schulbesuch eine unzumutbare Belastung darstellt, ist eine Befreiung von der allgemeinen Schulpflicht wegen Schulunfähigkeit festzustellen (BMUK).

Rat suchende Eltern können in Wien zahlreiche „**Frühe Hilfen**“, welche von der ARGE Frühförderung jedes Jahr als Bericht neu veröffentlicht werden, in Anspruch nehmen (siehe auch Kap. 10). In diesem Kapitel können, aufgrund des Umfangs, nur ausgewählte Beispiele angeführt werden. In manchen Einrichtungen ist aufgrund der großen Nachfrage mit einer Wartezeit zu rechnen. Zahlreiche **Universitätskliniken, Spitäler und Kliniken der Stadt Wien** bieten Möglichkeiten zur schnellen Diagnostik und Hilfe für Kinder mit Behinderung und deren Angehörigen an.

Die **Entwicklungsdiagnostischen Zentren** (MA 15 Gesundheitswesen) im 10. und 18. Bezirk, haben sich die Überprüfung der psychosomatischen Entwicklung und das möglichst frühe Erkennen von Entwicklungsverzögerungen bzw. Entwicklungsstörungen zur Aufgabe gemacht.

Das Zentrum für Entwicklungsförderung (ZEF) ist eine Einrichtung für Kinder bis sechs Jahre und deren Familien. Es bietet Diagnostik, Beratung, Begleitung und Therapie bei Fragen und Problemen der physischen, psychischen und kognitiven Entwicklung des Kindes. Wesentlich für die Arbeit des Zentrums sind der Aufbau und die Einbeziehung familiärer Ressourcen, ein breites Spektrum therapeutischer Ansätze sowie die Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen. Durch die Vielfalt von Methoden wird eine ganzheitliche Förderung ermöglicht.

Der **mobile Beratungsdienst für Kinder und Jugendliche** berät und betreut behinderte bzw. entwicklungsgestörte und von Entwicklungsstörungen bedrohte Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes. Ziele sind eine möglichst frühe Erkennung und Abklärung von Entwicklungsverzögerungen und Entwicklungsauffälligkeiten, die Unterstützung der Betroffenen bzw. der Familien bei der Bewältigung schwieriger Lebenssituationen sowie Hilfestellungen zur Integration.

Sonderpädagogische Ambulanzen (MA 11) im 9., 10., 12., 16. und 21. Bezirk bieten Diagnose, Beratung und Behandlung für entwicklungsverzögerte, erziehungsschwierige oder behinderte Kinder bzw. deren Eltern. Die Sonderpädagogischen Ambulanzen der Stadt Wien (MA 11) im 10., 11. und 23. Bezirk erstellen Diagnosen, behandeln Kleinkinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf (Entwicklungsverzögerungen im kognitiven, sensorischen, emotionalen, sprachlichen und sozialen Bereich) und beraten Eltern und ErzieherInnen.

Das **Ambulatorium in der Märzstraße** im 15. Bezirk und das **Therapieambulatorium** in der **Jara Benes-Gasse** im 21. Bezirk sind in den Bereichen Entwicklungsdiagnostik, Frühförderung, Behandlung und Betreuung behinderter Kinder tätig. Zielgruppen sind behinderte Kinder und deren Eltern. Die Ambulatorien sind auch darauf eingerichtet, schwerst- und mehrfachbehinderte Kinder zu betreuen. Ein Schwerpunkt liegt in der Betreuung von Kleinkindern ab einem möglichst frühen Zeitpunkt.

Der Aufgabenbereich der Institution **CONTRAST Frühförderung für blinde, sehbehinderte und mehrfachbehindert-sehgeschädigte Kinder** (ARGE Frühförderung) im 2. Bezirk umfasst die ganzheitliche Entwicklungsförderung des Kindes: Sehrestschulung, visuelle Stimulation, Förderung der Restsinne, Förderung im Bereich der Wahrnehmung, der Motorik, der Sprache, Anleitung zu Mobilität und Selbstständigkeit, Beratung bei der Gestaltung der Umwelt des sehgeschädigten Kindes, Adaptierung und Auswahl geeigneter Spielsachen, kindergarten- und schulvorbereitende Maßnahmen und interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Die **Frühberatungsstelle des ÖHBT** (Österreichisches Hilfswerk für Taubblinde) bietet Beratung und Hilfen für mehrfachbehinderte Kinder bzw. deren Familien. Das **Bundesinstitut für Gehörlosenbildung (BIG)** stellt im Bereich der frühen und vorschulischen Erziehung Förder- und Erziehungshilfen für mittel- und hochgradig höreinträchtigte Kinder zur Verfügung. Das Institut verfügt über eine eigene Schule, einen Kindergarten und ein Internat. Die Aufgaben der Erziehung und Bildung Hörbehinderter werden durch den Status als praxisausbildendes Institut für einschlägige Berufsfelder ergänzt.

Die **CARITAS** (Erzdiözese Wien) bietet Wohnheime und Wohngemeinschaften für behinderte Menschen an sowie mobile Dienste, zahlreiche Beratungsstellen und ein Familienzentrum.

Das **RETTET DAS KIND Frühförderteam** berät, betreut und fördert behinderte bzw. entwicklungsverzögerte Kinder unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

Die **Spielothek der Lebenshilfe** bietet Förderung behinderter Kinder durch Hinführen zum Spiel, die Beratung der Eltern und die Möglichkeit zum Ausleihen von geeignetem Spielzeug, Elternrunden sowie Entlastung der Eltern durch Kinderbetreuung.

Die **Mobile Frühförderung Nord und Süd** (MA 12 und Wiener Sozialdienste) betreut Kinder in deren konkreter Lebensumwelt. Die FrühförderInnen bieten individuelle Förderung für das Kind und stellen das nötige Spiel- und Fördermaterial bereit. Durch Beratung in Erziehungsfragen soll die Eigenkompetenz der Eltern gestärkt werden. Ein wichtiger Schwerpunkt liegt auf der Familienbegleitung und der Unterstützung der Bezugspersonen in der Auseinandersetzung mit der Behinderung ihres Kindes. Daneben werden aber auch ganz konkrete Hilfen und Anleitungen zur Alltagsbewältigung geboten und Informationen über Methoden, Wirkungsweise und Ziele von Therapieangeboten gegeben. Durch die Vernetzung und Kooperation mit anderen betreuenden Institutionen und TherapeutInnen ist eine ganzheitliche Versorgung möglich. Schließlich ist es ein Anliegen der Frühförderung, den Übergang in eine weiterführende Institution (Kindergarten, Schule usw.) zu sichern. SozialarbeiterInnen bieten Hilfe und fachliche Beratung bei Behördengängen an. Die Mobile Frühförderung organisiert darüber hinaus Spielkreise für die betreuten Familien.

Die **Humangenetische Beratungsstelle** bietet genetische Beratung sowie zytogenetische Diagnostik. Sie wendet sich vor allem an Familien, in welchen Erbkrankheiten aufgetreten sind, an PatientInnen mit Verdacht auf Chromosomenaberration und berät bei Schwangerschaften mit erhöhtem Risiko für das Auftreten einer Chromosomenaberration oder Erbkrankheit.

Die **Beratungsstelle der Stadt Wien für Eheberatung und Familienplanung** kann helfen, wenn die familiären Probleme unmittelbar aus der Behinderung eines Kindes resultieren. Selbstverständlich kann man sich auch an die MitarbeiterInnen der **Eltern-Kind-Zentren, Elternschulen, Schwangerenberatungsstellen, die Familienhebammen** usw. wenden.

Selbsthilfegruppen (siehe auch Kap. 10.5.8) für Familien von behinderten Kindern werden in Zukunft sicherlich noch bedeutsamer werden. Sie bieten ein systematisches Angebot für den Kontakt von Eltern mit Eltern zur Aufhebung der allgemeinen Sprachlosigkeit und Abwehrhaltung. Der Elternverband „Integration: Österreich“ hat hier mit einem richtungsweisenden Fortbildungsprojekt „Eltern beraten Eltern“ begonnen, wobei persönliche Bewältigung und das Erleben verantwortlicher Beteiligung sehr sinnvoll ergänzend unterstützt werden (ÖSTERREICHISCHER FAMILIENBERICHT, 1999). Selbsthilfegruppen in Wien (siehe auch Kap. 10.5.8) sind beispielsweise der Kreis für Eltern von Kindern mit Speiseröhrenfehlbildungen, die Lebenshilfe Wien – Verein für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung und „Mutter Mund“ – Mütter mit behinderten Kindern.

Integrative Maßnahmen bzw. **Integration** sind viel gebrauchte Schlagwörter, Begriffe, die überflüssig wären, wenn Menschen nicht ausgesondert wären, wenn alle die gleichen Chancen hätten, wenn alle gemeinsam leben könnten. In Österreich müssen wir uns jedoch mit Integration und möglichen Maßnahmen, die integrativ für Kinder mit Behinderungen sind, auseinandersetzen. Nach wie vor wirken Segregationsmechanismen, sei es auf gesetzlicher Ebene oder hinsichtlich der vorhandenen Rahmenbedingungen im Kindergarten oder in der Schule. So werden in weiterer Folge Vorurteile gegen Kinder mit Behinderungen verstärkt bzw. der Lernprozess, den alle Beteiligten im alltäglichen Miteinander und in der täglichen Auseinandersetzung gestalten und erfahren, verhindert. Kindern mit Behinderungen ein Leben ohne Aussonderung zu ermöglichen, darf kein oberflächliches „Gleichmachen“ sein. Weder die Bedürfnisse der Kinder mit noch jener ohne Behinderungen dürfen aus den Augen verloren werden. Die Einzigartigkeit jedes Kindes muss bei den jeweils zutreffenden individuellen Entscheidungen im Vordergrund stehen. Eine gesellschaftliche Integration kann am ehesten gelingen, wenn das Zusammenleben behinderter und nicht behinderter Menschen bereits im Kleinkindalter beginnt (CHLEBECEK, 1998).

4.2.5.2 Pflegegeld

Das Pflegegeld hat den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes und bedürfnisorientiertes Leben zu führen.

Anspruch auf Leistung nach dem Wiener Pflegegeldgesetz haben Personen, die

- eine Behinderung haben, welche Pflege für mindestens sechs Monate erfordert;
- die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen oder ÖsterreicherInnen gleichgestellt sind;
- ihren ordentlichen Wohnsitz in Wien haben;
- keinen Anspruch auf Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz haben.

Je nach Pflegebedarf ist das Pflegegeld in 7 Stufen (Beurteilung nach Schweregrad der Behinderung und dem damit verbundenen Zeitaufwand) eingeteilt. Das Pflegegeld in der Höhe von ATS 2.000,- (Stufe 1) bis ATS 21.074,- (Stufe 7) wird monatlich ausbezahlt. In den Pflegestufen 1, 3, und 4 ist von 1995–1998 ein Anstieg zu verzeichnen.

Tabelle 2: Anzahl der BezieherInnen von Ausgleichszahlungen und PflegegeldbezieherInnen in allen Altersgruppen jeweils am 31.12. des Beobachtungsjahres

	1995	1996	1997	1998
AusgleichszahlungenbezieherInnen	35.339	34.184	33.187	32.108
PflegegeldbezieherInnen				
- Stufe 1	7.716	9.246	10.936	12.336
- Stufe 2	34.568	31.056	28.133	25.886
- Stufe 3	12.838	13.141	13.723	14.004
- Stufe 4	5.320	5.303	5.705	5.703
- Stufe 5	4.207	3.920	3.855	3.800
- Stufe 6	1.655	1.578	1.307	1.278
- Stufe 7	700	645	636	606
Ausgleichszahlungen	2.073	2.072	1.120	898
Ausbezahlter Betrag ¹⁾ in Mio. ATS im Kalenderjahr	4.241,65	3.968,09	3.970,84	3.958,06

¹⁾ Das Wiener Sozialhilfegesetz sieht vor, Personen zu unterstützen, die ihren eigenen Lebensbedarf und den Lebensbedarf von unterhaltsberechtigten Familienangehörigen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln beschaffen können. Die Höhe der Sozialhilfe wird nach monatlichen Richtsätzen bemessen. Sozialhilfe wird nur insoweit gewährt, als das vorliegende Einkommen oder das verwertbare Vermögen nicht ausreichen, um den Lebensbedarf zu sichern. Bei einem Einkommen unter dem anzuwendenden Sozialhilfe-Richtsatz kann eine entsprechende Richtsatzänderung (= Ausgleichszahlung) beim zuständigen Sozialreferat der MA 12 beantragt werden.

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998 (auf der Basis der Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, WStW, MA 3 und MA 12)

4.2.6 Gesundheitszustand und Versorgungslage bei Kindergarten- und Schulkindern

Zusammenfassung

Jährlich durchgeführte Kindergartenuntersuchungen und schulärztliche Untersuchungen liefern wichtige Informationen über den Gesundheitszustand der Kinder. Die Gesundheitsblätter der SchulärztInnen wurden bis 1.10.1996 durch das Österreichische Statistische Zentralamt ausgewertet. Danach gab es keine statistische Auswertung der Gesundheitsblätter. Im Zuge des vorliegenden Berichtes wurden die Daten der letzten Jahre aufgearbeitet, dokumentiert und auf die Bedeutung der erneuten österreichweiten Erhebung hingewiesen.

1998 waren in Wien insgesamt 63.201 Kinder in Kinderbetreuungseinrichtungen eingeschrieben. Anteilsmäßig überwiegen die allgemeinen Kindergärten gefolgt von Horten, Kleinkinderkrippen, Sonder-, Integrations- und heilpädagogischen Kindergärten sowie Übungskindergärten. Die Versorgungsquote mit Kindertagesheimplätzen betrug 1998 für Kinder im Alter von eineinhalb bis drei Jahren 41,2 Prozent, von Kindern im Alter von 3–6 Jahren 88,2 Prozent.

Im Vergleichszeitraum 1980/81 und 1998/99 ist die SchülerInnenzahl in der Volksschule um 8,9 Prozent gestiegen, in den Hauptschulen um 28,7 Prozent, in den Sonderschulen um 28,8 Prozent sowie in der AHS-Unterstufe um 5,5 Prozent gesunken. Der AusländerInnenanteil ist in allen Schultypen gestiegen und ist vor allem in den Bezirken 10, 15 und 16 besonders hoch.

Ausländische Kinder empfinden sich in eher günstigen sozialen Bedingungen als krank. Positivere Lebensumstände rufen ein ausgeprägtes Krankheitsempfinden hervor und bedingen eine subjektive Einschätzung von Krankheit. Sich krank einschätzende ausländische Kinder verfügen, verglichen mit sich gesund bezeichnenden ausländischen Kindern, über hohe Familieneinkommen und leben in trockenen, sanitär gut ausgestatteten Wohnungen. Dieser Widerspruch kann mit der These einer abnehmenden Symptommhäufigkeit bei extrem negativen Lebensbedingungen erklärt werden.

Summary: Health and Care Situation for Children in Kindergarten and in School

Annual kindergarten surveys and medical examinations at school provide valuable information on children's state of health. Special health forms prepared by school doctors were last evaluated by the institute for Statistics Austria on October 1, 1996. Since then, no statistical evaluation of the health forms has been carried out. Data from recent years were collected, documented and evaluated in preparation of the present report to emphasise the importance of new nation-wide survey.

In 1998, a total of 63,201 children were registered in child-care institutions in Vienna. Most of these were kindergartens, followed by day-care homes, crèches, kindergartens for special needs, for integration or for medicopedagogic purposes, as well as training kindergartens. The rate of supply with day-care places in 1998 was calculated at 41.2 percent for children aged 1.5 to 3 years, and 88.2 percent for children 3 to 6 years of age.

In the period from 1980/81 to 1998/99 the number of children attending primary school has risen by 8.9 percent, in secondary schools it has dropped by 28.7 percent, in schools for special needs by 28.8 percent, and in secondary academic schools it has dropped by 5.5 percent in the period of reporting. The percentage of foreign children has increased, it is particularly high in districts 10, 15 and 16.

Foreign children have a tendency to feel ill under socially favoured conditions. Positive living conditions generate a more pronounced sensitivity towards illness and a more subjective awareness of illness. Foreign children who consider themselves ill generally come from a more affluent family background than those who consider themselves healthy, they live in dry apartments equipped with adequate sanitary installations. This contradiction is best explained with the thesis of decreasing symptom frequency under extremely negative living conditions.

4.2.6.1 Kindergartenuntersuchungen

Diese Reihenuntersuchungen werden in allen städtischen Kindertagesheimen in Wien einmal jährlich von voll- und teilbeschäftigten KinderfachärztInnen durchgeführt und dokumentiert. Während des Jahres finden zusätzlich noch kleinere Kontrolluntersuchungen statt. Gemäß des 1967 verabschiedeten Kindergartengesetzes und der entsprechenden Verordnungen hat die MA 15 – Gesundheitswesen seit 1968 die Fach- und Sanitätsaufsicht für die städtischen Kindertagesheime.

1985 wurden 16.215 Kinder untersucht, von denen 32 Prozent keine Auffälligkeiten zeigten.

1992/93 erfolgte die Untersuchung an 11.297 Wiener Kindern, wobei 47,9 Prozent keine Auffälligkeiten aufwiesen. Hauptsächlich wurden in der Altersgruppe der über 3-Jährigen in den Bereichen Zähne (21,1 Prozent) und Orthopädie – Extremitäten (16,5 Prozent) Abweichungen festgestellt.

Im Vergleichszeitraum **1997/98** wurden 16.237 Knaben und Mädchen untersucht, wovon 37,1 Prozent keine Auffälligkeiten zeigten. Die Hauptdiagnosen bei den unter 3-Jährigen waren Orthopädie – Extremitäten (1,7 Prozent) und Zähne (2,0 Prozent). Bei den über 3-Jährigen waren Zähne (21,2 Prozent) und Orthopädie – Extremitäten (19,0) die hauptsächlichen Auffälligkeiten (Tabelle 1).

Tabelle 1: Untersuchungsergebnisse von Kindergartenkindern (unter und über 3 Jahre), Wien 1992/1993 (n = 11.297) und 1997/98 (n = 16.237) (in Prozent)

Auffälligkeiten	1992/93		1997/98	
	< 3 Jahre	> 3 Jahre	< 3 Jahre	> 3 Jahre
keine	9,3	38,6	6,1	31,0
Adipositas	k. A.	2,2	0,2	2,5
Orthopädie Wirbelsäule	k. A.	2,3	0,1	1,1
Orthopädie Extremitäten	k. A.	16,5	2,0	19,0
Neurologische Auffälligkeiten	k. A.	gering	0,1	0,7
Haut	k. A.	3,3	0,9	5,6
Augen	k. A.	5,0	0,3	4,4
Interne Herz	k. A.	gering	0,7	1,0
Interne Lunge	k. A.	gering	0,6	2,4
Abdomen	k. A.	gering	0,1	0,5
Genitale	k. A.	3,3	0,4	2,6
HNO	k. A.	5,2	0,8	7,7
Zähne	k. A.	21,1	1,7	21,2
Stoffwechselerkrankungen	k. A.	k. A.	-	0,1
Andere chron. Erkrankungen	k. A.	k. A.	0,0	0,4
Fehlbildungen	k. A.	k. A.	0,1	0,7

k. A. = keine Angaben

Quelle: MA 15, Dezernat IV/Referat 2

4.2.6.2 Schulärztliche Untersuchungen an Wiener Schulen 1995/1996 bis 1999/2000

4.2.6.2.1 Aktueller Stand der schulärztlichen Untersuchungen

Die schulärztliche Untersuchung stellt – neben den sanitären Kontrollen der Schuleinrichtungen – die primäre Aufgabe des schulärztlichen Dienstes (siehe Kap. 4.2.6.2 und 10.5.2) dar; ursprüngliche Zielsetzung der schulärztlichen Untersuchung ist die regelmäßige Untersuchung der SchülerInnen auf ihre **Eignung für den Unterricht**. Daher bezieht sich das Untersuchungsprogramm vornehmlich auf Prüfung des **Wahrnehmungsvermögens** (Seh-Hör-Prüfungen) und der **physischen Leistungsfähigkeit**.

Die Schulgesundheitsstatistik – die statistische Auswertung der von den SchulärztInnen auszufüllenden „Gesundheitsblätter“ – beinhaltet Informationen über den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen und ist sowohl für die öffentliche Gesundheitsförderung als auch für die Gesundheitsplanung eine wichtige Datenbasis.

Die rechtlichen Voraussetzungen für die Untersuchungen selbst wie auch für deren standardisierte Befunddokumentation basiert auf diversen Verordnungen und Erlässen des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle

Angelegenheiten (Schulunterrichtsgesetz, 1986). Damit besteht neben der gesetzlich vorgeschriebenen Individualbetreuung der SchülerInnen durch die SchulärztInnen auch die Möglichkeit der statistischen Auswertung der Befunddokumentationen, die als Informationen für gesundheitspolitische Entscheidungen weiter verwendet werden können (STATISTIK ÖSTERREICH, 1995).

Seit dem **Schuljahr 1972/73** steht ein Fragebogen, das „**Gesundheitsblatt**“ zur Verfügung. Er ist einerseits als Befundbeleg für die untersuchenden SchulärztInnen, andererseits auch für die ADV-unterstützte Aufarbeitung konzipiert. Die Ergebnisse der statistischen Auswertung werden analog den anamnestischen Angaben und erhobenen Befunden im Gesundheitsblatt als prozentuelle Häufigkeiten der untersuchten SchülerInnen tabellarisch dargestellt.

Bis zum Schuljahr 1980/81 wurden nur die Daten der 1. Schulstufe ausgewertet. Grund dafür war die vorerst unbefriedigende Erfassung in den höheren Schulstufen. Aufgrund der steigenden Nachfrage nach einem breiteren Informationsspektrum wurde mit dem **Schuljahr 1980/81** ein **stichprobenartiges Auswerteverfahren für die 1., 4., 8. und 12. Schulstufe** eingeführt. Methodisch wurde damit erreicht, dass bei einer Auswertungszahl von etwa 35.000 Befundbelegen pro Jahr – das entspricht einem Auswahlatz von zehn Prozent – regionale Schwankungen in der Erfassung innerhalb der einzelnen Bundesländer durch Schichtung nach Schultypen und Stadt-/Land-Faktoren statistisch bereinigt werden, sodass repräsentative Österreich- bzw. Bundesländer-Ergebnisse erwartet werden können.

Trotz des hohen Gesamterfassungsgrades waren doch erhebliche regionale Schwankungen innerhalb der einzelnen Bundesländer zu beobachten; eine Einschränkung der Österreich-Repräsentativität war auch darin zu sehen, dass der Pflichtschulbereich des Bundeslandes Vorarlberg aus methodischen Gründen nicht in die Auswertung einbezogen werden konnte.

Kritik und Einstellung der „Statistik des Gesundheitszustandes der Schuljugend“

Die Ergebnisse der „Statistik des Gesundheitszustandes der Schuljugend“ wurden seit jeher zwar als wichtige Informationsquelle für gesundheitspolitische Maßnahmen gesehen, es gibt aber auch zahlreiche KritikerInnen. Im Rahmen einer Publikation der schulärztlichen Daten fasst das Österreichische Statistische Zentralamt (jetzt: STATISTIK ÖSTERREICH) die Kritik zusammen (STATISTIK ÖSTERREICH, 1994): „Allerdings klingt aus dem Kreis der meldepflichtigen Schulärzte, vor allem im Pflichtschulbereich, wo oft niedergelassene Gemeindeärzte die Agenden des Schularztes übernehmen, Kritik am inhaltlichen Umfang des „Gesundheitsblattes“ an. (...) Beschränkt auf die wichtigen Erhebungspunkte ist diese Statistik zur Zeit unentbehrlich, weil sie neben den Lehrlingsuntersuchungen und den Stellunguntersuchungen des Bundesheeres die einzige kontinuierliche Informationsquelle ist, die repräsentativ für Österreich und die Bundesländer Gesundheitsdaten für die Bevölkerung zwischen sechs und 18 Jahren liefert. Allerdings darf nicht erwartet werden, dass spezifische Fragen der sozialmedizinischen oder epidemiologischen Wissenschaften damit ausreichend behandelt werden können. Dazu bedarf es geeigneter methodischer Verfahren. Dennoch ermöglicht diese Statistik, Schwerpunkte für gesundheitspolitische Entscheidungen zu quantifizieren und die Breitenwirksamkeit präventiver Maßnahmen an der Trendentwicklung der Befundhäufigkeiten abzuschätzen.“

In Zukunft sollte es bei der „Statistik des Gesundheitszustandes der Schuljugend“ im Befundungsprogramm zu Einschränkungen auf das Wesentliche kommen. Wenige, aber sichere Daten erhöhen den Aussagewert einer Statistik. Ein geringer Erhebungsaufwand wäre auch der Akzeptanz bei den Schulärzten zuträglich, wovon die zukünftige Qualität der Statistik profitieren könnte.“

In der letzten veröffentlichten Auswertung der Schulgesundheitsstatistik durch das Institut STATISTIK ÖSTERREICH (1996) wurden die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen der 1., 4., 8., und 12. Schulstufe des Schuljahres 1993/94 ausgewertet.

Mit **1.10.1996** wurde die Aufarbeitung der Statistik des „Gesundheitszustandes der Schuljugend“ durch das Österreichische Statistische Zentralamt vorläufig offiziell eingestellt.

Im August 1996 fanden erste Gespräch auf Beamtenebene zwischen VertreterInnen des Österreichischen Statistischen Zentralamtes, des Bundeskanzleramtes und des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten (derzeit: Bildung, Wissenschaft und Kultur) und des Gesundheitsressorts über die weitere Vorgangsweise statt.

Es wurde konstatiert, dass die SchülerInnenstatistik die einzige Quelle für Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung eines gesamten Jahrganges darstellt und darüber hinaus ein notwendiges Monitoring-Instrument für Trend- und Verlaufskontrollen darstellt; daher ist sie für das Gesundheitsressort von großer Bedeutung.

In weiterer Folge wurde von STATISTIK ÖSTERREICH eine Arbeitsgruppe „Revision der Schulgesundheitsstatistik“ mit VertreterInnen des Gesundheits- und Unterrichtsressorts, unter Einbeziehung der LandesschulärztInnen und der Ärztekammer ins Leben gerufen. Ziel dieser Arbeitsgruppe ist es, die Weiterführung einer bundeseinheitlichen

Schulgesundheitsstatistik in einer effizienten und qualitativ hochwertigen Form sicherzustellen. Bis dato ist aber noch keine Revision der Schulgesundheitsstatistik in Kraft getreten.

4.2.6.2.2 Statistische Auswertung der schulärztlichen Befunde der Schuljahre 1995/96–1999/2000

Um Kontinuität und Vergleichbarkeit zu den statistischen Auswertungen der Gesundheitsblätter durch die STATISTIK ÖSTERREICH (jährliche Auswertung von 1980/81–1993/94) zu gewährleisten, orientiert sich die aktuelle Auswertung zum Einen an jenen der STATISTIK ÖSTERREICH, d. h. primär eine Aufschlüsselung der Einzelbefunde nach **Schulstufen** und **Geschlecht**; zudem wird eine **vergleichende Gegenüberstellung der Ergebnisse von 1995/96 und 1999/00** unternommen.

Bezüglich des **Schultyps** und der **Schulstufen** ist folgendes festzustellen:

In die aktuelle statistische Auswertung konnten aus organisatorischen Gründen nur jene schulärztlichen Untersuchungen aufgenommen werden, die in die Zuständigkeit der MA 15 fallen (Volks-, Haupt- und Sonderschulen; Polytechnische Lehrgänge, Berufsschulen), wobei auch hier eine Einschränkung auf Volks- und Hauptschulen, d. h. auf 1., 4. und 8. Schulstufen, erfolgen musste. Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass von den 8. Schulstufen nur mehr Gesundheitsblätter des aktuellen Schuljahres 1999/00 zugänglich waren; eine Ursache dafür liegt auch darin, dass aus dem Bereich der allgemein bildenden höheren Schulen, die in die Zuständigkeit der Abteilung für schulärztliche und hygienische Angelegenheiten im Wiener Stadtschulrat fallen, keine Untersuchungsergebnisse verfügbar waren, und somit Informationen über die 8. Schulstufe vor dem aktuellen Schuljahr 1999/00 und über die 12. Schulstufe nicht in die statistische Auswertung einbezogen werden konnten.

Insgesamt wurden in dieser statistischen Auswertung **25.696 Untersuchungen** (12.157 Mädchen, 12.372 Buben; bei 1.167 Gesundheitsblättern fehlte die Geschlechtsangabe) berücksichtigt.

Die nachfolgende statistische Auswertung der schulärztlichen Untersuchungen erfolgte nach Schulstufen (1., 4., 8.) und Geschlecht. Weiters wurde das Schuljahr 1995/96 dem aktuellen Schuljahr 1999/00 gegenübergestellt (Tabelle 2).

4.2.6.2.3 Diskussion der Ergebnisse

In Tabelle 2 sind die einzelnen Befunde der schulärztlichen Untersuchungen getrennt für Burschen und Mädchen angeführt. Die Ergebnisse für das aktuelle Schuljahr 1999/00 werden jenen des Schuljahres 1995/96 gegenübergestellt.

Um die Vergleichbarkeit mit vorangegangenen Auswertungen zu ermöglichen, wird in der folgenden Diskussion die Zusammenfassung der Befunde nach jenen medizinischen Schwerpunkten unternommen, welche die STATISTIK ÖSTERREICH in ihren Veröffentlichungen zum „Gesundheitszustand der Schuljugend“ (u. a. 1992, 1994, 1995, 1996) angewendet hat. Diese medizinischen Schwerpunkte sind:

- **Allergien**
- **Sehbefunde** (Brillenträger, Visus)
- **Hals-Nasen-Ohren-Befunde** (Hörvermögen, Sprachfehler, Tonsillen)
- **Zahnbefunde** (Karies, Gebissfehlstellungen)
- **Chronische Atemwegserkrankungen und Asthma bronchiale**
- **Orthopädische Befunde** (Haltungsschäden, Haltungsanomalien der Wirbelsäule, Fehlformen der Beine und Füße).

Weiters sollen die bisher in den von der STATISTIK ÖSTERREICH publizierten Auswertungen der schulärztlichen Untersuchungen nicht diskutierten Befunde hier Erwähnung finden.

Tabelle 2: Untersuchungsbefunde der schulärztlichen Untersuchungen nach Geschlecht, Schuljahre 1995/96 und 1999/00, Wien

Untersuchungsbefunde	Schulstufe											
	1.				4.				8.			
	1995/96		1999/00		1995/96		1999/00		1995/96		1999/00	
	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B
Anzahl der ausgewerteten Gesundheitsblätter	639	753	1.638	1.703	543	668	1.420	1.499	-	-	672	748
Durchschnittliche Körpergröße (cm)	119,0	121,2	118,6	119,6	141,5	142,1	141,2	142,2	-	-	160,9	167,9
Durchschnittliches Körpergewicht (kg)	22,9	23,8	22,6	23,1	37,7	37,6	36,8	38,1	-	-	55,8	60,3
Asthma bronchiale (anamnestisch)	1,4	2,0	2,5	3,3	1,5	1,0	1,8	2,8	-	-	4,0	2,3
Allergie (anamnestisch)	6,6	8,1	7,8	10,3	11,0	7,6	13,8	13,5	-	-	17,9	12,2
Diabetes mellitus (anamnestisch)	0	0	0	0,1	0,2	0	0,1	0,1	-	-	0,4	0,1
Brillenträger	7,8	6,1	7,9	8,6	17,1	15,0	14,2	14,3	-	-	22,3	18,3
Schielen	3,3	3,1	2,5	3,3	2,8	2,7	2,1	2,5	-	-	1,6	1,9
Visus												
o. B.	84,2	88,7	89,5	89,7	79,4	83,7	85,2	85,7	-	-	74,8	81,3
einseitig herabgesetzt	5,2	4,0	2,9	2,8	5,7	3,7	3,5	3,3	-	-	5,4	4,9
beidseitig herabgesetzt	10,6	7,3	7,6	7,5	14,9	12,6	11,3	11,0	-	-	19,8	13,8
Hörvermögen												
einseitig behindert	1,9	2,1	1,5	1,5	1,1	1,6	1,0	0,7	-	-	1,3	0,8
beidseitig behindert	1,9	1,6	2,0	1,3	0,6	0,3	0,5	0,8	-	-	0,7	0,4
Sprachfehler	13,9	18,3	12,4	14,8	3,5	4,6	3,5	5,9	-	-	1,3	2,7
Nase												
Atmung chronisch behindert	4,1	5,8	3,4	3,9	2,4	2,2	2,0	2,1	-	-	0,6	1,1
Tonsillen												
o. B.	81,2	81,2	82,3	80,7	76,7	77,3	80,9	80,8	-	-	80,3	77,4
krankhaft verändert	12,1	9,0	9,6	9,2	7,6	5,2	7,7	6,1	-	-	4,5	5,5
entfernt	6,7	9,8	8,1	10,1	15,7	17,5	11,4	13,1	-	-	15,2	17,1
Zähne – Untersuchungsmethode												
Untersuchung mit Spatel	28,8	33,5	43,7	42,7	32,0	28,9	38,8	35,8	-	-	29,3	31,3
Untersuchung mit Spiegel und Sonde	71,2	66,5	56,3	57,3	68,0	71,1	61,2	64,2	-	-	70,7	68,7
Zähne – Gesundheitszustand												
o. B.	29,9	36,9	55,8	52,9	26,4	27,8	48,8	44,1	-	-	31,3	33,0
saniiert	13,9	10,9	13,9	14,7	23,9	19,5	26,3	27,1	-	-	40,3	35,3
kariös	56,2	52,2	30,3	32,4	49,7	52,7	24,9	28,8	-	-	28,4	31,7
Gebissstellung												
o. B.	84,0	85,0	86,4	90,2	76,6	72,6	74,9	74,2	-	-	79,9	81,7
Fehlstellung in Behandlung	1,9	0,5	0,9	0,5	7,0	6,6	11,3	10,1	-	-	4,3	4,5
Fehlstellung ohne Behandlung	14,1	14,5	12,7	9,3	16,4	20,8	13,8	15,7	-	-	15,8	13,8
Schilddrüse												
nur tastbar vergrößert	0,2	0,1	0,1	0	0,4	0	0,1	0	-	-	0,7	0,1
sichtbar vergrößert	0	0,1	0	0	0	0	0,1	0,1	-	-	0	0
Haut												
chronisches Hautleiden	3,4	2,3	3,7	2,6	1,8	1,5	4,4	2,3	-	-	4,2	4,4
Herz- und Gefäßerkrankungen												
organische	2,2	0,4	0,6	0,9	0,6	0	0,6	0,5	-	-	0,4	0,5
funktionelle	0,2	0,3	0,3	0,1	0,6	0	0,1	0,1	-	-	0,4	0,1
Lunge												
chronisch rezidivierende Bronchitis	1,9	1,6	1,6	1,6	0,7	0,9	0,5	0,9	-	-	0,6	0,7
Asthma	1,1	1,1	1,3	1,6	0,7	0,9	1,5	1,8	-	-	2,4	1,7
Bauch												
Hernien	0,9	0,8	0,5	1,1	0,4	0,3	0,3	0,4	-	-	0	0,5
sonstige Befunde	1,7	3,9	2,7	4,0	1,8	3,1	2,5	2,1	-	-	2,5	4,0
Wirbelsäule und Brustkorb												
Haltungsschwäche	17,8	15,3	21,2	21,3	21,4	23,2	19,9	21,3	-	-	20,7	28,9
Fehlform	1,6	1,5	1,8	0,9	1,7	1,6	2,5	2,2	-	-	2,5	2,8
Arme, Hände												
Fehlform ohne Funktionsbehinderung	0,3	0,5	0,3	0,5	0,4	0,1	0,1	0,1	-	-	0,3	0,4
Fehlform mit Funktionsbehinderung	0	0,1	0,2	0,1	0	0,1	0,1	0,3	-	-	0,3	0,3
Beine, Füße												
Fehlform ohne Funktionsbehinderung	21,9	25,2	24,1	32,5	19,7	27,8	21,5	21,3	-	-	17,6	19,7
Fehlform mit Funktionsbehinderung	0,6	0,5	0,5	0,8	0,2	0,4	0,4	0,6	-	-	0,4	0,4
Nervensystem												
vegetative und psychische Labilität	3,1	1,7	2,9	2,8	1,8	1,6	0,7	1,7	-	-	1,9	1,5
organisches Nervenleiden	0,2	0,3	0,5	0,8	0,4	0,3	0,2	0,6	-	-	0,1	0,4

Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen; eigene Berechnungen

Allergien

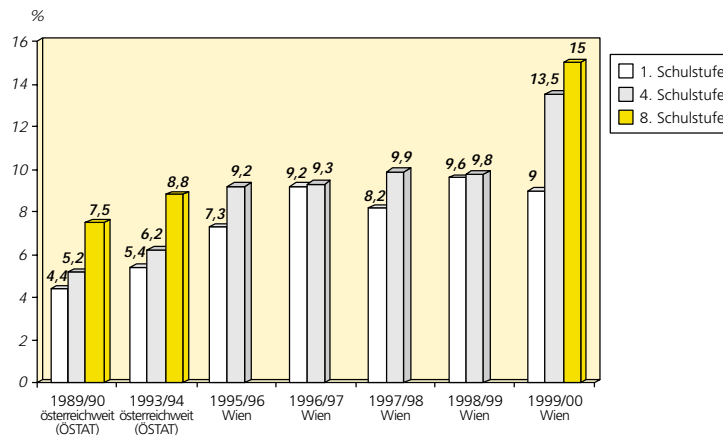
In der letzten publizierten Auswertung der schulärztlichen Gesundheitsblätter durch die STATISTIK ÖSTERREICH (1996) für das **Schuljahr 1993/94** wurde festgestellt, dass „der Anteil an Kindern und Jugendlichen, bei denen Allergien (siehe Kap. 4.2.6.2 und 4.2.3.5.2) diagnostiziert wurden (...) von 5,4 Prozent in der 1. Schulstufe auf 18,5 Prozent in der 12. Schulstufe“ ansteigt. Hierzu ist zu bemerken, dass es sich dabei um anamnestisch erhobene und nicht durch vorhandene Befunde bestätigte Angaben handelt. Die zitierten Daten beziehen sich auf Österreich insgesamt (ohne Vorarlberg).

Im Schuljahr 1994/95 wurde nach der vorliegenden Auswertung die Anamnese einer Allergie bei 7,3 Prozent der Befunde in der 1. Schulstufe und bei 9,2 Prozent der Befunde in der 4. Schulstufe erhoben; Daten zur 8. Schulstufe liegen für dieses Schuljahr nicht vor.

Die Ergebnisse der Auswertung der Gesundheitsblätter von Wiener SchülerInnen für das **Schuljahr 1999/00** ergab Hinweise auf eine Allergie bei **9,0 Prozent** der anamnestisch erhobenen Befunde der 1. Schulstufe, **13,5 Prozent** der 4. und **15 Prozent** der 8. Schulstufe.

Die aktuellen Daten zur Häufigkeit von Allergien bei Wiener SchülerInnen aus dem Schuljahr 1999/00 liegen somit einerseits für die 1. Schulstufe um 3,8 Prozent über dem österreichischen Durchschnitt des Schuljahres 1993/94, andererseits aber für die 8. Schulstufe um 3,5 Prozent unter den Ergebnissen aus 1993/94.

Abbildung 1: Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Allergie“ nach Schulstufen im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen; eigene Berechnungen

Sehbefunde

Vorweg wieder die Ergebnisse aus der letzten publizierten Auswertungen der STATISTIK ÖSTERREICH (1996) für das **Schuljahr 1993/94** (gesamtosterreichische Daten):

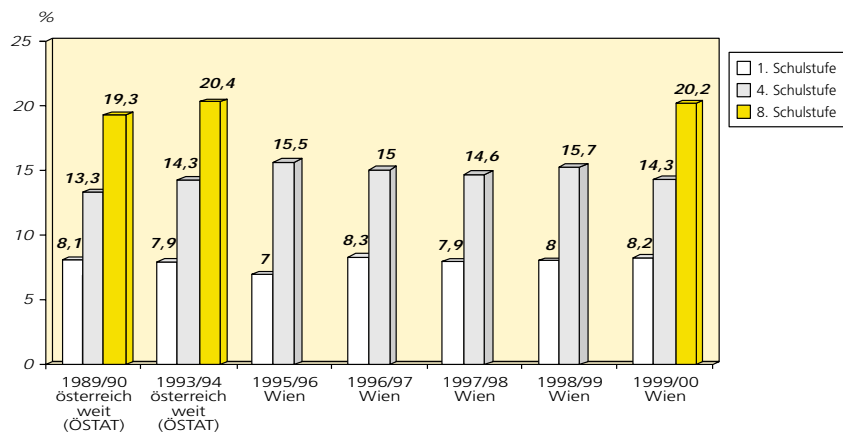
„Der Anteil der **BrillenträgerInnen** nimmt erwartungsgemäß mit steigendem Alter zu. Sind im Schuljahr 1993/94 nur 7,9 Prozent der Schüler der 1. Schulstufe Brillenträger, so beträgt dieser Anteil in der 8. Schulstufe bereits 20,4 Prozent und in der 12. Schulstufe, also unter den AbsolventInnen der Allgemeinbildenden Höheren Schulen, 39,5 Prozent. Mädchen tragen in allen Altersstufen etwas häufiger Brillen als männliche Mitschüler. (...) Eine (...) **Herabsetzung der Sehleistung (Visus)** wurde bei 10,2 Prozent der Schüler der 1. Schulstufe festgestellt. Dieser Anteil erhöht sich im Laufe des Schulalters auf 21,1 Prozent bei den Schülern der 12. Schulstufe. (...) Bei 2,3 Prozent der Schulanfänger wurde **Schielen** diagnostiziert, das offensichtlich aufgrund von Behandlungserfolgen mit zunehmendem Alter abnimmt (1,4 Prozent in der 12. Schulstufe)“.

In den Gesundheitsblättern aus dem **Schuljahr 1999/00** von Wiener SchülerInnen wurden **8,2 Prozent BrillenträgerInnen** in der 1. Schulstufe, **14,3 Prozent** in der 4. und **20,2 Prozent** in der 8. Schulstufe ausgewiesen. Das Ergebnis für die 8. Schulstufe liegt somit nur unwesentlich unter dem gesamtosterreichischen Ergebnis für das Schuljahr 1993/94, welches 20,4 Prozent betragen hat.

Einseitig oder beidseitig herabgesetzte Sehleistung (Visus) bescheinigen **10,1 Prozent** der Gesundheitsblätter aus dem 1. Schuljahr, **14,7 Prozent** aus dem 4. Schuljahr und **21,3 Prozent** aus dem 8. Schuljahr den Wiener SchülerInnen im Schuljahr 1999/00. Diese Ergebnisse weichen somit nur geringfügig von jenen aus der gesamtosterreichischen Auswertung aus dem Schuljahr 1993/94 ab.

Der Anteil an Befunden für **Schielen** lag 1999/00 für die 1. Schulstufe bei **2,9 Prozent**, für die 4. Schulstufe bei **2,4 Prozent** und für die 8. Schulstufe bei **1,7 Prozent** aller ausgewerteten Gesundheitsblätter. Diese Ergebnisse stimmen ebenfalls weitgehend mit der STATISTIK ÖSTERREICH-Auswertung der Gesundheitsblätter des Schuljahres 1993/94 für ganz Österreich überein.

Abbildung 2: Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Brillenträger“ nach Schulstufen im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen; eigene Berechnungen

Hals-Nasen-Ohren-Befunde

Die österreichweite Auswertung der Gesundheitsblätter aus dem **Schuljahr 1993/94** zeigte für Hals-Nasen-Ohren-Befunde (siehe Kap. 4.2.3.4 und 4.2.3.6) folgendes Bild (STATISTIK ÖSTERREICH, 1996):

„Der Anteil der Schulanfänger mit **herabgesetztem Hörvermögen** ist seit dem Schuljahr 1989/90 geringfügig gestiegen (von 2,0 Prozent auf 2,3 Prozent). Bei der Diagnose Sprachfehler ist es zu einem leichten Anstieg in der Häufigkeit in der 1. und 12. Schulstufe gekommen. Insgesamt nimmt jedoch der Anteil der Schüler mit **Sprachfehlern** mit zunehmendem Alter ab [von 2,3 Prozent in der 1. Schulstufe auf 1,1 Prozent in der 4., 0,9 Prozent in der 8. auf 0,7 Prozent in der 12. Schulstufe]. Die Indikationsstellung zur operativen **Entfernung krankhafter Gaumenmandeln (Tonsillektomie)** hat sich in den letzten Jahren gewandelt. Die Tonsillektomiequoten nehmen zwar über das Schulalter hinweg von 6,0 Prozent in der 1. auf 26,5 Prozent in der 12. Schulstufe zu, aber ein Vergleich mit dem Schuljahr 1989/90 zeigt eine deutlich zunehmende Zurückhaltung bei der Operationsindikation (Rückgang der Operationsquoten zwischen 2,5 und 8,4 Prozentpunkten). Bei allen Schulstufen ging die Diagnosestellung „**krankhaft veränderte Tonsillen**“ parallel mit der Tonsillektomie in den letzten vier Jahren zurück.

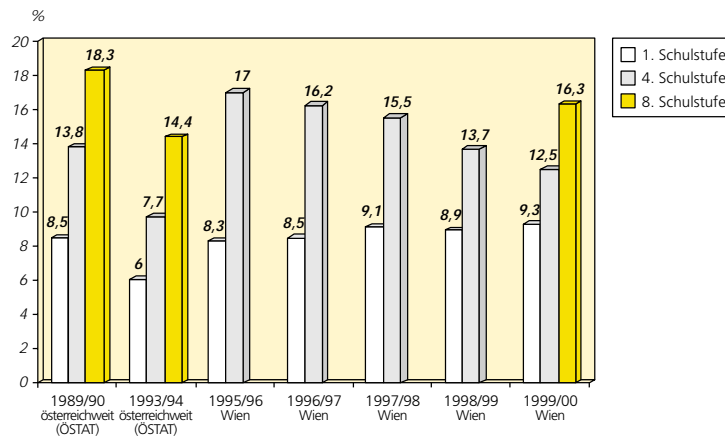
Die Auswertung der Gesundheitsblätter des **Schuljahres 1999/00** für Wiener SchülerInnen ergab **einseitig oder beidseitig herabgesetztes Hörvermögen** bei **3,1 Prozent** der für die 1. Schulstufe ausgewerteten Gesundheitsblätter, **1,5 Prozent** für die 4. und **1,5 Prozent** für die 8. Schulstufe. Diese Ergebnisse weichen nicht nennenswert von jenen aus dem Schuljahr 1993/94 ab.

Ein **Sprachfehler** wurde in **13,7 Prozent** der Gesundheitsblätter für Wiener SchülerInnen, die sich im Schuljahr 1999/00 in der 1. Schulstufe befinden, angegeben, weiters für **4,7 Prozent** der 4. Schulstufe und für **1,9 Prozent** der 12. Schulstufe. Diese Werte liegen deutlich über jenen aus dem Schuljahr 1993/94 – vor allem für die 1. Schulstufe.

Die Häufigkeit einer **Tonsillektomie** beträgt laut den Ergebnissen der Gesundheitsblätter des Schuljahres 1999/00 in der 1. Schulstufe **9,3 Prozent**, in der 4. Schulstufe **12,5 Prozent** und in der 8. Schulstufe **16,3 Prozent**; diese Werte liegen zwischen zwei und drei Prozentpunkten unter jenen aus dem Schuljahr 1993/94; der Trend zur Zunahme der Häufigkeit mit steigendem Schulalter ist jedoch auch zu beobachten.

Krankhaft veränderte Tonsillen werden in **9,4 Prozent** der Gesundheitsblätter der 1. Schulstufe, in **6,8 Prozent** jener der 2. Schulstufe und in **5,1 Prozent** der 8. Schulstufe des Schuljahres 1999/00 diagnostiziert – sind also naturgemäß gegenläufig zu den Tonsillektomien. Diese Häufigkeiten weichen nur geringfügig von jenen aus dem Schuljahr 1993/94 ab.

Abbildung 3: Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Tonsillen entfernt“ nach Schulstufen im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen; eigene Berechnungen

Zahnbefunde

Die Ergebnisse aus dem Gesundheitsblättern des **Schuljahres 1993/94** stellen den Zustand der Zahngesundheit (siehe Kap. 4.2.3.14) folgendermaßen dar (STATISTIK ÖSTERREICH, 1996):

„Die **Zahnkaries** ist bei Schülern der ersten Schulstufe mit 25,6 Prozent die häufigste pathologische Veränderung. Ein Vergleich mit dem Schuljahr 1989/90 zeigt jedoch deutlich den Rückgang von Kariesprävalenz, vor allem im Volksschulalter. Zu den sehr unterschiedlichen Zahlen der Kariesprävalenz bei Kindern und Jugendlichen, die in den Medien publiziert und diskutiert werden, wäre folgendes zu erklären: Im Rahmen der Untersuchung durch die Schulärzte wird im Pflichtschulbereich überwiegend nur mit Hilfe eines Spatels die Mundhöhle inspiziert. In Felduntersuchungen wird dagegen zumeist von Zahnärzten mit Spiegel und Sonde untersucht, sodass auch kleinste Kariesherde aufgedeckt werden, die bei der herkömmlichen Untersuchungsmethode nicht zu erkennen sind. Daraus resultiert, dass die Kariesquoten bei Untersuchungen der Schulärzte niedriger liegen müssen als bei Spezialuntersuchungen (siehe Kap. 4.2.3.14). Während die Häufigkeit **behandelter Gebissfehlstellungen** in den letzten vier Jahren bei Schülern ab der 8. Schulstufe etwas gestiegen ist, sind **unbehandelte Gebissfehlstellungen** leicht gesunken. (...)“

Was die Ergebnisse zur **Zahnkaries** betrifft, weichen die Ergebnisse aus dem **Schuljahr 1999/00** erheblich von jenen aus dem Schuljahr 1993/94 ab. Die damals aus den Daten abgeleitete geringe **Kariesprävalenz** im Vergleich zu den Daten der ZahnärztInnen konnte in den Ergebnissen aus 1999/00 nicht gefunden werden. Lag im Schuljahr 1993/94 die Kariesprävalenz österreichweit bei 25,6 Prozent für die 1. Schulstufe, 21,1 Prozent für die 4., 8,5 Prozent für die 8. und 1,7 Prozent für die 12. Schulstufe, liegt sie im Schuljahr 1999/00 für Wiener SchülerInnen bei **30,1 Prozent** für die 1., bei **26,6 Prozent** für die 4. und bei **30,5 Prozent** für die 8. Schulstufe. Da die Differenz zwischen diesen Ergebnissen groß ist – und zumal im Schuljahr 1993/94 ein Mangel in der Untersuchungspraxis der SchulärztInnen im Vergleich zu ZahnärztInnen moniert wurde (STATISTIK ÖSTERREICH, 1996) – ist für das Zustandekommen dieser Differenz eine Veränderung der Untersuchungspraxis der SchulärztInnen noch vor einer tatsächlichen Veränderung in der Kariesprävalenz in Erwägung zu ziehen.

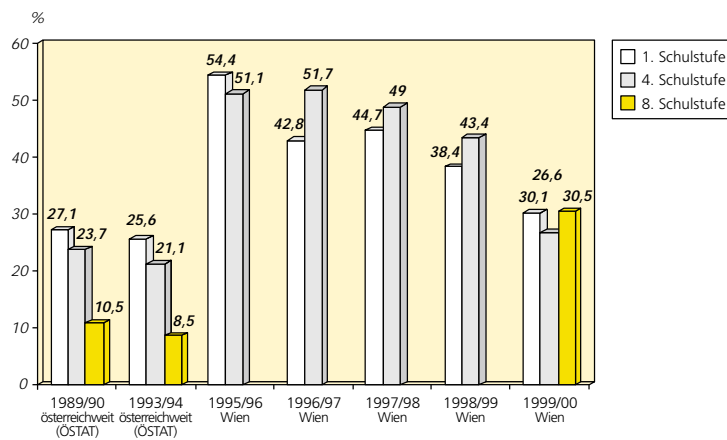
Der Anteil an **sanierten Gebissen** steigt im Schuljahr 1999/00 von **13,6 Prozent** in der 1. Schulstufe auf **26,4 Prozent** in der 4. und auf **37,6 Prozent** in der 8. Schulstufe.

Gebissfehlstellungen ohne Behandlung weisen in den Gesundheitsblättern für das Schuljahr 1999/00 eine Häufigkeit von **10,4 Prozent** für die 1. Schulstufe, **14,6 Prozent** für die 4. und **15,2 Prozent** für die 8. Schulstufe auf (im Schuljahr 1993/94: 10,5 Prozent – 11,6 Prozent – 9,0 Prozent).

Gebissfehlstellungen mit Behandlung werden 1999/00 in den Gesundheitsblättern mit einer Häufigkeit von 0,6 Prozent für die 1. Schulstufe, 10,5 Prozent für die 4. und 4,7 Prozent für die 8. Schulstufe angegeben (im Schuljahr 1993/94: 1,2 Prozent – 7,1 Prozent – 9,4 Prozent).

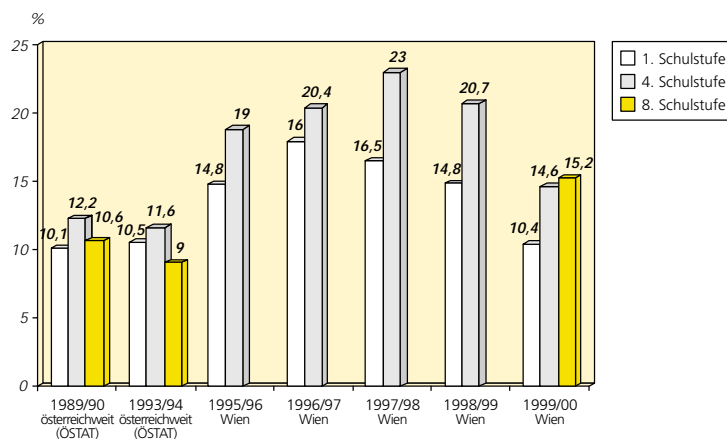
Ein **Vergleich** zwischen der Häufigkeit von Gebissfehlstellungen zwischen dem Schuljahr 1993/94 und 1999/00 zeigt zwar kaum eine Zunahme an Gebissfehlstellungen insgesamt, allerdings liegt 1999/00 die Anzahl der Gebissfehlstellungen ohne Behandlung bei den 4. und 8. Schulstufen höher als 1993/94 – bzw. korrespondierend dazu liegt die Anzahl der Gebissfehlstellungen mit Behandlung bei 4. und 8. Schulstufen unter jenen im Schuljahr 1993/94.

Abbildung 4: Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Zahnkaries“ nach Schulstufen im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen; eigene Berechnungen

Abbildung 5: Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Gebissfehlstellungen ohne Behandlung“ nach Schulstufen im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen; eigene Berechnungen

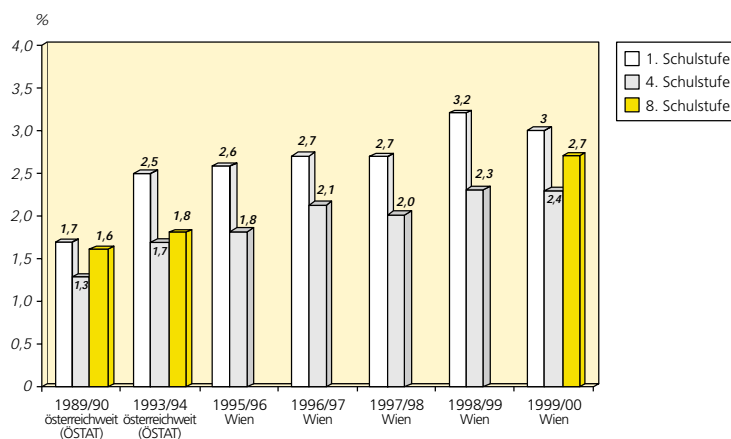
Chronische Atemwegserkrankungen

Hinsichtlich der Häufigkeit von chronischen Atemwegserkrankungen bei österreichischen SchülerInnen im **Schuljahr 1993/94** ergab die gesamtösterreichische statistische Auswertung der Gesundheitsblätter folgendes Bild (STATISTIK ÖSTERREICH, 1996): „Im Schuljahr 1993/94 waren 1,9 Prozent der Schulanfänger von **chronisch rezidivierender Bronchitis oder Asthma** betroffen, ab dem 10. Lebensjahr wurden Häufigkeiten zwischen 1,3 Prozent und 1,7 Prozent beobachtet. Bei allen Schulstufen (außer der 4.) kann in den letzten vier Jahren ein geringer Anstieg in der Häufigkeit chronischer Atemwegserkrankungen (siehe Kap. 4.2.3.5.2) beobachtet werden, der noch im Bereich der statistischen Schwankungen bleibt.“

Für das **Schuljahr 1999/00** zeigte die statistische Auswertung der Gesundheitsblätter für Wiener SchülerInnen in der 1. Schulstufe chronische Atemwegserkrankungen im Ausmaß von **3,0 Prozent** (1,6 Prozent chronisch rezidivierende Bronchitis, 1,4 Prozent Asthma), für die 4. Schulstufe **2,4 Prozent** (0,7 Prozent chronisch rezidivierende Bronchitis, 1,7 Prozent Asthma) und für die 8. Schulstufe **2,7 Prozent** (0,6 Prozent chronisch rezidivierende Bronchitis, 2,1 Prozent Asthma). Somit liegen diese Ergebnisse jeweils um etwa einen Prozentpunkt höher als jene aus dem Schuljahr 1993/94.

Die im Schuljahr 1999/00 in der Anamnese erhobenen Prozentwerte für Asthma liegen bei **2,8 Prozent** für die 1. Schulstufe, **2,3 Prozent** für die 4. und **3,3 Prozent** für die 8. Schulstufe.

Abbildung 6: Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Asthma oder chronisch rezidivierende Bronchitis nach Schulstufen“ im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen; eigene Berechnungen

Orthopädische Befunde

Im **Schuljahr 1993/94** wurden österreichweit folgende orthopädische Befunde (siehe Kap. 4.2.3.13) mittels Gesundheitsblatt erhoben (STATISTIK ÖSTERREICH, 1996):

„Die **Haltungsanomalien der Wirbelsäule** steigen kontinuierlich von 15,2 Prozent in der 1. Schulstufe auf 17,8 Prozent in der 4., 22,3 Prozent in der 8. und schließlich 28,3 Prozent in der 12. Schulstufe an. Während es in der 1. Schulstufe kaum zu Unterschieden in der Häufigkeit des Auftretens von Haltungsschwächen und Fehlförmigkeiten der Wirbelsäule zwischen Buben und Mädchen kommt, so nimmt dieser Unterschied zugunsten der Mädchen mit zunehmendem Alter zu. (...) **Fehlförmigkeiten der Beine und Füße** werden schon bei 20,3 Prozent der Schulanfänger diagnostiziert und steigen geringfügig auf 21,3 Prozent in der 12. Schulstufe.“

Die orthopädischen Befunde im **Schuljahr 1999/00** für Wiener SchülerInnen stellen sich wie folgt dar (Abb. 7):

Haltungsschwächen der Wirbelsäule werden bei **20,5 Prozent** der Befunde in der 1. Schulstufe, bei **21,2 Prozent** in der 4. und bei **25,4 Prozent** in der 8. Schulstufe diagnostiziert; **Fehlförmigkeiten der Wirbelsäule** und des Brustkorbes sind deutlich seltener und bei **1,3 Prozent** der Befunde der 1. Schulstufe, bei **2,3 Prozent** der 4. und bei **2,5 Prozent** der 8. Schulstufe zu beobachten.

Fehlförmigkeiten der Beine und Füße ohne Funktionsbehinderung weisen **28,8 Prozent** der Befunde für die 1. Schulstufe, **21,4 Prozent** für die 4. und **18,3 Prozent** für die 8. Schulstufe aus; **Fehlförmigkeiten der Beine und Füße mit Funktionsbehinderung** werden jedoch nur für **0,6 Prozent** der SchülerInnen der 1. Schulstufe, für **0,5 Prozent** der 4. Schulstufe und für **0,4 Prozent** der 8. Schulstufe diagnostiziert. **Fehlförmigkeiten der Arme und Hände** sind insgesamt selten: sowohl **ohne Funktionsbehinderung** (**0,4 Prozent** der 1., **0,1 Prozent** der 4., **0,3 Prozent** der 8. Schulstufe) als auch **mit Funktionsbehinderung** (**0,1 Prozent** der 1., **0,2 Prozent** der 4., **0,3 Prozent** der 8. Schulstufe).

Weitere Befunde

Weitere Befunde, die das Österreichische Statistische Zentralamt in den vorangegangenen Publikationen nicht aufgezeigt hat, stellen sich im **Schuljahr 1999/00** folgendermaßen dar:

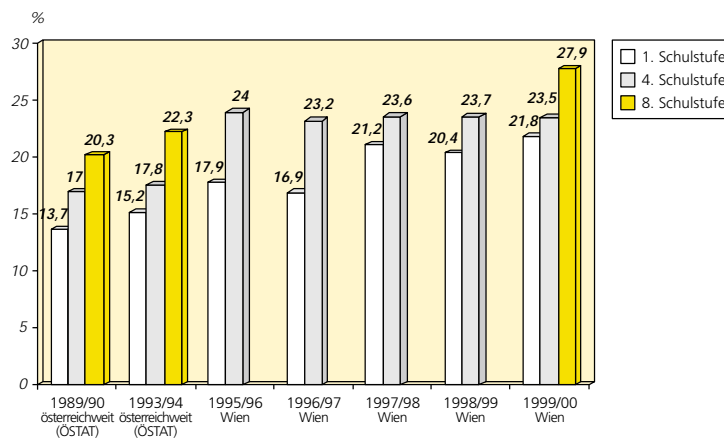
Die Diagnose eines **chronischen Hautleidens** (siehe Kap. 4.2.3.11) trifft auf **3,1 Prozent** der Wiener SchülerInnen der 1. Schulstufe, auf **3,2 Prozent** der 4. und auf **4,2 Prozent** der 8. Schulstufen zu.

In **0,1 Prozent** der Wiener Gesundheitsblätter der 1. Schulstufen, in **0,1 Prozent** der 4. und in **0,3 Prozent** der 8. Schulstufen wird eine Anamnese von **Diabetes mellitus** (siehe Kap. 4.2.3.5.1) festgestellt.

Eine **Schilddrüsenvergrößerung** (tastbar oder sichtbar) wurde bei **0,1 Prozent** der Befunde aus der 1. Schulstufe, bei **0,2 Prozent** jener aus der 4. und bei **0,4 Prozent** aus der 8. Schulstufe festgestellt.

Organische oder funktionelle Herz- und Gefäßerkrankungen weisen laut den Gesundheitsblättern **1,0 Prozent** der Wiener SchülerInnen der 1. Schulstufe, **0,8 Prozent** der 4. und **0,8 Prozent** der 8. Schulstufe auf.

Abbildung 7: Schulärztliche Untersuchungen: Anamnese „Haltungsschäden oder Fehlförmigkeiten der Wirbelsäule“ nach Schulstufen im Vergleichszeitraum 1989/90–1999/00



Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen; eigene Berechnungen

Ein **Eingeweidebruch (Hernie)** wurde bei **0,3 Prozent** der Wiener SchülerInnen der 1. Schulstufe, bei **0,3 Prozent** der 4. und bei **0,3 Prozent** der 8. Schulstufe diagnostiziert.

In der Untersuchung der Funktionstüchtigkeit des **Nervensystems** wird zwischen **vegetativer und psychischer Labilität** einerseits (bei **2,7 Prozent** der SchülerInnen der 1. Schulstufe, **1,2 Prozent** der 4. und **1,8 Prozent** der 8. Schulstufe festgestellt) und organischen Nervenleiden (**0,6 Prozent** in der 1. Schulstufe, **0,4 Prozent** in der 4., **0,3 Prozent** in der 8. Schulstufe) andererseits unterschieden (siehe Kap. 4.2.3.4).

Resümee

Die statistische Auswertung der von den Wiener SchulärztInnen für Volks- und Hauptschulen für die Schuljahre 1995/96–1999/00 erhobenen „Gesundheitsblätter“ – also für den Zeitraum nach der Einstellung der Auswertung durch die STATISTIK ÖSTERREICH im Jahr 1996 – konnte mit wenigen Ausnahmen an die Ergebnisse und Trends der vorangegangenen österreichweiten Auswertungen anschließen, was für die Reliabilität der aktuellen als auch der vorangegangenen Daten spricht.

Die erhobenen Daten hinsichtlich Allergien, Sehbefunde (BrillenträgerInnen, Visus), Hals-Nasen-Ohren-Befunde (Hörvermögen, Sprachfehler, Tonsillen), Zahnbefunde (Karies, Gebissfehlstellungen), chronisch rezidivierende Bronchitis und Asthma bronchiale, orthopädische Befunde (Haltungsschäden, Haltungsanomalien der Wirbelsäule, Fehlförmigkeiten der Beine und Füße) stellen ohne Zweifel eine wichtige Informationsbasis für das öffentliche Gesundheitswesen dar.

Dennoch stellt sich die Frage nach der Zukunft der schulärztlichen Untersuchungen und im Besonderen der Dokumentation und Auswertung der Befunde. Bereits seit mehreren Jahren werden Überlegungen zur „Revision der Schulgesundheitsstatistik“ angestellt, eine gleichnamige Arbeitsgruppe von ExpertInnen beschäftigt sich mit der Optimierung der schulärztlichen Untersuchung.

In der Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen besteht seit jeher eine Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen und Ressourcen der SchulärztInnen in der individuellen medizinischen Betreuung der SchülerInnen einerseits und den Ansprüchen der zuständigen Gesundheitsbehörden an eine zuverlässige Datenbasis über die Altersgruppe der 6–18-Jährigen andererseits.

Die Thematik der schulärztlichen Untersuchung und ihrer systematischen Dokumentation und Auswertung beinhaltet eine Vielzahl von noch zu klärenden Aspekten: rechtliche Aspekte wie Datenschutz, politische Aspekte etwa hinsichtlich Finanzierung und Zuständigkeit, methodische Aspekte wie die Vereinheitlichung der Datenerhebung und statistischen Auswertung in allen österreichischen Bundesländern und auch im Hinblick auf den europäischen Raum, medizinische Aspekte wie die Abstimmung der schulärztlichen Untersuchungsmethoden (einheitliche Diagnosekriterien und Befunderhebung usw.), die Optimierung der Auswahl an Untersuchungen (neue Risikofaktoren wie Essstörungen und Süchte, Diskussion der Bedeutung der psychosozialen Dimension für den Gesundheitszustand ...).

Schwierigstes Ziel aller Bestrebungen einer Weiterentwicklung der schulärztlichen Untersuchung und ihrer Dokumentation ist nach wie vor, ein Modell zu entwickeln, das einerseits den praktischen Anforderungen von SchulärztInnen in ihrer Arbeit mit den SchülerInnen gerecht wird, aber zugleich als Ergebnis eine Datenqualität

anzustreben, die epidemiologischen Kriterien standhalten kann, um den aktuellen Erfordernissen der öffentlichen Gesundheitsplanung, Gesundheitsförderung und Prävention gerecht werden zu können.

4.2.6.3 Kinderbetreuungseinrichtungen

In Wien sind insgesamt 63.201 Kinder in Kinderbetreuungsstätten eingeschrieben. 36.545 davon entfallen auf allgemeine Kindergärten, gefolgt von Horten (16.534), Kleinkinderkrippen (7.284), Sonder-, Integrations- und heilpädagogischen Kindergärten (2.247) und 591 auf Übungskindergärten. Die Zahl der Kinderbetreuungsplätze hat sich – unter anderem aufgrund abnehmender Geburten – gegenüber dem Jahr 1997 geringfügig gesenkt, lediglich bei den Sonder-, Integrations- und heilpädagogischen Kindergärten kam es zwischen 1997 und 1998 zu einem Zuwachs (von 1.573 auf 2.247).

Die meisten Kleinkinder sind in den Bezirken 22 (1.088), 21 (981) und 10 (764) in Krippen eingeschrieben. In allgemeinen Kindergärten werden im 22. Bezirk 4.342 Kinder, im 10. Bezirk 3.544 und im 21. Bezirk 3.515 betreut. Sonder-, Integrations- und heilpädagogische Kindergartenplätze sind am häufigsten in den Bezirken 22 (340), 21 (222) und 15 (190) vertreten. Die meisten auf Übungskindergartenplätze findet man im 19. Bezirk (163), im 21. Bezirk (133) und im 7. Bezirk (121). Die Horten sind im 22. Bezirk mit 7.580 Einschreibungen (siehe Tab. 3; Abb. 8) am besten besucht, gefolgt vom 10. Bezirk mit 6.307 und dem 21. Bezirk mit 6.211 Einschreibungen (STATISTISCHES JAHRBUCH DER STADT WIEN, 1998).

Tabelle 3: Eingeschriebene Kinder in Betreuungseinrichtungen (privat und öffentlich), nach Bezirken 1998

Bezirk	Kleinkinderkrippen	Allg. Kindergärten	Sonder-, Integrations- und heilpädagogische Kindergärten ¹⁾	Übungs-kindergärten	Horte	zusammen
1.	87	494	44	-	153	778
2.	322	1.966	62	25	1.056	3.431
3.	343	1.971	184	-	949	3.447
4.	101	613	60	12	480	1.266
5.	157	1.029	-	-	296	1.482
6.	57	485	58	-	265	865
7.	87	588	160	121	284	1.240
8.	104	539	-	23	225	891
9.	190	939	131	-	572	1.832
10.	764	3.544	121	89	1.789	6.307
11.	520	1.890	128	-	750	3.288
12.	285	1.702	65	-	620	2.672
13.	152	1.250	35	-	368	1.805
14.	333	1.853	11	-	504	2.701
15.	200	1.359	190	-	518	2.267
16.	386	1.599	44	-	629	2.658
17.	137	889	52	25	472	1.575
18.	52	1.115	53	-	542	1.762
19.	177	1.597	112	163	968	3.017
20.	387	1.333	70	-	575	2.365
21.	981	3.515	222	133	1.360	6.211
22.	1.088	4.342	340	-	1.810	7.580
23.	374	1.933	105	-	1.349	3.761
Wien	7.284	36.545	2.247	591	16.534	63.201

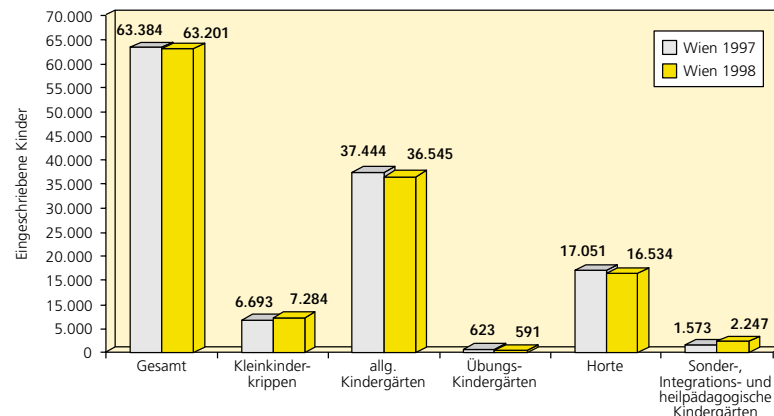
1) Einschließlich altersgemischte Kinderbetreuungseinrichtungen

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

Die Versorgungsquote (Stand Ende 1999) mit Kindertagesheimplätzen (städtische und private) betrug für Kinder von 1½–3 Jahren 45,4 Prozent (1998: 41,2 Prozent), für Kinder von 3–6 Jahren 91,3 Prozent (1998: 88,2 Prozent) (MA 11, 1999).

Der Anteil der in voller Höhe bezahlten Besuchsbeiträge in den städtischen Kindertagesheimen betrug in Krippen 24 Prozent, in Kindergärten (ganztags) 29 Prozent, in Kindergärten (halbtags) 25 Prozent, in Horten 25 Prozent.

Gänzlich befreit von der Zahlung eines Besuchsbeitrages waren in Krippen zwei Prozent, in Kindergärten (ganztags) 13 Prozent, in Kindergärten (halbtags) vier Prozent und in Horten 20 Prozent (MA 11, 1999).

Abbildung 8: In Kinderbetreuungseinrichtungen eingeschriebene Kinder, Wien 1997/1998

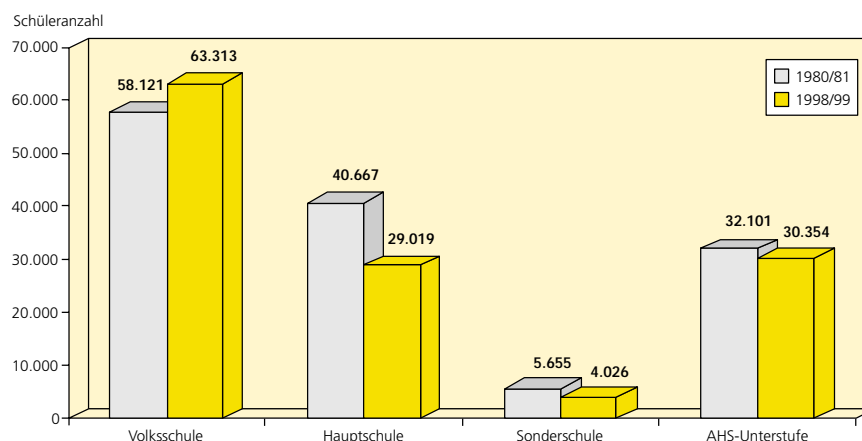
Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

Für die Essensversorgung in den städtischen Kindertagesheimen lieferte eine Versorgungsfirma 4.684.200 Essensportionen. Außerdem stellten Kindertagesheime mit Kleinkrippen 728.680 Portionen selbst her. Im Rahmen des Kinder- und Schulessens erhielten 369 SchülerInnen insgesamt 66.420 Fertigménüs (MA 11, 1999).

Durch die Aufstockung der Planposten für die KindergarteninspektorInnen von acht auf 13 MitarbeiterInnen konnte einerseits die fachliche Betreuung der städtischen Kindertagesheime verstärkt werden, andererseits war es möglich, die Bewilligungsverfahren sowie die gesetzlich vorgeschriebenen Kontrollen von der Inspektion der Betriebsführung der städtischen Einrichtungen zu trennen. Zehn InspektorInnen sind nun für den Betrieb der städtischen Kindertagesheime zuständig, drei InspektorInnen erledigen die Aufgaben der Bewilligung und Kontrolle (MA 11, 1999).

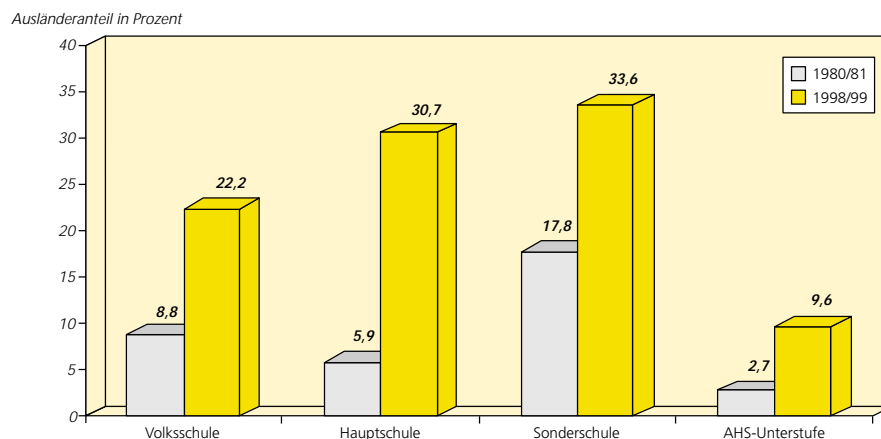
4.2.6.4 Schulangebot und SchülerInnenverteilung in Wien

Im Vergleichszeitraum 1980/81 und 1998/99 ist die SchülerInnenzahl in der Volksschule um 8,9 Prozent gestiegen und in den Hauptschulen um 28,65 Prozent, in den Sonderschulen um 28,8 Prozent und in der AHS-Unterstufe um 5,45 Prozent gesunken (Abb. 9).

Abbildung 9: GesamtschülerInnenzahl geordnet nach Schultypen, Wien 1980/81 und 1998/99

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

Der AusländerInnenanteil ist seit 1980/81 in allen Schultypen gestiegen. In den Volksschulen von 8,8 auf 22,2 Prozent, in den Hauptschulen von 5,9 auf 30,7 Prozent, in den Sonderschulen von 17,8 auf 33,6 Prozent und in der AHS-Unterstufe von 2,7 auf 9,6 Prozent (Abb. 10).

Abbildung 10: Prozentueller AusländerInnenanteil in diversen Schultypen, Wien 1980/81 und 1998/99

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

Von 1980/81–1998/99 ist der verhältnismäßige AusländerInnenanteil besonders in den Bezirken 10 (+305 Prozent), 20 (+302,2 Prozent), 21 (+334,9 Prozent) und 22 (+334,6 Prozent) gestiegen. Verhältnismäßige geringe AusländerInnenzuwächse haben die Bezirke 1 (+38,1 Prozent), 6 (+54,3 Prozent), 18 (+90,8 Prozent) und 19 (+88,2 Prozent) zu verzeichnen.

In absoluten Zahlen betrachtet hatte der 3. Bezirk im Schuljahr 1980/81 mit 869 ausländischen SchülerInnen den höchsten Anteil, gefolgt vom 16. Bezirk mit 771 und dem 2. Bezirk mit 766 ausländischen SchülerInnen. Im Schuljahr 1998/99 liegt der 10. Bezirk mit 2.839 ausländischen SchülerInnen an erster Stelle, gefolgt vom 16. Bezirk mit 2.316 und dem 15. Bezirk mit 2.241 ausländischen SchülerInnen.

Die vom Institut für Familienforschung durchgeführten Berechnungen der Volkszählungsdaten 1991 zeigen, dass der Anteil der Kinder aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei, die eine Sonderschule besuchen, nach wie vor deutlich höher ist als bei den österreichischen Kindern. Verschiedene Studien zeigen, dass mangelnde Sprachkenntnisse einerseits, Verhaltensauffälligkeiten wie Konzentrationsschwächen, aggressives Verhalten oder Zurückgezogenheit andererseits oftmals dazu führen, dass verhältnismäßig viele Kinder von ZuwanderInnen in Sonderschulen geschickt werden. Diese Verhaltensweisen lassen sich jedoch oftmals auf eine gespannte Lebens- und Familiensituation und nicht auf individuelle Lernschwächen zurückführen. LehrerInnen wissen aber meist wenig über die Situation der Schulkinder und können daher nicht entsprechend reagieren.

Daten des Wiener Stadtschulrates zeigen, dass die Zahl der Kinder mit einem erheblichen Mangel an Deutschkenntnissen von zehn Prozent im Schuljahr 1992/93 auf sechs Prozent im Schuljahr 1996/97 zurückging. Vor allem Kinder aus sozial schwächeren Familien haben mit dem Erlernen der deutschen Sprache zu kämpfen (KAPELLA, 1997).

4.2.6.5 Situation und Gesundheitszustand ausländischer Kinder

Die quantitativ stärksten Zuwanderungsgruppen Wiens stellen mit ca. 40 Prozent der GesamtausländerInnenanzahl Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien und mit ca. 20 Prozent aus der Türkei (gesamtprozentueller Anteil aller Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft ca. 18 Prozent der Wiener Bevölkerung) dar, wobei bei dieser groben Einteilung verschiedene Ethnien und unterschiedliche kulturelle Hintergründe unberücksichtigt bleiben. 17,8 Prozent dieser Bevölkerungsgruppierung waren Ende 1996 jünger als 16 Jahre, unter der Bevölkerung mit österreichischer Staatsbürgerschaft 14,3 Prozent. Jugendliche unter 15 Jahren mit fremdem Pass stellen knapp 21 Prozent aller Wiener Jugendlichen unter dem 15. Lebensjahr dar. Relativ am jüngsten sind die türkischen ZuwanderInnen (26,6 Prozent), gefolgt von den ZuwanderInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 19,8 Prozent (WIENER INTEGRATIONSFOND, 1996).

Kinder und Jugendliche aus Zuwandererfamilien befinden sich zum Teil in einer benachteiligten Position aufgrund ihrer Situation zwischen der Aufnahmegesellschaft und ihren Familien. Bei Zuwandererfamilien sind die Kinder und Jugendlichen die Personen, die an wichtigen Entscheidungen nicht teilhaben dürfen. Die Eltern bestimmen, ob die gesamte Familie das Heimatland verlässt, ob Kontakt mit der neuen Umgebung aufgenommen werden darf, aber häufig auch, dass ihre Kinder Verantwortung übernehmen müssen, die normalerweise die Eltern haben (Amtswege erledigen, für die Geschwister sorgen, Hilfe beim Einkaufen usw.). Die **schulischen Probleme** von Kindern und Jugendlichen der ImmigrantInnen sind durchaus bekannt, sowohl aus Erfahrungen in den Krankenhäusern als

auch durch die BetreuerInnen des Wiener interkulturellen Lernprojektes. Die Kinder aus Zuwandererfamilien leben durchschnittlich unter schlechten sozialen Voraussetzungen, was aus **Sprachproblemen** und der enorm schlechten Infrastruktur abzuleiten ist. Sprachprobleme sind darauf zurückzuführen, dass zum Teil Kinder, die in Wien geboren sind bis zum Schulbeginn nicht im Kindergarten waren, da manchen Eltern die Notwendigkeit zum Erlernen der deutschen Sprache nicht ausreichend bewusst ist, und die Kinder zum Teil keinen Kindergartenplatz bekommen, wenn die Mutter nicht berufstätig ist. Kinder, welche in späteren Jahren nach Österreich kommen, haben Sprachschwierigkeiten, weil sie mit ihren Müttern erst Jahre nach der Immigration der Familienväter integriert werden (FRIEDRICH et al., 1999).

Eine 1995 veröffentlichte, in Wien im Rahmen einer Diplomarbeit durchgeführte Studie ging der Frage nach, ob ausländische Kinder (d. h. Kinder mit nicht-deutscher Muttersprache) im somatischen Bereich einem höheren **Erkrankungsrisiko** unterliegen als österreichische Kinder. Die subjektive Sichtweise der Kinder in Bezug auf Gesundheit bzw. Krankheit stand dabei im Vordergrund. Zur Erfassung dieses Risikos wurden Kinder aus der Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien österreichischen Kindern der sozialen Unterschicht gegenübergestellt. Die Befragung erfolgte schriftlich mittels Fragebögen, die in deutscher, türkischer und serbokroatischer Sprache verfasst wurden. Die Fragebögen wurden in Hauptschulen des 15. Bezirks (Schweglerstraße und Selzergasse) an SchülerInnen der ersten und zweiten Klasse ausgegeben. Das durchschnittliche Alter betrug 11,6 Jahre bei den österreichischen und zwölf Jahre bei den ausländischen Kindern. Insgesamt wurden 163 Fragebögen ausgewertet. Die wichtigsten Studienergebnisse können wie folgt zusammengefasst werden (CSITKOVICS, 1995):

- Ausländische Kinder wiesen eine geringere **Krankheitsnennung** bei gleichzeitig nachteiligeren sozialen Bedingungen auf.
- 44,2 Prozent der österreichischen Kinder und 32,7 Prozent der ausländischen Kinder gaben an, im letzten Monat **verkühlt** gewesen zu sein. Häufig an Grippe leidende Kinder fanden sich sowohl bei österreichischen als auch bei ausländischen Kindern in den unteren Einkommensklassen (Netto 15.000,-), bei ausländischen Kindern jedoch häufiger. Die Einnahme von Schmerzmitteln korrelierte bei österreichischen Kindern bedeutend höher mit grippalen Infekten als bei ausländischen Kindern.
- Bezüglich des Auftretens von **Halsentzündungen** im letzten Schuljahr unterschieden sich die zu vergleichenden Gruppen nicht signifikant. Bei ausländischen Kindern sind Halsentzündungen jedoch mit Kopfschmerzen und Übelkeit einhergegangen, nicht aber bei österreichischen Kindern.
- Ein signifikanter Unterschied konnte bei der Variable **Bronchitis** im Laufe des letzten Schuljahres festgestellt werden: 18,9 Prozent der österreichischen und 7,4 Prozent der ausländischen Kinder hatten in diesem Zeitraum eine oder mehrere Erkrankungen der Bronchien.
- An **Magen-Darm-Infektionen** erkrankten in diesem Schuljahr 15,1 Prozent der österreichischen und 2,5 Prozent der ausländischen Kinder.
- **Nervosität** korreliert mit der im Elternhaus gesprochenen Sprache: Ausländische Kinder, deren Eltern sehr gut deutsch sprechen, waren – so wie österreichische Kinder – öfter nervös als die anderen ausländischen Kinder. Bei Schlafstörungen, Müdigkeit, Kopfschmerzen und Traurigkeit konnten keine signifikanten Unterschiede ermittelt werden.
- 64,8 Prozent der ausländischen Kinder und 37,7 Prozent der österreichischen Kinder unterzogen sich keiner **Operation**. Eine Operation hatten 45,3 Prozent der österreichischen Kinder und 26,9 Prozent der ausländischen Kinder. Zwei oder mehr Operationen gaben 17,0 Prozent der österreichischen Kinder und 8,3 Prozent der ausländischen Kinder an. Die Unterschiede waren signifikant.
- Bezüglich der Häufigkeit von **Unfällen** konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden, jedoch erlitten ausländische Kinder prozentuell mehr Unfälle als österreichische.
- Bei den **Kinderkrankheiten** zeigten sich relativ große Unterschiede zwischen österreichischen und ausländischen Kindern in der Auftretenshäufigkeit. Sie korrelierten hoch signifikant mit der im Elternhaus gesprochenen Sprache. Keine Kinderkrankheiten gaben 0,0 Prozent der österreichischen und 33,6 Prozent der ausländischen Kinder an. Eine bzw. zwei gaben 64 Prozent der österreichischen und 48,7 Prozent der ausländischen Kinder an. Drei bzw. vier gaben 30 Prozent der österreichischen und 14,2 Prozent der ausländischen Kinder an. Mehr als vier hatten sechs Prozent der österreichischen und 3,6 der ausländischen Kinder.
- Die **Impfhäufigkeit** unterscheidet sich beträchtlich zwischen österreichischen und ausländischen Kindern. 37,2 Prozent der ausländischen Kinder wurden kein einziges Mal geimpft, mehr als vier Impfungen erhielten 22,2 Prozent. Insgesamt korrelieren Sprache und Impfhäufigkeit signifikant, d. h. ausländische Kinder erhalten bedeutend weniger Schutzimpfungen als österreichische Kinder der Unterschicht.
- Hinsichtlich **allergischer Erkrankungen** wurden ebenfalls große Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt: 23,4 Prozent der österreichischen und 9,2 Prozent der ausländischen Kinder berichteten von einer ärztlich attestierten allergischen Erkrankung.

- Ausländische Kinder fühlen sich nicht nur weniger krank, sondern versäumen als logische Folge daraus auch seltener den Unterricht (CSITKOVICS, 1995).

Bei **österreichischen Kindern** bewirken nachteilige Lebensumstände wie niedriges Einkommen, feuchte Wohnung, mangelnde sanitäre Ausstattung der Wohnung, kleine Wohngröße usw. eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit. Dieses erhöhte Erkrankungsrisiko bei negativen sozialen Lebensbedingungen schlägt sich auch in der subjektiven Krankheitseinschätzung der Kinder und ihrer Eltern nieder. „Kranke“ österreichische Kinder konsultieren häufiger ÄrztInnen, nehmen mehr Medikamente ein, fehlen krankheitsbedingt häufiger in der Schule und haben mehr Operationen als „gesunde“ österreichische Kinder. Dementsprechend haben gesunde österreichische Kinder günstigere Lebensbedingungen als Kranke.

Hingegen empfinden sich die **ausländischen Kinder** in eher günstigen sozialen Bedingungen als krank. Positivere Lebensumstände rufen ein ausgeprägteres Krankheitsempfinden hervor und bedingen eine subjektive Einschätzung von Krankheit. Sich krank einschätzende ausländische Kinder verfügen, verglichen mit gesunden ausländischen Kindern, über hohe Familieneinkommen und leben in trockenen, sanitär gut ausgestatteten Wohnungen. Im Gegensatz dazu finden sich gesunde ausländische Kinder in niedrigen Einkommensklassen und leben häufiger in kleinen, feuchten und in unzureichend ausgestatteten Wohnungen.

Dieser Widerspruch kann mit der mehrmals angeführten These einer abnehmenden Symptomaufmerksamkeit bei extrem negativen Lebensbedingungen erklärt werden (CSITKOVICS, 1995).

Im **Integrationskindertagesheim Kaiserebersdorf** werden seit zwei Jahren 84 Kinder im Alter von 3–12 Jahren aus verschiedensten Ländern betreut. Es handelt sich um Kinder von Asylflüchtlingen, Flüchtlinge aus Bosnien und dem Kosovo sowie um Kinder von Müttern aus dem Mutter-Kind-Heim nicht-österreichischer Herkunft.

Die Kinder zeigen eine gute Entwicklung in den Bereichen körperliche Geschicklichkeit, Kraft, Kondition und Selbstständigkeit. Vor allem die bosnischen Kinder wirken überdurchschnittlich groß (3-jährige erscheinen wie 5-jährige). Die schwarzafrikanischen Mädchen zeigen eine auffallend frühe körperliche Entwicklung. Die Kinder sind lernfreudig, und die kognitiven Fähigkeiten sind sehr gut. Die Sprachen werden je nach Sprechpartner gemischt gesprochen. Als Folgeerscheinungen des Krieges treten vermehrt Schlafstörungen und Bettnässen auf.

Der nachfolgende Zustandsbericht ist sicherlich nicht so gut erhoben wie eine wissenschaftliche Studie (Daten, Zahlen und Fakten) – und doch liefert er wertvolle Eindrücke über den Allgemein- und Gesundheitszustand dieser Kinder:

2 Kinder sind übergewichtig, alle anderen weisen ein Normalgewicht im unteren Bereich auf (sehr viel Bewegung). Die Kinder sind sehr anfällig für Schnupfen, Verkühlung und Bronchitis. Jeweils ein Kind in der Gruppe hat Zöliakie bzw. Asthma. Keines der Kinder weist eine Allergie oder Neurodermitis auf. Die Zahngesundheit ist generell sehr schlecht. Vor allem das Milchgebiss ist besonders betroffen. Die 2. Zähne weisen einen besseren Zustand auf, was auf Initiativen in der Schule, auf Eigeninitiativen der Kinder selbst und auf eigenständige Zahnarztbesuche mit den Eltern zurückzuführen ist.

Bezüglich der Impfungen ergibt sich das Problem, dass oft die Impfpässe verloren gegangen sind, und dass in vielen Herkunftsländern andere Impfvorschriften gelten (z. B. Malaria und Gelbfieber in Afrika). Die SozialarbeiterInnen (v)ermitteln diesbezüglich sehr intensiv.

Grundsätzlich konnte beobachtet werden, dass jene Kinder, die im Krieg bzw. kurz danach geboren wurden, die höchste „Anfälligkeitsquote“ (physisch und psychisch) aufweisen. Problematisch ist der Schuleinstieg zu bewerten, besonders dann, wenn die Kinder während des Schuljahres einsteigen müssen (wenn das Kind z. B. im April in die 3. Klasse kommt, wird es zum Jahresende nicht beurteilt, kommt aber trotzdem nach dem Sommer in die 4. Klasse). Die Kinder werden damit gänzlich überfordert und dadurch häufig depressiv und/oder aggressiv. Das Realalter und das Sprachalter sind bei diesen Kindern nicht vergleichbar. Die Einstufung sollte aufgrund des Sprachalters erfolgen (MASCHL-HAAS, 2000).

Der **Wiener Integrationsfond** wurde von der Stadt Wien eingerichtet, um für ein gutes Zusammenleben zwischen der inländischen und der aus dem Ausland zugewanderten Bevölkerung zu sorgen und eine langfristige und kontinuierliche Integrationspolitik der Stadt Wien zu entwickeln. Der Fond errichtet Bezirksstellen, begutachtet Integrationsprojekte und betreibt Öffentlichkeitsarbeit.

Damit die **Serviceangebote der Ämter für Jugend und Familie** verstärkt auch den ausländischen Familien zugute kommen, stehen in einzelnen Ämtern DolmetscherInnen für Türkisch, Serbisch, Kroatisch zur Verfügung.

In der **Regionalen Betreuungsstelle für ausländische SchülerInnen im 15. Bezirk** (REBAS 15) helfen ein Lehrer, Sozialarbeiter und zwei muttersprachliche BetreuerInnen bei der Lösung von Problemen in Schule, Erziehung und bei sozialen Fragen (WIENER FAMILIENBERICHT, 1994).

Resümee

- Die Inzidenz des plötzlichen Säuglingstodes war bis vor kurzem in Wien deutlich höher als in den anderen Bundesländern Österreichs. Unter dem Namen „Sicheres Schlafen für Babys“ initiierten die Wiener Kinderspitäler eine Informationskampagne zur Senkung der SIDS-Inzidenz Wiens mit dem Ziel, innerhalb der nächsten zwei Jahre die gesamtösterreichische Inzidenz dauerhaft zu unterschreiten. Die empfohlenen Pflegemaßnahmen sollten einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt werden, um die Sensibilität und das Bewusstsein gegenüber Säuglingen im Speziellen und auch Kindern im Allgemeinen zu steigern. Junge Eltern sollten mit dem Begriff Prävention vertraut gemacht werden, was ihnen die Möglichkeit gibt, mit mehr Kompetenz und weniger angstvoll zu handeln.
- Aufgrund beachtlicher medizinischer Fortschritte im Bereich der Neonatologie kann heute ein Großteil der Frühgeborenen überleben. Leider jedoch nicht immer ohne Beeinträchtigung der späteren Entwicklung. Eine frühzeitig einsetzende maßgeschneiderte Förderung und Betreuung der Kinder und der ganzen Familie kann in manchen Bereichen Langzeitdefizite kompensieren. Die Fortschritte in der neonatologischen Betreuung in Kombination mit den nachfolgenden medizinischen und entwicklungspsychologischen Programmen lassen langfristig eine Optimierung der Entwicklungschancen der sehr kleinen Frühgeborenen erreichen.
- Maßnahmen zur weiteren Senkung der Säuglingssterblichkeit können nicht nur postpartal sondern schon vor der Geburt ansetzen. 19 Prozent der Schwangeren rauchen, was ein enormes Risiko für das Ungeborene darstellt. Es wird wichtig sein, die Rauchertherapie allgemein und speziell bei Schwangeren als eine wichtige präventivmedizinische Maßnahme zu vermitteln. Das Ausmaß gesundheitlicher Aufklärung muss gesteigert und das Angebot an Entwöhnungstechniken attraktiver gestaltet werden.
- Auch bezüglich des Alkoholkonsums sollten schwangere Frauen ausreichend aufgeklärt werden. Nicht nur alkoholabhängige Mütter gefährden ihr Kind durch regelmäßigen Alkoholgenuss, schon der einmalige mehrstündige Konsum von Alkohol kann zu Schädigungen des Neugeborenen führen.
- Die entwicklungsdiagnostischen Informationen liefern unerlässliche Grundlagen für jede Erziehungsberatung. Die Entwicklungstestverfahren lassen sich einerseits nach ihrer Bandbreite und andererseits nach dem Altersbereich, in dem sie einsetzbar sind, untergliedern. In Wien gibt es eine Vielzahl von Beratungsstellen und Kliniken, die Entwicklungsdiagnostik im engeren Sinne, aber auch psychologische Diagnostik für Schulkinder und Jugendliche anbieten. Die Fähigkeit sprechen zu lernen ist zwar angeboren, dennoch brauchen Säuglinge eine sprachlich anregungsreiche, kommunikationsfreudige soziale Umwelt für eine gute Sprachentwicklung. Die besten Voraussetzungen haben Kinder, deren SprechpartnerInnen den kindbezogenen Sprechcode benutzen.
- Für den Aufbau einer Vielzahl von Kompetenzen ist die motorische Entwicklung von Bedeutung. Bewegungsmangel und unzureichende Spielmöglichkeiten im Freien haben negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Raumorientierung, der Reaktionsschnelligkeit und des Gleichgewichtssinns. Die Feinmotorik und ihre Integration mit der visuellen Verarbeitung müssen ebenso gefördert werden, da ansonsten Beeinträchtigungen beim Erlernen des Schreibens zu befürchten sind.
- Schulschwierigkeiten sind oftmals durch Teilleistungsstörungen verschiedenster Art (z. B. Lese- und Rechtschreibprobleme, Rechenstörung) mitbedingt. Durch eine Frühdiagnose möglicher Beeinträchtigungen bereits im Kindergartenalter können gezielte Fördermaßnahmen eingeleitet werden.
- Ein hyperaktives Verhalten von Kindern ist nicht selten durch Bewegungsmangel und wenig strukturierte häusliche und/oder schulische Lernumgebung bedingt. Lediglich 3,5 Prozent der Kinder weisen echte hyperkinetische Störungen auf; sie werden hauptsächlich mit multimodalen Trainingsprogrammen (Kombination von Medikamenten und Psychotherapie) erfolgreich behandelt.
- 96 Prozent der Wiener Kinder im Alter von 11–15 Jahren fühlen sich sehr oder ziemlich gesund; 90 Prozent der Kinder fühlen sich glücklich oder zufrieden. Die Mädchen fühlen sich tendenziell glücklicher, dafür sind die Knaben selbstbewusster.
- Unfälle stellen die Haupttodesursache der 0–15-Jährigen dar. Die Entwicklung der Kinderunfälle zeigt zwar einen Rückgang der Unfälle mit tödlichem Ausgang, die Zahl der stationär behandelten Fälle steigt aber. In Wien ist der Anstieg der stationär behandelten Unfälle stärker ausgeprägt als in Gesamtösterreich, jedoch ist der Rückgang der tödlichen Unfälle weniger linear. Die Unfallprävention bei Kindern (Verletzungen und Vergiftungen) muss weiterhin forciert werden.
- Impfungen und verbesserte Hygiene drängten Kinderkrankheiten in Österreich weitgehend zurück. Die Folge war ein massiver Rückgang der spezifischen Erkrankungs- und Sterbezahlen. Gleichzeitig machte sich auch ein Umdenken in der Bevölkerung bemerkbar. Die Bedeutung und potenzielle Gefährlichkeit dieser Krankheiten wird von den Eltern teilweise wieder unterschätzt. Daher muss die Prävention von Kinderkrankheiten sowie die Aufklärung über Impfungen und die Motivation der Bevölkerung weiterhin Bestandteil gesundheitsfördernder Maßnahmen sein.

- Der Beginn der Kariesprophylaxe sollte möglichst früh gewählt werden, da die größten Versorgungslücken bei den Kindern bis drei Jahren vorliegen, doch auch ältere Kinder sollten durchaus in prophylaktische Maßnahmen einbezogen werden, da sich deren Zahngesundheit auf das Erwachsenenalter auswirken wird. Dafür werden weiterhin gruppenprophylaktische Angebote notwendig sein. Unter der Voraussetzung, dass die Basisprophylaxe flächendeckend ausgebaut wird, können somit viele Kinder gleichzeitig erreicht werden. Zusätzlich sollte jedoch nicht auf individualprophylaktische Maßnahmen verzichtet werden. Hierzu bedarf es verstärkter Anstrengung, Karies-Risiko-Kinder ausfindig zu machen.
- Bei der Jahrestagung der American Diabetes Association wurden Zahlen präsentiert, die zeigen, dass sich seit Anfang der 90er Jahre die Häufigkeit von Typ II-Diabetes unter Kindern verzehnfachte. Zunehmender Bewegungsmangel und vermehrtes Übergewicht lassen einen ähnlichen Trend für Österreich vermuten. Vermehrte Aufklärung und rechtzeitig einsetzende Prävention werden notwendig sein, um drohende Spätfolgen zu verhindern.
- Bei orthopädischen Untersuchungen an Wiener PflichtschülerInnen zeigte sich, dass fast ein Drittel der SchülerInnen haltungsgefährdet ist. Durch ausreichende Bewegung, Vermeidung von Übergewicht, ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes, Beachtung des Gewichtes der Schultasche, Schulturnen und regelmäßige schulärztliche Untersuchungen können Haltungsschäden weitgehend vermieden werden.
- Die Aufmerksamkeit und Betreuung asthmasymptomatischer Kinder scheint in Wien noch mangelhaft zu sein. Mehr als die Hälfte der symptomatischen Kinder erhält keine Therapie. Unterdiagnostik und fehlende Behandlung symptomatischer Kinder sind in Wien häufiger als in anderen europäischen Staaten. Schwerpunkt aller zukünftigen Bemühungen um die Besserung der Situation und um die Finanzierbarkeit der Behandlung muss die Aufklärung der Eltern und der Kinder und ein verbessertes Asthmanagement sein.
- Die Probleme der Jugendlichen unserer Zeit reichen von Kaufsucht und Internetsucht über Fress- und Magersucht zu gesellschaftlich akzeptierten aber auch illegalen Drogen. Es sollte daher ein Anliegen sein, Bezugspersonen in Kindergärten oder Schulen dahingehend zu sensibilisieren, dass diese Verhaltensweisen Zeichen dafür sind, mit der Umwelt in Kontakt zu treten. Dies kann und sollte auch für eine Verständigung genutzt werden. In zahlreichen Ländern Europas stellt die tagesklinische Behandlung ein häufig praktiziertes Therapiesetting in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. In Österreich besteht diesbezüglich noch Aufholbedarf.
- Psychiatrische Diagnosen sind in den verschiedenen Altersgruppen beiderlei Geschlechts unterschiedlich in Häufigkeit und Ausprägung. Die forensische Arbeit, welche Begutachtungsfragen von kindlichen und jugendlichen ZeugInnen sowie TäterInnen umfasst, ist ein wichtiger Aspekt der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. An die Diagnostik und Therapie werden z. B. in den Bereichen Süchte, Sekten, Kriminalität und Sexualentwicklung immer höhere Ansprüche gestellt.
- Essstörungen können bereits beim Kleinkind auftreten (z. B. Pica, Essverweigerung, Appetitlosigkeit und Ruminationsstörungen), doch eine zahlenmäßig weitaus höhere Bedeutung haben die Essstörungen im Kindes- und Jugendalter (Adipositas, Bulimia nervosa, Anorexia nervosa und Binge Eating).
- Bei Kindern mit Behinderung, deren genaue Zahl aufgrund fehlenden Datenmaterials nicht bestimmt werden kann, spielt es eine wesentliche Rolle, in welchem Lebensabschnitt (vorgeburtlich/genetisch oder nachgeburtlich) die Behinderung auftritt. Pflegeheime, Pflegefamilien, Sonderkindergärten und -schulen mit diversen Ausrichtungen stehen in Wien den betroffenen Kindern und deren Eltern zur Verfügung.
- Obwohl spezifische Fragen der Sozialmedizin und Epidemiologie im Rahmen der Auswertung schulärztlicher Daten „Statistik des Gesundheitszustandes der Schuljugend“ nicht behandelt werden können, ermöglichte diese Statistik, Schwerpunkte für gesundheitspolitische Entscheidungen zu quantifizieren und die Breitenwirksamkeit präventiver Maßnahmen abzuschätzen. In einer Arbeitsgruppe der STATISTIK ÖSTERREICH soll diese seit 1996 eingestellte Auswertung mit VertreterInnen des Unterrichts- und Gesundheitsressorts unter Einbeziehung von LandesschulärztInnen und Ärztekammer in Form einer bundeseinheitlichen Schulgesundheitsstatistik weitergeführt werden.
- Es soll ein Modell entwickelt werden, das den praktischen Anforderungen der SchulärztInnen in ihrer Arbeit mit den SchülerInnen gerecht wird und zugleich die epidemiologischen Kriterien erfüllt, die von der öffentlichen Gesundheitsplanung, Gesundheitsförderung und Prävention gefordert werden.
- 63.201 Kinderbetreuungsplätze wurden 1998 in Wien gezählt; die Versorgungsquote mit Kindertagesheimplätzen betrug für Kinder im Alter von 1½–3 Jahren 41,2 Prozent und bei den 3–6-Jährigen 88,2 Prozent. Im Vergleichszeitraum 1980/81 und 1998/99 ist die SchülerInnenzahl in der Volksschule gestiegen, in den anderen Schultypen hingegen gesunken. Der AusländerInnenanteil ist in allen Schultypen gestiegen.
- Ausländische Kinder empfinden sich – im Gegensatz zu den österreichischen Kindern – in eher günstigen sozialen Bedingungen als krank. Dieser Widerspruch kann mit der These einer abnehmenden Symptommhäufigkeit bei extrem negativen Lebensbedingungen erklärt werden.

V.
RISIKEN UND
GEFÄHRDUNGEN

*RISKS AND
DANGERS*

5	RISIKEN UND GEFÄHRDUNGEN	265
5.1	ERNÄHRUNGSVERHALTEN	265
5.1.1	Stillen	266
5.1.1.1	Stillsituation in Wien	267
5.1.2	Ernährung von Säuglingen	268
5.1.2.1	Ernährungsplan für das erste Lebensjahr	269
	Muttermilchbelastung	270
5.1.3	Empfehlungen für die Aufnahme von Energie, Hauptnährstoffen, Vitaminen und Mineralstoffen	271
5.1.3.1	Empfehlungen für die Aufnahme an Energie, Hauptnährstoffen und Flüssigkeit	271
5.1.3.2	Empfehlungen für die Aufnahme an fett- und wasserlöslichen Vitaminen	273
5.1.4	Empfehlungen für die Aufnahme von Mengen- und Spurenelementen	275
5.1.5	Ermittlung des Ernährungsstatus	277
5.1.5.1	Ernährungssituation der Vorschulkinder	277
5.1.5.2	Ernährungssituation der Schulkinder	280
5.1.6	Ernährungsgewohnheiten der Wiener Kinder	285
5.1.7	Ernährungswissen	286
5.1.8	Körpergewicht von Kindern	287
5.1.8.1	Die Beurteilung des Körpergewichtes	287
5.1.8.2	Übergewicht und Adipositas	288
5.1.8.3	Untergewicht	288
5.2	FREIZEITVERHALTEN	289
5.2.1	Sport und Bewegung außerhalb der Schule	289
5.2.2	Bildschirmexposition	290
5.3	UMWELT	292
5.3.1	Grünflächen und Freiräume	293
5.3.1.1	Parkbetreuung	294
5.3.2	Luftschadstoffwirkung auf Wiener Kinder	294
5.3.3	Raumluftqualität	296
5.3.4	Lärmbelastung in Wien	296
5.3.4.1	Auswirkungen von Verkehrs- und Fluglärm bei Kindern	298
5.3.5	Badewasserqualität und Kindergesundheit	298
5.4	RAUCHEN	299
5.4.1	Rauchen bei Kindern	300
5.4.1.1	Einstieg in den Zigarettenkonsum und Progression	301
5.4.1.2	Motive und Funktionen des Zigarettenrauchens	302
5.4.1.3	Einflussfaktor „Schule“ auf das Rauchverhalten	302
5.4.2	Auswirkungen des Passivrauchens auf die Gesundheit von Kindern	303
5.4.3	Gesundheitsfördernde Ansätze zur Prävention des Zigarettenkonsums bei Jugendlichen	303
5.5	ALKOHOLKONSUM	304
5.5.1	Alkoholkonsum bei Wiener Kindern	304
5.6	KONSUM ILLEGALER SUBSTANZEN	308
5.6.1	Cannabis (Haschisch und Marihuana)	310
5.6.2	Ecstasy	311
5.6.3	LSD und Rohypnol	312
5.6.4	Heroin und Kokain	312
5.6.5	Konsum illegaler Substanzen in den unterschiedlichen Schultypen	313
5.6.6	Die Situation von Kindern suchtkranker Eltern	313
5.7	MEDIKAMENTENKONSUM	316
5.7.1	Medikamentenkonsum bei Kindern	316
5.8	BILDSCHIRMSPIELE UND FERNSEHKONSUM	320
5.8.1	Fernseh- und Bildschirmkonsum von Wiener Kindern	320
5.8.2	Auswirkungen von Bildschirmspielen auf Kinder und Jugendliche	312
5.8.2.1	Kognitive Aspekte der Auswirkungen von Bildschirmspielen	322
5.8.2.2	Soziale Aspekte der Auswirkungen von Bildschirmspielen	323

5 RISIKEN UND GEFÄHRDUNGEN

5.1 Ernährungsverhalten

Zusammenfassung

In den letzten Jahren konnte in Wien eine Zunahme der Stilldauer und Stillfrequenz festgestellt werden. Dieser positive Trend ist sicherlich auch auf das gute Versorgungsnetz für Schwangere und Stillende zurückzuführen.

Bereits bei den Wiener Vorschulkindern zeigt sich eine überhöhte Aufnahme an tierischen Nahrungsmitteln und somit eine überhöhte Zufuhr an Eiweiß und Cholesterin. Weiters liegt die Saccharosezufuhr, hervorgerufen in erster Linie durch den Konsum von gesüßten Limonaden und erst in zweiter Linie durch Süßigkeiten, zu hoch. Auch die Natriumaufnahme liegt, bedingt durch den häufigen Kochsalzkonsum der Kinder, über der Empfehlung. Bei den Wiener Schulkindern konnte zusätzlich ein zu hoher Fettkonsum und ein zu niedriger Ballaststoffkonsum festgestellt werden. Die Vitamin-, Mineralstoff- und Spurenelementversorgung ist bis auf wenige Ausnahmen (Vitamin D, E und Folsäure) gegeben.

Da der Wissensstand über die theoretischen Grundlagen der Ernährungslehre bei Kindern und Jugendlichen grobe Mängel aufweist, müssen verstärkte Anstrengungen unternommen werden, damit sie lernen, mit dem breiten Nahrungsmittelangebot umzugehen.

Da immer mehr Kinder außer Haus versorgt werden, können Kindergarten- und Schulspeisungsprogramme dazu beitragen, eine „hausgemachte“ schlechte oder unzureichende Versorgung der Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Entsprechend den Wünschen der SchülerInnen sollten Fleischspeisen allerdings reduziert, dafür öfter Gemüsevariationen angeboten werden.

Rund 10–25 Prozent der untersuchten Wiener Kinder (im Alter von 10 bis 18 Jahren) sind übergewichtig. Der Notwendigkeit einer Intervention im Kindes- und Jugendlichenalter zur Verhinderung von Bluthochdruck und einer späteren koronaren Herzkrankheit, einer Stoffwechselerkrankung oder auch Erkrankungen am Bewegungsapparat trägt z. B. das Programm „Schlank ohne Diät für Kinder“ Rechnung.

Summary: Nutrition Behaviour

Recent years have seen an increase in the duration and frequency of breast feeding. This positive trend is very likely due to the excellent supply network established for pregnant and breast-feeding women.

By preschool age, children in Vienna already take in excess amounts of animal-derived food resulting in elevated levels of protein and cholesterol in their diet. Increased saccharose levels are mainly due to a high consumption of sweetened lemonades and sweets. Sodium intake caused by frequent common-salt consumption is also higher than recommended. Fat consumption is too high while fibre consumption is too low. Schoolchildren in Vienna are sufficiently supplied with most vitamins, minerals and trace elements, with the exception of vitamins D, E and folic acid.

Children's and young adults' knowledge about the basics of nutrition is only fragmentary which is why serious efforts must be undertaken to teach them how to handle the wide range of foods available to them.

As children increasingly take their meals outside the home, meal plans at kindergartens and schools can actively contribute to improving bad or insufficient "homemade" food supply, taking into account students' requests for less meat and more vegetables.

Approximately 10 to 25 percent of children examined (aged 10 to 18) are overweight. Programmes such as "loose weight without a diet" were created to meet the need for intervention during childhood and adolescence and to avoid hypertension, coronary heart disease, metabolic disorders or malfunctions of the locomotor system later on in life.

Rund fünf Prozent der Wiener Buben und ca. zehn Prozent der Mädchen weisen ein ausgeprägtes Untergewicht auf. In diesem Zusammenhang ist auch auf das wachsende Problem der Essstörungen hinzuweisen, welche im Kap. 4.2.4.3 behandelt werden.

Folgende Richtlinien sollten für die gesunde Ernährung im Schulkindalter mehr Beachtung finden:

- Verteilung der Kalorienzufuhr auf mehrere Mahlzeiten
- Achten auf die Bedeutung der Zwischenmahlzeiten
- Vermeidung ungeeigneter kohlenhydratreicher Getränke
- Reduzierung der Süßigkeiten
- Zufuhr von ausreichend hochwertigem Eiweiß aus Milchprodukten, Hülsenfrüchten und Kartoffeln
- Vermeiden von zu hoher Fettzufuhr
- Mehr pflanzliche Öle statt tierischen Fetten
- Weniger Salzkonsum, dafür mehr Gewürze verwenden
- Die Lebensmittel sollen qualitativ hochwertig sein und frisch verwendet werden (HUTH und KLUTH o.J.)

Approximately 5 percent of boys and 10 percent of girls in Vienna are seriously overweight.

The following guidelines for healthy nutrition should be given more consideration:

- *eating several meals to make up daily calorie intake*
- *remembering the importance of snacks*
- *avoiding unsuitable drinks high in carbohydrates*
- *reducing sweet consumption, paying attention to sufficient intake of quality protein from dairy products*
- *legumes, and potatoes, avoiding high fat intake*
- *switching from animal fats to vegetable oils*
- *reducing salt consumption by using herbs instead*
- *using good quality fresh foods. (HUTH and KLUTH).*

5.1.1 Stillen

Die Einstellung zum Stillen hat sich in der Vergangenheit häufig gewandelt. Unterschiedliche Gesellschafts- und Umweltbedingungen waren die Ursache dafür. Im 19. Jahrhundert etwa war die Stillfrequenz erschreckend niedrig. In den ärmsten Schichten war der Anteil der nicht gestillten Kinder am höchsten. Mit Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Säuglings- und Kinderfürsorge ausgebaut. Zusammen mit der intensiven Aufklärungsarbeit führte dies zu einem kontinuierlichen Anwachsen der Stillfrequenz bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges. Nach 1945 sank die Stillfrequenz parallel zu der Weiterentwicklung und Verbesserung der Säuglingsfütterung weltweit rapide ab. Erst mit Beginn der 70er Jahre war eine internationale Trendwende auch in Österreich festzustellen (CERMAK, o.J.).

Die Entscheidung einer werdenden Mutter zum Stillen hängt von einer Reihe gesellschaftlicher und individueller Einflüsse ab. Von Bedeutung sind dabei die Stillinformation während der Schwangerschaft, die Rollenerwartungen, die an die Frau und Familie in unserer Gesellschaft herangetragen werden, der Sozialstatus und die Berufstätigkeit der Mutter. Unter individuelle Einflüsse fallen die Erwünschtheit des Kindes, die aktuelle Lebenssituation der Frau, aber auch die Einstellung des Partners und die Persönlichkeit der Frau spielen eine wesentliche Rolle. Die Stillinformation sollte möglichst viele „Alltagsschwierigkeiten“ ansprechen und konkrete Hilfen zu deren Bewältigung anbieten (WIMMER-PUCHINGER, o.J.).

Geburtsvorbereitung, Entbindung und Krankenhausroutine haben entscheidenden Einfluss auf die ersten Beziehungen zwischen Mutter und Kind und damit auch auf das Stillen. Große Bedeutung kommt dem Körperkontakt von Mutter und Kind unmittelbar nach der Entbindung zu, der die künftige Beziehung wesentlich fördern kann. Die Form der Unterbringung ist ein wichtiger Faktor für die Mutter-Kind-Beziehung und das Stillverhalten. Das Rooming-in-System ist sicherlich die förderlichste Variante. Die positiven Effekte wirken über die Zeit des Krankenhausaufenthaltes hinaus (WIMMER-PUCHINGER, o.J.).

Die Hebamme kann bereits vor der Geburt im Rahmen von Geburtsvorbereitungskursen die Bereitschaft zum Stillen fördern. Aufklärung, Information, Vorbereitung der Brustwarzen und Anleitung zum Stillen stehen dabei im

Vordergrund. Auch der Verlauf der Entbindung wirkt sich auf das Stillverhalten aus. Das erste Anlegen unmittelbar nach der Entbindung ist physiologisch und psychologisch der beste Beginn des Stillens. Die Hebammen betreuen und beraten in zunehmenden Maße stillende Mütter nach dem Krankenhausaufenthalt, dadurch kann frühzeitiges Abstillen vermieden werden (LUTZ, o.J.).

5.1.1.1 Stillsituation in Wien

Eine österreichweite Umfrage 1984/85 zur Ernährung im Säuglingsalter zeigte, dass zwar fast 90 Prozent der Mütter mit dem Stillen beginnen, in Wien aber eine Woche nach der Geburt nur mehr 81,9 Prozent der Mütter überhaupt und 74,6 Prozent der Mütter voll stillen. Die mittlere Stilldauer lag in Wien bei $12,4 \pm 10$ Wochen (HASCHKE et al., 1993).

1997 wurden die Stillfrequenz und die Stilldauer in Österreich erhoben. In Wien stillen 25 Prozent der Mütter kürzer als vier Monate, 50 Prozent bis zu 7,5 Monate und 25 Prozent länger als neun Monate. Damit liegt Wien im guten österreichischen Durchschnitt (siehe Tabelle 1) (BRONNEBERG und FRANK, 1998). Die Stillfrequenz hat sich gegenüber der Umfrage aus dem Jahre 1984/85 verbessert (HASCHKE et al., 1993).

Tabelle 1: Gesamtstillzeit nach Bundesländern, 1998

Wohnort der Mutter	Gesamtstillzeit in Monaten		
	Die Hälfte der Mütter stillt kürzer als	Die Hälfte stillt bis zu	Die Hälfte der Mütter stillt länger als
Burgenland	3,0	6,0	7,0
Kärnten	3,5	7,0	8,5
Niederösterreich	4,0	7,0	9,5
Oberösterreich	2,8	6,0	8,0
Salzburg	4,0	8,0	9,0
Steiermark	3,0	6,0	8,0
Tirol	3,0	7,0	9,0
Vorarlberg	3,5	7,0	10,0
Wien	4,0	7,5	9,0

Quelle: ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen, 1998

Wie die Stillfrequenz verbessert werden kann, zeigt die Pilotstudie aus den Jahren 1988/89 aus Tulln. Eine signifikante Verbesserung der Stilldauer und -häufigkeit konnte durch Verbesserungen im Krankenhaus und durch massive telefonische Beratung sowie Intervention zum Zeitpunkt der bekannten Stillkrisen (3., 5., 12. Woche) mit jederzeit möglicher Kontaktaufnahme mit dem Kinderarzt/der Kinderärztin festgestellt werden (VANURA et al., 1993).

Die Verbesserungen im Krankenhaus wurden gemäß den zehn Punkten zum erfolgreichen Stillen, erstellt von der WHO/UNICEF, durchgeführt. Zu den wichtigsten Punkten zählen:

- Schulungen für das Pflegepersonal und Information in der Schwangerschaft durch eine erfahrene Hebamme;
- Im Kreissaal wurde auf das frühe Anlegen großen Wert gelegt;
- Die Wochenbettsituation wurde durch das Rooming-in verbessert und ein Stillen nach Bedarf wurde mit Hilfe der Kinderschwestern den Müttern ermöglicht bzw. dringend nahegelegt;
- Auf künstliche Babynahrung wurde außer bei medizinischer Indikation verzichtet, und Schnuller wurden nicht verabreicht (GESUNDHEITSBERICHT DER WIENER KINDER, 1993).

Eine exemplarische Studie an mehr als 100 Wöchnerinnen zu den Auswirkungen vorbereitender Stillinformation im Krankenhaus auf die Stilldauer in der Semmelweis Frauenklinik in Wien hat ergeben, dass die Serviceeinrichtung „Stillinformation“ sehr positiv eingeschätzt wird (85 Prozent der Frauen). Eine Wochenbettbefragung zeigte, dass diesbezüglich gut informierte Frauen das Kind öfter anlegen als solche, die nicht auf die Stillsituation vorbereitet wurden. Diese Frauen waren wesentlich zuversichtlicher, was ihre weitere Stillfähigkeit anbelangt. Die typischen Unterschiede finden sich auch noch nach sechs Monaten: Informierte Frauen stillen deutlich länger, waren weniger verunsichert, hatten eine ungezwungenere Einstellung zu Körperlichkeit und erlebten ihre Kinder als zufriedener als die nicht informierte Kontrollgruppe (WIMMER-PUCHINGER, 1986).

In der österreichweiten „Zustandsanalyse der geburtshilflichen Betreuung aus der Sicht der betroffenen Frau“ zeigte sich, dass 45 Prozent der Frauen das Baby im Kreißsaal nicht zum Stillen angelegt bekamen, und der Mutter-Kind-Kontakt nach der Geburt durchschnittlich nur 4,6 Minuten betrug, was mit einer Stillförderung schlecht in Einklang zu bringen ist. Zusätzlich gaben 15 Prozent der befragten Frauen an, im Wochenbett keine für sie befriedigende Stillförderung erhalten zu haben. 27 Prozent der Frauen, die sechs Monate nach der Geburt noch stillen, fanden den Gedanken „abzustillen“ sehr belastend. Um den Empfehlungen der WHO (1989) zur „Breast-feeding-promotion“ nachkommen zu können, sind demnach in Österreich noch einige Verbesserungen in Spitälern notwendig (WIMMER-PUCHINGER und SCHMIDT, 1993). Um die Situation für Schwangere und Stillende in Wien zu verbessern, wurden in den vergangenen Jahren einige Vorkehrungen getroffen. 1997 wurde im **Wilhelminenspital** der Stadt Wien eine Stillambulanz errichtet. Das bestehende Betreuungsangebot (siehe auch Kap. 10.4) für werdende und junge Eltern wird nun durch die wöchentlich stattfindende Stillgruppe ergänzt, welche von einer geprüften Still- und Laktationsberaterin betreut wird. Hier können Erfahrungen ausgetauscht und auch Einzelgespräche in Anspruch genommen werden. Ein wichtiges Ziel der Stillambulanz ist es, die Stilldauer nach Möglichkeit zu verlängern. Frauen, die stillen wollen, sollen eine möglichst gute Information, Beratung und Unterstützung erhalten.

Der **Wiener Semmelweis-Frauenklinik** wurde, nach Umsetzung der von der WHO und UNICEF 1991 erstellten Richtlinien zum Schutz, zur Förderung und Unterstützung des Stillens, am 22.10.1999 die Auszeichnung „Stillfreundliches Krankenhaus“ verliehen. Das Projekt wurde als besonders innovativ beurteilt und zusätzlich mit dem „Gesundheitspreis der Stadt Wien“ ausgezeichnet. Weiters wurde ein Leitbild erarbeitet und präsentiert, wodurch die Klinik der Pionierleistung und der Philosophie ihres Namensgebers weiter gerecht wird.

Über die Bedeutung des Stillens wird in allen **Elternberatungsstellen** der Stadt Wien (siehe Kap. 10.5.4) informiert. In zahlreichen Elternberatungsstellen wurden inzwischen Stillgruppen gebildet. Das Angebot wird von den Frauen gut angenommen, und die Stilldauer ist länger als bei Frauen, die keine Stillgruppe besuchen (BRONNEBERG und FRANK, 1998).

Die **Familienhebammen** (MA 15) betreuen werdende und „eben gewordene“ Mütter. Ihre Aufgabe ist die Geburtsvorbereitung der schwangeren Frauen und deren Partner sowie die Beratung in allen Fragen, die mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu tun haben. Es gibt vier Familienhebammenstützpunkte im 11., 15., 20. und 22. Bezirk. Im 2., 10., 12., 16., 21., und 23. Bezirk sind Familienhebammen auch in Eltern-Kind-Zentren der MA 11 tätig (siehe Kap. 10.4). Darüber hinaus sind sie stundenweise in den Schwangerenambulanzen der Semmelweis-Frauenklinik, des Kaiser-Franz-Josef-Spitals, der I. und II. Universitätsklinik, des SMZ-Ost, des Krankenhauses Lainz und des Wilhelminenspitals tätig (ARGE FRÜHFÖRDERUNG, 1999).

In den **neun Eltern-Kind-Zentren** (MA 11) (siehe Kap. 10.5.5) wird für die Zielgruppe „werdende Eltern, Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“ in dieser Lebensphase noch mehr an Information und Beratung angeboten. Neben den Elternberatungen finden dort Elternschulen, Stillgruppen, Elterncafés, Spielgruppen und andere Angebote statt. Dadurch soll die Bereitschaft zur Gesundheitsvorsorge in Bezug auf die Kinder gefördert werden. Neben den SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und ÄrztInnen der Elternberatungsstellen führen in den Eltern-Kind-Zentren auch Familienhebammen und PsychologInnen Beratungen zu speziellen Fragestellungen durch (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998). Im Eltern-Kind-Zentrum Wien 10 wird eine Sozialberatung in kroatischer, serbischer und türkischer Sprache angeboten. Außerdem besteht die Möglichkeit, an einer türkischen Frauenrunde teilzunehmen (WIENER FAMILIENBERICHT, 1994).

In den derzeit **acht Elternschulen** wird Geburtsvorbereitung, Pflegeberatung, Erziehungshilfe und Beratung in medizinischen, psychologischen und sozialen Belangen geboten. In der Regel veranstalten die Elternschulen 4–5 Kurse pro Jahr mit jeweils 4–7 Abenden (ARGE FRÜHFÖRDERUNG). In Zukunft ist eine nähere Zusammenführung der Eltern-Kind-Zentren mit den Elternschulen geplant.

Darüber hinaus sind natürlich die Kinderpflegerinnen (MA 11), die FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde (MA 15) sowie zahlreiche private Organisationen über die Kliniken hinaus AnsprechpartnerInnen.

5.1.2 Ernährung von Säuglingen

Die Ernährungskommission der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde empfiehlt zusammen mit WHO/UNICEF, dass jeder Säugling in den ersten vier Monaten ausschließlich gestillt werden und mindestens bis zum 6. Monat weiterhin Muttermilch erhalten soll.

5.1.2.1 Ernährungsplan für das erste Lebensjahr

● 1. – 4. Monat: ausschließliche Ernährung mit Muttermilch oder Säuglingsmilchnahrung

Stillen wird von ExpertInnen in aller Welt als die beste Form der Ernährung in den ersten Lebensmonaten erachtet. Das Stillen ist für Mutter und Kind optimal, denn beim Stillen wird in einzigartiger Weise die in der Schwangerschaft begonnene Beziehung zwischen Mutter und Kind fortgesetzt. Mutter und Kind können sich optimal aufeinander einstellen, denn das Kind weiß, was es braucht und die Mutter kann es ihm geben (KERSTING und SCHÖCH, 1996)

► Vorteile des Stillens für das Kind:

- Stillen ist die natürlichste und beste Ernährung für den Säugling;
- Muttermilch enthält alle notwendigen Nährstoffe in der richtigen Zusammensetzung und passt sich den Bedürfnissen des Kindes an;
- Direkter Schutz vor Infektionskrankheiten durch immunprotektive, antibakterielle und antivirale Bestandteile der Muttermilch und indirekter Schutz durch Förderung der Entwicklung des Immunsystems;
- Die Entwicklung einer gesunden Darmflora wird gefördert, welche in den ersten Lebensmonaten durch das Vorherrschen von Bifidusbakterien (90 Prozent) charakterisiert ist;
- In der Muttermilch enthaltene essenzielle Fettsäuren, v. a. Ω -3-Fettsäuren, sind notwendig für die Gehirnentwicklung und die Sehkraft (ERNÄHRUNG AKTUELL, 1999);
- Ausschließliches Stillen in den ersten Monaten kann das Kind vor Allergien schützen;
- Muttermilch ist immer verfügbar, hygienisch einwandfrei und richtig temperiert;
- Stillen formt den Unterkiefer und kann damit der Entwicklung von Zahnfehlstellungen vorbeugen (KERSTING und SCHÖCH, 1996).

► Vorteile für die Mutter:

- Nach der Geburt wird die Rückbildung der Gebärmutter beschleunigt, und Blutverluste werden verringert;
- Stillen ist praktisch und umweltfreundlich, weiters spart es Zeit, Arbeit und Geld;
- Stillen macht unabhängig (KERSTING und SCHÖCH, 1996);
- Mütter, die bereits gestillt haben, weisen ein geringeres Brustkrebs- und Osteoporoserisiko auf (WIMMER-PUCHINGER und HÖRNDLER, 1995).

► Muttermilch oder Säuglingsnahrung?

In den ersten vier Lebensmonaten erhält der Säugling durch Muttermilch oder industriell hergestellte Milch alle Nährstoffe, die er braucht. Alle anderen Lebensmittel sollen gemieden werden, da ein verfrühter Kontakt mit anderen Nahrungsmitteln wie Breie und Säfte zu einer Allergie führen können.

Wenn es nun aber der Mutter nicht möglich ist zu stillen, oder wenn die Mutter nicht stillen will, dann muss auf industriell gefertigte Säuglingsmilch zurückgegriffen werden. Nach der Regelung der Europäischen Union werden diese Produkte mit dem Oberbegriff „Säuglingsanfangsnahrung“ bezeichnet. Die üblichen Produkte, welche aus Kuhmilch hergestellt werden und für alle gesunden Säuglinge geeignet sind, werden in der EU als „Säuglingsmilchnahrung“ bezeichnet.

Zusätze von Vitaminen und Spurenelementen wie Eisen, Kupfer, Zink und Jod sind in Säuglingsmilchnahrungen und Folgemilch entsprechend der EU-Regelung in ausreichender Höhe enthalten (KERSTING und SCHÖCH, 1996).

● 5. – 9. Monat: Einführung der Beikost

Nach vier Monaten, bzw. bei gut gedeihenden Säuglingen nach sechs Monaten, reichen die Gehalte von Energie und Nährstoffen in Muttermilch und Säuglingsmilchnahrung für das schnelle Wachstum des Säuglings nicht mehr aus. In den ersten vier Monaten beherrschte das Kind nur Saug- und Schluckbewegungen, doch nun ist es in der Lage, problemlos mit dem Löffel zu essen (KERSTING und SCHÖCH, 1996).

Bei allergiegefährdeten Säuglingen sollte ab dem 6. Monat mit einer variationsarmen Beikost begonnen werden (BERDEL und VON BERG, 1996).

Bei selbst zubereiteten Breien ist auf Hygiene und auf schonende Zubereitung zu achten. Die im Handel erhältlichen Fertignahrungen sind kontrolliert, hygienisch einwandfrei und weisen niedrige Nitratgehalte auf.

Ab dem 5. Monat wird pro Monat jeweils eine Milchmahlzeit durch eine Breimahlzeit (Gemüse-Kartoffel-Fleisch-Brei, Vollmilch-Getreide-Brei, milchfreier Getreide-Obst-Brei usw.) ersetzt (HAHNREICH, 1998).

● **10.–12. Monat: Einführung in die Familienkost**

Zirka um den 10. Monat herum hat das Kind meist so viele Zähne, dass es in der Lage ist, festere Nahrung zu kauen. Die Milch- und Breimahlzeiten des 5.–9. Monats gehen in drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten der Familienkost über (KERSTING und SCHÖCH, 1996).

5.1.2.1.1 Muttermilchbelastung

Fremdstoffe wie Medikamente, Alkohol, Nikotin und Schadstoffe aus der Umwelt können beim Stillen in den kindlichen Organismus gelangen (Tabelle 2). Medikamente gelangen grundsätzlich nur in geringen Mengen in die Muttermilch, teils in unveränderter Form, teils als Metabolite. Das unreife Ausscheidungssystem des Kindes ist oft nicht in der Lage die zugeführten Medikamente entsprechend rasch wieder auszuscheiden. Dies und die Speicherfunktion der Brustdrüse für Fremdstoffe führen häufig zu verzögerten und daher schwierig zu erkennenden Auswirkungen am Kind. Bei homöopathischen Mitteln ist nach bisheriger Erfahrung keine Gefährdung des Kindes zu befürchten. Grundsätzlich kann für fast alle Erkrankungen der Mutter eine medikamentöse Therapie gefunden werden, die das Fortführen des Stillens ermöglicht (HOHENUER et al., o.J.).

Tabelle 2: Medikamenteneinnahme und deren Auswirkungen auf das Kind

Substanzen	Wirkung
Absolut kontraindizierte Medikamente	
Antidiabetika, Sulfonylharnstoffe Antithrombotika (Cumarine, Indandione) Zytostatika	Hemmung der postpartalen Bilirubinausscheidung beim Neugeborenen Blutungen Urogastrointestinale Ulzeration, hämopoetische Depression, Wachstumsstörungen, Keimschäden, kanzerogene Wirkung
Sulfonamide, Immunsuppressiva, Thyreostatika	Methämoglobinbildung und Hämolyse während der ersten 8 Lebenswochen
Relativ kontraindizierte Medikamente	
Antibiotika, Streptomycin, Nitrofurantoin Chloramphenicol	Othotoxische Wirkung, Neuropathie Gray-Syndrom durch mangelnde Ausscheidung mit Kollaps, Asphyxie, Zyanoose, Erbrechen, Meteorismus, Agranulozytose
Antipyretika Psychopharmaka	Thrombopenie Verhaltensstörungen

Quelle: HOHENUER et al., o.J.

Tabakinhaltstoffe werden rasch und in hoher Dosis mit der Muttermilch übertragen und vom Säugling noch zusätzlich durch die Inhalation des Rauches aufgenommen. Bei zehn Zigaretten pro Tag kommt es zu einer Reduktion der Muttermilchsekretion. Raucht die Mutter bis zu 20 Zigaretten täglich, reagiert das Kind mit Unruhe, Erbrechen, Durchfall und anderen Verdauungsstörungen (HOHENUER et al., o.J.).

Die Alkoholkonzentration in der Milch ist nur wenig niedriger als die im Blut der stillenden Mutter. Gelegentlicher Alkoholkonsum wirkt sich nach bisherigen Erfahrungen nicht nachteilig auf das Kind aus. Bei Müttern mit regelmäßigem Alkoholkonsum ist vom Stillen abzuraten (HOHENUER et al., o.J.).

Dank der Bemühungen um die Verminderung der Umweltbelastungen sind die früheren Gehalte an Schadstoffen in der Muttermilch in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Laut der nationalen Stillkommission der Bundesrepublik Deutschland haben sich die Organochlorpestizide um 50–80 Prozent, die Polychlorierten Biphenyle (PCB), deren Konzentrationen vom Alter der Muttermilch, der Stilldauer und der Anzahl der Stillperioden variieren können (OTT, 1997; BRUNN, 1994), und die Dioxine um 50 Prozent verringert.

Trotz dieser Entwicklung sollten jedoch aus Gründen der Vorsorge auch weiterhin geeignete Maßnahmen zur Minimierung der Rückstände aller Fremdstoffe in Frauenmilch ergriffen werden (DGE, 1996).

Nach Meinung der ExpertInnen ist das volle Stillen heute uneingeschränkt als beste Ernährung in den ersten 4–6 Monaten zu empfehlen. Auch wenn nach der Einführung von Beikost noch weiter gestillt wird, bestehen für das Kind keine gesundheitlichen Gefahren durch die in der Muttermilch enthaltenen Schadstoffe (KERSTING und SCHÖCH, 1996).

Eine Gewichtsreduktion während der Stillzeit kann durch die im Fettgewebe gespeicherten Schadstoffe zu einer unnötigen Erhöhung des Schadstoffgehaltes in der Muttermilch führen (KERSTING und SCHÖCH, 1996).

5.1.3 Empfehlungen für die Aufnahme von Energie, Hauptnährstoffen, Vitaminen und Mineralstoffen

Eine unerlässliche Voraussetzung für die Planung und Beurteilung unserer Ernährung sind Kenntnisse des Bedarfs an Energie und Nährstoffen in den einzelnen Altersgruppen. Ziel der Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr ist ein zuverlässiger Wegweiser für eine ausgewogene Ernährung.

Die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr wurden von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE) und der Schweizerischen Vereinigung für Ernährung erstellt (DGE et al., 2000).

Die Empfehlungen zur Nährstoffzufuhr bei Kindern werden hauptsächlich durch Interpolation von den Angaben für junge Säuglinge und junge Erwachsene berechnet. Um die Willkürlichkeit von interpolierten Daten in Grenzen zu halten, muss nach physiologisch relevanten Hilfsgrößen gesucht werden. Dazu dienen v. a. Lebensalter, Körpergewicht und Energiebedarf, wovon vor allem der letztgenannte Parameter von großer Bedeutung ist. Auf der Grundlage der altersabhängigen Referenzwerte für den Energiebedarf lässt sich der altersabhängige Bedarf an einzelnen Nährstoffen ableiten, wenn man die Nährstoffdichte (Nährstoffgehalt/Energiegehalt der Kost) zu Hilfe nimmt und diese altersunabhängig konstant hält (KERSTING et al., 1993).

5.1.3.1 Empfehlungen für die Aufnahme von Energie, Hauptnährstoffen und Flüssigkeit

Die Richtwerte für die Energiezufuhr (Tabelle 3) bei Kindern bis zum Alter von zehn Jahren entsprechen den Angaben der „Recommended Daily Allowances“ (RDA, USA), welche aus Ernährungserhebungen normal heranwachsender Kinder in westlichen Ländern abgeleitet wurden. Die Richtwerte von Kindern und Jugendlichen ab dem 10. Lebensjahr wurden aus dem jeweiligen Richtwert für den alters- und geschlechtsspezifischen Ruheumsatz durch Multiplikation mit einem jeweils alters- und geschlechtsbezogenen Faktor für die durchschnittliche Aktivität berechnet (DGE et al., 2000).

Tabelle 3: Richtwerte für die durchschnittliche tägliche Energiezufuhr bei Säuglingen und Kindern

Alter	MJ/Tag*		kcal/Tag*	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Säuglinge				
0 bis unter 4 Monate	2,0	1,9	500	450
4 bis unter 12 Monate	3,0	2,9	700	700
Kinder				
1 bis unter 4 Jahre	4,7	4,4	1.100	1.000
4 bis unter 7 Jahre	6,4	5,8	1.500	1.400
7 bis unter 10 Jahre	7,9	7,1	1.900	1.700
10 bis unter 13 Jahre	9,4	8,5	2.300	2.000
13 bis unter 15 Jahre	11,2	9,4	2.700	2.200

* MJ = Megajoule – Angaben in Form der Nährstoffdichte, Kcal = Kilokalorien

Quelle: DGE et al., 2000

Das über die Nahrung zugeführte **Protein** (Tabelle 4) dient dem Organismus in erster Linie zur Synthese von körpereigenem Protein. Bei der Ermittlung des Bedarfs verschiedener Altersgruppen wurden neben der Verdaulichkeit und Bioverfügbarkeit des jeweiligen Proteins auch individuelle Schwankungen und Zuschläge für das Wachstum berücksichtigt (DGE et al., 2000). Die Empfehlungen der DGE (2000) beruhen auf Angaben der WHO/FAO (WHO, 1985).

Tabelle 4: Empfohlene tägliche Proteinzufuhr von Säuglingen und Kindern

Alter	Protein (g/kg ¹)	Protein (g/Tag)	
		männlich	weiblich
Säuglinge			
0 bis unter 1 Monat	2,7	12	
1 bis unter 2 Monate	2,0	10	
2 bis unter 4 Monate	1,5	10	
4 bis unter 6 Monate	1,3	10	
6 bis unter 12 Monate	1,1	10	
Kinder			
1 bis unter 4 Jahre	1,0	14	13
4 bis unter 7 Jahre	0,9	18	17
7 bis unter 10 Jahre	0,9	24	24
10 bis unter 13 Jahre	0,9	34	35
13 bis unter 15 Jahre	0,9	46	45

1) Bezogen auf das Referenzgewicht, (DGE et al., 2000), g = Gramm

Quelle: DGE et al., 2000

Nahrungsfette sind wichtige Energielieferanten und besonders wichtig, wenn – wie bei Kindern bedingt durch das Wachstum – ein hoher Energiebedarf besteht. Außerdem sind sie Träger fettlöslicher Vitamine und Lieferanten von essenziellen Fettsäuren. Der Fettverzehr sollte in dieser Altersgruppe nicht mehr als 35 Prozent betragen (Tabelle 5). Gesättigte Fettsäuren sollten dabei nicht mehr als ein Drittel ausmachen. Die **essenziellen Fettsäuren** Linol- und α -Linolensäure müssen dem Körper über die Nahrung zugeführt werden; sie sind v. a. für die Reifung des Nervengewebes, den Aufbau von Strukturlipiden und die Sehkraft notwendig. Säuglinge und Kinder sind wegen des relativ hohen Bedarfes für das Wachstum und der geringeren Vorräte eher von einem Mangel bedroht.

Tabelle 5: Richtwerte über die tägliche Zufuhr von Fett und essenziellen Fettsäuren

Alter	Fett (% der Energie)	Ess. FS* (% der Energie)
Säuglinge		
0 bis unter 4 Monate	45–50	4,0
4 bis unter 12 Monate	35–45	3,5
Kinder		
1 bis unter 4 Jahre	30–40	3,0
4 bis unter 7 Jahre	30–35	2,5
7 bis unter 10 Jahre	30–35	2,5
10 bis unter 13 Jahre	30–35	2,5
13 bis unter 15 Jahre	30–35	2,5

* Ess. FS = Essenzielle Fettsäuren

Quelle: DGE et al., 2000

Empfehlungen zur **Kohlenhydratzufuhr** müssen den individuellen Energiebedarf, den Bedarf an Proteinen und die wünschenswerte Zufuhr von Fett berücksichtigen. Die Mindestmenge der Kohlenhydrate, die nicht unterschritten werden sollte, liegt bei einem Zehntel der Energiezufuhr oder 2g/kg Körpergewicht.

Für die **Saccharosezufuhr** empfiehlt die DGE (2000) einen Richtwert von maximal zehn Prozent der Gesamtenergie pro Tag (ELMADFA und LEITZMANN, 1998). Über die Höhe der **Ballstoffzufuhr** können bei Säuglingen und Kindern keine Angaben gemacht werden. Als Richtwert gilt eine Zufuhr von 3g/MJ (Megajoule = Angabe in der Nährstoffdichte) (DGE et al., 2000).

Die tägliche Zufuhr von ausreichend **Flüssigkeit** (Tabelle 6) ist lebensnotwendig. Je jünger ein Kind ist, umso empfindlicher reagiert es auf unzureichende Flüssigkeitszufuhr. Auch bei sportlicher Betätigung oder heißem Klima steigt der Wasserbedarf bedingt durch höhere Verluste. Kinder sollte man schon sehr früh an das regelmäßige Trinken gewöhnen. Als Durstlöcher können Trinkwasser, Mineralwasser, ungesüßte Kräuter- und Früchtetees sowie verdünnte Fruchtsäfte dienen. Nicht geeignet sind Säfte, Fruchtnektare, Limonaden und Malzbier, denn diese enthalten meist große Mengen an Zucker und wenig Nährstoffe. Weiters sollten keine koffeinhaltigen Getränke konsumiert werden (KERSTING und SCHÖCH, 1996; DGE et al., 2000).

Tabelle 6: Empfohlene tägliche Flüssigkeitszufuhr bei Säuglingen und Kindern

Alter	Flüssigkeitszufuhr (ml/Tag)
Säuglinge	
0 bis unter 4 Monate ¹	680
4 bis unter 12 Monate	1.000
Kinder	
1 bis unter 4 Jahre	1.300
4 bis unter 7 Jahre	1.600
7 bis unter 10 Jahre	1.800
10 bis unter 13 Jahre	2.150
13 bis unter 15 Jahre	2.450

1) Schätzwert

Quelle: DGE et al., 2000

5.1.3.2 Empfehlungen für die Aufnahme von fett- und wasserlöslichen Vitaminen

Der Vitaminbedarf ist weder eine allgemeingültige noch eine feststehende Größe. Er ist individuell determiniert und hängt von individuellen Faktoren ab. Für jedes Vitamin und jeden Menschen ergibt er sich aus der Resorption, der Retention, dem Umsatz und der Ausscheidung (KETZ, 1990).

Vitamin A spielt in erster Linie eine wichtige Rolle beim Sehvorgang als Bestandteil des Sehpurpurs. Weiters ist es am Wachstum, der Erhaltung von Strukturen und Funktionen von Schleimhautepithelien und Knorpelgewebe, an der Infektionsabwehr, Fortpflanzungsfähigkeit und Zelldifferenzierung beteiligt. Um eine einheitliche Bewertung der Bedarfsdeckung zu gewährleisten, wird die Vitamin A-Aktivität der Carotinoide (z. B. β -Carotin) als äquivalentes Gewicht von Retinol angegeben. Retinoläquivalente berücksichtigen die unvollständige Umwandlung von β -Carotin und anderen Carotinoiden in Vitamin A (KETZ, 1990). Eine besonders gute Vitamin A-Quelle ist Leber. Provitamin A Carotine finden sich reichlich in Obst sowie gelbem, rotem und grünem Gemüse (DGE et al., 2000).

Vitamin D ist für die Regulation der Calciumhomöostase und somit auch für den Aufbau von Knochengewebe von besonderer Bedeutung. Auch der Phosphatstoffwechsel wird von Vitamin D geregelt. Unser Organismus besitzt die Fähigkeit, bei ausreichender Sonnenbestrahlung Vitamin D selbst zu synthetisieren. Im Kleinkindalter führt ein Mangel an Vitamin D zum Krankheitsbild der Rachitis, welche aufgrund einer Knochenmineralisationsstörung mit Deformierungen vor allem der schnell wachsenden Knochen einhergeht (ELMADFA und LEITZMANN, 1998).

Die Empfehlungen der DGE (2000) beziehen sich nur auf die oral zugeführten Vitamin D-Mengen. Der Bedarf ist von mehreren äußeren Faktoren geografischer, klimatischer und kultureller Art abhängig, welche die Sonneneinstrahlung beeinflussen. Eigelb, Fettfische, Leber und Milchprodukte enthalten Vitamin D (DGE et al., 2000).

Natürlich vorkommendes **Vitamin E** (Tocopherol) wird nur von Pflanzen synthetisiert. Gute Lieferanten für α -Tocopherol sind Weizenkeim-, Sonnenblumen-, Maiskeim- und Rapsöl, für β -Tocopherol Weizenkeimöl, für γ -Tocopherol Maiskeim- und Sojaöl und für δ -Tocopherol Sojaöl. In Lebensmitteln tierischer Herkunft ist der Tocopherolgehalt relativ gering und hängt von der Ernährung der Tiere ab. Tocopherol wirkt im menschlichen Organismus der Lipidperoxidation entgegen, d. h. es schützt die Membranlipide (hauptsächlich mehrfach ungesättigte Fettsäuren) vor der Zerstörung durch reaktive Sauerstoffverbindungen. So hemmt es auch die Entstehung von oxidiertem LDL (Lipoproteine hoher Dichte) im Plasma, welche ein wichtiger Risikofaktor für die Arteriosklerose sind. Im Mangel kommt es aufgrund der Anhäufung von Radikalen und der Lipidperoxidation zu verschiedenen Ausfallserscheinungen, welche die Membranfunktion, den Muskelstoffwechsel und das Nervensystem betreffen (DGE et al., 2000).

Pflanzliches **Vitamin K** kommt hauptsächlich in grünen Gemüsen und von Bakterien produziertes Vitamin K in Milch- und Milchprodukten vor. Vitamin K₂ kann auch im Darm synthetisiert werden. Vitamin K hat vor allem eine Funktion in der Bildung von Gerinnungsfaktoren, weiters ist es für die Knochenbildung notwendig. Vitamin K-Mangel führt zu einer Verringerung der Blutgerinnungszeit und somit zum gehäuftem Auftreten von Blutungen. Da hier vor allem Neugeborene gefährdet sind, wird nach der Geburt supplementiert.

Genauere Aussagen über den Vitamin K-Bedarf sind aufgrund analytischer Schwierigkeiten und der ungewissen Höhe der Eignensythese nur schwer zu treffen (DGE et al., 2000).

Tabelle 7: Empfohlene tägliche Zufuhr an fettlöslichen Vitaminen bei Säuglingen und Kindern

Alter	Vit. A (mg/RÄ/d)		Vit. D (µg/d)		Vit. E (mg/TÄ/d)		Vit. K (µg/d)
	m	w			m	w	
Säuglinge							
0 bis < 4 Monate	0,5		10		3		4
4 bis < 12 Monate	0,6		10		4		10
Kinder							
1 bis < 4 Jahre	0,6		5		6		15
4 bis < 7 Jahre	0,7		5		8		20
7 bis < 10 Jahre	0,8		5		10	9	30
10 bis < 13 Jahre	0,9		5		13	11	40
13 bis < 15 Jahre	1,1	1,0	5		14	12	50

mg = Milligramm, d = Tag, µg = Mikrogramm, m = männlich; w = weiblich
 RÄ = Retinoläquivalent (Sammelbegriff aller Provitamin A-Carotinoide unter Berücksichtigung der Vitaminwirksamkeit von β-Carotin)
 TÄ = Tocopheroläquivalent (Sammelbegriff aller Tocopherole unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Vitaminwirksamkeit)

Quelle: DGE et al., 2000

Vitamin B₁ spielt eine bedeutende Rolle im Energiestoffwechsel. Ein leichter Vitamin B₁-Mangel verursacht insbesondere Störungen im Kohlenhydratstoffwechsel. Schwere Mangelzustände gehen mit der Erkrankung „Beri-Beri“ einher, welche je nach Verlaufsform und Beteiligung weiterer Nährstoffe durch neurologische Ausfälle, Skelettmuskelschwund, Herzmuskelschwäche und Ödeme gekennzeichnet ist. Gute Vitamin B₁-Quellen sind Schweinefleisch, Leber, Vollkornprodukte und Hülsenfrüchte.

Der Bedarf an **Vitamin B₂** wird auch auf den Energiebedarf bezogen, da es ebenso im Energiestoffwechsel involviert ist. Ein leichter Mangel führt zu Müdigkeit und Leistungsminderung. Ein schwerer Mangelzustand tritt nur sehr selten auf. Wesentliche Quellen sind Milch und Milchprodukte, Muskelfleisch, Fisch, Eier und Vollkornprodukte.

Das **Niacin** ist beteiligt am Metabolismus von Kohlenhydraten, Fettsäuren und Aminosäuren. Niacin kann im menschlichen Organismus aus der Aminosäure Tryptophan synthetisiert werden. Ein Mangel tritt in Mitteleuropa nur sehr selten auf und ist lediglich bei extremen Ernährungsgewohnheiten zu beobachten. Gute Niacinquellen sind Fleisch, Fisch, Innereien, Eier.

Vitamin B₆ spielt im Proteinstoffwechsel eine bedeutende Rolle. Deshalb orientiert sich der Bedarf auch an der Eiweißaufnahme. Ein Mangel an Vitamin B₆ kann vor allem durch einen hohen Konsum an Medikamenten (Kontrazeptiva), bei Resorptionsstörungen und bei Protein Energie Mangel (PEM) vorkommen und im Extremfall zu einer Anämie, neurologischen Störungen und zu Krampfzuständen führen (ELMADFA und LEITZMANN, 1998).

Tabelle 8: Empfohlene tägliche Zufuhr an Vitamin B₁, B₂, Niacin und B₆ bei Säuglingen und Kindern

Alter	Vit. B ₁ (mg/d)		Vit. B ₂ (mg/d)		Niacin (mg NÄ)		Vit. B ₆ (mg/d)
	m	w	m	w	m	w	
Säuglinge							
0 bis < 4 Monate	0,2		0,3		2		0,1
4 bis < 12 Monate	0,4		0,4		5		0,3
Kinder							
1 bis < 4 Jahre	0,6		0,7		7		0,4
4 bis < 7 Jahre	0,8		0,9		10		0,5
7 bis < 10 Jahre	1,0		1,1		12		0,7
10 bis < 13 Jahre	1,0		1,4	1,2	15	13	1,0
13 bis < 15 Jahre	1,2	1,1	1,6	1,3	18	15	1,4

mg = Milligramm, d = Tag, m = männlich, w = weiblich, NÄ = Niacingehalt + 1/60 des Tryptophangehaltes

Quelle: DGE et al., 2000

Folsäure ist im Intermediärstoffwechsel vor allem an Prozessen der Zellteilung und -neubildung beteiligt. Bei einem Mangel treten daher primär an Zellsystemen mit hoher Zellteilungsrate, z. B. der roten und weißen Blutkörperchen (Anämie) sowie der Schleimhäute, Schädigungen auf. Für Kinder liegen keine experimentellen Daten zur Ermittlung des Folsäurebedarfs vor; die Schätzungen basieren auf den Bedarfswerten, welche für Erwachsene

erhoben wurden. Kinder in der Wachstumsphase haben einen erhöhten Bedarf. Reich an Folsäure sind neben Blattgemüse Milchprodukte, Fleisch, Eier und Vollkornprodukte.

Pantothensäure ist Bestandteil von Coenzym A, welches eine Schlüsselstellung bei allen Acylübertragungen hat. Für Kinder werden die entsprechenden Angaben aus den Schätzwerten voll gestillter Säuglinge sowie für Jugendliche und Erwachsene interpoliert. Fisch, Leber, Hefe, Muskelfleisch, Hülsenfrüchte und Vollkornerzeugnisse sind gute Pantothensäurequellen.

Das **Biotin** nimmt im Organismus eine zentrale Stellung bei der Aufnahme und Übertragung von Carboxylgruppen ein und ist somit an der Gluconeogenese (Synthese von Glucose im Körper bei schlechter Versorgungslage), am Abbau einiger Aminosäuren sowie an der Fettsäurebiosynthese beteiligt. Biotinlieferanten sind Sojabohnen, Vollei, Haferflocken, Weizenkeime und Linsen.

Das **Vitamin B₁₂** spielt eine wichtige Rolle im Folsäure-, Homocystein- und Energiestoffwechsel. Für die Aufnahme von Vitamin B₁₂ ist der im Magen gebildete Intrinsic Faktor (IF) notwendig. Bei Mangel an diesem Faktor oder bei zu geringer Zufuhr kommt es zur Ausbildung einer Anämie (Blutarmut). Gute Vitamin B₁₂-Lieferanten sind Fleisch, Fisch, Milch und Milchprodukte sowie fermentierte Gemüsesorten (Sauerkraut).

Vitamin C ist ein hoch wirksames Reduktionsmittel und übt zahlreiche Funktionen im Organismus aus. So ist es u. a. an der Kollagenbiosynthese, der Wundheilung, der Immunabwehr und der Eisenresorption beteiligt. Erste Anzeichen für einen Mangel können Zahnfleischbluten und schlechte Wundheilung sein. Bei extremem Mangel, welcher sehr selten vorkommt, wird Skorbut diagnostiziert. Wichtige Vitamin C-Quellen sind Obst und Grüngemüse, Tomaten und Kartoffeln sowie Sanddorn (BRUGNER, 1994; ELMADFA und LEITZMANN, 1998).

Tabelle 9: Empfohlene tägliche Zufuhr von Folsäure, Pantothensäure, Biotin, Vitamin B₁₂ und Vitamin C bei Säuglingen und Kindern

Alter	Folsäure ¹ (µg/d)	Pantothensäure (mg/d)	Biotin ² (µg/d)	Vitamin B ₁₂ (µg/d)	Vitamin C (mg/d)
Säuglinge					
0 bis < 4 Monate	60	2	5	0,4	50
4 bis < 12 Monate	80	3	5–10	0,8	55
Kinder					
1 bis < 4 Jahre	200	4	10–15	1,0	60
4 bis < 7 Jahre	300	4	10–15	1,5	70
7 bis < 10 Jahre	300	5	15–20	1,8	80
10 bis < 13 Jahre	400	5	20–30	2,0	90
13 bis < 15 Jahre	400	6	25–35	3,0	100

µg = Mikrogramm, mg = Milligramm, d = Tag,

1) Berechnet nach der Summe der folatwirksamen Verbindungen in der üblichen Nahrung = Folat-Äquivalente (gemäß neuer Definition)

2) Schätzwert

Quelle: DGE et al., 2000

5.1.4 Empfehlungen für die Aufnahme von Mengen- und Spurenelementen

Natrium ist das häufigste Kation (positiv geladenes Element) der extrazellulären Flüssigkeit. Es reguliert im Organismus gemeinsam mit anderen Elektrolyten den osmotischen Druck, ist notwendig für die Erregungsleitung und die Absorption von diversen Nährstoffen im Magen-Darm-Trakt.

Chlorid ist mitunter verantwortlich für die Homöostase des Säuren-Basen-Haushaltes, gewährleistet die Erregbarkeit der Muskeln und Nerven und spielt als Bestandteil von Verdauungssekreten eine wichtige Rolle.

Kalium ist vor allem im Intrazellulärraum zu finden. Es spielt ebenfalls eine wichtige Rolle in der Erregungsleitung bedingt durch die Aufrechterhaltung des Membranpotenzials. Durch Schwitzen, Durchfall oder Erbrechen kann es leicht zu Störungen im osmotischen Gleichgewicht kommen. Weiters treten neuromuskuläre bzw. muskuläre Störungen auf (DGE et al., 2000).

Calcium und **Phosphor** sind am Aufbau von Knochen und Zähnen beteiligt, steuern die Erregung von Muskeln und Nerven, sind verantwortlich für die Stabilisierung der Zellmembranen und der Aktivierung einiger Enzyme. Calcium spielt außerdem eine bedeutende Rolle in der Blutgerinnung. Eine ausreichende Zufuhr im richtigen Verhältnis (0,6 – 0,7) dieser beiden Elemente ist besonders im Wachstumsalter notwendig. Angestrebt wird durch die

Empfehlungen eine möglichst hohe Calciumzufuhr im Rahmen einer insgesamt ausgewogenen Ernährung, wobei Milch und Milchprodukte die besten Quellen für die Calciumversorgung sind. Durch Vitamin D und eine normale Proteinzufuhr wird die Calciumresorption gefördert.

Magnesium ist am Aufbau der Knochensubstanz, der Erregungsleitung und der Aktivierung von Enzymen beteiligt. Magnesium findet sich zu 60 Prozent im Skelett, aus welchem es bei Bedarf mobilisiert werden kann, und zu 30 Prozent in der Muskulatur. In der Wachstumsphase ist eine höhere Magnesiumzufuhr notwendig. Getreideprodukte, Milch und Milchprodukte sowie Kartoffeln, Karotten, Tomaten, grüne Bohnen und Erbsen liefern Magnesium (BRUGNER, 1994; ELMADFA und LEITZMANN, 1998).

Tabelle 10: Empfohlene tägliche Zufuhr ausgewählter Mengenelemente bei Säuglingen und Kindern

Alter	Natrium (mg/d)	Calcium (mg/d)	Kalium (mg/d)	Magnesium (mg/d)	
				m	w
Säuglinge					
0 bis < 4 Monate	100	220	400	24	
4 bis < 12 Monate	180	400	650	60	
Kinder					
1 bis < 4 Jahre	300	600	1.000	80	
4 bis < 7 Jahre	410	700	1.400	120	
7 bis < 10 Jahre	460	900	1.600	170	
10 bis < 13 Jahre	510	1.100	1.700	230	250
13 bis < 15 Jahre	550	1.200	1.900	310	

m = männlich, w = weiblich, mg = Milligramm, d = Tag

Quelle: DGE et al., 2000

Eines der wichtigsten Spurenelemente ist **Eisen**. Es ist Bestandteil des Hämoglobins und des Myoglobins. Seine Hauptfunktion liegt in der Versorgung der Gewebe mit Sauerstoff. Ein Mangel kann die körperliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, die Thermoregulation stören, die Infektionsanfälligkeit erhöhen und zu einer Anämie führen. Fleisch, Fisch, Vollkornprodukte und Gemüse sind gute Eisenquellen, wobei die Verfügbarkeit aus tierischen Produkten besser ist als aus pflanzlichen.

Zink hat vor allem als Bestandteil und Aktivator zahlreicher Enzyme Bedeutung. Ein Zinkmangel führt zu weitreichenden Störungen im Organismus. Es kann zu Wachstumsdepressionen, verminderter Glucosetoleranz und geringeren Insulinkonzentrationen im Serum kommen. Weiters sind gestörte Wundheilung und eine erhöhte Infektanfälligkeit zu beobachten. Zink findet sich vor allem in Vollkornprodukten, Cerealien, Nüssen und Schalentieren.

Fluor wird für die Entwicklung resistenter Zahnstrukturen (Zahnhärte) und für das Knochenwachstum benötigt. Die Grenze zwischen Notwendigkeit und Toxizität liegen bei diesem Spurenelement eng zusammen. Eine länger andauernde erhöhte Fluorzufuhr kann zu Erkrankungen des Skeletts und der Zähne (Dentalfluorose) führen. Außerdem können Enzyme inaktiviert und Gewebe geschädigt werden (siehe Kap. 4.2.3.14).

Die Aufnahme von **Kupfer** ist für die Bildung und Aktivität vieler Enzyme sowie für die Funktion lebenswichtiger Proteine erforderlich. Ernährungsabhängige Mangelsituationen führen in erster Linie zu einer Anämie, herabgesetzter Pigmentation der Haut, Störungen in der Synthese von Kollagen und Elastin, Defekten am Knochengerüst und zur Degeneration des Nervensystems. Getreide, Leber, Fisch, Schalentiere und Nüsse sind gute Kupferquellen.

Mangan ist ebenfalls Bestandteil und Aktivator einiger Enzyme. Es ist beteiligt an der Protein- und Fettsäuresynthese und spielt bei der Bildung von Mucopolysacchariden eine wichtige Rolle. Mangelerscheinungen wurden bisher nur bei künstlicher Ernährung festgestellt. Vollkornmehl, Geteidekeimlinge, Hülsenfrüchte und Tee enthalten reichlich Mangan (BRUGNER, 1994).

Jod spielt als Bestandteil der Schilddrüsenhormone eine wichtige Rolle im Energiestoffwechsel und im Wachstum. Der Jodgehalt der Nahrung ist stark von geografischen Bedingungen abhängig. In Österreich wird aufgrund geringer Vorkommen in machen Regionen, das Speisesalz jodiert. Bei Jodmangel kommt es zur Ausbildung eines Kropfes und bei **schwereren** Defiziten zu Störungen in Wachstum und geistiger Entwicklung.

Auch der **Selengehalt** der Nahrung ist von der Konzentration im Boden abhängig. Selen ist vor allem als Antioxidans von Bedeutung. In dieser Funktion schützt es die Zellmembranen vor reaktiven Verbindungen (Radikale). Selen ist weiters auch Bestandteil zahlreicher Enzyme, und es spielt in der Immunabwehr eine wichtige Rolle (ELMADFA und LEITZMANN, 1998).

Tabelle 11: Empfohlene tägliche Zufuhr von ausgewählten Spurenelementen bei Säuglingen und Kindern

Alter	Eisen (mg/d)		Zink (mg/d)		Kupfer (mg/d)	Mangan (mg/d)	Selen (µg/d)
	m	w	m	w			
Säuglinge							
0 bis < 4 Monate	0,5		1,0		0,2 – 0,6	k. A.	5–15
4 bis < 12 Monate	8,0		2,0		0,6 – 0,7	0,6–1,0	7–30
Kinder							
1 bis < 4 Jahre	8,0		3,0		0,5–1,0	1,0–1,5	10–40
4 bis < 7 Jahre	8,0		5,0		0,5–1,0	1,5–2,0	15–45
7 bis < 10 Jahre	10		7,0		1,0–1,5	2,0–3,0	20–50
10 bis < 13 Jahre	12	15 ¹	9,0	7,0	1,0–1,5	2,0–5,0	25–60
13 bis < 15 Jahre	12	15 ¹	9,5	7,0	1,0–1,5	2,0–5,0	20–60

m = männlich, w = weiblich, µg = Mikrogramm, mg = Milligramm, d = Tag,

1) Nichtmenstruierende Frauen, die nicht schwanger sind oder nicht stillen: 10 mg/d, Quelle: DGE et al., 2000

5.1.5 Ermittlung des Ernährungsstatus

Der Ernährungsstatus einzelner Bevölkerungsgruppen beschreibt mittels empirischer bzw. laborchemischer Methoden die jeweilige Versorgungslage mit Nahrungsenergie und einzelnen Nährstoffen. Die Auswahl der Methoden orientiert sich primär an den spezifischen Fragestellungen und strukturellen Gegebenheiten der Untersuchungen. Der Status kann, je nach ausgewähltem Parameter, entweder Aussagen über die aktuelle Versorgungslage (Daten zum aktuellen Verzehr, Bestimmung der Gehalte an Nährstoffen in Körpergeweben und -flüssigkeiten) oder Aussagen über längerfristige Wirkungen der Ernährung (anthropometrische Messungen, Untersuchungen des Depotfettes usw.) treffen (1. WIENER ERNÄHRUNGSBERICHT, 1994).

5.1.5.1 Ernährungssituation der Vorschulkinder

Die Grundlage für das Wachstum, die Entwicklung und die Gesundheit unserer Kinder ist gesundes Essen und Trinken. Das Hinführen zu einer gesunden Lebensmittelauswahl, einer bedarfsgerechten Zusammenstellung der Mahlzeiten und einem richtigen Ernährungsverhalten muss deshalb so früh wie möglich beginnen. Dazu sollen neben den Eltern auch Erziehungsfachkräfte, z. B. KindergartenpädagogInnen, beitragen, denn immer mehr Kinder werden außer Haus verpflegt.

5.1.5.1.1 Ernährungsstatus von Vorschulkindern

Die Primärdaten (n = 75 Kinder aus vier verschiedenen Kindergärten in Wien und St. Pölten), welche aus dem 1. Wiener Ernährungsbericht (1994) stammen, wurden gemäß den neuen Referenzwerten (DGE et al., 2000) für den vorliegenden Bericht speziell aufbereitet und analysiert.

Die Aufnahme von Energie, Fett, Eiweiß, Kohlenhydraten, Saccharose, Ballaststoffen und Cholesterin ist in Tabelle 12 angeführt. Die relativ hohe Cholesterin- und auch Eiweißaufnahme bei Vorschulkindern stammt größtenteils aus Gerichten mit nennenswerten Eianteilen sowie Fleisch- und Fischwaren.

Tabelle 12: Aufnahme an Energie, Hauptnährstoffen, Ballaststoffen und Cholesterin bei Vorschulkindern

Nährstoff	Zufuhr Mittelwert +/- SD	Mittlere prozentuelle Abweichung von den Empfehlungen (DGE et al., 2000)
Energie (MJ/d)	5,9 ± 1,0	- 4,8 %
Fett (% der Energie)	36,0 ± 4,0	+ 1,0 %
Eiweiß (g/d)	42,0 ± 8,0	+ 152,5 %
Kohlenhydrate (% der Energie)	49,0 ± 4,0	- 1,0 %
Saccharose (% der Energie)	16,0 ± 4,0	+ 60,0 %
Ballaststoffe (g/MJ)	2,1 ± 0,5	+ 15,5 %
Cholesterin (mg/MJ)	389,0 ± 10,0	+ 30,0 %

SD = Standardabweichung, MJ = Megajoule – Angaben in Form der Nährstoffdichte

Quelle: WHO-Projekt: Wien – Gesunde Stadt, 1. Wiener Ernährungsbericht 1994

Die durchschnittliche **Energiezufuhr** liegt in dieser Altersgruppe nur gering unter bzw. über den Empfehlungen (DGE et al., 2000). Daraus kann geschlossen werden, dass die Energieversorgung ausreichend ist.

Die **Relation der energieliefernden Nährstoffe** ist mit 15 (Eiweiß) : 36 (Fett) : 49 (Kohlenhydrate) nur zufriedenstellend, da die DGE ein Verhältnis von 10 : 35 : 55 empfiehlt. Diese Relation macht deutlich, dass der Kohlenhydratanteil zugunsten des Eiweiß- und Fettanteils verschoben ist. Dieses Ergebnis geht, wie in der Tabelle 12 ersichtlich, mit einer erhöhten Cholesterinzufuhr einher, was auf einen hohen Konsum an Fleisch und Fleischwaren schließen lässt. Die Ballaststoffaufnahme ist ausreichend. Aus den Erhebungen geht weiters hervor, dass der Saccharosekonsum zu hoch ist, welcher hauptsächlich durch Süßigkeiten, Eis, Kuchen, Limonaden usw. zugeführt wird. Eine Verringerung des Saccharosekonsums könnte u. a. der Kariesprophylaxe (siehe Kap. 9.3, 4.2.3.14) dienen. Diese Ergebnisse belegen eine ungünstige Lebensmittelauswahl bei den Volksschulkindern.

Die **Vitamin-A-Aufnahme** ist durchaus zufriedenstellend, denn sie lag sieben Prozent über den Empfehlungen und ist damit als ausreichend anzusehen (Tabelle 13).

Bei **Vitamin D**, welches vor allem während der Wachstumsphase bedeutsam ist, da es die Calciumaufnahme und -einlagerung in die Knochen fördert, lagen die Aufnahmen durchschnittlich um 80 Prozent unter der empfohlenen Menge (Tabelle 13).

Da es nur sehr wenige gute Vitamin D-Quellen (z. B. Fisch und Eidotter) gibt bzw. die Kinder diese Lebensmittel in zu geringer Menge verzehren, erfolgt die Versorgung hauptsächlich über die Produktion im Körper. Diese endogene Synthese ist von der Sonnenbestrahlung abhängig und kann z. B. bei der Verwendung hoher Lichtschutzfaktoren (> 8) vermindert sein. Der Vitamin D-Status könnte durch einen erhöhten Aufenthalt der Kinder an der frischen Luft wesentlich verbessert werden. Bei erhöhter Ozonbelastung oder auch in Jahreszeiten mit wenig Sonne sollten vermehrt Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an Vitamin D aufgenommen werden.

Nur rund ein Viertel der Vorschulkinder wiesen Werte für **Vitamin E** im Referenzbereich oder leicht darunter auf (Tabelle 13). Eine geringe Vitamin E-Aufnahme und eine gleichzeitig ausreichende Fettzufuhr deuten auf eine geringe Aufnahme von hochwertigen Pflanzenölen (Maiskeimöl, Sonnenblumenöl) hin.

Tabelle 13: Tägliche Aufnahme und Status an fettlöslichen Vitaminen bei Vorschulkindern

Nährstoff	Aufnahme		Status		
	Mittelwert ± SD	Abweichung von der Empfehlung*	Mittelwert ± SD	Normalbereich	% der Kinder mit niedrigen Messwerten
Vitamin A	0,75 ± 0,45 mg RÄ/d	+ 7,1 %	24,1 ± 3,30 µg/dl Serum	> 20	9 %
Vitamin D	1,30 ± 0,40 µg/d	- 74,0 %	3,5 ± 1,70 µg/l Serum	> 1,3	35 %
Vitamin E	7,95 ± 3,00 mg/d	- 0,6 %	0,9 ± 0,15 mg/dl Serum	> 0,7	23 %

* DGE et al., 2000

SD = Standardabweichung, µg = Mikrogramm, mg = Milligramm, dl = Deziliter,

RÄ = Retinoläquivalent (Sammelbegriff aller Provitamin A-Carotinoide unter Berücksichtigung der Vitaminwirksamkeit von β-Carotin)

Quelle: WHO-Projekt: Wien – Gesunde Stadt, 1. Wiener Ernährungsbericht 1994

Durch den hohen Konsum an Fleisch und Fleischwaren liegt die Zufuhr an Vitamin B₁₂, B₂ und Niacin, welche reichlich in diesen Nahrungsmitteln enthalten sind, zum Teil weit über den Empfehlungen. Die Vitamine B₁ und B₆ werden in ausreichender Menge zugeführt, lediglich die Folsäurezufuhr liegt fast 50 Prozent unter den Empfehlungen (Tabelle 14). Vitamin B₁, B₆ und Folsäure kommen hauptsächlich in Gemüse und anderen hochwertigen kohlenhydrathaltigen Lebensmitteln (Kartoffeln, Vollkornprodukte) vor. Die Daten unterstreichen die Empfehlungen zum vermehrten Konsum an Vollkornprodukten, Kartoffeln, Gemüse, Hülsenfrüchten und Blattgemüse.

Bei einem großen Anteil der Vorschulkinder lag der **Natriumstatus** (Tabelle 15) deutlich über dem Normalwert. Dies lässt auf einen erhöhten Konsum an Kochsalz (Natriumchlorid) schließen. Eine Reduktion der Kochsalzzufuhr ist dringend zu empfehlen, um einer Manifestation von Bluthochdruck im späteren Leben entgegenzuwirken.

Die Aufnahmen an **Kalium, Calcium, Phosphor** und **Magnesium** erwiesen sich als zufriedenstellend (Tabelle 15). Bei einigen Vorschulkindern konnten jedoch Magnesiumwerte im Harn unter dem Normalbereich gemessen werden, was einerseits auf eine geringe Zufuhr oder andererseits auf eine geringe Bioverfügbarkeit (verminderte Resorption, vermehrte Ausscheidung über den Darmtrakt oder die Nieren) des Magnesiums schließen lässt.

Tabelle 14: Tägliche Aufnahme und Status an wasserlöslichen Vitaminen bei Vorschulkindern

Nährstoff	Aufnahme		Status		
	Mittelwert ± SD	Abweichung von der Empfehlung*	Mittelwert ± SD	Normalbereich	% der Kinder mit niedrigen Messwerten
Vitamin B ₁	0,83 ± 0,15 mg/d	+ 3,8 %	1,10 ± 0,50 µmol/l Harn	> 0,2	0 %
Vitamin B ₂	0,28 ± 0,30 mg/MJ	+ 42,2 %	1,20 ± 0,90 α-EGR	< 1,5	0 %
Vitamin B ₆	1,05 ± 0,23 mg/d	+ 110 %	1,62 ± 0,25 α-EAST	< 1,5	56 %
Folsäure	10,50 ± 2,10 µg/d	- 47,5 %	13,0 ± 7,50 ng/ml Serum	> 5,9	23 %
Vitamin B ₁₂	3,68 ± 2,30 µg/d	+ 145,3 %	630,0 ± 289,00 pg/ml Serum	> 200,0	0 %
Vitamin C	-	-	1,6 ± 0,20 mg/dl Serum	> 0,8	0 %

– auf Basis des BLS 2.1 keine Berechnung möglich

* DGE et al., 2000

SD = Standardabweichung, µg = Mikrogramm, mg = Milligramm, d = Tag, ng = Nanogramm, pg = Picogramm

α-EGR = Aktivitätskoeffizient der Glutathion-Reduktase in Erythrozyten vor und nach FAD (Flavinadeninucleotid)-Zusatz

α-EAST = Aktivität der erythrocytären Aspartataminotransferase vor und nach Zusatz von exzessiven Mengen PLP (Pyridoxalphosphat)

Quelle: WHO-Projekt: Wien – Gesunde Stadt, 1. Wiener Ernährungsbericht 1994

Tabelle 15: Tägliche Aufnahme und Status an Mengenelementen bei Vorschulkindern

Nährstoff	Aufnahme		Status		
	Mittelwert ± SD	Abweichung von DGE et al., 2000*	Mittelwert ± SD	Normalbereich	% der Kinder mit niedrigen Messwerten
Natrium	1,6 ± 0,4 g/d	+ 290,3 % ¹⁾	151,0 ± 60,00 mmol/l Harn	64,0–240,0	8 %*
Kalium	1,6 ± 0,4 g/d	+ 14,3 % ¹⁾	59,0 ± 26,00 mmol/l Harn	24,0–84,0	0 %
Calcium	772,5 ± 217,5 mg/d	+ 10,4 % ²⁾	2,6 ± 0,16 mmol/l Serum	2,1–2,7	5 %
Magnesium	240,0 ± 30,0 mg/d	+ 100 % ²⁾	11,3 ± 6,60 mmol/l Harn	2,0–11,0	7 %

1) Schätzwert für eine minimale Zufuhr

2) Empfohlene Zufuhr

* DGE et al., 2000; Die angegebenen Prozente beziehen sich auf Messwerte über dem Normalbereich.

Quelle: WHO-Projekt: Wien – Gesunde Stadt, 1. Wiener Ernährungsbericht 1994

Die **Zink-Aufnahme** bei Vorschulkindern ist zufriedenstellend (Tabelle 16). Manche Kinder wiesen jedoch einen grenzwertigen Zinkstatus auf. Bei diesen Kindern wäre eine erhöhte Zufuhr an zinkhaltigen Lebensmitteln wie Hülsenfrüchte, Vollkorn- und Milchprodukte zu empfehlen.

Die **Eisenversorgung** (Tabelle 16) war bei rund einem Viertel der Vorschulkinder grenzwertig, obwohl die durchschnittliche Aufnahme ausreichend ist. Die Ursache dafür könnte – wie beim Magnesium – eine geringere Eisenverfügbarkeit durch ungünstige Kostzusammenstellung sein.

Die Eisenaufnahme fördern u. a. Substanzen wie Vitamin C, Zitronensäure, Protein aus Fleisch, Fisch und Geflügel. Hemmende Substanzen sind u. a. Phytate (enthalten u. a. in Getreide), Weizenkleie, Polyphenole im Tee, Soja- und Milchproteine (Casein).

Die durchschnittliche **Jodaufnahme** ist ausreichend, denn bei drei Viertel der untersuchten Vorschulkinder war der Jodstatus im Normalbereich. Die **Kupferaufnahme** lag rund 50 Prozent über dem empfohlenen Zufuhrbereich. Die **Manganaufnahme** ist ausreichend und lag sogar über dem wünschenswerten Zufuhrbereich. Der **Selenstatus** ist lediglich bei vier Prozent der untersuchten Vorschulkinder grenzwertig (Tabelle 16).

Durch einen höheren Fischkonsum könnten sowohl der Kupfer- also auch der Selenstatus verbessert werden (1. WIENER ERNÄHRUNGSBERICHT, 1994).

Tabelle 16: Tägliche Aufnahme und Status an Spurenelementen bei Vorschulkindern

Nährstoff	Aufnahme		Status		
	Mittelwert ± SD	Abweichung von DGE-Empfehlung*	Mittelwert ± SD	Normalbereich	% der Kinder mit niedrigen Messwerten
Eisen	9,00 ± 1,50 mg/d	+ 12,5 %	80,00 ± 30,00 µg/dl Serum	> 60	18 %
Zink	7,35 ± 0,75 mg/d	+ 47,0 %	1,03 ± 0,20 mg/l Serum	0,8–1,6	10 %
Jod	147,00 ± 20,00 µg/d	+ 22,5 %	169,00 ± 91,00 µg/l Harn	100	26 %
Mangan	2,73 ± 0,80 mg/d	+ 56,0 %	2,80 ± 0,40 µg/l Serum	0,1–7,3	0 %
Kupfer	1,13 ± 0,30 mg/d	+ 50,7 %	1,25 ± 0,19 µg/l Serum	0,8–1,2	0 %
Selen	-	-	85,00 ± 19,00 µg/l Serum	50–130	4 %

* DGE et al., 2000; Die angegebenen Procente beziehen sich auf Messwerte über dem Normalbereich

- Auf Basis BLS 2.1 keine Berechnung möglich

SD = Standardabweichung, µg = Mikrogramm, mg = Milligramm, d = Tag,

Quelle: WHO-Projekt: Wien – Gesunde Stadt, 1. Wiener Ernährungsbericht 1994

5.1.5.1.2 Verköstigung der Vorschulkinder

Die Ernährungserziehung im Kindergarten gewinnt einerseits durch die steigende Zahl an Kindern, die außer Haus essen und andererseits durch die Prägung des Ernährungsverhaltens im Kindesalter immer mehr an Bedeutung. In diesem Alter anerzogene Prägungen bleiben oft ein Leben lang bestehen. Demgegenüber steht die Tatsache, dass metabolische Veränderungen, die aus Fehlernährung resultieren, bereits im Kindesalter ihren Anfang nehmen (SNATER et al., o.J.).

In der Stadt Wien werden die öffentlichen Kindergärten von einer Firma versorgt. In den öffentlichen Horten wird größtenteils noch selbst gekocht. In regelmäßigen Abständen finden Schulungen durch DiätassistentInnen statt. Bei den privaten Institutionen wird teilweise selbst gekocht oder es werden diverse Firmen für die Verpflegung herangezogen. In beiden Fällen gibt es keine genaueren Erhebungen über den Nährstoffgehalt der Menüs (MA 11A).

5.1.5.2 Ernährungssituation der Schulkinder

Die Schulzeit ist gekennzeichnet durch stetiges Wachstum und geistige Entwicklung. Sie ist aber auch für die Entstehung des Essverhaltens wichtig. So manche Ernährungsgewohnheiten, wie Vorlieben oder Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel oder das Weglassen von Mahlzeiten, haben Auswirkungen auf die Nährstoffversorgung und damit auch auf die Lernfähigkeit. In der Vorschulperiode und in den ersten Schuljahren werden die Grundernährungsmuster und Einstellungen durch Erziehung und Vorbild der Eltern geprägt. Im weiteren Verlauf der Schulzeit entwickelt sich schön langsam ein Drang nach Unabhängigkeit, welcher auch durch ein verändertes Essverhalten geprägt ist. Weiters werden zunehmend Genussmittel konsumiert (1. WIENER ERNÄHRUNGSBERICHT, 1994).

Folgende Richtlinien sollten für die gesunde Ernährung im Schulkindalter mehr Beachtung finden:

- Verteilung der Kalorienzufuhr auf mehrere Mahlzeiten
- Achten auf die Bedeutung der Zwischenmahlzeiten
- Vermeidung ungeeigneter kohlenhydratreicher Getränke
- Reduzierung der Süßigkeiten
- Zufuhr von ausreichend hochwertigem Eiweiß aus Milchprodukten, Hülsenfrüchten und Kartoffeln
- Vermeiden von zu hoher Fettzufuhr
- Mehr pflanzliche Öle statt tierischen Fetten
- Weniger Salzkonsum, dafür mehr Gewürze verwenden
- Die Lebensmittel sollen qualitativ hochwertig sein und frisch verwendet werden (HUTH und KLUTH, o.J.).

5.1.5.2.1 Ernährungsstatus von Schulkindern

Die Primärdaten (n = 580 7-Tage-Wiegeprotokolle; n = 760 Blut- und Harnuntersuchungen sowie n = 1.825 ausgewertete Fragebögen), welche aus dem 1. Wiener Ernährungsbericht (1994) stammen, wurden im vorliegenden Beitrag auf die neuen Referenzwerten (DGE et al., 2000) bezogen.

Die Interpretation der **Energiezufuhren** in der Altersgruppe der 7–14-Jährigen zeigt deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Die Energiezufuhren der 7–9-jährigen Mädchen und Buben lagen etwas über den Empfehlungen, jene der 10–14-Jährigen unter der empfohlenen Zufuhr. Dabei war die Zufuhr bei den Mädchen geringer als bei den Buben (Tabelle 17).

Die **Fettzufuhr** lag bei allen Altersgruppen im Durchschnitt im oberen Bereich der Empfehlung, welche bei 30–35 Prozent liegt. Die Cholesterinaufnahme lag bei den Mädchen im Bereich des Richtwertes von 300 mg/d. Bei den Jungen konnte eine Aufnahme über der Empfehlung beobachtet werden, die mit zunehmendem Alter ansteigt. Die **Cholesterinaufnahme** korreliert deutlich mit den Aufnahmen an tierischem Eiweiß ($r = 0,99$). Die Komposition des Nahrungsfettes kann über das Verhältnis von mehrfach ungesättigten Fettsäuren zu gesättigten Fettsäuren (**P/S Quotient**) beurteilt werden. Die empfohlene Verhältniszahl „1“ wird von den Wiener Kindern nicht erreicht. Die ermittelten Werte liegen um 0,3 – dies bedeutet, dass der Anteil an gesättigten Fetten mehr als doppelt so hoch ist wie der Anteil von mehrfach ungesättigten Fettsäuren. Gesättigte Fettsäuren stammen vor allem aus tierischen Produkten, während die mehrfach ungesättigten Fettsäuren hauptsächlich aus pflanzlichen Produkten stammen. **Essenzielle Fettsäuren** werden von den SchülerInnen über den Bedarf hinaus (3,5 Prozent der Energie) aufgenommen (Tabelle 17).

Der Anteil an **Kohlenhydraten** in der Nahrung sollte laut Empfehlung bei mindestens 50 Prozent liegen. Bei allen Altersgruppen liegt die Aufnahme unter diesem Bereich. Der **Saccharosekonsum** der SchülerInnen lag bei allen Altersgruppen über dem empfohlenem Wert. Die Mädchen weisen in allen Altersgruppen höhere Aufnahmen auf als die Buben, wobei bei den Mädchen mit zunehmendem Alter ein rückläufiger Trend zu beobachten ist und bei den Buben ein leicht steigender (Tabelle 17).

Die **Ballaststoffaufnahmen** lagen rund ein Drittel unter dem Richtwert von 30 g/d bzw. 3 g/MJ (= Ballaststoffdichte). Bei den Mädchen entsprach die Ballaststoffdichte in allen Altersgruppen eher den Empfehlungen als bei den Knaben. Die Ballaststoffdichte steigt bei den Mädchen mit zunehmendem Alter (Tabelle 17).

Die **Eiweißzufuhr** war in allen Altersgruppen mehr als ausreichend (Tabelle 17). Über Eiweiß werden ca. 15 Prozent der täglichen Nahrungsenergie aufgenommen. 63 Prozent des Eiweißes stammt aus tierischen Produkten und nur 27 Prozent aus pflanzlichen. Eine Umkehrung dieser Relation wäre aus präventivmedizinischen Gesichtspunkten günstiger, denn tierische Eiweißträger enthalten zumeist mehr Fett und Purine als pflanzliche und weisen zudem hohe Cholesteringehalte auf.

Abschließend betrachtet wäre es wünschenswert, den Fett- und Proteinanteil in der Nahrung zu senken und den Kohlenhydrat- und Ballaststoffanteil zu erhöhen.

Die **Vitamin A**-Versorgung (Tabelle 18) der Wiener Schulkinder kann, obwohl eine leicht erniedrigte Zufuhr besteht, als ausreichend beurteilt werden.

Der **Vitamin D**-Status war bei ca. 20 Prozent der untersuchten Wiener Kinder zu niedrig, was auf eine nicht ausreichende Versorgungslage schließen lässt (Tabelle 18). Die Versorgungslage mit Vitamin D stellt sich unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen als im Allgemeinen ausreichend dar. Dennoch sollten – gerade in den Wintermonaten – vermehrt Vitamin D-reiche Lebensmittel zugeführt werden.

Der Großteil der Kinder wies einen sehr guten bis zufriedenstellenden **Vitamin E**-Status auf. Bei ca. 15 Prozent wurden grenzwertige Serumkonzentrationen gemessen, die aber nur knapp unter dem Normalbereich lagen (Tabelle 18).

Die gemessenen **Vitamin K**-Gehalte im Serum waren bei ca. 20 Prozent der Untersuchten zu niedrig. Lediglich in der Gruppe der 13–14-Jährigen wurden bei allen Kindern normale Konzentrationen gemessen.

Der **Vitamin B₁**-Status lag bei 2–7 Prozent der untersuchten Schulkinder unterhalb des wünschenswerten Konzentrationsbereiches. Diese Befunde lagen aber deutlich unter dem Normalbereich. Für diese Gruppe ist ein erhöhter Konsum von Vollkornprodukten zu empfehlen.

Die Aufnahmen an **Vitamin B₂** lagen bei den Wiener Schulkindern im Mittel etwas über den Empfehlungen, nur bei 3–10 Prozent der SchülerInnen wurde eine deutlich verringerte Zufuhr gemessen (Tabelle 18). Für jene Gruppe soll die Zufuhr an Milch- und Milchprodukten erhöht werden.

Die Analyse der **Vitamin B₆**-Aufnahmen zeigte, dass in allen Altersgruppen die Aufnahmen über den Empfehlungen lagen (Tabelle 18).

In allen Altersgruppen lag die **Folsäure**aufnahme deutlich unter den Empfehlungen. Die Folsäureversorgung ist somit als unzureichend einzustufen. Durch einen höheren Verzehr an Blattgemüse, Hülsenfrüchten, Vollkornprodukten und Milchprodukten könnte der Folsäurestatus wesentlich verbessert werden (Tabelle 18).

Tabelle 17: Tägliche Aufnahme an Energie, Eiweiß, Kohlenhydraten, Ballaststoffen, Fett und Fettkomponenten sowie Vergleich mit der entsprechenden Empfehlung

	7-9-Jährige		10-12-Jährige		13-14-Jährige	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Energie/MJ	8,1 ± 1,5	7,3 ± 1,1	9,1 ± 2,3	7,7 ± 1,6	10 ± 20	8,0 ± 2,6
Energie/kcal	1.936 ± 356	1.739 ± 261	2.177 ± 554	1.838 ± 371	2.387 ± 471	1.901 ± 626
Bewertung*	+2,5 %	+ 2,82 %	- 3,2 %	- 9,4 %	- 10,7 %	- 14,9 %
Fett**	35,4 ± 3,0	36,6 ± 4,0	37,1 ± 3,5	35,0 ± 5,0	37,6 ± 3,0	35,8 ± 4,5
Bewertung*	+ 1 %	+ 5 %	+ 6 %	- 1 %	+ 7 %	+ 2 %
Eiweiß g/kgKG	1,84 ± 0,5	1,6 ± 0,4	1,7 ± 0,5	1,4 ± 0,4	1,4 ± 0,2	1,2 ± 0,4
Eiweiß g/d	54,1 ± 11,1	50,5 ± 8,3	68,7 ± 17,5	55 ± 13,9	75,5 ± 14,9	58,6 ± 19,5
Bewertung*	+ 125 %	+ 110,4 %	+ 102,1 %	+ 57,1 %	+ 64,1 %	+ 30,2 %
Kohlenhydrate **	50,8 ± 2,9	49,1 ± 4,8	47,4 ± 4,5	50,8 ± 6,0	46,7 ± 4,1	48,9 ± 5,4
Bewertung*	+ 2 %	- 2 %	- 5 %	+ 2 %	- 7 %	- 2 %
Ballaststoffe g/MJ	1,9 ± 0,3	1,9 ± 0,3	1,8 ± 0,4	1,9 ± 0,5	1,9 ± 0,5	2,2 ± 0,7
Bewertung*	- 38 %	- 37 %	- 41 %	- 38 %	- 36 %	- 28 %
Saccharoseanteil **	14,6 ± 2,95	14,5 ± 3,6	12,7 ± 3,8	15,9 ± 4,9	12,8 ± 4,5	14 ± 4
Bewertung*	+ 46 %	+ 45 %	+ 27 %	+ 59 %	+ 28 %	+ 40 %
Cholesterin mg/d	324 ± 84	298 ± 78	361 ± 113	295 ± 106	379 ± 101	304 ± 97
Bewertung*	+ 8 %	- 0,7 %	+ 20 %	- 2 %	+ 26 %	+ 1 %
Essenzielle Fettsäuren**	4,9 ± 1,0	4,96 ± 0,8	5,0 ± 1	4,7 ± 1	5,2 ± 1	4,9 ± 1
Bewertung*	+ 41 %	+ 42 %	+ 42 %	+ 34 %	+ 48 %	+ 41 %
P/S-Quotient	0,31 ± 0,12	0,34 ± 0,07	0,33 ± 0,1	0,33 ± 0,1	0,34 ± 0,1	0,34 ± 0,1

Die Angaben erfolgen in dieser Reihenfolge: Mittelwert ± Standardabweichung

* mittlere prozentuelle Abweichung der Aufnahmen von der Empfehlung der DGE (2000)

** Angaben in % der Energie

MJ = Mega Joule – Angaben in Form der Nährstoffdichte, Kcal = Kilokalorien, KG = Körpergewicht

P/S Quotient: Verhältnis mehrfach gesättigter Fettsäuren zu einfach gesättigten Fettsäuren

Quelle: WHO-Projekt: Wien – Gesunde Stadt, 1. Wiener Ernährungsbericht 1994

Tabelle 18: Tägliche Aufnahme an fett- und wasserlöslichen Vitaminen der Wiener Schulkinder und Vergleich mit den entsprechenden Empfehlungen

	7-9-Jährige		10-12-Jährige		13-14-Jährige	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Vitamin A (mg RÄ/d)	0,84 ± 0,34	0,76 ± 0,25	0,87 ± 0,38	0,81 ± 0,27	1,05 ± 0,53	0,96 ± 0,48
Bewertung*	+ 5 %	- 5 %	- 3,3 %	- 10 %	- 4,5 %	- 4 %
Vitamin D (µg/d)	1,93 ± 1,37	1,69 ± 1,23	1,8 ± 1,2	1,6 ± 1,2	1,8 ± 0,9	1,6 ± 1
Bewertung*	- 61,5 %	- 66,2 %	- 64 %	- 68 %	- 64 %	- 68 %
Vitamin E (mg TÄ/d)	8,57 ± 1,93	9,07 ± 2,18	9,12 ± 2,26	8,55 ± 2,25	10,82 ± 2,73	10,27 ± 2,30
Bewertung*	- 14,3 %	+ 0,7 %	- 29,9 %	- 22,3 %	- 22,7 %	- 32 %
Vitamin B ₁ (mg/d)	0,92 ± 0,25	0,76 ± 0,17	1,13 ± 0,28	0,99 ± 0,27	1,26 ± 0,21	1,06 ± 0,19
Bewertung*	- 8 %	- 24 %	+ 13 %	- 1 %	+ 5 %	- 3,6 %
Vitamin B ₂ (mg/d)	1,26 ± 0,34	1,18 ± 0,25	1,41 ± 0,38	1,35 ± 0,27	1,68 ± 0,42	1,44 ± 0,38
Bewertung*	+ 14,6 %	+ 7,3 %	+ 7,1 %	+ 12,5 %	+ 5 %	+ 10,7 %
Niacin (mg NÄ/d)	20,16 ± 2,52	20,16 ± 2,86	25,29 ± 3,76	22,32 ± 4,23	28,56 ± 4,83	25,44 ± 4,32
Bewertung*	+ 68 %	+ 68 %	+ 68,6 %	+ 71,7 %	+ 58,7 %	+ 69,6 %
Vitamin B ₆ (mg/d)	1,18 ± 0,25	1,09 ± 0,17	1,32 ± 0,19	1,17 ± 0,27	1,58 ± 0,32	1,34 ± 0,29
Bewertung*	+ 68,6 %	+ 55,7 %	+ 32 %	+ 17 %	+ 12,9 %	- 4,3 %
Folsäure (µg/d)	83,92 ± 24,36	85,68 ± 17,64	102,46 ± 27,26	96,30 ± 19,80	117,6 ± 29,40	116,16 ± 35,52
Bewertung*	- 44,1 %	- 42,9 %	- 48,77 %	51,9 %	- 41,2 %	- 41,9 %
Vitamin B ₁₂ (µg/d)	4,12 ± 3,28	3,70 ± 1,68	4,52 ± 1,32	4,41 ± 1,8	5,78 ± 3,47	4,61 ± 2,88
Bewertung*	+ 128,9 %	+ 105,6 %	+ 125,5 %	+ 120,8 %	+ 92,7 %	+ 53,7 %

Die Angaben erfolgen in dieser Reihenfolge: Mittelwert ± Standardabweichung

* mittlere prozentuelle Abweichung der Aufnahmen von der Empfehlung der DGE (2000)

/d = pro Tag – Angaben in Form der Absolutzufuhr, RÄ = Retinoläquivalent = Sammelbegriff aller Provitamin A-Carotinoide unter Berücksichtigung der Vitaminwirksamkeit des β-Carotins, TÄ = Tocopheroläquivalent = Sammelbegriff aller Tocopherole unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Vitaminwirksamkeit, NÄ = Niacingehalt + 1/60 des Tryptophangehaltes, mg = Milligramm, µg = Mikrogramm

Quelle: WHO-Projekt: Wien – Gesunde Stadt, 1. Wiener Ernährungsbericht 1994

Die Aufnahmen an **Vitamin B₁₂** lagen bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen im Bereich der Empfehlungen bzw. sogar darüber. Bei einem von zehn Kindern konnte ein erniedrigter Vitamin B₁₂-Status gemessen werden. Im Großen und Ganzen ist jedoch die Vitamin B₁₂-Versorgungslage als sehr gut bis zufriedenstellend zu beurteilen (Tabelle 18).

Bei **Vitamin C** wurden kaum erniedrigte Messwerte im Blut festgestellt. Nur in 0,5–2 Prozent aller untersuchten Blutproben wurden zu niedrige Werte festgestellt.

Der Status an **Calcium** war bei etwas mehr als 80 Prozent der Kinder normal und bei 15–20 Prozent wurden niedrigere Werte gemessen. Die Ergebnisse aus der Analyse der Lebensmittelaufnahme zeigten, dass bei ca. zehn Prozent der Untersuchten zu geringe Aufnahmen an Milch- und Milchprodukten vorlagen.

Die Versorgung mit **Kalium**, gemessen im Urin und Serum, ist im Allgemeinen zufriedenstellend. Nur bei ungefähr fünf Prozent der Schulkinder wurden Werte gemessen, welche geringfügig unter dem Normbereich lagen.

Die Bewertung des **Magnesium**status, welcher im Harn gemessen wurde, deutet auf eine ausreichende Aufnahme hin (Tabelle 19). Bei mehr als 90 Prozent der Untersuchten in allen Altersgruppen wurde eine ausreichende bzw. eine Überversorgung festgestellt. Lediglich fünf Prozent der Kinder wiesen leicht niedrigere Messwerte auf.

Die Wiener Schulkinder wiesen eine ausreichende **Kupfer**konzentration im Serum auf, was auf eine ausreichende Zufuhr schließen lässt (Tabelle 19).

Für **Mangan** ergab sich ebenfalls ein günstiges Bild, denn bei den Schulkindern lagen sowohl die Aufnahmen als auch der gemessene Status über den Empfehlungen (Tabelle 19).

Die Ergebnisse der **Selen**konzentrationen im Serum zeigten eine im Allgemeinen gute Versorgungslage. Unter Berücksichtigung der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen der Schulkinder lassen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede feststellen.

Die **Zink**aufnahmen der Wiener Schulkinder sind, in einzelnen Altersgruppen, zufriedenstellend (Tabelle 19). Gute Zinkquellen sind z. B. Geflügelfleisch, Hülsenfrüchte und Edamer.

Der **Jod**status wurde anhand der Ausscheidung im Urin gemessen. Bei etwa 25 Prozent der Kinder wurde ein erniedrigter Jodgehalt gemessen. Demgegenüber lag bei allen Altersgruppen ein ausreichender Status an den Schilddrüsenhormonen vor, sodass von einer ausreichenden Schilddrüsenfunktion ausgegangen werden kann (Tabelle 19).

Die **Eisen**aufnahme lag bei den 7–9-jährigen Mädchen und Knaben leicht über den Empfehlungen. In der Altersklasse der 10–14-Jährigen lag die Versorgung der Mädchen mit Eisen unter den Empfehlungen, die Burschen hingegen wiesen eine ausreichende Aufnahme auf (Tabelle 19) (1. WIENER ERNÄHRUNGSBERICHT, 1994).

Tabelle 19: Tägliche Aufnahme an Spurenelementen der Wiener Schulkinder und Vergleich mit der entsprechenden Empfehlung

	7–9-Jährige		10–12-Jährige		13–14-Jährige	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Eisen (mg/d)	10,1 ± 1,68	10,84 ± 1,68	12,13 ± 2,63	11,25 ± 1,8	14,07 ± 2,84	12,96 ± 2,5
Bewertung*	+ 0,8 %	+ 0,8 %	+ 1,1 %	- 6,3 %	+ 17,25 %	- 13,6 %
Zink (mg/d)	7,9 ± 0,84	8,15 ± 0,84	10,15 ± 1,5	9,0 ± 1,26	11,76 ± 2,31	10,27 ± 1,34
Bewertung*	+ 12,68 %	+ 16,4 %	+ 12,8 %	+ 28,6 %	+ 23,8 %	+ 46,7 %
Jod – Lm + Salz (µg /d)	197,4 ± 33,6	185,64 ± 33,6	234,06 ± 47	225,0 ± 45	290,9 ± 94,9	254,4 ± 67,2
Bewertung*	+ 41 %	+ 32,6 %	+ 26 %	+ 25 %	+ 45,4 %	+ 26 %
Mangan (mg/d)	3,41 ± 1,0	3,27 ± 0,7	3,89 ± 1,09	3,35 ± 1,13	4,61 ± 1,83	3,92 ± 1,38
Bewertung*	+ 51,6 %	+ 45,3 %	+ 11,1 %	- 4,3 %	+ 31,7 %	+ 12 %
Kupfer (mg/d)	1,65 ± 0,6	1,43 ± 0,3	1,87 ± 0,49	1,54 ± 0,42	2,16 ± 0,55	1,71 ± 0,60
Bewertung*	+ 32 %	+ 14,4 %	+ 49,6 %	+ 23,2 %	+ 72,8 %	+ 36,8 %
Kochsalz (g/d)	6,4 ± 3,0	5,6 ± 1,2	7,04 ± 2,07	5,85 ± 1,66	8,23 ± 2,37	6,37 ± 3,04

Die Angaben erfolgen in dieser Reihenfolge: Mittelwert ± Standardabweichung

* mittlere prozentuelle Abweichung der Aufnahmen von der Empfehlung der DGE (2000)

mg = Milligramm, µg = Mikrogramm, d = pro Tag – Angaben in Form der Absolutzufuhr, Lm = Lebensmittel

Quelle: WHO-Projekt: Wien – Gesunde Stadt, 1. Wiener Ernährungsbericht 1994

5.1.5.2 Untersuchungen zu Schulspeisungsprogrammen

Die Bewertung der offerierten Mittagsmenüs (Tabelle 20) im Wiener Pflichtschulbereich basiert auf Speiseplänen eines Kühlkost- und eines Tiefkühlkostenbieters. Es handelt sich dabei um je drei Wochenspeisepläne für Volksschulen und Hauptschulen des einen Herstellers sowie einen sechswöchigen Speiseplan des anderen, der unterschiedliche Portionsgrößen für beide Altersgruppen berücksichtigt (1. WIENER ERNÄHRUNGSBERICHT, 1994).

Tabelle 20: Nährstoff-Richtlinien für die Gemeinschaftsverpflegung in Schulen

	7–9 Jahre		10–12 Jahre		13–14 Jahre	
	Tageskost	Mittag	Tageskost	Mittag	Tageskost	Mittag
Energie (kcal)**	1.800	600	2.150	700	2.450	800
Eiweiß (%)*	≤ 15	≤ 20	≤ 15	≤ 20	≤ 15	≤ 20
Fett (%)*	≤ 35	≤ 35	≤ 35	≤ 35	≤ 35	≤ 35
Cholesterin (mg)	≤ 300	≤ 100	≤ 300	≤ 100	≤ 300	≤ 100
Kohlenhydrate (%)*	≥ 50	≥ 45	≥ 50	≥ 45	≥ 50	≥ 45
Ballaststoffe (g)	≥ 30	≥ 10	≥ 30	≥ 10	≥ 30	≥ 10
Magnesium (mg)	170	85	240**	120	310	155
Calcium (mg)	900	300	1.100	366	1.200	400
Zink (mg)	7	2,3	8**	2,6	8**	2,6
Eisen (mg)	10	5,0	13,5**	6,8	13,5**	6,8
Jod (µg)	140	47	180	60	200	67
Vitamin A-Äq. (µg)	800	400	900	450	1.050	525
Vitamin D (µg)	5	1,7	5	1,7	5	1,7
Vitamin E (mg)**	9,5	3,2	12	4	13	4,3
Vitamin B ₁ (µg)	1.000	333	1.000	333	1.150**	383
Vitamin B ₂ (µg)	1.100	366	1.300**	433	1.450**	483
Vitamin B ₆ (µg)	700	233	1.000	333	1.400	466
Folsäure-Äq. (µg)	300	150	400	200	400	200
Vitamin C (mg)	80	40	90	45	100	50

* Anteil in % der Gesamtenergie

** Mittelwert

Vitamin-A-Äq. (RÄ) = Retinoläquivalent = Sammelbegriff aller Provitamin A-Carotinoide unter Berücksichtigung der Vitaminwirksamkeit des β -Carotins, Folsäure-Äq. = Monoglutamate + Polyglutamate*0,2

Quelle: DGE et al., 2000

Ausgehend von der Empfehlung der DGE (2000), die besagt, dass das Mittagessen mit einem Drittel des Tagesbedarfs an Energie auch mindestens ein Drittel des Bedarfs an Nährstoffen liefern soll, stellt sich das Versorgungsangebot der Schüler wie folgt dar:

Durchschnittlich beinhalten die Mittagsmahlzeiten knapp 40 Prozent der empfohlenen Tages-Energiemengen. Das Proteinangebot entspricht den DGE-Richtlinien, während der Anteil an Energie aus Kohlenhydraten zugunsten des Anteils an Fettenergie verschoben ist. Die Kohlenhydrate stammen aus Beilagen, Mehlspeisen, Gemüse, Nachtschen und Salaten. Die Dominanz der Fleischspeisen trägt zu der untergeordneten Rolle der Kohlenhydrate bei. Eine Konsequenz dieser Nährwertrelation ist auch ein geringer Ballaststoffanteil.

Die Vitamine B₁₂, A, E, B₁, B₆ und B₂ sind in den Menüs in ausreichenden Mengen enthalten, aber bei Folsäure und Eisen werden von allen Herstellern relativ niedrige Mengen über die Mittagmahlzeit angeboten (Tabelle 20).

Die Ergebnisse aus den Untersuchungen zum effektiven Verzehr lassen diese Ergebnisse noch ungünstiger erscheinen. Obwohl die angebotene Energie zu 80 Prozent auch verzehrt wird, konnten bei einzelnen Vitaminen und Mineralstoffen Unterschiede von 30–40 Prozent zwischen Angebot und Verzehr analysiert werden. Besonders groß waren die Differenzen bei den Vitaminen D, E und Folsäure. Der Calciumanteil in den Mittagsmenüs war zu niedrig, deshalb sollte bei der Gestaltung der Lebensmittel vermehrt darauf geachtet werden. Die Magnesiumgehalte waren zufriedenstellend. Auch bei Jod zeigte sich eine ausreichende Versorgung. Das Angebot an Zink wird nur beim Tiefkühlkostenbieter erreicht (1. ÖSTERREICHISCHER ERNÄHRUNGSBERICHT, 1998).

Die Ergebnisse aus der **Menükomponentenanalyse** (Tabelle 21) sind typisch für die österreichische Ernährungssituation. Suppen und Fleischwaren werden durchschnittlich zweimal pro Woche angeboten. Fisch zumeist einmal pro Woche. Die Beilagen setzten sich aus Kartoffeln, Getreide, Gemüse, Salaten, Mus/Kompotten und aus Milchbasis zusammen. Bei den Nachspeisen gab es Kuchen, Obst/Kompott, Milchspeisen oder Süßigkeiten. Eine individuelle Menüwahl ist im Schulalltag, vor allem in den Volksschulen, nicht denkbar. Die Möglichkeit der wahlweisen Menüzusammenstellung aus verschiedenen Kostformen hat sich bestens bewährt und sollte beibehalten werden (1. ÖSTERREICHISCHER ERNÄHRUNGSBERICHT, 1998).

Tabelle 21: Ergebnisse der Menükomponentenanalyse auf Basis der Wochenpläne

Menükomponente	Volksschule		Hauptschule		Empfehlung der DGE
	Frequenz in 5 Tagen		Frequenz in 5 Tagen		
	Kühlkost	Tiefkühlkost	Kühlkost	Tiefkühlkost	
Suppen	2x	2x	2,3x	2x	1–2x
Hauptspeisen					5x
Fleisch und Fleischwaren ¹	2x	0,5x	2,7x	0,5x	1x
Fisch	1x	1x	0,3x	1x	1x
Andere Gerichte	1x	2,5x	1x	2,5x	3x
Mehlspeisen	0,6x	1x	1x	1x	-
Beilagen					
Kartoffelbasis	2x	1,2x	1,3x	1,2x	5x*
Getreidebasis	1x	1,5x	1,3x	1,5x	4x
Gemüse	1,3x	1,5x	1,3x	1,5x	6x
Mus/Kompott	0,3x	0,3x	0,3x	0,3x	-
Milchbasis	-	0,2x	-	0,2x	-
Nachspeisen					3–4x
Kuchen	0,7x	0,5x	0,3x	0,5x	1x
Obst/Kompott	1,3x	1,8x	2,0x	1,8x	1x
Milchspeisen	0,3x	0,7x	0,7x	0,7x	1–2x
Süßigkeiten	0,7x	-	-	-	-

¹ Bei der Bewertung wurden die mengenmäßigen Hauptkomponenten berücksichtigt

* Stärkebeilage (Kartoffeln, Reis, Hirse, ...)

Quelle: 1. Österreichischer Ernährungsbericht, 1998; DGE et al., 2000

Die von der DGE empfohlene Nährwertrelation für die Hauptnährstoffe kann nur erreicht werden, wenn der Fleischkonsum reduziert und der Verzehr von Gemüse, Obst, Getreide, Hülsenfrüchten und Kartoffeln erhöht wird. Schulspeisungsprogramme sollten nicht nur als Mittel zur Versorgung dienen, sondern auch dazu beitragen, eine „hausgemachte“ schlechte oder unzureichende Versorgung der SchülerInnen zu verbessern (1. WIENER ERNÄHRUNGSBERICHT, 1994).

Die Untersuchung zur **Akzeptanz der Schulmenüs** ergab, dass fast 60 Prozent der SchülerInnen das Mittagessen sehr gut bzw. gut schmeckt. Die SchülerInnen waren auch mit der Speisenzusammenstellung (38 Speisen) im Großen und Ganzen zufrieden. Von den 38 Speisen wurden nur fünf schlecht bewertet (Fisch natur, Fisch paniert, Kohlgemüse, Letschogemüse und Kürbisgemüse). Das Wiener Schnitzel wurde von allen Kindern am besten benotet. Bei der Frage nach Änderungen zeigte sich, dass Fleischspeisen in geringeren Mengen und nicht so häufig bevorzugt werden, dafür aber öfter Gemüse gewünscht wird (CAESAR, 1996).

5.1.6 Ernährungsgewohnheiten der Wiener Kinder

Vitamin- und ballaststoffreiche Nahrungsmittel und Getränke

68 Prozent der Wiener SchülerInnen essen täglich mindestens einmal Obst, weitere 23 Prozent mindestens wöchentlich. Salat und rohes Gemüse werden seltener gegessen. 47 Prozent der Wiener Jugendlichen essen diese Nahrungsmittel mindestens einmal täglich, weitere 32 Prozent mindestens einmal wöchentlich. Sowohl Obst als auch Gemüse werden von Mädchen häufiger gegessen als von Knaben, was für ihr höheres Ernährungsbewusstsein spricht.

Vollwertprodukte werden von 33 Prozent der Wiener SchülerInnen mindestens einmal täglich gegessen, von weiteren 22 Prozent mindestens einmal wöchentlich, wobei die 11-jährigen Kinder noch deutlich weniger davon essen als die Älteren.

Milch wird von 69 Prozent der Wiener SchülerInnen täglich mindestens einmal getrunken, von weiteren zwölf Prozent mindestens einmal wöchentlich. Damit trinken vier Fünftel der Kinder mindestens einmal wöchentlich Milch, wobei der Anteil der Knaben in allen Altersstufen geringfügig über dem der Mädchen liegt.

Alle vier „gesunden“ Nahrungsmittel (Obst, Gemüse, Vollkornprodukte und Milch) zusammen werden nur mehr von 14 Prozent täglich und von 41 Prozent zumindest einmal wöchentlich gegessen. Zumindest drei der „gesunden“ Nahrungsmittel werden nur von 41 Prozent täglich konsumiert. Geringfügig steht dieses Essverhalten im

Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren – Obst und Gemüse sind oftmals teuer. In der Unterschicht beträgt der tägliche Konsum von zumindest drei gesunden Nahrungsmitteln pro Tag auf 36 Prozent; in der oberen Mittel- und Oberschicht steigt er auf 50 Prozent. Dieser Zusammenhang ist allerdings – wie in allen an der WHO-HBSC-Studie (Health Behavior in School-Aged Children) beteiligten reichen Ländern mit billig anbietenden Lebensmittelketten – statistisch nicht signifikant (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Zucker-, fett- und koffeinhaltige Nahrungsmittel und Getränke

Süßigkeiten werden von 38 Prozent der Wiener Jugendlichen täglich konsumiert, was verglichen mit den Kindern anderer Länder als zurückhaltend bezeichnet werden darf. Der Anteil der Naschkatzen liegt dabei unter den 13-Jährigen noch am höchsten. Knabbereien wie Chips oder Erdnüsse, aber auch Fast Food wie Hamburger, Hot Dogs oder Pommes Frites werden nur von je ca. fünf Prozent der Wiener SchülerInnen täglich gegessen (Tabelle 22).

Koffeinhaltige Getränke und andere stark gesüßte, kohlen säurehaltige Limonaden werden von 37 Prozent der Wiener SchülerInnen aus den befragten Altersgruppen täglich getrunken. Kaffee wird von 16 Prozent der Kinder täglich konsumiert (Tabelle 22). Damit liegt Wien sowohl bei Kaffee als auch bei Limonadetränken etwas unter dem österreichischen Durchschnitt (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Tabelle 22: Konsum von verschiedenen Nahrungsmitteln¹⁾

Nahrungsmittel	Alter und Geschlecht				gesamt
	11 Jahre		15 Jahre		
	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	
Obst	72	62	73	64	68
Gemüse	47	43	54	50	47
Vollkornbrot	36	24	34	32	33
Milch	61	64	70	69	69
Cola, Limonaden	32	53	30	46	37
Süßigkeiten	23	38	36	37	38
Erdnüsse	5	9	1	5	4
Pommes Frites	5	10	2	7	8
Kartoffel-Chips	9	10	5	13	8
Fast Food (Würstel, Hamburger, ...)	4	5	3	5	4

1) Angaben für „täglich Konsum“, in %

Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1997

Insgesamt werden von den Wiener Jugendlichen weniger „ungesunde“ Nahrungsmittel konsumiert als im österreichischen Durchschnitt; Wien liegt damit auch international gut. Somit sind auf die Ernährung abzielende Maßnahmen und Projekte in Wien weniger dringend als eine Veränderung der (schulischen) Bewegungsangebote, obgleich beide Bereiche, um es zu wiederholen, aus Sicht der Gesundheitspolitik eine erfreuliche Bilanz aufweisen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

5.1.7 Ernährungswissen

Je nach Altersgruppe zeigten 60–80 Prozent der Schülerinnen und Schüler ein gutes oder zufriedenstellendes Ernährungswissen, bei 20–40 Prozent musste das Ernährungswissen jedoch als nicht zufriedenstellend (schlecht) eingestuft werden.

Beispielsweise wussten 79 Prozent der 7–9-Jährigen, dass Milchprodukte wichtig für die Gesundheit sind, aber nur mehr 35 Prozent wussten, dass diese gesund für Knochen und Zähne sind. Bei den 10–14-Jährigen ist zu erkennen, dass die Häufigkeit der richtigen Antworten mit zunehmendem Alter steigt, jedoch immer noch wesentlich mehr Kinder die Frage, ob Milch gesund ist, als die Frage, warum Milch gesund ist, beantworten können. So meinten in der Altersgruppe der 10–12-Jährigen 85 Prozent der SchülerInnen, in der Altersgruppe der 13- und 14-Jährigen 89 Prozent, dass Milch wichtig für die Gesundheit sei, während nur mehr 60 Prozent bzw. 65 Prozent wussten, dass Milch und Milchprodukte besonders wichtig für Knochen und Zähne sind.

Auch bei der Auswertung anderer Fragen zeigte sich, dass die theoretischen Grundlagen der Ernährungslehre großteils nicht bekannt sind. So beinhalteten die Fragebögen für die 10–14-Jährigen eine Aufzählung von Nährstoffen, bei der jedoch zwei Nährstoffe (Vitamine, Kohlenhydrate, Mineralstoffe) fehlten, die von den SchülerInnen zu komplettieren waren. Von den 10–12-Jährigen wussten nur 28 Prozent die fehlenden Nährstoffe und von den 13–14-Jährigen nur 29 Prozent.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Vermittlung von Ernährungswissen für Schulkinder noch beträchtliche Mängel aufweist. Da laut deutschen Studien die Hauptinformationsquellen für Ernährungsfragen bei Schulkindern die Familien und die Schulen bzw. LehrerInnen sind, sollten auch in diesen Bereichen Maßnahmen gesetzt werden (1. WIENER ERNÄHRUNGSBERICHT, 1994).

5.1.8 Körpergewicht von Kindern

Für die Ermittlung des Ernährungsstatus werden neben biochemischen, klinischen, immunologischen und physiologischen Parametern auch die anthropometrischen (z. B. Körpergröße, Körpergewicht, Kopf-, Brust-, Oberarm-, Oberschenkel- und Bauchumfang) herangezogen. Bei der Beschreibung des Ernährungszustandes eines Menschen kann über den Gehalt an Körperfett und magerer Körpermasse ein Abbild der langfristigen Wirkungen der Ernährung erhalten werden. Mangelernährung spiegelt sich sowohl in verringerter Fettmasse aber auch in reduzierter magerer Körpermasse wider. Eine langzeitige Überernährung wirkt sich primär auf eine deutliche Vergrößerung des Körperfettanteils aus. Der Hauptteil der untersuchten Mädchen und Buben wies ein normales Körperzusammensetzung auf (1. WIENER ERNÄHRUNGSBERICHT, 1994).

5.1.8.1 Die Beurteilung des Körpergewichtes

Für Kinder und Jugendliche sind allgemein akzeptierte und empirisch gesicherte Grenzwerte, wann ein klinisch bedeutungsvolles Unter- oder Übergewicht diagnostiziert werden kann, nicht vorhanden. Der Body-Maß-Index (BMI, definiert als Körpergewicht in kg dividiert durch das Quadrat der Körperlänge in Meter) oder der Broca-Index (Körperlänge in cm minus 100 = wünschenswertes Körpergewicht) sind für Kinder und Jugendliche nur bedingt oder gar nicht anwendbar.

Deshalb wird aus den Perzentilen der Wachstumsstandards für Körpergewicht und Körperlänge/Höhe das größenbezogene Körpergewicht errechnet und grafisch darstellt. Die 50. Perzentile entspricht dem Median und ist gleichzeitig das von der DGE definierte Referenzgewicht (Tabelle 23). Der **Median** definiert ein Körpergewicht, welches bei den meisten Kindern und Jugendlichen gleichen Geschlechts und Alters zu finden ist. Da es aber dennoch Abweichungen gibt, wird der Median mit einem Toleranzbereich angewendet. Alter, Gewicht und Größe werden in eine grafisch erstellte Tabelle (Somatogramm) eingezeichnet. Im Idealfall sollte die Verbindungslinie eine Gerade sein. Weichen die Werte um zehn Prozent oder gar 20 Prozent ab, so besteht der Verdacht auf Übergewicht bzw. Adipositas (siehe Kap. 4.2.4.3.2 und 5.1.7.2) oder Untergewicht bzw. Magersucht (HOLTMEIER, 1995).

Tabelle 23: Referenzmaße von Körpergröße und Körpergewicht für die Berechnung des Grundumsatzes

Alter	Körpergröße in cm		Körpergewicht in kg	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Säuglinge¹				
0 bis < 4 Monate	57,9	56,5	5,1	4,7
4 bis < 12 Monate	70,8	68,9	8,7	8,1
Kinder¹				
1 bis < 4 Jahre	90,9	90,5	13,5	13,0
4 bis < 7 Jahre	113,0	111,5	19,7	18,6
7 bis < 10 Jahre	129,6	129,3	26,7	26,7
10 bis < 13 Jahre	146,5	148,2	37,5	39,2
13 bis < 15 Jahre	163,1	160,4	50,8	50,3

¹ Die Referenzwerte entsprechen den 50er Perzentilen der Wachstumsdaten des amerikanischen National Center for Health Statistics (NCHS), die auch in den RDA 1989 als Referenzwerte verwendet werden. Angegeben sind die interpolierten Werte für die Mitte des jeweiligen Altersbereiches.

Quelle: DGE et al., 2000

5.1.8.2 Übergewicht und Adipositas

Das Übergewicht und die Adipositas (siehe Kap. 4.2.4.3.2 und 5.1.7.2) haben sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten zu einem großen medizinischen Problem und zur häufigsten Ernährungsstörung in den Industrieländern entwickelt (DICHTL, 1990).

Bei Kindern gibt es bisher keine allgemein akzeptierte Definition eines zu hohen Fettgewebsanteils. Als konventionelle Grenzen von Übergewicht und Adipositas werden genannt:

- Übergewicht: 10–20 Prozent Abweichung von der 50. Perzentile des größenbezogenen Körpergewichtes
- Adipositas: mehr als 20 Prozent Abweichung von der 50. Perzentile des größenbezogenen Körpergewichtes

Diese Einteilung lässt jedoch Fehlinterpretationen zu, sodass je nach Alter, Geschlecht und Körperbau ein unterschiedlicher prozentualer Anteil der Kinder als übergewichtig bzw. adipös eingestuft wird.

Bei der prä- und postnatalen Adipogenese sind noch viele Fragen offen. Zur Realisation der genetischen Anlagen, der prä- und postnatalen Adipogenese, deren hormoneller Kontrolle durch Insulin und Wachstumshormon, der Thermogenese (Regulation der Körpertemperatur) sowie der β -Oxidation der Fettsäuren (Abbau) müssen offensichtlich auch Umweltfaktoren hinzukommen. In diesem Zusammenhang werden psychische Faktoren diskutiert, z. B. Störungen im Essverhalten durch „stressbedingtes Essen“ oder bei Nichtbewältigung persönlicher Probleme und Konflikte. Zu dem bei Kindern und Jugendlichen verbreiteten Übergewicht tragen auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen, z. B. der erhebliche Verzehr von fett- und kohlenhydratreichen Lebensmitteln sowie kohlenhydratreichen Getränken bei. Hinzu kommt die zunehmende körperliche Inaktivität, welche einen geringeren Energieumsatz bedingt. Den alimentär bedingten Formen der Adipositas stehen die seltenen Fälle gegenüber, bei denen Übergewicht bzw. Adipositas Ausdruck einer definierten Grundkrankheit sind.

Die Notwendigkeit einer Intervention im Kindes- bzw. Jugendalter (siehe Kap. 9.3) wird damit begründet, den eigenständigen Risikofaktor Übergewicht bzw. Adipositas für die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit im Erwachsenenalter so früh wie möglich zu verringern. Auch die Entstehung von Stoffwechselerkrankungen wie Hyperlipidämien und Diabetes mellitus sowie Auswirkungen auf den Bewegungsapparat sind durch Übergewicht bzw. Adipositas begünstigt (WACHTEL und HILGARTH, 1995). Man rechnet damit, dass 70–80 Prozent aller Kinder mit ausgeprägter Adipositas auch bis ins Erwachsenenalter hinein adipös bleiben (DICHTL, 1990).

Rund 10–25 Prozent der untersuchten Wiener Kinder im Rahmen des 1. Wiener Ernährungsberichtes waren übergewichtig. Dabei wurde bei einem höheren Anteil der Buben (6–12 Prozent) als der Mädchen (2–8 Prozent) eine Adipositas mit massiv erhöhtem Körperfettanteil festgestellt. Besonders auffällig waren die verringerte körperliche Tätigkeit und der erhöhte Fernsehkonsum bei den Übergewichtigen (1. WIENER ERNÄHRUNGSBERICHT, 1994).

Da Kinder ganz andere Betreuung und andere Strategien beim Abnehmen benötigen als Erwachsene, wurde am Institut für Sozialmedizin der Universität Wien ein „Schlank ohne Diät – Programm“ speziell für Kinder entwickelt (siehe Kap. 9.3).

5.1.8.3 Untergewicht

Bei Unterernährung kommt es als Folge einer zu geringen Nahrungszufuhr zum Abbau von Körperprotein und Depotfett, der Wassergehalt des Körpers steigt (ELMADFA und LEITZMANN, 1998).

Rund fünf Prozent der Buben und ca. zehn Prozent der Mädchen in Wien weisen ein ausgeprägtes Untergewicht auf. Obwohl im untersuchten Kollektiv kein Fall von Anorexie diagnostiziert wurde, so muss doch an dieser Stelle auf die stetige Zunahme von Essstörungen (siehe Kap. 4.2.4.3.2) hingewiesen werden (1. WIENER ERNÄHRUNGSBERICHT, 1994).

5.2 Freizeitverhalten²⁶

Zusammenfassung

Die meisten Wiener Kinder (76 Prozent) im Alter von 11–15 Jahren betreiben mindestens zweimal pro Woche in der Freizeit Sport, 26 Prozent betreiben sogar täglich Sport. Diese generelle Bewegungsfreude nimmt aber mit dem Alter ab. Die Zahl jener, die kaum Sport betreiben, ist jedoch gering. Je häufiger die SchülerInnen Sport betreiben, desto gesünder, wohler und glücklicher fühlen sie sich.

Ein hohes Maß an Bildschirmexposition bei Kindern und Jugendlichen ist aus diversen Gründen als problematisch einzustufen. 37 Prozent der Befragten schauen täglich 2–3 Stunden fern, 13 Prozent vier Stunden und 16 Prozent sogar mehr als vier Stunden.

Anders als beim Fernsehen ist die Beschäftigung mit dem Computer eine Domäne der Knaben. 18 Prozent der 11-jährigen Knaben und 3 Prozent der gleichaltrigen Mädchen spielen täglich zwischen vier und sechs Stunden mit/am Computer.

Summary: Leisure Time Patterns

Most children in Vienna (76 percent) aged 11 to 15 engage in sports activities twice or more times a week, 26 percent go in for sports on a daily basis. This general enthusiasm for physical movement decreases with age, however, there are very few who do not engage in any sports activities whatsoever. The more active students are in sports, the healthier, better and happier they feel.

High levels of screen exposure are considered critical for a number of reasons. 37 percent of children asked watch television 2 to 3 hours a day, 13 percent watch 4 hours and 16 percent watch television for more than 4 hours daily.

Unlike television, computers appear to be more of a boys' domain. 18 percent of 11 year old boys and 3 percent of girls the same age engage in computer games between 4 and 6 hours daily.

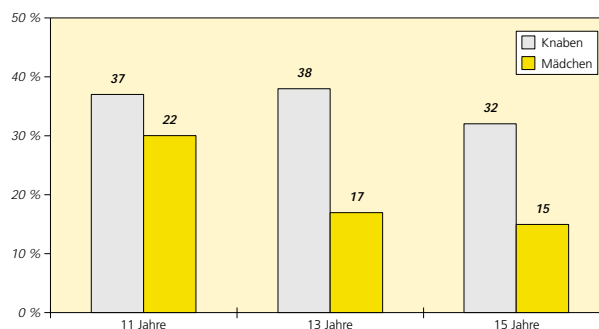
5.2.1 Sport und Bewegung außerhalb der Schule²⁷

Die meisten Wiener Kinder (76 Prozent) im Alter von 11–15 Jahren betreiben mindestens zweimal pro Woche in der Freizeit Sport, 26 Prozent betreiben sogar täglich Sport.

Allerdings nimmt diese generell hohe Bewegungsfreude mit dem Alter leicht ab, die jüngeren Schülerinnen und Schüler betreiben häufiger Sport. Dies gilt vor allem für die Knaben. 37 Prozent der 11-jährigen Knaben und 22 Prozent der Mädchen betreiben täglich Sport. Im Alter von 15 Jahren geben nur mehr 32 Prozent der Knaben und gar nur 15 Prozent der Mädchen an, täglich Sport zu betreiben.

Die Zahl jener, die kaum Sport betreiben, ist dennoch gering: nur zehn Prozent geben an, dass sie höchstens einmal im Monat und lediglich ein Prozent gibt an, dass sie überhaupt keine Bewegung außerhalb der Turnstunde machen (siehe Abb. 1).

Abbildung 1: Anteil der Schulkinder, die täglich Sport betreiben, nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien



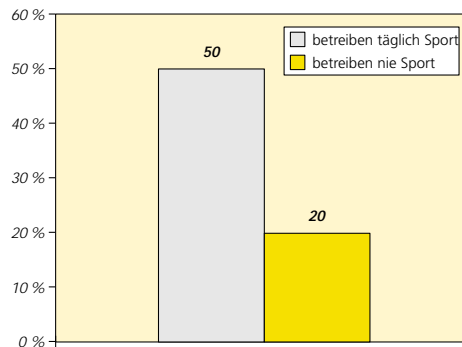
Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1998

²⁶ WHO-HBSC-Survey, 1998.

²⁷ WHO-HBSC Survey: Forschungsfrage „Außerhalb der Turnstunde: wie oft betätigst Du Dich gewöhnlich in Deiner Freizeit körperlich so, dass Du dabei außer Atem oder ins Schwitzen kommst?“

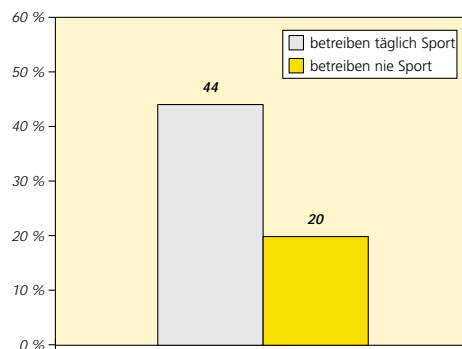
Sport ist gesund und steigert das Wohlbefinden. Je häufiger die Schülerinnen und Schüler Sport betreiben, desto gesünder und wohler fühlen sie sich. 50 Prozent der Kinder, die täglich Sport betreiben, aber nur 20 Prozent derjenigen, die nie Sport betreiben, geben an, sich „sehr gesund“ zu fühlen. Ähnlich verhält es sich mit dem Wohlbefinden: Kinder, die täglich Sport betreiben, geben zu 44 Prozent an, sich „meistens glücklich“ zu fühlen, hingegen trifft das nur auf 20 Prozent derjenigen zu, die nie Sport betreiben (siehe Abb. 2 bzw. 3).

Abbildung 2: Anteil der „sehr Gesunden“ in Abhängigkeit von der sportlichen Betätigung, Wien



Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1998

Abbildung 3: Anteil der „sehr Glücklichen“ in Abhängigkeit von der sportlichen Betätigung, Wien



Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1998

5.2.2 Bildschirmexposition

Wenngleich die Forschung hierzu keineswegs abgeschlossen ist, gilt ein hohes Maß an Bildschirmexposition bei Kindern und Jugendlichen aus verschiedenen Gründen als gesundheitlich problematisch. Dazu gehört neben Elektromog, entwicklungspsychologischen Gründen und pädagogischen bzw. sozialisatorischen Erwägungen auch der Umstand, dass die solipsistische Konzentration auf den Monitor von anderen Freizeitbeschäftigungen abhält.

Fernsehen/Video²⁸

37 Prozent der Befragten schauen täglich 2–3 Stunden fern. 13 Prozent geben an, dass sie vier Stunden täglich vor dem Fernseher verbringen und 16 Prozent tun dies sogar mehr als vier Stunden täglich.

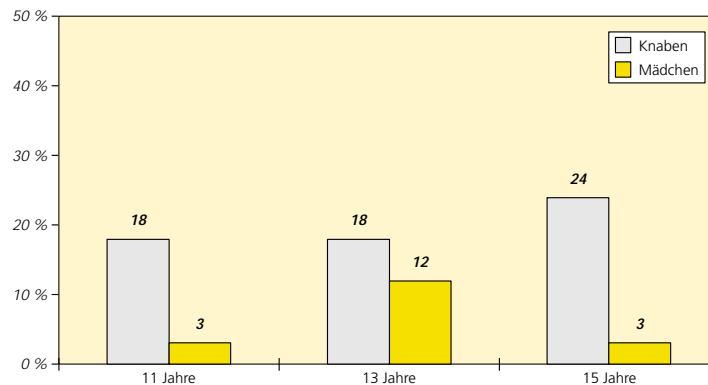
Die Jüngsten schauen noch am wenigsten fern: 15 Prozent der 11-jährigen Knaben und 16 Prozent der gleichaltrigen Mädchen verbringen mindestens vier Stunden täglich vor dem Fernseher. Bei den 15-Jährigen verbringt bereits jedes dritte Kind mindestens vier Stunden vor dem Fernseher (siehe Kap. 5.8).

²⁸ WHO-HBSC Survey 1998, Forschungsfrage 37: „Wie viel Zeit verbringst Du gewöhnlich pro Tag mit Fernsehen?“

Computer²⁹

Anders als beim Fernsehen ist die Beschäftigung mit dem Computer (siehe Kap. 5.8) in hohem Ausmaß Domäne der Knaben. Bei den Knaben wächst die Beschäftigung mit dem Computer zwischen elf und 15 Jahren kontinuierlich, während das Interesse der Mädchen nur im 13. Lebensjahr etwas erhöht ist. 18 Prozent der 11-jährigen Knaben und drei Prozent der gleichaltrigen Mädchen spielen täglich zwischen vier und sechs Stunden mit dem Computer, der Anteil der Knaben steigert sich mit 15 Jahren auf 24 Prozent, während er sich bei den Mädchen nach einer kurzen Steigerung mit 13 Jahren auf zwölf Prozent wieder auf drei Prozent reduziert (Abb. 4).

Abbildung 4: Anteil der Schulkinder, die täglich zwischen 4 und 6 Stunden Computerspielen, nach Alter und Geschlecht, Wien



Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1998

²⁹ WHO-HBSC Survey 1998, Forschungsfrage 38: „Wie viel Zeit verbringst Du gewöhnlich pro Woche mit Computerspielen?“

5.3 Umwelt

Zusammenfassung

Die Wiener Stadtfläche beträgt insgesamt 415 km², fast die Hälfte davon entfällt auf Grünflächen. Pro Einwohner stünden, rein rechnerisch, 128 m² zur Verfügung. Jeder zwanzigste Quadratmeter in Wien entfällt auf eine städtische Parkanlage.

Die Parkbetreuung in Wien ist europaweit ein einzigartiges Projekt. Die Betreuung durch qualifizierte BetreuerInnen und die Wiener Kinderfreunde ist bereits in allen 23 Bezirken gegeben. 1999 haben 80.306 Kinder und 34.709 Jugendliche dieses Angebot der Stadt Wien kostenlos in Anspruch genommen.

Das Forstamt sieht in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen eine der wohl wichtigsten Investitionen in die Zukunft. Seit Eröffnung der „Wiener Waldschule“ am 8. Mai 1998 bei der Jubiläumswarte in Ottakring wird bei 100prozentiger Auslastung an jedem Schultag eine Klasse betreut. Sie bietet Kindern zwischen acht und zwölf Jahren die Möglichkeit, Wald, Forstwirtschaft und Ökosystem spielerisch zu erfahren.

Die Exposition gegenüber den verschiedensten Verunreinigungen der Luft (Ozon, Kohlenmonoxid, Ruß, Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid usw.) kann eine negative Wirkung auf die menschliche Gesundheit haben. In Österreich liegen in der warmen Jahreszeit Ozonkonzentrationen um den Vorwarnwert (100 ppb) vor. Stickstoffdioxid ist vor allem in Ballungszentren und dort insbesondere an verkehrsnahen Standorten erhöht. Schwefeldioxid entsteht vor allem durch Hausbrand – die Belastung konnte seit 1978 deutlich gesenkt werden. Der gesetzliche Grenzwert für Gesamtschwebstaub wurde in den letzten Jahren in Wien 1997 und 1998 nur geringfügig überschritten. Seit 1992 sind die Kohlenmonoxidgrenzwerte nicht überschritten worden.

Da sich ein Großteil der Bevölkerung überwiegend in Innenräumen aufhält, kommt der Raumluftqualität große Bedeutung zu. Kinder sind auch häufig noch zusätzlich dem Passivrauch ausgesetzt.

Die derzeitige Lärmbelastung der Wiener Bevölkerung ist, wie die Studie „Leben in Wien“ und der Mikrozensus 1994 aufzeigen, beachtlich. Rund die Hälfte der Bewohner fühlen sich durch Lärm gestört, rund ein Viertel sehr stark bis stark gestört.

Summary: Environment

The city of Vienna covers a total area of 415 km², almost half of which is green space. Theoretically, there are 812 m² available for each inhabitant. Every 20th m² is dedicated to parkland. Vienna's parks and gardens programme for children and adolescents is one of its kind in all of Europe. Qualified caretakers in co-operation with the Vienna Friends of the Children provide care and supervision in all of Vienna's 23 districts. In 1999, a total of 80,306 children and 34,709 adolescents availed themselves of this free-of-charge service.

Vienna's forestry department considers care and supervision of children and young adults one of the major investments for the future. Ever since the Vienna Forest School was opened near the observatory in Ottakring on May 8, 1998, it has been used to full capacity, hosting one school class per day. Here, children aged 8 to 12 have the chance to learn about forests, forestry and the eco-system during play.

Exposure to various air pollutants (ozone, carbon monoxide, particulates, sulphur dioxide, nitrogen dioxide, etc.) may have detrimental effects on people's health. In Austria, ozone concentrations around the pre-warning level (100 ppb) are registered during the warmer periods. Elevated levels of nitrogen dioxide are found in urban conglomerations, particularly in areas with high traffic density. Sulphur dioxide is mainly generated by domestic fuel, but has been reduced markedly since 1978. Statutory limits for total suspended matter were only slightly exceeded in 1997 and 1998. Carbon monoxide limits have not been exceeded since 1992.

Most people spend their time indoors which is why the quality of ambient air is considered very important. Children are frequently exposed to cigarette smoke.

Current noise pollution in Vienna is considerable, as indicated by the study on "life in Vienna" and the microcensus of 1994. Approximately half the population is bothered by noise, one quarter considers noise a serious to very serious nuisance.

Manche Freizeitaktivitäten (Diskotheken, Walkman, Zweiradfahrzeuge, Rock- und Popkonzerte) verursachen hohe Schallpegel, die das Gehör beeinträchtigen können. Kinder und Jugendliche sind oftmals durch Lärm erzeugendes Spielzeug (Spielzeugwaffen, Quietschspielzeuge, Feuerwerkskörper) hohen Schallpegeln ausgesetzt. Weiters werden Kinder durch den Verkehrslärm in ihren Tätigkeiten gestört. Da ein Lärmschaden durch die Zerstörung der empfindlichen Sinneszellen nicht mehr rückgängig gemacht werden kann, kommt dem vorbeugenden, konsequenten Schutz den Ohres vor zu lauten Geräuschen eine entscheidende Bedeutung zu. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die Schallschädigungen im Laufe des Lebens addieren, muss der Schallschutz schon im Kindes- und Jugendalter beginnen.

Das Institut für Umweltmedizin der Stadt Wien (MA 15) überprüft die Bäder und die Oberflächengewässer mit ausgewiesener Baderbenutzung in Wien. Im Jahre 1996 gab es keine Beanstandungen.

Some leisure time activities and institutions such as discos, walkmen, two-wheeled motor vehicles, rock and pop concerts, generate sound levels which can damage a person's hearing. Children and adolescents are frequently exposed to high sound levels created by noise-generating toys such as toy weapons, squeaky toys, fireworks. In addition, children are disturbed in their activities by traffic noise. Damage caused by noise, i.e. the destruction of sensitive sensation cells, is irreversible and it is imperative that preventive measures are taken and the ears are consistently protected from too much noise. Bearing in mind that noise damage adds up with time sound protection must begin with children and adolescents.

The Institute for Environmental Medicine – municipal department 15 of the City of Vienna – is in charge of monitoring public baths and surface waters declared fit for bathing. No complaints were filed in 1996.

5.3.1 Grünflächen und Freiräume

Die Wiener Stadtfläche beträgt insgesamt 415 km², fast die Hälfte davon entfällt auf Grünflächen (202 km²). Rein rechnerisch stehen jedem/r EinwohnerIn 128 m² zur Verfügung. In dicht besiedelten Stadtgebieten beträgt der Vergleichswert nur 4,8 m²/EW. Die 202 km² sind zwischen Gemeinde, Bund, Kirche und Privaten aufgeteilt.

- Landwirtschaftliche Nutzfläche (Äcker, Gärtnereien, Weingärten) 73 km²
- Wald und Wiesen (inkl. Tiergärten) 93 km²
- Kleingärten 13 km²
- Parkanlagen 15 km²
- Sport- und Freizeitflächen (Sportplätze, Freibäder, Campingplätze) 7 km²

Die Bezirke mit dem größten Grünflächenanteil sind der 10., 13., 14., 17. und 22. Bezirk. Sehr hohe Anteile haben auch der 11., 19. und 21. Bezirk, gefolgt von den Bezirken 2, 16, 18 und 23. In den Innenstadtbezirken sowie im 20. Bezirk findet man einen Grünflächenanteil von knapp über zehn Prozent.

Für die Beurteilung des Grünflächenangebotes ist jedoch nicht nur die Fläche, sondern auch die Erreichbarkeit und die Erschließung der Gebiete durch öffentliche Verkehrsmittel, Rad- und Wanderwege sowie das Vorhandensein von Parkflächen entscheidend. Bei der Erschließung von Freizeit- und Erholungsflächen muss auch auf den Bedarf einer familien-, kinder- und behindertengerechten Ausstattung geachtet werden.

Wegen ihrer Bedeutung für die Wiener Bevölkerung und insbesondere die Kinder sind folgende Erholungsflächen anzuführen:

- Der **Wienerwald mit dem Lainzer Tiergarten** bildet einen bedeutenden Teil des Wiener „Schutzgebietes Wald und Wiesengürtel“. Von Tausenden Wienerinnen und Wienern wird der Wienerwald jährlich zum Wandern und Spazieren gehen sowie für Naturbeobachtungen genutzt.
- Die Erholungsräume auf der **Donauinsel** wurden 1975 angelegt und sind für die Wiener Bevölkerung vor allem in den Sommermonaten von großer Bedeutung. Die Donauinsel wird zum Schwimmen, Entspannen, Radfahren, Skaten, Laufen und vielem mehr genutzt.
- Die **Lobau** ist mit einer Gesamtfläche von 25 km² ein Teil des Nationalparks Donau-Auen. Sie bietet den BesucherInnen neben Wandermöglichkeiten und Erholung auch Wissensvermittlung durch Naturlehrpfade, Exkursionen und Kinder camps.

- Der Wiener **Prater** (6,5 km²) dient der Wiener Bevölkerung als Erholungs- und Unterhaltungsgebiet.
- Die Erholungsgebiete **Laaer Berg** und **Wienerberg** eignen sich hervorragend zum Wandern und Biken.

Jeder zwanzigste Quadratmeter in Wien entfällt auf eine **städtische Parkanlage**. Von der MA 42 (Gartenamt) werden 19 Parkflächen verwaltet und betreut. Insgesamt gibt es im Wiener Stadtgebiet rund 3.000 größere und kleinere Parks. Viele Parkanlagen enthalten Kinderspielflächen, darunter auch Abenteuerspielflächen und einige Anlagen für Ballspiele (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

5.3.1.1 Parkbetreuung

Unter Parkbetreuung versteht man die stadtteilorientierte, freizeitpädagogische Betreuung auf öffentlichen Flächen (öffentliche Parks, fallweise auch geeignete Räumlichkeiten). Hauptzielgruppe sind Kinder und Jugendliche. Zu den Zielsetzungen zählen vor allem: Prävention, Verbesserung des sozialen Klimas und der Akzeptanz zwischen den unterschiedlichen ParkbesucherInnen, Verbesserung der Spielfähigkeit, Förderung von Eigeninitiativen, Angebotserweiterung und Förderung der Identifikation mit dem Park, um dem Vandalismus entgegenzuwirken.

Seit Beginn dieser Initiative der MA 13 (Landesjugendreferat – Verein Wiener Jugendkreis) – im Jahre 1993 wurden 39 Parkanlagen in 16 Bezirken betreut. Schwerpunktartig richtet sich das Projekt an 5–13-Jährige, die sich vorwiegend im öffentlichen Raum – hauptsächlich in städtischen Parkanlagen – aufhalten. Schon bald stellten sich diese Aktivitäten als äußerst erfolgreich heraus. Aufgrund der hohen Akzeptanz in der Bevölkerung wurde daher das Angebot 1997 bereits auf 80 Parkanlagen in 21 Bezirken erweitert (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998). Inzwischen ist die Betreuung in allen 23 Bezirken gegeben. Qualifizierte BetreuerInnen und die Wiener Kinderfreunde sind vorwiegend von April bis September an bestimmten Wochentagen und zu bestimmten Zeiten in ihren Parks tätig, in zwölf Bezirken ist bereits die Betreuung das ganze Jahr gegeben. 1999 nahmen dieses europaweit einzigartige Projekt 80.306 Kinder und 34.709 Jugendliche kostenlos in Anspruch. Erfolge dieses Projektes sind eine nachweislich bessere Akzeptanz von verschiedenen Altersgruppen und Ethnien sowie eine geringere Anzahl von Beschwerden und Polizeieinsätzen (BEZIRKSJOURNAL-OTTAKRING, 6/2000).

EXKURS: Projekt des Wiener Forstamtes: Kinder- und Jugendbetreuung

Das Forstamt sieht in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen eine der wohl wichtigsten Investitionen in die Zukunft. Pädagogische Projekte und Partizipationsprojekte sollen helfen, den Bezug zum Wald herzustellen, ökologisches Bewusstsein und Verantwortungsbewusstsein zu fördern und Vandalismus vorzubeugen. Zu den wichtigsten Aktivitäten in diesem Bereich zählen:

- Führungen von Schulklassen (ca. 250 Schulen jährlich)
- Waldjugendspiele (40 Klassen jährlich)
- Aufforstungen und folgende Pflege gemeinsam mit Schulen (Schulwälder)
- Jugendwälder (junge Wienerinnen und Wiener pflanzen ihren Baum)
- Ferienspiel
- Abenteuerwanderungen
- Seit der Eröffnung der „Wiener Waldschule“ am 8.5.1998 bei der Jubiläumswarte in Ottakring wird bei 100prozentiger Auslastung an jedem Schultag eine Klasse betreut.

Die Wiener **Waldschule** bietet Kindern zwischen acht und zwölf Jahren die Möglichkeit, im Rahmen von Spielen mehr über Wald, Forstwirtschaft und Ökosystem zu erfahren. Insbesondere für Kinder aus der Stadt ist dieses Programm häufig die erste Gelegenheit für eine nähere Auseinandersetzung mit der Natur. In einem Jahr besuchen etwa 5.000 Kinder die Waldschule (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

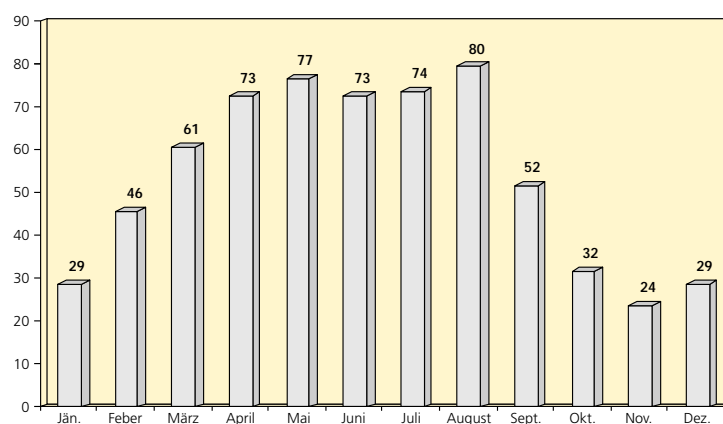
5.3.2 Luftschadstoffwirkung auf Wiener Kinder

Die Exposition gegenüber den verschiedensten Verunreinigungen der Luft (Ozon, Kohlenmonoxid, Kohlendioxid, Ruß, Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid usw.) kann eine negative Wirkung auf die menschliche Gesundheit haben. Vor allem Risikogruppen wie Kinder und ältere Personen sind davon betroffen. Die möglichen gesundheitlichen Folgen reichen von Reizungen der Schleimhäute, Beeinträchtigung der Lungenfunktion, Schädigung diverser anderer Körperorgane sowie des Immunsystems bis zum Auslösen von bösartigen Tumoren und zu akuten Todesfällen. Bei der Beurteilung der Gefährdung der menschlichen Gesundheit durch Schadstoffe in der Umgebungsluft ist eine

Reihe von verschiedenen Substanzen in Betracht zu ziehen (ÖSTERREICHISCHER UMWELT- & GESUNDHEITSAKTIONSPLAN, o.J.).

Ozon ist ein sekundärer Luftschadstoff, der in der Atmosphäre aus den Vorläufersubstanzen Stickoxide, flüchtige organische Verbindungen und Kohlenmonoxid unter Einfluss des Sonnenlichtes entsteht. In städtischen Ballungsgebieten wird so bei starker Sonneneinstrahlung während der Sommermonate laufend Ozon „produziert“ (Abb. 1). Bei sehr hohen Konzentrationen (ca. 500 ppb) werden akute Reizungen der Schleimhäute der Atmungsorgane (brennende Augen, juckende Nase, Reizhusten) beobachtet. Weiters kommt es zu einer unwillkürlichen Hemmung der Einatmung. Das Ausmaß der Schädigung ist zusätzlich vom Aufenthalt im Freien sowie der körperlichen Belastung abhängig, da mit steigender körperlicher Aktivität mehr Ozon eingeatmet wird. Deshalb stellen gerade Kinder aufgrund ihres Bewegungsdranges eine gefährdete Gruppe dar. In Österreich liegen in der warmen Jahreszeit Konzentrationen um den Vorwarnwert (100 ppb) vor. Entsprechend den wissenschaftlichen Erkenntnissen wird geraten, bei dieser Konzentration schwere Belastungen im Freien zu vermeiden. Die 1. Warnstufe (200 ppb) wurde in Österreich noch nicht erreicht (FRISCHER, o.J.).

Abbildung 1: Ozonwerte, Monatsmittelwert ($\mu\text{g}/\text{m}^3$), Wien 1998



Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

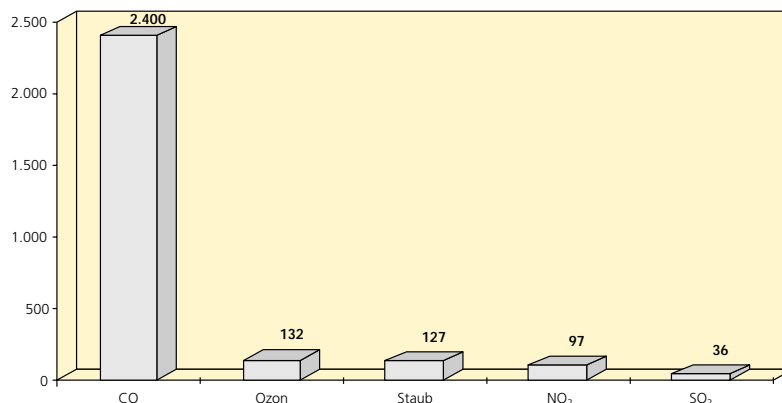
Stickstoffdioxid (NO_2) ist vor allem in Ballungszentren und dort insbesondere an verkehrsnahen Standorten erhöht (Abb. 2). Diese erhöhten Werte stehen mit dem vermehrten Auftreten von Atemwegserkrankungen bei Kindern in engem Zusammenhang (ÖSTERREICHISCHER UMWELT- & GESUNDHEITSAKTIONSPLAN, o.J.).

Die **Schwefeldioxidbelastung** (SO_2) entsteht vor allem durch Hausbrand. Um die Emissionen noch weiter zu verringern sollen Wohnungen, welche noch mit Kohle, Koks oder Öl beheizt werden, an das Fernwärmenetz angeschlossen werden. In Wien konnte zwischen 1978 ($73 \text{ mg}/\text{m}^3$) und 1998 ($10 \text{ mg}/\text{m}^3$) die SO_2 -Belastung bereits drastisch gesenkt werden (Abb. 2) (WIENER UMWELTBERICHT, 1998/99).

Der gesetzliche Grenzwert für **Gesamtschwebstaub** (TPS, $0,2 \text{ mg}/\text{m}^3$) wurde in den letzten Jahren in Wien 1997 nur mehr an zwei Messstellen an einem Tag und 1998 sogar nur an einer Messstelle an einem Tag überschritten (Abb. 2). Schwerwiegende Beeinträchtigungen der Gesundheit bis zu vorzeitigen Todesfällen sind durch erhöhte Belastung infolge lungengängigen Fein- und Feinststaubs zu erwarten. Die WHO (1997) geht bei diesen Schadstoffen davon aus, dass bereits geringste Konzentrationen negative Folgen für die Gesundheit haben können, sodass auch keine Richtwerte abgeleitet werden können, die einen vollständigen Schutz gewährleisten würden (ÖSTERREICHISCHER UMWELT- & GESUNDHEITSAKTIONSPLAN, o.J.).

Kohlenmonoxid wird in Wien flächendeckend seit 1988 gemessen. Hauptverantwortlich für die Entstehung dieses Schadstoffes ist in erster Linie der KFZ-Verkehr. Seit 1992 sind die Kohlenmonoxid-Grenzwerte der ÖAW (Österreichischen Akademie der Wissenschaft) und des IG-L (Immissionsschutzgesetz-Luft) für Gesundheitsschutz nicht überschritten worden. Auch in Zukunft sind selbst bei ungünstigen Wetterlagen keine Überschreitungen mehr zu erwarten (Abb. 2).

Die kanzerogenen Luftschadstoffe, zu welchen u. a. **Ruß, Benzol und polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe** zählen, können bei höheren Konzentrationen zu gesundheitlicher Beeinträchtigung (v. a. Atemwegserkrankungen) führen (ÖSTERREICHISCHER UMWELT- & GESUNDHEITSAKTIONSPLAN, o.J.).

Abbildung 2: Luftqualität in Wien 1998 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien, 1998

5.3.3 Raumlufqualität

Der Exposition gegenüber Schadstoffen in Innenräumen kommt aus mehreren Gründen eine hohe Bedeutung zu. Die überwiegende Anzahl der Bevölkerung hält sich zu einem Großteil des Tages und während der ganzen Nacht in Innenräumen auf. Dies gilt besonders auch für Bevölkerungsgruppen, die sich ohnehin durch eine höhere Empfindlichkeit auszeichnen, z. B. für Kinder.

Kinder sind auch häufig zusätzlich noch dem **Passivrauch** ausgesetzt (siehe Kap. 5.4.2 und 4.2.1.2). Dadurch kann es zu einer erhöhten Bronchitisneigung, Asthma und anderen Atemwegserkrankungen kommen.

Eine erhöhte Belastung durch kleinste, lungengängige **Asbestfasern** kann zur Ausbildung von Asbestosen, Lungenkrebs, Magenkrebs und Tumoren des Bauch- und Rippenfells führen. Die Verwendung von Asbestprodukten ist inzwischen verboten, doch eine Gefährdung durch Altlasten besteht.

Verschiedene **organische Verbindungen** (z. B. Formaldehyd) können zu Reizungen der Augen und der Atemwege sowie zu Kopfschmerzen führen. Manche organische Verbindungen können sogar krebserzeugend sein. Quellen für organische Luftverunreinigungen sind Baumaterialien, Bodenbeläge, Dämmstoffe, Klebstoffe usw.

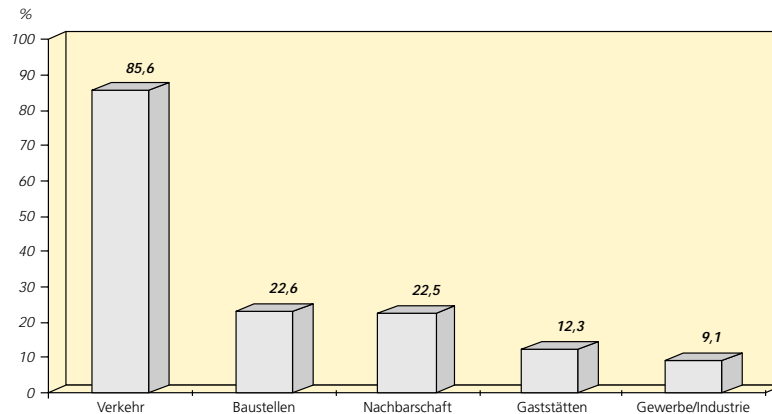
Allergene (siehe Kap. 4.2.3.5.2) stellen für viele Personen, vor allem für Kinder, ein zunehmendes Problem dar. Zu den typischen Allergenen der Raumluf zählen Hausstaubmilben, Tierepithelien, Pilze, Pollen, Parasiten und Baumaterialien (ÖSTERREICHISCHER UMWELT- & GESUNDHEITSAKTIONSPLAN, o. J.).

5.3.4 Lärmbelastung in Wien

Lärm ist die Umweltbelastung, von der sich die Bevölkerung wegen ihrer direkten Wahrnehmung am meisten betroffen fühlt. Die derzeitige Lärmbelastung der Wiener Bevölkerung ist, wie die Studie „Leben in Wien“ (IFES, 1996) und der Mikrozensus 1994 aufzeigen, beachtlich. Rund die Hälfte der BewohnerInnen fühlen sich durch Lärm gestört, rund ein Viertel sehr stark bis stark. Allerdings weist die Studie „Leben in Wien“ auch eine deutliche Verbesserung gegenüber dem Ergebnis der Umwelterhebung 1982 auf, und auch im Mikrozensus findet sich in den letzten 20 Jahren eine laufende Abnahme des Prozentsatzes der durch Lärm gestörten Personen. Das Ausmaß der Störung ist in den diversen Bezirken unterschiedlich. Die wesentliche Ursache der Störung ist der Straßenverkehr (85,6 Prozent), aber auch Gewerbe/Industrie (9,1 Prozent), Baustellen (22,6 Prozent), Nachbarschaft (22,5 Prozent) und Gaststätten (12,3 Prozent) tragen zur Lärmbelastung bei (Abb. 3). Der Schienenverkehr ist zu einem wesentlich geringeren Teil Ursache der Lärmstörung in Wien.

Mit der Verkürzung der Arbeitszeit und dem steigenden Wohlstand haben auch die Freizeiteinrichtungen an Bedeutung gewonnen und an Zahl zugenommen. Viele von diesen sind auch als Geräuschquellen zu betrachten (Tabelle 1). Manche Freizeitaktivitäten verursachen so hohe Schallpegel, dass sie das Gehör beeinträchtigen können, z. B. Aufenthalt in Diskotheken, Walkman, Fahren auf leistungsstarken Zweiradfahrzeugen, Teilnahme an Rock- und Popkonzerten usw. (WIENER LÄRMBERICHT, 1997).

Abbildung 3: Ausmaß der Störung durch verschiedene Lärmquellen in Wien



Quelle: Wiener Lärmbericht, 1997

Tabelle 1: Freizeitaktivitäten und Lärmbelastung

Freizeittätigkeit	A-bewerteter äquivalenter Dauerschallpegel (dB)
Golfplätze	55
Tennisplätze, kleinere Spielplätze	60
Fußgängerzonen	55 – 65
Größere Spielplätze, kleinere Freibäder, Gaststättenbetrieb im Freien, kleine Sportanlagen mit ZuschauerInnen	65
Große Sportanlagen mit ZuschauerInnen, große Freibäder, Anlagen der Volksbelustigung	70
Musizieren, betreiben von Rundfunk- und Fernsehgeräten, Plattenspielern bei üblicher Verstärkung	75
Motorboote	bis 70
Go-Kart-Strecken (in 100 m Abstand)	70
Modell- und Fesselflugzeuge (in 300 m vom Start/Landepunkt)	50
Motorspeedway- und Motocross-Rennen (in 1000 m Abstand)	70

Quelle: Wiener Lärmbericht, 1997

Lärm von unter **80–85 Dezibel** kann durch Stress- oder Alarmreaktionen, die er im Organismus auslöst, zu verschiedenen vegetativen Störungen wie der Verdauung, der Herztätigkeit, der Blutdruckregulation und des Schlafes führen. In der Folge kann es zu Konzentrationsstörungen kommen. Besonders empfindlich sind wir für Geräusche in unserer Ruhe- und Erholungsphase während der Nacht.

Lärm über **80–85 Dezibel** kann darüber hinaus direkt die empfindlichen Härchenzellen im Corti'schen Organ schädigen, wobei zuerst die empfindlichen äußeren Haarzellen und dann erst die inneren Haarzellen betroffen sind (akustisches Trauma). Bei einer vorübergehenden hohen Beeinträchtigung besteht noch eine Reparaturmöglichkeit, während bei einer permanenten Belastung die Haarzellen irreversibel geschädigt werden.

Bei Lärmeinwirkung von **über 85 Dezibel** mit niedriger Intensität aber längerer Dauer (täglich acht Stunden) kann es über Jahre und Jahrzehnte durch den Dauerreiz zu einer Überforderung der Sinneszellen kommen. Die Härchenzellen können, bei entsprechender Überlastung und zu geringer Erholungszeit, degenerieren. Unabhängig von der Tonhöhe des schädigenden Geräusches beginnt der Hörverlust meistens bei 4.000 Hertz (MA 22 – UMWELTSCHUTZ, o.J.).

Ergebnisse einer **deutschen Studie** zeigen, dass sich in 67 Prozent der untersuchten Fälle eine Hörstörung aufgrund der einmaligen Exposition bei einem Rock- oder Popkonzert entwickelte. Die durchschnittliche Musikexposition betrug drei Stunden (Mittelungspegel 100–105 dB). Akute Hörminderung durch Diskothekenbesuche fanden sich bei 17 Prozent der untersuchten PatientInnen. Die Musikbelastung bestand im Mittel zweieinhalb Stunden (Mittelungspegel 90 dB). Bei zwölf Prozent der PatientInnen entwickelten sich akute Hörverluste durch Partylärm. Die

Lärmexpositionsdauer betrug durchschnittlich vier Stunden (Mittelungspegel 95 dB). Walkman-bedingter Musikkonsum führte bei vier Prozent der untersuchten Personen zu einer akuten Hörminderung bei durchschnittlich eineinhalb Stunden Musikgenuss. Die Lärmquelle fand sich hierbei gerätespezifisch unmittelbar beiden Ohrmuscheln anliegend (Mittelungspegel 95 dB). In der Studie wurde auch gezeigt, dass die Gehörschädenintensität besonders von der Entfernung der Lautsprecherquellen abhängig war. Je näher an der Musikquelle, desto höher die Schädigung. Deshalb soll die unmittelbare Nähe zu Lautsprecherboxen unbedingt gemieden werden. (METTERNICH und BRUSIS, 1999).

Lärmeinwirkungen von **140–160 Dezibel** können zu Schalltraumen (akut oder chronisch) führen. Ein typisches akutes Schalltrauma ist das Knalltrauma (Schuss); dabei können, bedingt durch die hohe Schallenergie, die Haarzellen physisch irreversibel geschädigt werden. Beim Explosionstrauma kommt noch eine Druckwelle dazu, welche das Trommelfell zerreißen kann.

Da ein Lärmschaden durch die Zerstörung der empfindlichen Sinneszellen im Innenohr nicht mehr rückgängig zu machen ist, kommt dem vorbeugenden, konsequenten Schutz des Ohres vor zu lauten Geräuschen eine entscheidende Bedeutung zu. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die Schallschädigungen im Laufe des Lebens addieren, muss der Schallschutz schon im Kindes- und Jugendalter beginnen. Durch entsprechende Aufklärung könnte z. B. die Walkman- und die Diskothekenlautstärke gemindert werden. Ganz entscheidend ist es, dem Gehör Phasen der Erholung zu bieten (MA 22 – UMWELTSCHUTZ, o.J.).

Kinder und Jugendliche sind durch Lärm erzeugendes Spielzeug oft hohen Schallpegeln ausgesetzt. Feuerwerkskörper und Spielzeugwaffen verursachen Spitzenpegel über 140 dB. Viele der Quietschspielzeuge für ganz kleine Kinder erzeugen reine Töne mit sehr hohen Schallpegeln. Dies ist insbesondere bedenklich, da die Empfindlichkeit kleiner Kinder für hohe Schallpegel nicht bekannt ist (ÖSTERREICHISCHER UMWELT- & GESUNDHEITSAKTIONSPLAN, o. J.).

5.3.4.1 Auswirkungen von Verkehrs- und Fluglärm bei Kindern

Bei Kindern steht nicht die Belästigung durch Verkehrslärm sondern die Störung von Tätigkeiten im Vordergrund (MASCHKE und HARDER, 1998). Welche unterschiedlichen Auswirkungen Lärm auf Kinder haben kann, wurde in folgenden Studien ermittelt:

Störung geistiger Tätigkeiten: COHEN et al., (1980) untersuchten in Los Angeles die Auswirkungen von Fluglärm während des Unterrichts bei Schulkindern der dritten und vierten Klasse. Die Kinder der lauten Schulen benötigten längere Zeit ein Rätsel zu lösen, oder sie brachen die Aufgabe früher ab, ohne sie zu beenden. Kinder, die bereits seit längerer Zeit die lauten Schulen besuchten, wurden leichter von Stimmen abgelenkt und machten mehr Fehler. Die Autoren ermittelten, dass es hinsichtlich der Motivation und der Ausführung von Verständnisaufgaben keine Adaption an den Fluglärm zu geben scheint. In einer Studie am alten und neuen Münchner Flughafen (BULLINGER et al., 1995) konnte bestätigt werden, dass fluglärmexponierte Kinder mehr Fehler bei schwierigen Leseaufgaben machen, eine reduzierte Erinnerungsleistung beim Langzeitgedächtnis und längere Reaktionszeiten aufweisen als Kinder die ohne Fluglärm leben.

Störung der Kommunikation: Kinder können unvollständig verstandene Worte nicht so leicht ergänzen wie Erwachsene, daher ist die Sprachverständlichkeit schon bei geringen Lärmpegeln eingeschränkt. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass Kinder bei erhöhten Lärmpegeln in ihrer Sprech- und Lernfähigkeit sowie in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind (SPRENG, 1998). Eine ungestörte Kommunikation ist in Klassenräumen gewährleistet, wenn der äquivalente Dauerschallpegel des Verkehrslärms 35 dB(A) nicht überschritten wird (BERGLUND und LINDVALL, 1995).

Lärmbelastigung und hormonell-vegetative Reaktionen: COHEN et al. (1980) untersuchten auch die Auswirkungen des Fluglärms auf den Blutdruck. Die Kinder wurden nach dem Unterricht in ruhiger Umgebung gemessen und führten Verständnisaufgaben aus. Sowohl der diastolische als auch der systolische Blutdruck waren bei den Kindern der lauten Schule, unabhängig von der Dauer der Schulzugehörigkeit, deutlich erhöht.

Lärmschutzmaßnahmen müssen Straße, Schiene und Flugverkehr umfassen. Große Potenziale bestehen bei der Reduktion des Reifenlärms durch lärmarme Reifentechnologie und durch die Verwendung von Flüsterbeton. Die Qualifikation von lärmarmen Fahrzeugen wäre ein Anreiz zur Nutzung technischer Lärmreduktionspotenziale. Neben passiven Schutzmaßnahmen sollte die Vermeidung von Lärm im Mittelpunkt stehen und die Erfordernisse des Lärmschutzes in sensiblen Gebieten besonders beachtet werden.

5.3.5 Badewasserqualität und Kindergesundheit

Das Institut für Umweltmedizin der Stadt Wien (MA 15) überprüft die Bäder und die Oberflächengewässer mit ausgewiesener Badebenutzung in Wien. Im Jahre 1996 gab es keine Beanstandungen. In der Alten Donau fanden sich in der Vergangenheit immer wieder problembelastete Abschnitte durch die Nachbarschaft von Massen an Wasser-

vögeln sowie durch den Badebetrieb im Gebiet des Wasserparkes (Angelibad). Bei der Neuen Donau (Entlastungsgerinne) liegen nur in Zeiten von Hochwasser schlechte bakteriologische Befunde vor. Die Untersuchungen in der Badesaison 1997 zeigten in der Alten und Neuen Donau mehrere Überschreitungen der Leitwerte für coliforme Bakterien. An sämtlichen Badestellen an der Neuen Donau wurde vom 10.7. bis 4.8.1997 ein Badeverbot verhängt, da das Donauwasser während des Hochwassers eine hohe fäkale Belastung aufwies. Es wurden hier auch Salmonellen und Enteroviren nachgewiesen (ÖSTERREICHISCHER UMWELT- & GESUNDHEITSAKTIONSPLAN, o.J.).

Bezugnehmend auf eine, an zahlreichen Kärntner Seen durchgeführte Studie können folgende Krankheiten, welche mit dem Badewasser in Verbindung gebracht werden – in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit – angeführt werden:

- 41,9 Prozent Nausea, Emesis, Diarrhoea und Fieber
- 36,5 Prozent Rhinitis, Konjunktivitis, Husten und Halsschmerzen
- 32,4 Prozent Otagia

Diese Untersuchungsergebnisse werden auch von anderen Autoren bestätigt (FEENSTRA et al., 1995).

5.4 Rauchen

Zusammenfassung

Das Verhalten der Wiener Kinder ist, was das Rauchen anbelangt, als problematisch einzustufen. Im internationalen Vergleich liegt ihr Zigarettenkonsum im oberen Viertel.

1990 rauchten noch 21 Prozent der 15-jährigen Wiener Knaben und 19 Prozent der gleichaltrigen Wiener Mädchen täglich, 1998 reduzierte sich der Anteil bei den Knaben auf 14 Prozent, jener der Mädchen erhöhte sich aber auf 23 Prozent. Der Freundeskreis und die Schule stellen große Einflussfaktoren auf das Rauchverhalten der 15-jährigen Jugendlichen dar.

Der Anteil der Wiener Jugendlichen, die sich „sehr gesund“ fühlen, liegt bei jenen, die nie rauchen etwa dreimal höher, als bei jenen die „täglich“ rauchen.

In den ersten Lebensjahren sind Kinder rauchender Eltern in bezug auf chronische Atemwegserkrankungen und Mittelohrentzündung besonders gefährdet. Passivrauchen ist ein Risikofaktor für ein Neuaufreten von Asthma bei Kindern und führt bei bereits bestehendem Asthma zu einem höheren Schweregrad der Erkrankung.

Summary: Smoking

Children's attitude to smoking is alarming, with cigarette consumption figures for Vienna ranging in the upper quarter compared to other countries.

In 1990, 21 percent of all 15 year old boys in Vienna and 19 percent of girls the same age were smoking. By 1998, figures for boys had dropped to 14 percent while those for girls had risen to 23 percent. Friends and schools are influential in determining whether 15 year olds will smoke or not.

The share of adolescents in Vienna who consider themselves "very healthy" is three times as high for those who "never smoke" as it is for those who "smoke daily".

Children of smokers are at particular risk of contracting diseases of the respiratory tract and ear infections during the first years of their lives. Passive smoke is a risk factor for contracting asthma or for aggravating already existing asthma.

Einleitung

In Österreich kann man davon ausgehen, dass rund 2,3 Mio. Menschen (1,3 Mio. Männer und 1 Mio. Frauen) rauchen. Jährlich werden in Österreich rund 13 Milliarden Zigaretten geraucht (Tendenz steigend). Damit liegt Österreich im europäischen Spitzenfeld. Bei den jugendlichen RaucherInnen wird Österreich, prozentuell gesehen, nur noch von Grönland überboten.

Rauchen kann zu einer Verkürzung der Lebenserwartung um durchschnittlich 12,3 Prozent bzw. zehn Jahren führen. Die jährliche Anzahl an Todesfällen, die durch das Rauchen bedingt sind, beläuft sich auf 10.000–40.000. Die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens werden in der öffentlichen Meinung vielfach nur mit dem Lungenkrebs gleichgesetzt. Die gesundheitlichen Folgeschäden sind jedoch weitreichender:

- Höheres Karzinomrisiko (Lunge, Kehlkopf, Rachen, Zunge, Lippen, Magen-Darm-Trakt, Bauchspeicheldrüse, Harnblase, Niere)
- Höheres Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzinfarkt und Schlaganfall
- Belastungen des Atemsystems (erhöhte Infektionsgefahr und Hustenanfälle)
- Beinamputationen (Raucherbein) u. v. m. (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998)
- Bei Frauen ergibt der Tabakkonsum ein vielfältiges Risikomuster. Rauchen in Kombination mit der Einnahme von Kontrazeptiva verdoppelt das Schlaganfall- und Herzinfarkttrisiko, und zusätzlich steigt das Thromboserisiko. Raucherinnen erreichen das Klimakterium durchschnittlich 2–3 Jahre früher, was wiederum ein erhöhtes Herz-Kreislauf- und Osteoporoserisiko bedeutet, abgesehen vom Krebsrisiko (GREDLER und SCHMEISER-RIEDER, 1998).
- Rauchen während der Schwangerschaft führt zur Verminderung des Geburtsgewichtes der Kinder (minus 200–250 Gramm). Niedriges Geburtsgewicht bedarf einer intensiven neonatologischen Betreuung (siehe Kap. 4.2.1). Bei Genuss von 25 und mehr Zigaretten täglich sind das Geburtsgewicht durchschnittlich um neun Prozent, die Körperlänge um 2 Prozent und der Kopfumfang um 1,5 Prozent reduziert. Dieser Rückstand in der Gesamtentwicklung ist noch im Alter von 5–11 Jahren nachweisbar (SCHMEISER-RIEDER et al., 1994).

In Österreich wird die Tabakabhängigkeit in der öffentlichen Meinung als eher harmlos eingeschätzt und Tabak als Genussmittel angesehen. Aber aus der Sicht der Medizin muss die Tabakabhängigkeit auf alle Fälle als eine Abhängigkeitserkrankung – wie Alkohol- oder Heroinabhängigkeit – eingestuft werden (Univ.-Prof. Dr. Otto-Michael LESCH von der Universitätsklinik für Psychiatrie Wien) (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

In Österreich rauchen derzeit etwas mehr als 30 Prozent der Bevölkerung, wobei die Männer zahlenmäßig mit 42 Prozent gegenüber 27 Prozent der Frauen noch immer überwiegen. 53 Prozent der RaucherInnen sind mit ihrem Rauchverhalten unzufrieden und wollen etwas daran ändern. Eine 1996 durchgeführte Erhebung („Leben in Wien“) ergab eine Raucherprävalenz von 31,9 Prozent in Wien. Bezirksabhängig zeigt sich ein West-Ost-Gefälle. In den westlichen Bezirken lag der RaucherInnenanteil bei 30 Prozent, in den südöstlichen bei 35 Prozent. Den geringsten RaucherInnenanteil wies der 13. Bezirk auf, den höchsten der 11. Bezirk.

In Wien sind 27 Prozent der RaucherInnen stark bis sehr stark nikotinabhängig, zwölf Prozent finden sich im mittleren Abhängigkeitsbereich und 60 Prozent der RaucherInnen sind sehr gering bis gering abhängig (SCHOBERBERGER et al., 1995).

5.4.1 Rauchen bei Kindern

Das Verhalten der Wiener Kinder ist, was das Rauchen anbelangt, als besonders problematisch einzustufen. Im internationalen Vergleich liegt ihr Zigarettenkonsum im oberen Viertel. (GESUNDHEITSBERICHT, 1997).

Der Einstieg in das Zigarettenrauchen beginnt bei den meisten Wiener Kindern zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr. Je älter die Jugendlichen werden, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie regelmäßig rauchen.

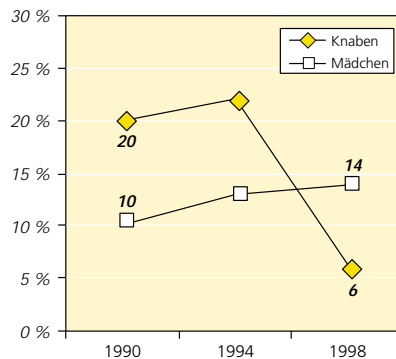
Etwa 50 Prozent der österreichischen Jugendlichen zwischen elf und 15 Jahren haben schon mindestens einmal probiert zu rauchen, davon 58 Prozent Burschen und 42 Prozent Mädchen. Auf das Alter bezogen haben 21 Prozent der 11-Jährigen, 48 Prozent der 13-Jährigen und 74 Prozent der 15-Jährigen bereits Erfahrung mit dem Rauchen (DÜR und HUTER, 1997; SPRINGER et al., 1996; BOHRN, 1996).

Von den Wiener 13-Jährigen geben noch 85 Prozent an nicht zu rauchen, bei den 15-Jährigen sinkt dieser Anteil auf 67 Prozent (WHO-HBSC-Survey, 1998).

„Jeden Tag“ rauchen nur acht Prozent der Jugendlichen. Bei den 13-Jährigen sind ein Prozent starke RaucherInnen, bei den 15-Jährigen, wo mehr Mädchen als Knaben rauchen, sind es hingegen schon 17 Prozent. Sieben Prozent der Jugendlichen rauchen mehr als ein Päckchen pro Woche und 13 Prozent bis zu einem Päckchen pro Woche (WIMMER-PUCHINGER und FINK, 1998).

In der Raucherentwicklung der 90er Jahre sind für Knaben und Mädchen unterschiedliche Trends zu verzeichnen (Abb.1). Während der Tabakkonsum bei den Knaben zumindest konstant gehalten werden konnte, gilt für die Mädchen das Gegenteil: 1990 rauchten noch 21 Prozent der Wiener 15-jährigen Knaben und 19 Prozent der Wiener 15-jährigen Mädchen täglich, 1998 reduzierte sich der Anteil der Knaben auf 14 Prozent, jener der Mädchen erhöhte sich aber auf 23 Prozent (WHO-HBSC-Survey, 1998).

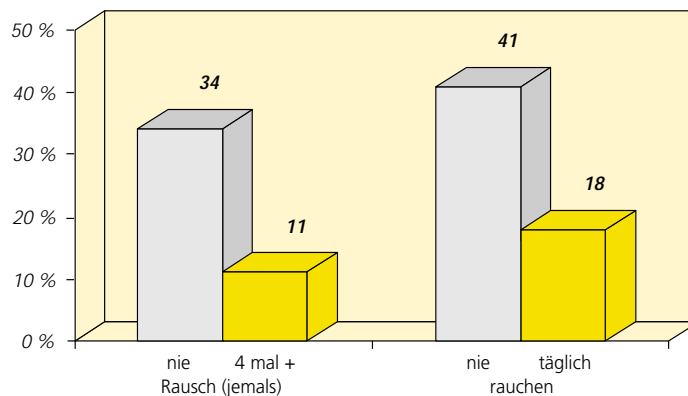
Abbildung 1: 15-jährige SchülerInnen, die „täglich rauchen“, nach Geschlecht, Wien 1990–1998



Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1990; 1994; 1998

Es gehört zu den unumstrittenen Erkenntnissen der heutigen Gesundheitsforschung, dass regelmäßiger Tabak- und Alkoholkonsum negative Auswirkungen auf Lungen- und Herz-Kreislauf-Funktionen haben und die allgemeine Leistungsfähigkeit reduzieren. Diese Annahmen stimmen mit den Angaben der Wiener Jugendlichen überein: Der Anteil der Jugendlichen, die sich „sehr gesund“ fühlen, liegt bei jenen, die nie rauchen, etwa dreimal höher, als bei jenen, die „täglich rauchen“, und bei denjenigen, die „nie“ betrunken waren, ist er mehr als doppelt so hoch gegenüber Jugendlichen, die schon viermal und öfter betrunken waren (siehe Abb. 2) (WHO-HBSC-Survey, 1998).

Abbildung 2: Anteil der „sehr Gesunden“ in Abhängigkeit von Tabak- und Alkoholkonsum



Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1998

5.4.1.1 Einstieg in den Zigarettenkonsum und Progression

Die ersten Probiererfahrungen mit dem Zigarettenkonsum werden vor allem im Freundeskreis gemacht. Jugendliche, die zu einer festen Clique gehören oder oft Parties und Feste besuchen, haben eine höhere Affinität zum Nikotinkonsum (BOHRN, 1996).

Die soziale Interaktion behält ihre Bedeutung für den Nikotinkonsum von Jugendlichen auch beim gewohnheitsmäßigen Rauchverhalten: Jugendliche rauchen vor allem dann, wenn sie mit Gleichaltrigen zusammen sind (HANEWINKEL et al., 1993). Dieser Peer-Effekt trifft für Mädchen in noch stärkerem Ausmaß zu als für Jungen (VAN ROOSMALEN und McDANIEL, 1992). Die Vorbildfunktion von Eltern und Geschwistern auf das Rauchverhalten von Jugendlichen ist seit langem bekannt und dokumentiert.

Grundsätzlich kann angenommen werden, dass die Wahrscheinlichkeit der Beibehaltung des Nikotinkonsums im Erwachsenenalter umso höher ist, je früher der Erstkontakt mit Nikotin erfolgte bzw. wenn dieser Zeitpunkt vor dem 20. Lebensjahr liegt (WEILAND et al., 1994).

5.4.1.2 Motive und Funktionen des Zigarettenrauchens

SCHWARZER (1996) beschreibt vier Hauptmotive für die Entwicklung des Zigarettenkonsums im Jugendalter:

1. Die Zigarette als symbolisches Zugehörigkeitssignal: Die Zigarette demonstriert einen alterstypischen Lebensstil und ermöglicht das Teilhaben an gewissen Gruppen und Szenen (Peer-Gruppen-Druck).
2. Die Zigarette als „transition marker“: Die Zigarette unterstreicht einen Entwicklungsschritt vom Jugendlichen ins Erwachsenenalter, ist Symbol einer Initiation.
3. Die Zigarette als Kompensator: Die Zigarette dient der Bewältigung entwicklungsbedingter Stressreaktionen und Unsicherheiten.
4. Die Zigarette als Lifestyle-Element: Der Zigarette wird durch mediale Werbung ein besonders erstrebenswertes Image verliehen.

5.4.1.3 Einflussfaktor „Schule“ auf das Rauchverhalten

Zwischen den rauchenden und den nicht-rauchenden Wiener 15-Jährigen ergeben sich hinsichtlich der Parameter „Lebensgefühl“, „Selbstvertrauen“ und „Gefühle von Hilflosigkeit“ keine Unterschiede. Einen nur sehr geringen und ebenfalls nicht signifikanten Einfluss haben Probleme mit den Eltern oder insgesamt Mangel an sozialer Integration.

Von großer Bedeutung für das Rauchverhalten ist jedoch die Schule (Tabelle 1). Wenn die Jugendlichen 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 Schumatmosphäre insgesamt als eher negativ empfinden, dann rauchen die Kinder hoch signifikant häufiger. Ein Beispiel dazu: Von den Kindern und Jugendlichen mit „sehr gutem“ Schulerfolg rauchen nur zehn Prozent; von jenen mit „unterdurchschnittlichem“ Schulerfolg sind es 70 Prozent (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Tabelle 1: Schulische Einflussfaktoren auf das Rauchverhalten der 15-jährigen Wiener Jugendlichen

Faktoren der Schule, die das Rauchen der SchülerInnen beeinflussen	einmal wöchentlich bis täglich (%)	selten oder gar nicht (%)
Die Schule mögen		
sehr gut	0	100
ganz gut	18	82
nicht sehr gut	30	70
gar nicht	49	51
Schulerfolg haben		
sehr gut	10	90
gut	18	82
durchschnittlich	26	74
unterdurchschnittlich	70	30
Zu eigener Meinung ermutigt werden		
immer	13	87
manchmal	24	76
selten	29	71
nie	54	46
Schulatmosphäre		
positiv	5	95
mittel	22	78
negativ	32	68

Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1997

Im Vergleich Hauptschule mit AHS-Unterstufe zeigt sich, dass in der Hauptschule geringfügig mehr und öfter geraucht wird (Tabelle 2).

Tabelle 2: Rauchgewohnheiten in Hauptschule und AHS in % (1998)

Schule	Zigaretten pro Tag	mind. einmal pro Woche	täglich	täglich ≥ 20 Zigaretten	Erfahrung	nie rauchen
Hauptschule	2,7	19,1	11,9	1,0	52,5	66,0
Burschen	3,2	22,8	13,4	1,8	51,2	63,0
Mädchen	1,9	14,3	9,5	0,0	53,8	70,5
AHS-Unterstufe	2,2	18,0	9,0	2,1	40,0	68,4
Burschen	2,6	21,4	11,8	3,2	44,0	66,2
Mädchen	1,6	14,6	6,0	0,9	36,4	70,1

Quelle: BOHRN und BOHONNEK, 1998.

5.4.2 Auswirkungen des Passivrauchens auf die Gesundheit von Kindern

Durch das Rauchen entsteht eine enorme Schadstoffbelastung (siehe Kap. 5.3.3) vor allem in den Innenräumen. Es wurde festgestellt, dass es in Räumen mit geringer Grundlüftung zu einem dramatischen Anstieg von gasförmigen und festen Rauchbestandteilen kommt. Die Konzentrationen von Kondensationskernen erhöht sich um drei oder mehr 10er Potenzen, während die Kohlenmonoxid-, Formaldehyd- und Staubbelastung auf das 10–100-fache ansteigt. Eine extrem hohe Frischluftzufuhr wäre zur Aufrechterhaltung einer akzeptablen Luftqualität notwendig (PANZHAUSER, 1993).

Statistisch konnte nachgewiesen werden, dass bei Säuglingen durch Passivrauchen in der Wohnung ein höheres Risiko für Infektionskrankheiten der Lunge und der Atemwege (z. B. Rhinoviruspneumonien) besteht, sobald der Schutz der mütterlichen Antikörper abnimmt. Im Kleinkindalter treten häufig Bronchitiden, Tracheitiden und Laryngitiden auf, und bis zum Schulalter hin kann das Lungenfunktionswachstum zurückbleiben (NEUBERGER, 1993).

Die Auswirkungen des Passivrauchens, vor allem durch inhalative Noxen, auf Kleinkinder sind besonders groß, da sie sich in einer Phase des schnellen Lungenwachstums befinden und ihr Immunsystem noch nicht voll entwickelt ist. So haben Kinder rauchender Eltern häufiger respiratorische Infekte, die schwerer verlaufen und vermehrt zu Spitalseinweisungen führen. Die Beeinträchtigung des Immunsystems zeigt sich in einem erhöhten IgE-Spiegel so wie in der erhöhten Prävalenz positiver Allergiehauttests (GÖTZ, 1993).

In den ersten Lebensjahren sind Kinder rauchender Eltern in Bezug auf chronische Atemwegserkrankungen (Bronchitis, Bronchiolitis, Pneumonie) und Mittelohrentzündung besonders gefährdet (SCHMEISER-RIEDER et al., 1994).

Passivrauchen beeinflusst massiv den Gesundheitszustand des respiratorischen Systems der NichtraucherInnen. Bei Kindern kann das Rauchen der Eltern zu erhöhter Prävalenz respiratorischer Irritationssymptome wie Husten, Auswurf und pfeifendem Atemgeräusch führen. Weiters findet sich eine statistisch signifikante Reduktion der Lungenfunktionsparameter nach objektiver Messung der Lungenkapazität (EPA, 1992).

Die EPA (Environmental Protection Agency) schätzt, dass in den USA jährlich 150.000–300.000 Kinder unter 18 Monaten durch Passivrauchen von solchen Infekten betroffen sind. Das erhöhte Risiko für diese Infektionen bleibt noch bis zum dritten Lebensjahr bestehen, wenngleich das Ausmaß geringer wird (EPA, 1992).

Passivrauchen ist ein Risikofaktor für ein Neuauftreten von Asthma bei Kindern und führt bei bereits bestehendem Asthma zu höherem Schweregrad der Erkrankung (EPA, 1992; SCHMEISER-RIEDER et al., 1994). Laut EPA tritt jährlich bei 8.000–26.000 vorher asymptomatischen Kindern Asthma erstmals auf, weil deren Mütter täglich zehn Zigaretten oder mehr rauchen. Der Zustand asthmakrankter Kinder bessert sich signifikant, wenn das Passivrauchen gestoppt werden kann (EPA, 1992).

Die Rauchergewohnheiten der Eltern scheinen sich nicht nur physisch sondern auch psychisch auf die Kinder auszuwirken. Diese Aussage unterstreicht eine Studie an 401 VolksschülerInnen in Wien, in welcher die elterlichen Rauchergewohnheiten und deren Auswirkungen auf die Hyperaktivität der Kinder untersucht wurde. Es zeigte sich, dass speziell Mädchen signifikant häufiger hyperaktiv waren, wenn die Mutter rauchte (ZWICK, 1993).

5.4.3 Gesundheitsfördernde Ansätze zur Prävention des Zigarettenkonsums bei Jugendlichen

Die traditionelle Vorgehensweisen in der Prävention des Rauchens ist das Hervorheben der gesundheitsschädigenden Folgewirkungen des Zigarettenkonsums. Jugendliche sprechen aber kaum auf Kampagnen mit drohenden Botschaften über Krebsrisiko und Herz-Kreislauf-Beschwerden an (GILPIN et al., 1994).

Zudem erreichen die gegenwärtigen Warnungen auf den Zigaretenschachteln Jugendliche nicht: Die Kenntnis der Warnungen ist mit keiner Einstellungs- oder gar Verhaltensänderung assoziiert, eher noch erwiesen sich Hinweise auf kurzfristige unmittelbar erlebbare Nachteile des Zigarettenrauchens als präventiv förderlich, z. B. schlechter Geschmack, Geruch, Zahnbelag, Hustenreiz, Kosten, mangelnde Fitness oder die Ablehnung durch FreundInnen (ROBINSON und KILLEN, 1997).

Wirksame Ansätze der Prävention des Zigarettenkonsums zielen darauf ab, die Konnotation „Rauchen heißt dazugehören“ in „Rauchen ist out“ umzukehren. Im Sinne einer Integration unterschiedlicher Ansätze weisen mehrere Autoren darauf hin, settingspezifische Designs der Präventionsarbeit zu entwickeln, die nicht einseitig sind. Wichtig ist es, in Präventionskampagnen parallel mit Peers, Eltern, sozialem Umfeld, Medien und Politik zusammenzuarbeiten (SCHWARZER, 1996; WEILAND et al., 1994).

5.5 Alkoholkonsum

Zusammenfassung

Im internationalen Vergleich betrachtet trinken die österreichischen und auch die Wiener Jugendlichen überdurchschnittlich viel Alkohol. 69 Prozent der 15-jährigen Knaben in Wien hatten schon mindestens einmal einen Rausch. In derselben Altersgruppe waren bereits 6 Prozent der Knaben und 14 Prozent der Mädchen öfter als viermal betrunken, was auf einen regelmäßigen Alkoholkonsum deutet.

Der Alkoholkonsum bei den Wiener Mädchen hat im Gegensatz zu den Knaben in den 90er Jahren kontinuierlich zugenommen. Bei den Wiener Knaben hat der Alkoholkonsum nach Jahren des Anstiegs seit 1994 erfreulicherweise stark abgenommen. Die männliche Jugend Wiens steht damit im Gegensatz zur gesamtösterreichischen Entwicklung, wo auch für die 15-jährigen Knaben ein Zuwachs im Alkoholkonsum zu verzeichnen ist.

Die Schule hat einen negativen Einfluss auf den Alkoholkonsum bei den 15-jährigen Wiener Jugendlichen. Nicht der Leistungsdruck, wohl aber schlechte Noten führen zu einem signifikant höheren Alkoholkonsum. Auch die Schumatmosphäre wirkt sich auf den Alkoholkonsum aus, je negativer diese empfunden wird, umso mehr Alkohol wird von den 15-Jährigen konsumiert.

Summary: Alcohol Consumption

Austrian and Viennese youngsters consume above average amounts of alcohol compared to adolescents in other countries. 69 percent of 15 year old boys in Vienna have been drunk at least once. In the same age group, 6 percent of all boys and 14 percent of girls have been drunk more than four times, which is a clear indication of regular alcohol consumption.

Unlike with boys, Viennese girls' alcohol consumption has been increasing continuously during the 90ies. Fortunately, boys' alcohol consumption in Vienna has gone back noticeably after years of growth. The exact opposite must be stated for Austria, where alcohol consumption of 15 year old boys has also been on the increase.

Schools have a negative influence on alcohol consumption of 15 year olds in Vienna. It is not so much performance pressure but rather bad grades which tend to significantly increase alcohol consumption. School environments too have a bearing, as 15 year olds experiencing a negative atmosphere are more likely to drink than others.

5.5.1 Alkoholkonsum bei Wiener Kindern

Die österreichischen und auch die Wiener Jugendlichen trinken, im internationalen Vergleich betrachtet, überdurchschnittlich viel Alkohol. Österreich liegt an dritter Stelle, gemeinsam mit Belgien, überboten wird es von Nordirland und Wales.

Bereits mit elf Jahren haben 74 Prozent der Wiener 11-Jährigen schon einmal Alkohol probiert, bei den 15-Jährigen sind es schon 94 Prozent.

27 Prozent der Wiener Mädchen und 38 Prozent der Knaben im Alter von 15 Jahren trinken wöchentlich Alkohol. Die Mädchen trinken in erster Linie Wein und Bier, und bei den Knaben kommt das Bier an erster und der Wein an zweiter Stelle (Tabelle 1) (GESUNDHEITSBERICHT WIEN 1997).

Tabelle 1: Anteil der Wiener Jugendlichen mit wöchentlichem Alkoholkonsum (in %) ¹⁾

Alkoholkonsum mind. 1x wöchentlich	Alter und Geschlecht			
	11 Jahre		15 Jahre	
	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben
Bier	2	6	15	30
Wein, Spritzer	-	-	17	13
Likör, Schnaps	-	1	7	6
Most	-	4	4	10
Sekt	-	1	3	3
insgesamt	2	8	27	38

1) Angabe für mindestens einmal wöchentlich oder öfter in Prozent

Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1997

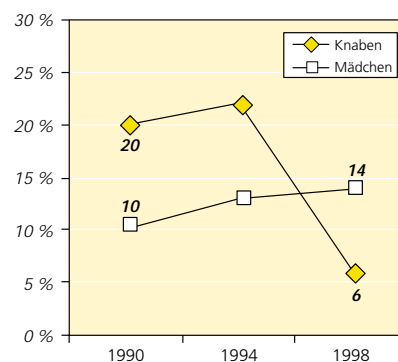
Nicht so sehr der einmalige Alkoholkonsum ist – bezogen auf Jugendliche im Sinne eines Ausprobierens – problematisch, sondern der regelmäßige und mengenmäßig bedeutsame Alkoholkonsum. Als Maß dafür wird die Häufigkeit von Betrunkenheit herangezogen. Je älter die Kinder werden, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie bereits einmal betrunken waren.

69 Prozent der 15-jährigen Knaben in Wien hatten auch schon mindestens einmal einen Rausch (GESUNDEHEITSBERICHT WIEN, 1997).

In derselben Altersgruppe waren bereits sechs Prozent der Knaben und 14 Prozent der Mädchen öfter als viermal betrunken, was auf einen regelmäßigen Konsum hindeutet (WHO-HBSC-Survey, 1998).

Der Alkoholkonsum bei den Wiener Mädchen hat im Gegensatz zu den Knaben in den 90er Jahren kontinuierlich zugenommen. Bei den Wiener Knaben hat der Alkoholkonsum nach Jahren des Anstiegs seit 1994 erfreulicherweise stark abgenommen (Abb. 1). Die männliche Jugend Wiens steht damit im Gegensatz zur gesamtösterreichischen Entwicklung, wo auch für die 15-jährigen Knaben ein Zuwachs im Alkoholkonsum zu verzeichnen ist.

Abbildung 1: Trendanalyse: „15-jährige Wiener SchülerInnen, die bereits viermal oder öfters so viel Alkohol getrunken haben, dass sie einen Rausch hatten“ nach Geschlecht, Wien 1990/1994/1998



Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1990; 1994; 1998

Um den sozio-kulturellen Bezugsrahmen des legalen Drogenkonsums (Alkohol) zu verstehen, ist es notwendig, die sozialen Regeln, nach denen der Konsum vor sich geht, zu kennen. Diese Einflüsse lassen sich in kulturelle und in ökonomische aufgliedern:

Unter **kulturellen Einflüssen** versteht man im Wesentlichen:

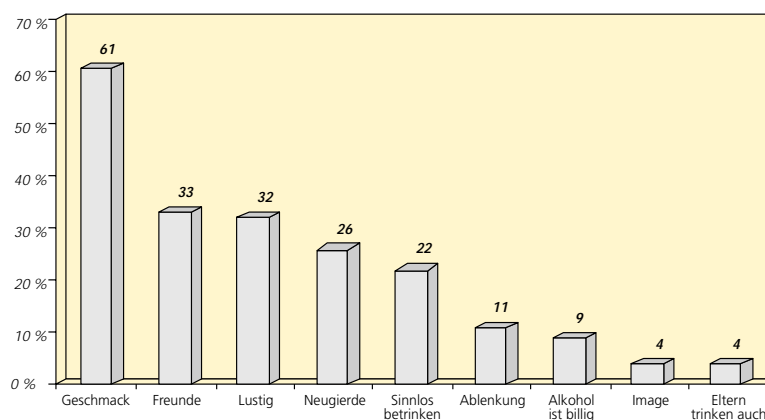
- Die eigene Einstellung zum Alkoholkonsum (soziale Akzeptanz) sowie die Verfügbarkeit dieser Genussmittel;
- Die öffentlichen Trinksitten, worunter man die auf routinemäßiger Gewohnheit oder auf Werten beruhenden Normenstrukturen (Bräuche, Sitten, Gesetze) versteht, die als Orientierung für das Konsumverhalten dienen und mehr oder weniger großen Verbindlichkeitscharakter haben;
- Die Sozialisierung zum Alkoholkonsum; es ist oft belegt worden, dass die Übernahme von Trinkmustern ein Entwicklungsphänomen darstellt, welches für das Kind zu Hause beginnt und das während der Adoleszenz zunehmend zu einem nach außen gerichteten, durch die Gruppe der Gleichaltrigen kontrollierten und verstärkten Verhalten wird.

Die **ökonomischen Bedingungen** hingegen spiegeln sich vor allem im Ausmaß der Produktion von alkoholischen Getränken wider, weiters in den Beschäftigungszahlen der entsprechenden Wirtschaftsbranchen und dem Ausmaß der Werbung.

Ganz allgemein kann man von einem den Alkoholkonsum fördernden sozialen System sprechen, welches im Wesentlichen als eine aus Meinungen, Einstellungen, Bräuchen, Sitten und Gesetzen (siehe Exkurs Wiener Jugendschutzgesetz 1985) verflochtene Struktur anzusehen ist, die Alkohol trinken als normal, erwartet, angemessen, sozial akzeptiert und als ein uneingeschränktes fundamentales Recht ansieht (GREDLER, 1984).

Für einen Großteil der jugendlichen AlkoholkonsumentInnen gilt, dass sie weniger problem-, sondern mehr anlassbezogen und im Kontext einer wie immer gearteten Gesellschaft trinken (Abb. 2). In dieser Altersgruppe hängt der Alkoholkonsum nicht mit mangelndem Selbstbewusstsein, mit Gefühlen der Hilflosigkeit, mit einem negativen Lebensgefühl, mit Einsamkeit und sozialer Isolation oder mit Problemen mit den Eltern zusammen. Das kulturelle Muster des anlassbezogenen Trinkens ist über die soziale Schicht hinweg stabil, sodass auch die Schichtzugehörigkeit oder die Familiensituation keinen Einfluss auf das Ausmaß des Alkoholkonsums haben (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Abbildung 2: Gründe für den Alkoholkonsum bei 10–18-jährigen Jugendlichen



Quelle: APA (Austria Presse Agentur)-Journal 29/9/99

Die Schule hat einen negativen Einfluss auf den Alkoholkonsum bei den 15-Jährigen. Nicht der Leistungsdruck, wohl aber schlechte Noten führen zu einem signifikant höheren Alkoholkonsum. Dasselbe gilt für die Schumatmosphäre: Je negativer diese empfunden wird, umso mehr Alkohol wird von den 15-Jährigen konsumiert (Tabelle 2) (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997).

Unterschiede sind auch innerhalb des Schultyps festzustellen: Mehr HauptschülerInnen als AHS-SchülerInnen geben an, bereits betrunken gewesen zu sein (DÜR und HUTER, 1997).

Tabelle 2: Alkoholkonsum bei 15-jährigen Jugendlichen in Abhängigkeit von schulspezifischen Faktoren (in %)

Einflussvariablen der Schule	Alkoholkonsum in Prozent		
	zumindest wöchentlich	selten oder gar nicht	Summe
Leistungsdruck			
gar nicht belastet	39	61	100
kaum belastet	38	62	100
belastet	36	64	100
sehr belastet	39	61	100
Schulerfolg			
sehr schlecht	60	40	100
schlecht	35	65	100
gut	27	73	100
sehr gut	16	84	100
Schulatmosphäre			
positiv	21	79	100
mittel	24	76	100
negativ	47	53	100

Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1997

EXKURS: Auszug aus dem Wiener Jugendschutzgesetz 1985

§ 2. Im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Kinder: Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
2. Jugendliche: Personen vom vollendeten 14. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Verheiratete Jugendliche und jugendliche Angehörige des Bundesheeres gelten nicht als Jugendliche im Sinne dieses Gesetzes.

§ 16. Alkohol- und Tabakkonsum

- (1) Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr ist der Konsum von alkoholischen Getränken und Tabakwaren in der Öffentlichkeit nicht gestattet.
- (2) Jugendlichen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr ist der Konsum von gebrannten geistigen Getränken in der Öffentlichkeit nicht gestattet.

Quelle: BMUGS, 1999; Landesgesetzblatt für Wien 34/1985

Die Jugendschutzbestimmungen sollten im öffentlichen Leben mehr Beachtung finden, denn die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen sollte wichtiger sein als der ökonomische Nutzen, den man aus dem Verkauf von Tabakwaren und Alkohol zieht.

5.6 Konsum illegaler Substanzen

Zusammenfassung

In Hinblick auf den Konsum illegaler Substanzen in Wien ergeben sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Die Burschen haben zwar insgesamt mehr Erfahrung mit dem Konsum illegaler Drogen als die Mädchen, jedoch beginnen die Mädchen früher mit dem Konsum illegaler Substanzen.

Nur ein geringer Prozentsatz der Wiener Jugendlichen (3,1 Prozent) konsumieren die Drogen alleine, die meisten (78,6 Prozent) nehmen die Drogen in Gesellschaft ein.

Weit über 90 Prozent des illegalen jugendlichen Drogenkonsums bezieht sich auf Hanfprodukte. Ecstasy ist neben Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz. LSD und Rohypnol haben eine weitaus geringere Bedeutung. Heroin/Kokain sind für 5,5 Prozent der HauptschülerInnen und 8,3 Prozent der AHS SchülerInnen (Unterstufe) zugänglich. Bemerkenswert ist, dass mehr Mädchen als Burschen angeben, Heroin/Kokain im unmittelbaren Umfeld der Peer-Gruppe zu konsumieren.

In den Berufsschulen (hauptsächlich Hashisch, Rohypnol und Heroin) und den BHS (Ecstasy, LSD und Kokain) werden anteilmäßig am meisten illegale Substanzen konsumiert. Die AHS-Oberstufe, BMS und der Polytechnische Lehrgang liegen im Mittelfeld. Den geringsten Substanzenkonsum weisen die AHS-Unterstufe und die Hauptschulen auf.

Beim Drogenkonsum während der Schwangerschaft ergeben sich nachweislich Risiken für die Kinder: ein allgemeiner psychomotorischer Entwicklungsrückstand, Probleme in der kognitiven Entwicklung, Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität, vermehrte Aggressivität und andere Verhaltensstörungen (vor allem bei Knaben).

Summary: Illegal Substances

There are gender-specific differences concerning the consumption of illegal substances in Vienna. Boys generally have more experience with illegal drugs, but girls usually start taking illegal substances earlier in life.

Only 3.1 percent of drug-consuming adolescents in Vienna consume drugs on their own, the greater part by far (78.6 percent) take drugs in company. More than 90 percent of drugs consumed by adolescents are hemp-based. Cannabis and Ecstasy are the most frequently consumed drugs. LSD and rohypnol are of minor significance. 5.5 percent of secondary school students and 8.3 percent of academic secondary school students (lower grades) have access to heroin/cocaine. Interestingly, more girls than boys claim to consume heroin/cocaine in or close to their peer group.

Most illegal substances are consumed at vocational schools (primarily hashish, rohypnol and heroin) and at vocational secondary schools (ecstasy, LSD and cocaine), followed by higher secondary academic schools, higher vocational schools and polytechnic courses. Lowest rates for drug-consumption is found with lower secondary academic schools and intermediate schools.

Drug consumption during pregnancy bears evident risks for children: general psychomotor development disorders, problems with cognitive development, attention deficits and hyperactivity, increased aggressiveness and other behavioural disorders (especially with boys).

Einleitung

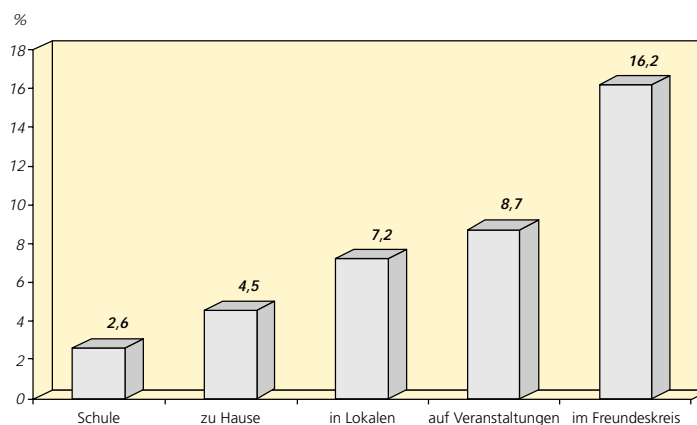
In Wien wurde 1997 mit der Erstellung eines neuen Drogenkonzepts begonnen. Im Rahmen einer eigens eingesetzten Drogenkommission wurden in 13 Sitzungen von 92 Experten und den VertreterInnen aller im Gemeinderat vertretenen Parteien die individuellen und gesellschaftlichen Probleme, die durch den Konsum und die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen und Suchtmittel entstehen, diskutiert. Das auf dieser Basis erstellte „Wiener Drogenkonzept 1999“ wurde im Frühjahr 1999 im Gemeinderat verabschiedet. Dieses Konzept baut auf dem Grundsatz einer „integrierten Drogenpolitik“ auf und folgt damit dem Ziel, durch soziale Maßnahmen Randgruppen zu integrieren und ihre Ausgrenzung zu verhindern. Daher ist auch die „Integration der Beratung und Betreuung von Suchtkranken in das breite soziale und medizinische Netz der Stadt Wien“ ein wesentlicher Bestandteil

des Konzeptes. Das Drogenkonzept baut auf den vier Säulen Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen und Sicherheit auf. Ausgehend von festgelegten Zielen und Handlungsfeldern wurden im Konzept drogenpolitische Maßnahmen zur Umsetzung definiert (1995 in: BERICHT ZUR DROGENSITUATION, 1999).

Die AutorInnen des Berichtes zur Lage der Jugend in Österreich kommen nach der Analyse der in den letzten Jahren durchgeführten Konsumstudien bei Jugendlichen zu dem Schluss, dass sich im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede ein konsistentes Bild zeigt: Die Burschen hätten zwar insgesamt mehr Erfahrung mit dem Konsum illegaler Drogen als die Mädchen, die Mädchen würden jedoch früher mit dem Konsum illegaler Drogen beginnen (ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR JUGENDFORSCHUNG, 1999). So gaben z. B. in der repräsentativen SchülerInnen-Suchtmittelstudie (UHL et al., 1994) in der 7. bis 9. Schulstufe 5,6 Prozent der Mädchen und 3,5 Prozent der Burschen Erfahrung mit illegalen Drogen an, während sich in der 10. bis 12. Schulstufe das Verhältnis mit 14,4 Prozent der Mädchen zu 22,5 Prozent der Burschen umkehrt. Als Erklärung für den früheren Substanzkonsum der Mädchen wird angeführt, dass diese üblicherweise mit älteren Burschen befreundet sind und daher früher einen Zugang zu drogenerfahrenen Cliques hätten als gleichaltrige Burschen (ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR JUGENDFORSCHUNG, 1999). Erst mit der Ausbildung der Geschlechterrollen würden sich junge Frauen emanzipieren und eine eigenständige, weibliche Identität und damit vom Partner unabhängige Konsumgewohnheiten entwickeln (EISENBACH-STANGL, 1995).

Die wenigsten österreichischen Jugendlichen (3,1 Prozent) konsumieren die Drogen alleine, die meisten (78,6 Prozent) nehmen die Drogen in Gesellschaft ein. Hier wird vor allem die Rolle der Gleichaltrigen-Gruppe bestätigt. 2,6 Prozent konsumieren die Drogen in der Schule, 4,5 Prozent zu Hause, 7,2 Prozent in Lokalen, 8,7 Prozent auf Veranstaltungen und 16,2 Prozent im Freundeskreis (Abb. 1).

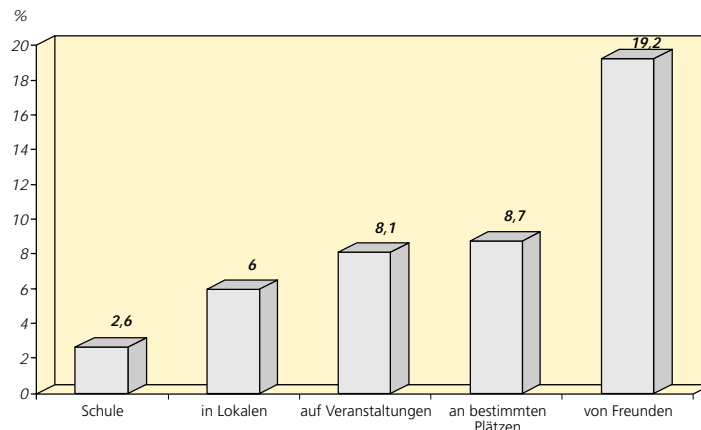
Abbildung 1: Ort des Drogenkonsums



Quelle: BOHRN und BOHONNEK, 1998

2,6 Prozent der befragten österreichischen Jugendlichen gaben an, die Drogen in der Schule, sechs Prozent in Lokalen, 8,1 Prozent bei Veranstaltungen, 8,7 Prozent an bestimmten Plätzen und 19,2 Prozent von Freunden zu bekommen (Abb.2).

Abbildung 2: Drogenbeschaffung



Quelle: BOHRN und BOHONNEK, 1998

Die Finanzierung des Drogenkonsums erfolgt zu 8,4 Prozent vom eigenen Taschengeld oder selbst verdienten Geld; 9,9 Prozent gaben an, die Drogen gratis zu bekommen.

Vom Drogenkonsum wissen 3,2 Prozent der LehrerInnen, 11,4 Prozent der Väter und 16,5 Prozent der Mütter sowie 35,6 Prozent der Geschwister. 77,9 Prozent der DrogenkonsumentInnen gaben an, dass ihre FreundInnen vom Konsum wüssten.

Eine zahlenmäßig starke Gruppe von österreichischen Jugendlichen verfügt über eigene Erfahrungen mit dem Konsum illegaler Substanzen (meist Cannabis). Der Probierkonsum erfolgt teilweise, um die eigene Neugierde zu befriedigen und/oder aufgrund des Einflusses Gleichaltriger in einer Gruppe oder innerhalb einer Zweierbeziehung. Ein Teil der Jugendlichen gibt nach ein- bis zweimaligem Probierkonsum aus verschiedenen Gründen den Konsum wieder auf. Die Enttäuschung über die Wirkung führte bei einigen sogar zur strikten Ablehnung illegaler Drogen. Eine Reihe von Jugendlichen setzt jedoch den Konsum fort, ohne allerdings gleichmäßige Muster zu entwickeln. Je nach Risikomuster kann sich aus einem Gelegenheitskonsum ein Missbrauchsmuster entwickeln, oder der Konsum wird endgültig aufgegeben (BOHRN und BOHONNEK, 1998).

5.6.1 Cannabis (Haschisch und Marihuana)

Weit über 90 Prozent des illegalen jugendlichen Drogenkonsums in Österreich bezieht sich auf Hanfprodukte. Cannabisprodukte sind im städtischen Raum weitaus besser verfügbar (50 Prozent) als im ländlichen Raum (15 Prozent). Haschisch gehört nach Koffein, Alkohol und Nikotin zu den am weitesten verbreiteten Substanzen. 21,3 Prozent der befragten österreichischen SchülerInnen haben Cannabisprodukte zumindest einmal probiert. 36,9 Prozent wurden Cannabisprodukte schon einmal angeboten bzw. hätten die Möglichkeit zum Konsum gehabt. 5,2 Prozent konsumieren zumindest einmal pro Woche Haschisch. 10,3 Prozent gaben früheren mehr oder weniger intensiven Konsum zu.

24,4 Prozent der Burschen und 17,7 Prozent der Mädchen haben Haschisch zumindest einmal probiert. Bei den Schultypen gibt es große Unterschiede. Die BerufsschülerInnen stehen mit 35,5 Prozent an der Spitze, dann kommt das Polytechnikum mit 31,7 Prozent, die BHS (Berufsbildende Höhere Schule) mit 28,3 Prozent und die Oberstufen-AHS mit 20,5 Prozent.

In der Altersgruppe der 13–14-Jährigen liegt die Prävalenzrate noch bei 6,0 Prozent, steigt dann bei den 15–16-Jährigen auf 23,9 Prozent und liegt bei den über 17-Jährigen bei 34,9 Prozent (Tabelle 1). Bei den 14-Jährigen und Älteren ist die Anzahl derer, die bereits Gelegenheit zum Haschischkonsum gehabt hatten, mit 49,1 Prozent unter den BerufsschülerInnen und mit 41,4 Prozent bei den HandelsschülerInnen und FachschülerInnen am geringsten. Knapp die Hälfte der Jugendlichen ab 14 Jahren hatte Gelegenheit zum Haschischkonsum. Der Anteil der Jugendlichen, deren Geschwister oder FreundInnen früher oder aktuell Haschisch konsumierten oder konsumieren, liegt bei Kindern bis 14 Jahren zwischen 10,9 Prozent in der Hauptschule und 15,5 Prozent in der AHS (BOHRN und BOHONNEK, 1998).

Tabelle 1: Cannabiskonsum in diversen Altersgruppen (in%)

Cannabis	< 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. 1x/Woche	0,6	4,0	8,2
Burschen	0,4	4,8	10,3
Mädchen	0,8	3,2	5,3
Zugangsmöglichkeit	18,1	41,2	52,6
Burschen	20,2	40,3	56,8
Mädchen	16,2	42,3	47,4
Peer-Gruppe	13,3	34,3	40,1
Burschen	11,9	29,7	38,7
Mädchen	15,0	39,5	42,6

Quelle: BOHRN und BOHONNEK, 1998

5.6.2 Ecstasy

Der Ecstasykonsum (Tabelle 2) ist meist mit Party- und Technoveranstaltungen am Wochenende verbunden; allgemein wird mit einer starken Zunahme des Konsums von Designerdrogen gerechnet. Ecstasy ist neben Cannabis die am weitesten verbreitete illegale Substanz in Österreich. 4,3 Prozent der Befragten gaben zu, einmal Ecstasy konsumiert zu haben, während 12,2 Prozent angaben, dass FreundInnen Ecstasy konsumieren. Auch hier gibt es große Unterschiede zwischen den Schultypen: Die BerufsschülerInnen liegen mit 8,5 Prozent an der Spitze. Der Umgang mit Ecstasy nimmt einen interessanten Verlauf: Nach einem relativ raschen Anstieg in der Verbreitung in der Altersgruppe der 14–15-Jährigen stagniert die Bereitschaft zum Probierkonsum mit dem 17.–18. Lebensjahr. Die Ecstasy-Drogenszene ist keinesfalls als harmlos einzustufen. Auffällig ist, dass die Ecstasy-KonsumentInnen gegenüber Ecstasy-NichtkonsumentInnen zusätzlich signifikant häufiger auch andere legale und illegale Drogen nehmen.

Die österreichischen Jugendlichen, die legale wie illegale Drogen probieren und konsumieren, lassen wenig spezifische Konsummuster erkennen. Eine spezifische Drogenkultur konnte nicht festgestellt werden. Es existiert vielmehr eine ausgeprägte Affinität zum Probier- und Gelegenheitskonsum psychotroper Substanzen (BOHRN und BOHONNEK, 1998).

Tabelle 2: Ecstasykonsum in diversen Altersgruppen (in %)

Ecstasy	< 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
Zugangsmöglichkeit	10,9	24,5	33,6
Burschen	9,9	24,5	36,2
Mädchen	12,1	24,5	30,5
Peer-Gruppe	7,3	18,8	19,8
Burschen	5,9	16,1	18,5
Mädchen	8,9	21,7	22,1

Quelle: BOHRN und BOHONNEK, 1998

5.6.3 LSD und Rohypnol

LSD hat unter den heutigen österreichischen Jugendlichen eine weit geringere Bedeutung als Cannabis, Ecstasy oder gar Rohypnol. Ab 1998 fallen Benzodiazepine wie Rohypnol unter das neue Suchtmittelgesetz und unterliegen als psychotrope Substanzen gesetzlichen Beschränkungen. 3,9 Prozent der Jugendlichen gaben an, schon mindestens einmal Psychopharmaka aus der Gruppe der Benzodiazepine als Rauschmittel konsumiert zu haben. Im Polytechnischen Lehrgang und in der Berufsschule haben fast ein Drittel der SchülerInnen die Möglichkeit, sich diese Substanzen zu beschaffen. Bei den Mädchen steigt die Erfahrung mit Benzodiazepinen von einem Prozent mit 14–15 Jahren auf ca. sieben Prozent mit 17–18 Jahren (Tabelle 3) (BOHRN und BOHONNEK, 1998).

Tabelle 3: LSD-Konsum in diversen Altersgruppen (in %)

LSD	< 14 Jahre	15–16 Jahre	≥ 17 Jahre
Prävalenz	0,4	3,6	4,5
Burschen	0,4	5,5	4,8
Mädchen	0,4	1,6	4,2
Zugangsmöglichkeit	2,6	14,8	21,3
Burschen	2,4	17,2	22,5
Mädchen	2,8	12,3	20,0
Peer-Gruppe	2,8	8,9	12,7
Burschen	2,8	8,1	10,3
Mädchen	2,8	9,9	16,3
Rohypnol	< 14 Jahre	15–16 Jahre	≥ 17 Jahre
Prävalenz	1,2	5,1	6,0
Burschen	1,2	6,2	5,2
Mädchen	1,2	4,0	7,4
Zugangsmöglichkeit	3,6	15,7	23,1
Burschen	3,6	15,8	24,7
Mädchen	3,6	15,8	21,1
Peer-Gruppe	2,8	9,5	12,9
Burschen	2,0	7,3	11,4
Mädchen	3,6	11,9	15,3

Quelle: BOHRN und BOHONNEK, 1998

5.6.4 Heroin und Kokain

Die Zugänglichkeit dieser Suchtmittel in Österreich liegt in der Unterstufe zwischen 5,5 Prozent (Hauptschule) und 8,3 Prozent (AHS). Bemerkenswert ist, dass mehr Mädchen als Burschen angeben, dass Heroin bzw. Kokain im unmittelbaren Umfeld der Peer-Gruppe konsumiert wurde bzw. wird (Tabelle 4). Kokain ist keine Droge der Oberschicht. Auch hier dominieren bei den Jugendlichen die BerufsschülerInnen (BOHRN und BOHONNEK, 1998).

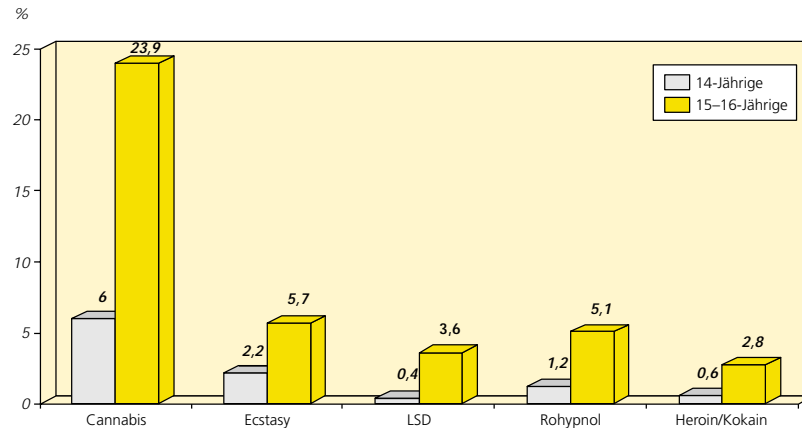
Tabelle 4: Heroin-/Kokainkonsum in diversen Altersgruppen (in%)

Heroin/Kokain	< 14 Jahre	15–16 Jahre	≥ 17 Jahre
Prävalenz	0,6	2,8	5,8
Burschen	0,4	4,0	7,0
Mädchen	0,8	1,6	4,2
Zugangsmöglichkeit	6,9	14,6	23,3
Burschen	6,7	15,0	26,6
Mädchen	7,3	14,2	18,9
Peer-Gruppe	4,2	12,7	15,3
Burschen	2,8	9,9	14,4
Mädchen	5,7	15,8	16,8

Quelle: BOHRN und BOHONNEK, 1998

Die Österreichische Drogenprävalenz bei den 14- und 15–16-Jährigen zeigt deutliche Unterschiede. Die Reihung der am häufigsten konsumierten Substanzen (Cannabis, Ecstasy, Rohypnol) ist hingegen in beiden Altersgruppen gleich (Abb. 3).

Abbildung 3: Drogenprävalenzen bei 14- und 15–16-Jährigen



Quelle: BOHRN und BOHONNEK, 1998

5.6.5 Konsum illegaler Substanzen in den unterschiedlichen Schultypen

In den Berufsschulen und den BHS werden anteilmäßig am meisten illegale Substanzen konsumiert, wobei in den Berufsschulen der Gebrauch von Haschisch, Rohypnol, Heroin und Methadon höher ist als in der BHS, in welcher Ecstasy, LSD und Kokain vorherrschen. Die AHS-Oberstufe, BMS und der Polytechnische Lehrgang liegen im Mittelfeld. Den geringsten Substanzenkonsum weisen die AHS-Unterstufe und die Hauptschule auf (Tabelle 5) (BOHRN und BOHONNEK, 1998).

Tabelle 5: Konsum illegaler Substanzen in verschiedenen Schultypen

Schultyp	Haschisch	Ecstasy	Rohypnol	LSD	Kokain	Heroin	Methadon
Hauptschule	12,7	13,8	16,0	13,0	12,0	12,0	0,0
AHS-Unterstufe	13,6	13,8	14,0	14,0	14,0	13,7	14,0
Poly	13,9	14,2	13,7	15,0	14,0	14,3	0,0
Berufsschule	15,4	16,1	15,2	16,1	16,5	16,2	16,4
AHS-Oberstufe	15,3	15,1	15,0	15,0	16,0	16,0	14,0
BMS	14,5	14,7	14,3	14,3	15,5	16,0	15,0
BHS	15,3	16,3	14,7	16,8	16,8	0,0	16,0
Burschen	15,2	15,6	15,1	15,7	16,3	15,8	15,1
Mädchen	14,8	15,1	14,6	15,6	15,5	15,0	16,0
gesamt	15,0	15,4	14,9	15,7	16,0	15,7	15,7

Quelle: BOHRN und BOHONNEK, 1998

5.6.6 Die Situation von Kindern suchtkranker Eltern

Hinsichtlich der Frage, wie viele Kinder suchtkranker Eltern in Österreich leben, liegen keine zuverlässigen Zahlen vor. Es finden sich jedoch bei einzelnen Institutionen Erfahrungsbefunde und Forschungsergebnisse zum Thema Drogenkonsum bzw. -sucht bei Frauen und Kindern.

Im Rahmen einer Kurzstudie, durchgeführt vom Verein Grüner Kreis, wurden 23 drogenabhängige Mütter über ihre Beziehung zu ihrem Kind, zu ihren Verhaltensmustern, Erziehungsmethoden, Konflikten sowie dem Erleben ihrer eigenen Kindheit befragt. Ergänzend wurde das Verhalten der Kinder beobachtet. Es zeigte sich, dass bei sämtlichen untersuchten Personen die für „Alkoholikerfamilien“ typischen Interaktionsmuster zu erkennen waren.

Weiters konnten Ängste der Kinder erforscht werden: die Angst, verlassen zu werden und die Angst um den suchtkranken Elternteil. Die Kinder geraten häufig in eine sie überfordernde Retterposition. Die Eltern werden emotional und physisch abwesend erlebt; der Vater als Bezugsperson fehlt fast vollständig. Folgende Verhaltensauffälligkeiten konnten festgestellt werden: Im sozialen Bereich die Unfähigkeit, sich an soziale Regeln anzupassen, soziale Probleme im Umgang mit anderen Kindern sowie teilweise hohe Aggressivität. Im emotionalen Bereich wird von massiven Ängsten, dysphorischen Verstimmungen, Sprachstörungen bzw. verzögerter Sprachentwicklung, psychosomatischen Beschwerden sowie über geringe Frustrationstoleranz berichtet. Bei fast allen untersuchten Kindern sei zudem Einnässen beobachtet worden. Die befragten Mütter werden als aggressiv im emotionalen Bereich beschrieben, die häufig eine starke Eifersucht und Hassgefühle auf ihr Kind entwickelten bzw. ihr Kind als emotionalen Ersatzpartner definierten (GRUBER et al., o.J.). Die Implikationen, die sich aus diesen Befunden für die therapeutische Arbeit ableiten lassen, werden gegenwärtig vom Grünen Kreis in die Praxis umgesetzt und fanden auch in der Konzepterstellung für ein „Kinder-Haus“ Berücksichtigung (BERICHT ZUR DROGENSITUATION, 1999).

Die Arbeit mit der Substitution und Betreuung von schwangeren substanzabhängigen Frauen begann historisch gesehen 1995 an der Drogenambulanz des AKH Wien in Kooperation mit der Universitätsklinik für Frauenheilkunde am AKH Wien für die peripartale Betreuung und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde zur Behandlung des neonatalen Abstinenzsyndroms (NAS). Entwicklungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr sollten das Ausmaß des Risikos bzw. die Sicherheit der angewendeten Substitutionsmethoden dokumentieren. Die Betreuung führte rasch zu einer Verbesserung der peripartalen Risiken, und ein größerer Anteil an Frauen konnte ihre Kinder behalten.

Im Zuge der Entwicklungsuntersuchungen stellte sich jedoch heraus, dass auch nach relativ komplikationsloser Schwangerschaft und Geburt eine Fülle von psychosozialen Risiken bestand, und damit ein begleitender Betreuungsbedarf für die ersten Lebensjahre gegeben war.

Die Entwicklungsbegleitung wurde mit einem Schwerpunkt auf Beratung und Betreuung der betroffenen Frauen und ihrer Kinder bis zum 6. Lebensjahr ausgedehnt. Parallel dazu sollten Daten erhoben werden, um den Entwicklungsverlauf und die Risiken zu dokumentieren.

Wesentlich war die Verstärkung der Kooperation mit den zuständigen Jugendämtern, bestehend aus Informationsveranstaltungen und regelmäßigen strategischen Treffen (ELSTNER et al., 2000).

Praktische Voraussetzungen für die Betreuung sind: Nachgehende Betreuung, Netzwerkarbeit, Kontinuität der Person; Schwerpunkt der Entwicklungsbegleitung auf Stützung, Information und Beratung an einer geeigneten Entwicklungsambulanz; Zusammenarbeit einerseits mit der Drogenambulanz sowie andererseits mit dem Amt für Jugend und Familie.

Am Neurologischen Krankenhaus am Rosenhügel werden Erfahrungen mit der Betreuung und Entwicklungsbegleitung von 101 Kindern substanzabhängiger Mütter im Rahmen eines Comprehensive Care-Modells in Zusammenarbeit mit dem AKH Wien gesammelt und kritisch durchleuchtet. Die Mütter sind überwiegend heroïnabhängig und werden im Rahmen der Drogenambulanz des AKH schon in der Schwangerschaft substituiert und psychiatrisch betreut. Die Behandlung des Entzugssyndroms erfolgt an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am AKH Wien vorwiegend mit Morphin. Die entwicklungsneurologischen Kontrollen und Folgeuntersuchungen finden an der neuropsychiatrischen Abteilung für Kinder und Jugendliche am Neurologischen Krankenhaus Rosenhügel statt (ELSTNER et al., 2000).

Mit der Erfassung von Parametern der sensumotorischen, kognitiven und emotionalen Entwicklung soll der Einfluss von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren untersucht werden. Die Daten werden im Rahmen eines multizentrischen Betreuungsprojekts erhoben.

Zwei studieninterne Vergleichsgruppen werden dargestellt: Erstens ist durch die Dokumentation des Zusatzkonsums von Benzodiazepinen und Kokain während der Schwangerschaft eine Gruppe mit höherem und eine mit geringerem biologischen Risiko abgrenzbar. Zweitens lässt sich durch die Erfassung der Qualität und Stabilität des familiären Betreuungsnetzes in der frühen Kindheit bei den leiblichen Eltern und Pflegeeltern eine Gruppe mit hohem und eine Gruppe mit geringem psychosozialen Risiko unterscheiden (ELSTNER et al., 2000).

Die Besonderheit des Betreuungsmodells liegt einerseits in der langfristigen Betreuung der Kinder und ihrer Eltern (vom frühen Säuglingsalter bis mindestens zum 6. Lebensjahr), andererseits in der parallelen Betreuung und Datenerfassung von fremdplatzierten Kindern und solchen, die in der Ursprungsfamilie aufwachsen.

Für eine Betreuung und Beratung, welche die Eltern auch erreicht, ist es wichtig, ihre subjektive Position zu verstehen, ohne objektive Zeichen von Vernachlässigung und Gefährdung des Kindes zu übersehen.

Im Säuglingsalter zeigt sich bei den leiblichen Eltern meistens folgende typische subjektive Konstellation: Sie haben unter den kritischen Augen des Jugendamts und anderer Institutionen ein Kind in die Welt gesetzt und wissen, wie gefährdet der Verbleib dieses Kindes in ihrer Betreuung ist. Voraussetzung für den Erfolg ist die engmaschige Betreuung in der Drogenambulanz und das Einhalten sämtlicher Termine. Beim ersten Kind kommen ungewohnte

Belastungen dazu: ein Säugling, welcher Aufmerksamkeit und Kontinuität fordert und dessen Bedürfnisse keinen Aufschub dulden. Gleichzeitig ist die Rolle als verantwortliche Eltern eine große Chance für einen Neuanfang. Die Mütter der Kinder rücken in die Nähe ihrer eigenen Mütter, was manchmal hilfreich sein kann, andererseits vielleicht zuvor bestandene Konflikte zur Eskalation bringt. Fehlende Unterstützung von der eigenen Mutter wird als besonders schmerzhaft und belastend empfunden.

Nicht zu vergessen ist das hohe Ausmaß von Schuldgefühlen durch den Substanzkonsum in der Schwangerschaft. Dies wird im ungünstigsten Fall nach außen projiziert und als Verfolgung durch die Institutionen erlebt, im günstigsten Fall kann es bewusst erlebt und mit Trauer und dem Wunsch nach Wiedergutmachung aktiv genutzt werden. Selbst in diesem Fall bleibt eine hohe Empfindlichkeit für Kritik und eine Tendenz, real vorhandene Schwierigkeiten zu übersehen.

Die Beratung der Eltern ist darauf ausgerichtet, ihre Sorgen aktiv und so früh wie möglich anzusprechen und darauf einzugehen, ohne mit ihnen gemeinsam die vorhandenen Probleme zu leugnen. Dies ist stets eine Gratwanderung, denn oft ist eine Auseinandersetzung mit diesen belastenden Themen erst bei einer der späteren Untersuchungen möglich, wenn inzwischen ein Vertrauensverhältnis gewachsen ist. Falls sich in den Videoaufnahmen eine Interaktionsstörung zeigt, hilft gelegentlich das gemeinsame Ansehen der gemachten Videos.

Eine positive statomotorische Entwicklung im ersten Lebensjahr und das Nachlassen der äußeren Kontrollen sowie häufig auch eine Normalisierungstendenz der sozialen Lebensumstände sind im zweiten Lebensjahr zu erwarten.

Gleichzeitig kommen mit zunehmender motorischer und emotionaler Eigenständigkeit des Kindes und den ersten Erziehungskonflikten neue Probleme auf die Eltern bzw. die Mütter zu. Schließlich ist im zweiten Lebensjahr auch oft ein Wiedereinstieg ins Berufsleben gefordert. Gelegentlich ist auch noch eine Haftstrafe ausständig (ELSTNER et al., 2000).

Zusammenfassung der Ergebnisse: Die Substitution von Opiaten an sich stellt bei ausreichender Betreuung kein nennenswertes biologisches Risiko dar. Das psychosoziale Risiko ist von der Stabilität des frühkindlichen Betreuungssystems abhängig und birgt trotz Netzwerkbetreuung vielfältige Risiken für die kognitive und emotionale Entwicklung. Optimierung der Betreuung durch Ausbau der Zusammenarbeit und möglichst frühe Entscheidungshilfen über eine eventuell notwendige Fremdunterbringung sollten einen traumatischen Betreuungswechsel in der späteren Kindheit möglichst gering halten. Die naheliegende Annahme, dass die Substanzabhängigkeit der Eltern automatisch zu Vernachlässigung und suboptimaler Betreuung führe bzw. die komplementäre Annahme, dass das Aufwachsen in einer Pflegefamilie psychosoziales Risiko ausschließe, kann mit Hilfe der Ergebnisse differenzierter betrachtet werden.

Die Ergebnisse sprechen – vergleichbar mit einer neueren Studie mit sorgfältig zusammengestellten Vergleichsgruppen – dafür, dass den psychosozialen Risiken gegenüber den biologischen Risiken ein höherer Einfluss auf die Entwicklung zukommt (ELSTNER et al., 2000).

5.7 Medikamentenkonsum

Zusammenfassung

Bei den unter 14-jährigen befragten Wiener Kindern nahmen zwölf Prozent der männlichen und 17,1 Prozent (nicht signifikant) der weiblichen Befragten mindestens „mehrmals pro Monat“ Medikamente ein. Bei der Frage nach mindestens „mehrmals pro Woche“ stimmten 3,3 Prozent der Knaben und 6,5 Prozent der Mädchen zu. Unter Berücksichtigung des mindestens „einmal pro Woche“ stattfindenden Medikamentenkonsum zeigten sich signifikante Unterschiede innerhalb der Schultypen.

Die Hauptverordnungen im Zeitraum vom 1.1. bis 31.12.1998 in Österreich stellten sich in der Altersklasse der 0–9-Jährigen folgendermaßen dar: 26,6 Prozent Antiparasitika, 19,4 Prozent Antibiotika, 18,7 Prozent Hypophysenhormone und deren Beeinflussung, 16,9 Prozent Homöopathika und 15,5 Prozent Medikamente für Pharmakotherapie des Immunsystems. In der Altersklasse der 10–19-Jährigen wurden 18,9 Prozent Antiparasitika, 12,6 Prozent Hypophysenhormone und deren Beeinflussung, 11,0 Prozent Antihistaminika/Antiallergika, 10,5 Prozent Antiepileptika und 10,2 Prozent Antibiotika verordnet. Der Anteil am gesamten österreichischen Medikamentenverbrauch lag in der Altersgruppe der 0–9-Jährigen bei 4,3 Prozent und in der Altersklasse der 10–19-Jährigen bei 2,9 Prozent.

Psychische Beschwerden treten bei den Wiener Kindern deutlich häufiger auf als in Gesamtösterreich. In der Altersgruppe der unter 1-Jährigen wurden 1998 708 Verordnungen von Psychopharmaka und Psychoanaleptika registriert, bei den 1–4-Jährigen waren es 1.856, in der Altersgruppe der 5–11-Jährigen 4.246 und bei den 12–19-Jährigen 17.960. Mit Ausnahme der 12–19-Jährigen werden den Knaben mehr Psychopharmaka und Psychoanaleptika als den Mädchen verordnet.

Summary: Medication Consumption

12 percent of male and 17.1 percent of female 14 year olds asked in Vienna claim to take medication several times a month. 3.3 percent of boys and 6.5 percent of girls take medication several times a week. There are significant differences between children of different school types consuming medication once a week.

Main prescriptions for children aged 0 to 9 years, between January 1 and December 31, 1998 were: 26.6 percent antiparasitics, 18.7 percent hypophysis hormones, 16.9 percent homeopathic medication, as well as 15.5 percent pharmacotherapeutic medication for the immune system. In the age group of 10 to 19 year olds, 18.9 percent received antiparasitics, 12.6 percent hypophysis hormones, 11 percent antihistamines/antiallergics, 10.5 percent anti-epileptics, and 10.2 percent took antibiotics. 4.3 percent of 0 to 9 year olds and 2.9 percent of 10 to 19 year olds in all of Austria were on medication.

The occurrence of psychological disturbances with children is markedly higher in Vienna than it is for the rest of Austria. In 1998, the number of prescriptions for psycho-drugs and psycho-analeptics issued to children below the age of one was 708, for 1 to 4 year olds it was 1,856, for 5 to 11 year olds it was 4,246 and for 12 to 19 year olds it was 17,960. With the exception of the 12 to 19 year olds, more boys than girls were prescribed psycho-drugs and psycho-analeptics.

5.7.1 Medikamentenkonsum bei Kindern

Der Packungsverbrauch pro EinwohnerIn ist in den Jahren 1988–1998 in Europa um rund 15 Prozent angestiegen. Der österreichische Zuwachs lag im Vergleichszeitraum bei knapp 20 Prozent. Dennoch liegt der Arzneimittelverbrauch pro EinwohnerIn immer noch unter den europäischen Durchschnittswerten: 1998 wies Österreich 863 Standard Units pro EinwohnerIn (darunter versteht man die kleinste zählbare Einheit eines Arzneimittels) auf, der europäische Mittelwert lag bei 953 Units. Österreich wurde nur von Irland, Italien, Griechenland und den Niederlanden unterboten (CLEMENT und KOLB, 1999).

Die letzte, zum Zeitpunkt der Berichterstellung bekannte Erhebung zum Medikamentenkonsum bei österreichischen Kindern und Jugendlichen auf Bundesebene wurde 1987 durchgeführt.

Bei den Wiener Kindern (8–13 Jahre, n = 485) kam man damals zu folgenden Ergebnissen: Auf die Frage, wer „gestern“ ein Arzneimittel genommen hat, antworteten elf Prozent mit „ja“. Von diesen Kindern nahmen 40 ein Medikament, neun Kinder zwei Medikamente und drei Kinder drei Medikamente und mehr. Der Hauptanteil (3,7 Prozent) der Arzneimittel wurde gegen Erkältungskrankheiten genommen, gefolgt von Vitamin- und Aufbaupräparaten (0,8 Prozent) und Antibiotika oder Antihelminthica (0,6 Prozent). Weiters fanden Medikamente gegen Epilepsie (0,6 Prozent), Kopfschmerz, Zahnschmerz u. Ä. (0,4 Prozent), Herz-Kreislauf-Störungen (0,4 Prozent), für den Zahnaufbau (0,4 Prozent), gegen Asthma (0,4 Prozent) und Diabetes (0,2 Prozent) Anwendung. Die Wiener Kinder (n = 9) nahmen Medikamente hauptsächlich gegen Erkältungskrankheiten (50 Prozent), gegen Asthma (zwölf Prozent) und Kopf- bzw. Zahnschmerzen u. Ä. (neun Prozent) sowie Vitamin- und Aufbaupräparate (acht Prozent). Auf die Frage, wer ihnen sagt, welches Medikament sie nehmen sollen, antworteten 61 Prozent mit „Eltern“ und 45 Prozent mit „Arzt“. Bei den Wiener Kindern war das Verhältnis 67 Prozent zu 41 Prozent (FESSEL+GfK-INSTITUT, 1987).

1995 wurde im Zuge der Wiener Suchtmittelstudie ermittelt, welche Medikamente von Burschen und Mädchen hauptsächlich eingenommen wurden. Untersucht wurden dabei Schmerzmittel, anregende Mittel, Beruhigungsmittel, Appetitzügler und Schlafmittel (Tabelle 1).

Tabelle 1: Häufigkeit der Anwendung diverser Medikamente (in%)

Medikamente	mindestens mehrmals pro Woche (%)	mindestens einmal pro Monat (%)	mindestens mehrmals pro Monat (%)
Schmerzmittel	4,8	15,9	54,1
Anregende Mittel	1,1	2,9	6,6
Beruhigungsmittel	siehe Schlafmittel	2,2	6,9
Appetitzügler	1,0	1,5	3,2
Schlafmittel	1,7	1,0	2,3
mind. eines der genannten	6,9	19,3	57,1

Quelle: Wiener Suchtmittelstudie, 1995

Bei den unter 14-Jährigen nahmen zwölf Prozent der männlichen und 17,1 Prozent (nicht signifikant) der weiblichen Befragten „mindestens mehrmals pro Monat“ Medikamente ein. „Mindestens einmal pro Monat“ gaben 50,2 Prozent der männlichen und 53,9 Prozent (nicht signifikant) der weiblichen Schüler an. Bei der Frage nach „mindestens mehrmals pro Woche“ stimmten 3,3 Prozent der männlichen und 6,5 Prozent der weiblichen Befragten zu (Tabelle 2).

Tabelle 2: Häufigkeit des Medikamentenkonsums bei unter 14-Jährigen (in%)

Medikamente	männlich	weiblich
mindestens mehrmals pro Monat	12,0	17,1 (n.s.)*
mindestens einmal pro Monat	50,2	53,9 (n.s.)*
mindestens mehrmals pro Woche	3,3	6,5

* n.s.: nicht signifikant

Quelle: Wiener Suchtmittelstudie, 1995

Unter Berücksichtigung des Schultyps (Tabelle 3) zeigten sich signifikante Geschlechtsunterschiede beim „mindestens einmal pro Woche“ stattfindenden Medikamentenkonsum insbesondere bei den SchülerInnen der berufsbildenden höheren Schulen, nicht hingegen in der Hauptschule und in der allgemeinbildenden höheren Schule (Unter- und Oberstufe).

Tabelle 3: Medikamentenkonsum nach Schultyp (in %)

Schultyp	mindestens mehrmals pro Woche (%)	mindestens einmal pro Monat (%)	mindestens mehrmals pro Monat (%)
Hauptschule	5,4	58,6	17,1
Burschen	3,8	55,9	16,1
Mädchen	7,4	61,4	18,9
AHS-Unterstufe	4,9	47,7	11,0
Burschen	3,3	45,7	9,0
Mädchen	6,9	50,5	13,7

Quelle: Wiener Suchtmittelstudie 1995

In **Deutschland** erhielten Kinder bis zu 15 Jahren im Jahr 1995 im Durchschnitt 205 definierte Tagesdosen pro Jahr (Gesamtbevölkerung: 430).

Die verordnungstärksten Indikationsgruppen für Kinder bis 15 Jahre sind in geordneter Reihenfolge: Antitussiva/Expektorantia, Analgetika/Antirheumatika, Rhinologika und Antibiotika/Chemotherapeutika. Auf diese Arzneimittelgruppen entfallen bereits über die Hälfte aller Verordnungen. Alle diese Arzneimittel werden vorrangig für die Behandlung von fieberhaften Atemwegserkrankungen eingesetzt. Weiters finden Mund- und Rachentherapeutika, Vitamine, Antiallergika, Antimykotika, Immuntherapeutika, Wundbehandlungsmittel und Karies- und Parodontosemittel häufig Anwendung.

Bei einem altersspezifischen Vergleich zwischen Erwachsenen und Kindern bis 15 Jahren zeigt sich, dass Kinder weitaus am häufigsten Karies- und Parodontosemittel (Fluoridpräparate), Rhinologika, Vitamine (vor allem Vitamin D) und Antitussiva/Expektorantien verordnet bekommen (SCHWABE und PAFFRATH, 1996).

In **Österreich** stellten sich die Hauptverordnungen im Zeitraum von 1.1. bis 31.12.1998 in der Altersklasse der 0–9-Jährigen folgendermaßen dar: 26,6 Prozent Antiparasitika, 19,4 Prozent Antibiotika, 18,7 Prozent Hypophysenhormone und deren Beeinflussung, 16,9 Prozent Homöopathika und 15,5 Prozent Medikamente für Pharmakotherapie des Immunsystems. In der Altersklasse der 10–19-Jährigen wurden 18,9 Prozent Antiparasitika, 12,6 Prozent Hypophysenhormone und deren Beeinflussung, 11,0 Prozent Antihistaminika/Antiallergika, 10,5 Prozent Antiepileptika und 10,2 Prozent Antibiotika verschrieben. Der Anteil am gesamten österreichischen Medikamentenverbrauch lag in der Altersgruppe der 0–9-Jährigen bei 4,3 Prozent und in der Altersklasse der 10–19-Jährigen bei 2,9 Prozent (HAUPTVERBAND DER SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER, 1999).

Psychische Beschwerden treten bei den Wiener Kindern deutlich häufiger auf als in Gesamtösterreich (DÜR, 1998). Vom Institut für Medizinische Statistik wurden im Jahr 1998 für ganz Österreich rund 6 Mio. Verordnungen von Psychopharmaka und Psychoanaleptika (exklusive Antiadiposita) im niedergelassenen Bereich registriert. Rund 70 Prozent der Medikamente werden weiblichen Patienten verordnet. 20 Prozent entfallen auf Verordnungen bei Schlafstörungen (v. a. Hypnotika und Sedativa). Die Verordnungen von Antipsychotika (früher Neuroleptika) sind zwar zahlenmäßig enorm, doch wird ein Großteil der psychisch kranken Personen noch immer nicht adäquat versorgt.

Interessant erscheint, dass – wenngleich gemessen an den Prozentwerten des Marktanteils sehr gering – bereits unter 12-Jährige Psychopharmaka verordnet bekommen, und zwar beginnend mit dem Säuglingsalter (insgesamt rund 20.400 Verordnungen an Kindern unter zwölf Jahren in Österreich). Bei den Kindern unter zwölf Jahren überwiegen – als einzige Ausnahme bei Psychopharmakaverordnungen – die Knaben mit zwei Dritteln vor den Mädchen (13.546 Verordnungen an Knaben, 6.810 an Mädchen) (Tabelle 1, Abb. 1) (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Tabelle 4: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika (exkl. Antiadiposita) nach Geschlecht und Alter, Österreich 1998¹⁾

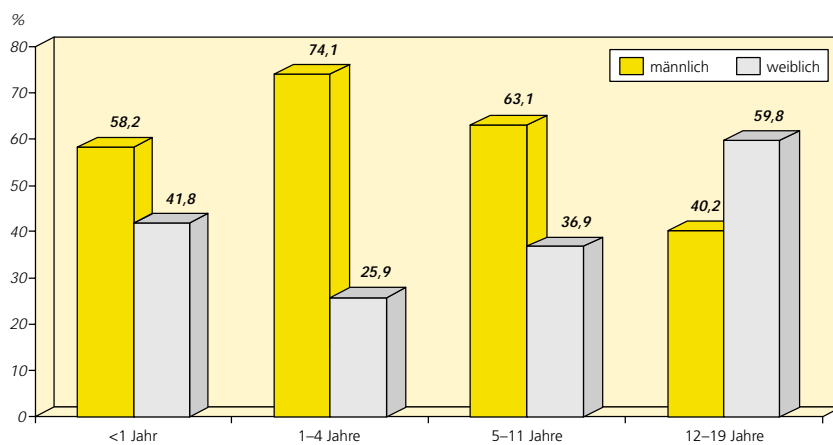
Altersgruppen	weiblich		männlich	
	absolut	in % ²⁾	absolut	in % ²⁾
unter 1 Jahr	708	41,8	988	58,2
1 – 4 Jahre	1.856	25,9	5.304	74,1
5–11 Jahre	4.246	36,9	7.254	63,1
12–19 Jahre	17.960	59,8	12.071	40,2

1) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1998, Verordnungen im niedergelassenen Bereich

2) Marktanteil in Prozent

Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1998

Abbildung 1: Verordnungen von Psycholeptika und Psychoanaleptika (exkl. Antiadiposita) nach Geschlecht und Alter, Österreich 1998¹⁾



1) Zeitraum: Jänner bis Dezember 1998, Verordnungen im niedergelassenen Bereich

Quelle: Gesundheitsbericht Wien, 1998

5.8 Bildschirmspiele und Fernsehkonsum

Zusammenfassung

Im Durchschnitt verbringen österreichische Kinder im Alter von drei bis fünf Jahren fast 80 Minuten täglich vor dem Bildschirm. Ein Drittel der 9–10-Jährigen hat sogar einen eigenen Fernseher.

Burschen haben generell mehr Bildschirmkontakt als Mädchen, am geringsten ist der Geschlechtsunterschied beim Fernsehen, am größten beim Computerspielen.

Die Auswirkungen von Bildschirmspielen sind vor allem abhängig vom Spielgerät und von der Software. Bildschirmspiele im Rahmen von 90 Minuten können die Konzentrationsfähigkeit erhöhen und eine schnellere Wahrnehmung und Diskriminierung visueller Reize ermöglichen. Eine Mehrzahl diverser Studien belegt, dass Kinder durch das Computerspielen nicht in soziale Isolation geraten, da die Mehrheit nicht alleine, sondern zusammen mit anderen spielt. Allerdings ist anzumerken, dass vor allem bei extrem gewalttätigen Spielen die Gefahr besteht, dass die Empathie mit anderen verloren geht und es zu einer Verringerung des prosozialen Verhaltens kommen kann.

Kindern macht das Computerspielen in erster Linie Spaß, an zweiter Stelle steht die Grafik, gefolgt vom Wettkampf gegen andere. Die Spiele müssen, um von den Kindern akzeptiert zu werden herausfordernd sein, die Neugier wecken, kontrollierbar sein und die Fantasie anregen. Im Spiel werden Wünsche nach Selbstbestätigung und Anerkennung erfüllt und eine Art Zugang zur Erwachsenenwelt geboten. Erst dann, wenn sich der Spieler in „seinem“ Spiel wiederfindet, erlangt dieses Faszinationskraft.

Summary: Computer Games and Television Consumption

Children in Austria aged 3 to 5 years spend an average of 80 minutes daily in front of a screen. One third of all 9 to 10 year olds have their own television.

Boys generally have more contact with the screen, the gender difference being most obvious with computer games and least obvious with television.

The effects of screen games primarily depend on the nature of a game and the software available. Screen games with a duration of 90 minutes can increase a person's capacity to concentrate and can enhance perception and discrimination of visual stimuli. Several studies have found that children who engage in computer games do not drift into social isolation, as most of them do not play on their own but in the company of others. It should be noted, however, that extremely violent games may reduce a person's capacity to feel empathic towards others and subsequently may reduce their pro-social behaviour.

Children primarily see the fun in computer games, followed by graphics and competition with others. For children to accept these games and be challenged by them, they need to awaken their curiosity, incite their imagination and be controllable. A game can fulfil the desire of self-assertion and recognition and grant access to the adult world. Players need to identify with a game for it to become fascinating.

5.8.1 Fernseh- und Bildschirmkonsum von Wiener Kindern

Kinder haben heute zwei Rollen zu spielen: die der medialen Hoffnungsträger einerseits, die der medialen Opfer andererseits.

Richtig angewandt, d. h. selektiv angewandt, stellt das Fernsehen eine große Erfahrungserweiterung für Kinder dar. Kinder, die oft und lange vor dem Fernseher sitzen, haben in aller Regel ein größeres Faktenwissen als Fernseh muffel. Richtig angewandt heißt, die Rosinen aus einem Kuchen zu picken, der so groß und üppig ist, dass man sich daran schnell den Magen verderben kann. 21 öffentlich-rechtliche sowie drei private Fernsehanstalten gab es 1980 in Europa. 1990 waren es ebensoviele staatliche, aber mehr als 30 private Sender, die rund 100 Programme ausstrahlten, die Hälfte davon per Kabel oder Satellit (MÜLLER, 1997).

Im Durchschnitt verbringen 3–5-jährige österreichische Kinder schon fast 80 Minuten täglich vor dem Bildschirm. Ein Drittel der 9–10-Jährigen hat sogar einen eigenen Fernseher. Nach der Familie ist das Fernsehen der Faktor, der die Entwicklung der Jugend am meisten beeinflusst (STIER, 1999).

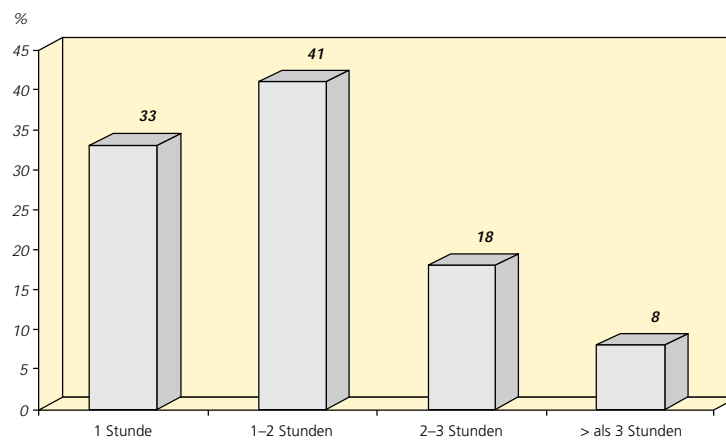
Zu den beliebtesten und am häufigsten praktizierten gemeinsamen Freizeitaktivitäten innerhalb der Familie zählt, nach dem Essen, das Fernsehen. Vier Fünftel aller Kinder schauen fern. Die Hälfte von ihnen gibt an, dass sie dies unter anderem auch in Anwesenheit der Eltern bzw. eines Elternteils tun.

37 Prozent der Befragten 11–15-jährigen Wiener Jugendlichen (WHO-HBSC-Survey, 1998) schauen täglich 2–3 Stunden fern. 13 Prozent geben an, dass sie vier Stunden täglich vor dem Fernseher verbringen, und 16 Prozent tun dies sogar mehr als vier Stunden täglich (siehe Kap. 5.2.2).

Die Jüngsten schauen noch am wenigsten fern: 15 Prozent der 11-jährigen Knaben und 16 Prozent der gleichaltrigen Mädchen verbringen mindestens vier Stunden täglich vor dem Fernseher. Bei den 15-Jährigen verbringt bereits jedes dritte Kind mindestens vier Stunden vor dem Fernseher (Abb. 1).

Von allen Eltern, die fernsehen, machen dies etwa ein Fünftel in Anwesenheit ihrer Kinder. Die Zusammenkunft der Familie vor dem Fernseher findet vor allem abends statt (BEHAM, 1998).

Abbildung 1: Wieviel Zeit verbringst Du gewöhnlich pro Tag mit Fernsehen?



Quelle: WHO-HBSC-Survey, 1998

Bei den Computerspielen (siehe Kap. 5.2.2) geben 18 Prozent der 11-jährigen Knaben und drei Prozent der gleichaltrigen Mädchen an, täglich zwischen vier und sechs Stunden mit dem Computer zu spielen. Der Anteil der Knaben steigert sich mit 15 Jahren auf 24 Prozent, während er sich bei den Mädchen nach einer kurzen Steigerung mit 13 Jahren auf zwölf Prozent wieder auf drei Prozent reduziert (WHO-HBSC-Survey, 1998).

Burschen haben generell mehr Bildschirmkontakt als Mädchen, am geringsten ist der Geschlechtsunterschied beim Fernsehen, am größten beim Computerspielen. Bei den Unterschieden bezüglich des Schultyps ergibt sich ein weniger stark ausgeprägter Einfluss. Mehr HauptschülerInnen als AHS-SchülerInnen sehen häufig Videos. Für das Computerspielen konnte ein solcher Effekt nicht festgestellt werden.

Bei den Kindern von Arbeitern und arbeitslosen Vätern finden sich mit 25 Prozent und 34 Prozent mehr Jugendliche, die täglich über vier Stunden fernsehen bzw. sich Videos anschauen als der Durchschnitt (DÜR und HUTER, 1997).

5.8.2 Auswirkungen von Bildschirmspielen auf Kinder und Jugendliche

Grundsätzlich besteht heute für sehr viele Kinder und Jugendliche der Zugang zu einem Computer oder Videospielgerät. Falls kein (eigenes) Gerät in der Familie vorhanden ist, kommen die Kinder und Jugendlichen durch die Schule und vor allem durch FreundInnen in Kontakt mit den Geräten.

Die Nutzung des Bildschirmspiels, also Spielhäufigkeit und Art der bevorzugten Spiele, wird von verschiedenen Variablen wie Alter, Geschlecht und Bildung beeinflusst. Verglichen mit anderen Altersklassen verbringen die 14–16-Jährigen die meiste Zeit mit dem Computerspiel (FRITZ, 1995). Knaben besitzen häufiger einen Computer und verbringen viel mehr Zeit mit Bildschirmspielen oder auch anderen Spielen als Mädchen. HauptschülerInnen besitzen mehr Spielgeräte als GymnasiastInnen und weisen dem Computer auch mehr Bedeutung als Spielmittel zu, während GymnasiastInnen öfter einen eigenen Computer besitzen und diesen vor allem als Lernmöglichkeit nutzen (HOELSCHER, 1994).

Um die Auswirkungen von Bildschirmspielen anhand unterschiedlichster Studien zu betrachten, ist es notwendig, sich einen Überblick über Spielgeräte und Software zu verschaffen. Auf Seite der Geräte unterscheidet man nach FRITZ (1995) folgende Formen von Bildschirmspielen:

- **Arcade-Games:** Damit bezeichnet man Spielautomaten, die meist in Spielhallen oder auch Lokalen stehen und mit denen man durch Einwurf einer Münze je nach Können eine bestimmte Zeit lang spielen kann.
- **Computerspiele:** Die Hardware besteht aus Computern unterschiedlicher Art, von den Anfängen des „C64“ bis zu den heutigen Modellen. Als Software steht dem eine kaum mehr zu überblickende Menge an Spielen zur Verfügung.
- **Videospiele:** Diese sind „nur“ für das Spielen gedacht und auch so ausgerüstet. Die Videospiele verfügen über schnelle Prozessoren, gute Grafik und guten Sound (z. B. „Sony Playstation“).
- **Tragbare Videospiele bzw. Hand-Held-Games:** Bei diesen Spielgeräten ist alles (Bildschirm, Prozessor, Stromversorgung usw.) inkludiert, um schnell und überall spielen zu können. Der bekannteste Vertreter ist hier wahrscheinlich der Gameboy.

Während es relativ einfach ist, sich einen Überblick über die verschiedenen Spielgeräte zu verschaffen, ist es im Bereich der **Software**, also bei den eigentlichen Spielen, wesentlich schwieriger. HOELSCHER (1994) unterscheidet z. B. die Spieltypen nach den unterschiedlichen Fertigkeiten, die sie den SpielerInnen abverlangen wie auch nach ihrem Spielinhalt:

- **Geschicklichkeitsspiele** bzw. Jump-and-Run-Spiele: In diesen Spielen geht es meist darum, eine Strecke mit Hindernissen möglichst schnell und unbeschadet zu bewältigen. Vom Spieler werden vorwiegend eine gute Feinmotorik, Konzentration und ein schnelles Reaktionsvermögen gefordert.
- **Actionspiele:** In dieser Kategorie findet man die sogenannten „Ballerspiele“, auf die sich die KritikerInnen von Computerspielen meist beziehen. Die SpielerInnen haben die Aufgabe, in kürzester Zeit möglichst viele Objekte abzuschießen. Möglichst alle GegnerInnen sollen besiegt, d. h. getötet werden. Auch bei diesen Spielen kommt es auf ein schnelles Reaktionsvermögen, Konzentration und Feinmotorik an.
- **Strategiespiele:** In den Strategiespielen geht es vor allem um das Überlegen von logisch-abstrakten Spielzügen. Von den SpielerInnen sind somit Problemlösefertigkeiten im Sinne taktischer oder strategischer Überlegungen gefordert.
- **Simulationen:** Unter Simulationen fallen alle Spiele, in denen reale Situationen nachgestellt werden. Diese können eher einfach wie Sportspielprogramme (Autorennen, Fußball usw.) sein oder auch sehr komplexe ökonomische, politische oder ökologische Zusammenhänge auf spielerische Weise erfahrbar machen. Die SpielerInnen müssen Probleme lösen und geschickt und schnell reagieren.
- **Abenteuerspiele bzw. Adventures:** Bei diesem Spieltyp wird eine ganze Geschichte gespielt. Die SpielerInnen schlüpfen in die Rolle des Helden/der Heldin und gehen mit ihm/ihr durch die verschiedenen Szenarien. Dabei müssen viele kleine Aufgaben und Rätsel gelöst werden. Dies erfordert von den SpielerInnen Problemlösefertigkeit und Kreativität.
- **Rollenspiele:** Beim Rollenspiel geht es ebenfalls darum, Abenteuer zu bestehen. Die HeldInnen können jedoch von den SpielerInnen selbst aus einer Vielzahl von Einzelmerkmalen zusammengestellt werden (ethnische Zugehörigkeit, Beruf, Stärke, Lebenserfahrung usw.). Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass sich die Charaktere auch weiterentwickeln. Für das Spiel benötigen die SpielerInnen Problemlösefertigkeit und Kreativität.

5.8.2.1 Kognitive Aspekte der Auswirkungen von Bildschirmspielen

Schulleistung

LIN und LEPPER (1987, zitiert nach EMES, 1997) zeigen, dass keine Beziehung zwischen Computerspielen zu Hause und der Schulleistung besteht. Jedoch finden sie eine signifikante negative Korrelation zwischen dem Spielen mit Arcade-Games und den LehrerInnenratings zu Mathematikfähigkeiten und allgemeiner Schulleistung von Knaben. Das kann daran liegen, dass die Jugendlichen, die in Spielhallen und Lokalen spielen, hierfür auch die Schule schwänzen und/oder dem Lernen und der Schule generell weniger Wert beimessen. VAN SCHIE und WIEGMAN (1997) kommen in ihrer Untersuchung zu dem Schluss, dass bei Kontrolle der Effekte der Intelligenz kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Videospielzeit und der Schulleistung besteht. Allerdings zeigt sich, dass Kinder, die mehr Zeit mit Computerspielen verbringen, generell einen signifikant höheren IQ aufweisen. Als mögliche Erklärung geben sie an, dass viele Videospiele Konzentration und kognitive Fähigkeiten verlangen und ansprechen, und diese wichtige Aspekte der Intelligenz sind.

Informationsverarbeitungsfähigkeit

YUJI (1996) geht in seiner Untersuchung davon aus, dass die vielfältigen Informationsquellen in einem Computerspiel (Zeit, Punktestand, Position usw.) zu einer Förderung der parallelen Informationsverarbeitung und einer schnelleren Reaktionszeit führen müssen. Dazu ließ er Kindergartenkinder visuelle Diskriminationsaufgaben (mit Symbolen unterschiedlicher Farbe und Form) am Computer lösen. Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder, die häufig Computer spielen, eine durchschnittlich schnellere Reaktionszeit aufweisen. Zudem weisen die Daten darauf hin, dass diese Kinder nicht nur eine ausgezeichnete Wahrnehmungsleistung und sehr gute motorische Fertigkeiten zeigen, sondern auch eine ausgezeichnete Informationsverarbeitungsfähigkeit. Bei den beobachteten Kindern war die Zeit der Informationsverarbeitung vom Input (Wahrnehmung) zum Output (Reaktion) sehr kurz. Solche Fähigkeiten der Verarbeitung und Diskriminierung visueller Information sind in vielen Computerspielen eingebunden. Das wiederholte Spielen dürfte diese Fähigkeiten verbessern.

Visuelle Aufmerksamkeitskonzentration

Interessant erscheint auch die Frage, inwieweit das stundenlange „Starren“ auf den Bildschirm, das ständige Wahrnehmen von verschiedenen schnell aufeinanderfolgenden Bildern, Signalen und Geräuschen die Konzentration und die Belastbarkeit von Kindern und Jugendlichen in Anspruch nimmt. So legten FRITZ und MISEK-SCHNEIDER (1995) Schulklassen am Beginn und nach einer Spielphase den Aufmerksamkeits-Belastungstest D2 vor. Der D2 gibt Aufschluss über die visuelle Konzentrationsfähigkeit, die Belastungsfähigkeit und die Ermüdbarkeit der Testperson. Die Ergebnisse zeigen, dass fast alle der untersuchten Kinder und Jugendlichen nach einer Spieldauer von 90 Minuten signifikant bessere Leistungen in der visuellen Aufmerksamkeit aufweisen. Die Testpersonen bearbeiten nicht nur eine größere Menge an Zeichen, sondern machen auch weniger Fehler, d. h. die Leistung steigt sowohl quantitativ als auch qualitativ. Offensichtlich fördert das Bildschirmspiel (im Rahmen von 90 Minuten) diesen Aspekt der Konzentrationsfähigkeit und ermöglicht eine schnellere Wahrnehmung und Diskriminierung visueller Reize.

Gedächtnisstrategien

OYEN und BEBKO (1996) verglichen in einer Studie in Kanada die Gedächtnisleistungen und -strategien von Kindern in einer Unterrichtsbedingung mit jenen in einem Computerspiel mit Gedächtnisaufgaben. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Gedächtnisleistungen unter den verschiedenen Bedingungen zwar kaum unterscheiden, dass jedoch im Computerspiel Kinder fast doppelt so oft zu offenen Mitteln des Wiederholens neigen, also z. B. zu lautem Vorsichhersagen. Die Autoren interpretieren dieses Ergebnis so, dass für die Kinder die (wenn auch) interessantere Computerspielsituation die schwierigere Versuchsbedingung darstellt. Ähnliche Effekte sind in der Gedächtnisforschung schon oft beobachtet worden: Je schwieriger ein Material ist, desto öfter greifen Kinder auf den offensichtlichen Gebrauch von Gedächtnisstrategien zurück. Die etwas schlechtere Leistung in der Computerspielbedingung kann durch eine zu komplexe und ablenkende Gestaltung des Spiels zustande gekommen sein. Die Autoren vermuten, dass bei konstant bleibender Motivation mit fortgesetzter Übung die Komplexität des Computerspiels ihren negativen Einfluss verlieren würde. Die Kinder können dann ihre vollen Kapazitäten auf das Spiel selbst richten und so die Gedächtnisleistung steigern.

Weitere Untersuchungsergebnisse

GREENFIELD (1984, 1987, zitiert nach YUJI, 1996) brachte ein, dass die Verwendung von Computerspielen die Auge-Hand-Koordination und die räumliche Wahrnehmung fördert. Weiters sollen durch das Computerspielen die parallele und serielle Verarbeitung von Reizen, Kreativität usw. unterstützt werden. Diese Fähigkeiten und Fertigkeiten sind auch für das Lernen und die Entwicklung von Kindern von großer Bedeutung.

Zusätzlich bedeuten Computerspiele für Kinder oft den ersten Kontakt mit dem Medium Computer. So gesehen können Computerspiele Kinder mit computerbezogenen Fertigkeiten (auch für die Zukunft) ausstatten, indem sie den Zugang zu der entsprechenden Technologie bieten. Die meisten Heranwachsenden befassen sich zusätzlich zum Spielen mit Programmierung sowie mit normalen Anwenderprogrammen (z. B. Textverarbeitung).

5.8.2.2 Soziale Aspekte der Auswirkungen von Bildschirmspielen

Aggression

Von 15 publizierten Studien zum Zusammenhang von Videospiele und Aggression in der Zeit von 1984–1995 fanden zehn Studien einen aggressionssteigernden Effekt. Es wurden z. B. aggressive Gedanken oder Fantasien beobachtet oder erhöhte Feindseligkeit anderen gegenüber nach einem Videospiele. Drei Studien fanden keinen Effekt und zwei Untersuchungen berichten von einer beruhigenden bzw. von aggressionskontrollierender Wirkung. Diese zum Teil sehr widersprüchlichen Ergebnisse lassen sich vielleicht dadurch erklären, dass fast alle Stu-

dien, die von einer Steigerung der Aggression berichten, gezielt Videospiele mit aggressiven Inhalten in ihrem experimentellen Design verwendet haben. Studien, die jedoch den allgemeinen Computerspielgebrauch in ihre Berechnungen miteinbezogen, zeigten keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen Videospiele und Aggression auf. VAN SCHIE und WIEGMANN (1997) korrelieren in einer neueren Studie das Ausmaß der Zeit, die mit Videospiele verbracht wurde mit dem Ausmaß aggressiven Verhaltens (basierend auf der Einschätzung der KlassenkameradInnen). In dieser Studie kann kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden. Zusammenfassend könnte man sagen, dass allein die Beschäftigung mit Computerspielen nicht zwingend zu einer erhöhten Aggressivität führt, sehr wohl aber die Beschäftigung mit aggressiven Computerspielen. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Forschungsergebnisse, deren Reliabilität und Validität zur Diskussion stehen, nur die kurzfristige Aggressionserhöhung berücksichtigen. Da noch keine Langzeitstudien vorliegen, kann so noch nicht auf mittel- oder langfristige Auswirkungen geschlossen werden.

Prosoziales Verhalten und soziale Isolation

Auch hier sind die Studien nicht eindeutig. So zeigt die Mehrheit der Studien entgegen allen Ängsten und Befürchtungen von ComputerspielkritikerInnen keinen Zusammenhang zwischen der Zeitdauer, die mit Videospiele verbracht wird und der sozialen Isolierung, Einsamkeit oder Popularität eines Kindes (VAN SCHIE und WIEGMANN, 1997). Diese Ergebnisse lassen sich vielleicht dadurch erklären, dass die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen nicht alleine, sondern zusammen mit anderen spielt.

Allerdings ist sicher nicht von der Hand zu weisen, dass vor allem im Bereich der extrem gewalttätigen Spiele die Gefahr besteht, dass die Empathie mit anderen verloren geht und es zu einer Verringerung prosozialen Verhaltens kommen kann. Viele Experimente zum Medium Fernsehen belegen, dass durch die Abstumpfung in Bezug auf Aggression und Angriffe auch das reale Mitleid mit Menschen abnehmen kann. Das realistische Einüben von Töten und Vernichten von Monstern und menschlichen Figuren im Rahmen eines Computerspiels kann auf Dauer einen Gewöhnungseffekt zur Folge haben.

Die Behauptung aber, dass Computerspiele zu einem verringertem Ausmaß sozialen Verhaltens und zu sozialer Vereinsamung führen, lässt sich in dieser allgemeinen Form nicht halten.

Emotionale und motivationale Aspekte der Auswirkungen von Bildschirmspielen

Fragt man die Kinder und Jugendlichen selbst, warum sie Computerspiele anwenden, so ist die häufigste Antwort: Computerspiele machen Spaß. An zweiter Stelle steht die Grafik und an dritter Stelle der Wettkampf gegen andere (SPANHEL, 1990, zitiert nach HOELSCHER, 1994). Wenn man das Konzept der intrinsischen Motivation auf Computerspiele bezieht, wird deutlich, warum sie für Kinder und Jugendliche so anziehend sind. Die Merkmale einer intrinsisch motivierten Tätigkeit sind nach MALONE und LEPPER (1987, zitiert nach HOELSCHER, 1994) Herausforderung, Neugier, Kontrolle und Fantasie:

Eine Tätigkeit ist dann **herausfordernd**, wenn sie einen mittleren Schwierigkeitsgrad aufweist. Ist ein Spiel für eine/n SpielerIn zu leicht, ist es uninteressant. Ist das Spiel hingegen zu schwer, löst es Frustration aus und wirkt ebenfalls nicht mehr motivierend auf den/die SpielerIn. Das Spiel muss sich günstig auf den Selbstwert auswirken. Dazu müssen die Schwierigkeiten stetig gesteigert werden und es müssen positive Leistungsrückmeldungen erfolgen. In einem Computerspiel ist dieses Motivationsprinzip durch beständig schwieriger werdende Levels und das Schaffen dieser Levels gegeben.

Die **Neugier** wird bei einem Computerspiel durch die Darbietung abwechslungsreicher grafischer und akustischer Reize angeregt.

Der/die SpielerIn muss weiters das Gefühl haben, dass er/sie das Spiel unter **Kontrolle** hat. Zu dieser Selbstbestimmung des Spiels gehören die Führung der Spielfigur, das Verständnis des Spiels und das Lösen der Aufgaben.

Dadurch, dass die Möglichkeit zur Identifizierung mit einer Figur oder einer Situation gegeben ist, wird auf die emotionalen Bedürfnisse des Spielers/der Spielerin eingegangen und die **Fantasie** angesprochen. Wenn man annimmt, dass die wichtigsten Themen im Leben eines Jugendlichen die Identitätsfindung, die Auseinandersetzung mit Autoritäten und die Entwicklung der eigenen Sexualität sind, so kann man den Computerspielen die Funktion einer bewussten und unbewussten Bedürfnisbefriedigung zuschreiben (FRITZ, 1995). Im Spiel werden Wünsche nach Selbstbestätigung und Anerkennung erfüllt und eine Art Zugang zur Erwachsenenwelt geboten. FRITZ (1995) meint dazu, dass erst dann, wenn sich der Spieler in „seinem“ Spiel „wiederfindet“, das Spiel für ihn Faszinationskraft erlangen kann.

GROEBEL (1998) sieht, bedingt durch die immer besser werdende grafische Darstellung der Spiele die Gefahr, dass es für die Beteiligten schwierig ist, auf Distanz zum Geschehen am Bildschirm zu gehen. Die/der SpielerIn werde so in den Spielablauf hineingezogen, dass er/sie sich in die Realität versetzt fühlt. Selbst wenn der/die SpielerIn vor und nach dem Spiel weiß, dass das nur eine virtuelle Welt war, in der er oder sie sich bewegt hat, so stellt sich doch die Frage, wie weit sich langfristig Gefühlsstrukturen bei einer intensiven Auseinandersetzung mit virtuellen

Gefühlswelten entwickeln bzw. verändern. Frühere Untersuchungen zeigen, dass sich bei einer ständigen Vermischung von Realität und Fiktion über längere Zeit die Einschätzung der Umwelt verändert. Ein realistisch gemachtes Spiel (Grafik, Sound usw.), dessen Inhalt auch bei Simulationen letztlich fiktiv ist, dürfte so die Wahrnehmung der wirklichen Lebensumgebung und auch das Verhalten in dieser beeinflussen.

Zusammen mit dem „Angebot“ eines Spiels bestimmen die Persönlichkeitsmerkmale des Spielers/der Spielerin, d. h. seine/ihre Fähigkeiten und Interessen, welches Motivierungspotenzial ein bestimmtes Spiel für eine/n bestimmte/n SpielerIn aufweist.

Selbstkontrolle und Zeitempfinden beim Bildschirmspiel

Anhand von Beobachtungen während des Spiels und narrativen Interviews untersuchten FRITZ und MISEK-SCHNEIDER (1995) die Spielintensität von Schülern und Schülerinnen im Alter von 11–20 Jahren. Die Äußerungen der Jugendlichen bezogen sich dabei vor allem auf den ständigen „Kampf“, im Spiel zu bleiben und die damit verbundenen Anstrengungen und Frustrationen. Nur ca. ein Zehntel der Befragten gibt an, das Spiel besonders gefühlsintensiv erlebt und Probleme mit dem Aufhören gehabt zu haben. Allerdings dürfte sich diese Angabe auf die Untersuchungssituation beziehen. Es wäre möglich, dass für die Jugendlichen diese kontrollierte Bedingung ein „Eintauchen“ in das Spiel erschwert hat. Auch mangelnde Computerspielerfahrung könnte ein Grund dafür sein. Das Gefühl, das Spiel zu beherrschen und dafür auch die Bestätigung zu bekommen, ist für einen Teil der Heranwachsenden so befriedigend, dass sie diese Erfahrung so lange wie möglich genießen wollen. Auch das Bedürfnis, an die Grenzen der eigenen Kompetenz zu stoßen und diese auszuweiten, führt zu einem „Immer-weiter-spielen“-Wollen. Wenn beim Spiel ein Teilziel gemeistert ist, also z. B. ein Level, erscheint schon das nächste Ziel bzw. das nächste Level. Mit jedem Erfolg wächst das Gefühl, an das Ziel des Spieles zu kommen, also dorthin, wo alle Anforderungen bewältigt wurden und alle Aufgaben gelöst sind. Durch diesen Wunsch entsteht bei manchen SpielerInnen eine Sogwirkung des Spiels, die ihnen das Aufhören sehr schwer macht. Allerdings reicht Spielkompetenz für ein so intensives Spielerleben allein nicht aus. Die SpielerInnen müssen sich in die Spielfigur hineinversetzen können, sie müssen das Gefühl haben, dass sie selbst es sind, die sich auf dem Bildschirm bewegen.

Ein typisches Merkmal für intensives Spielerleben beim Bildschirmspiel ist die Verminderung des Zeitempfindens. Die Interviews zeigen auch, dass die Jugendlichen eigene Methoden entwickelt haben, ihre Spieldauer zu kontrollieren. Weiters wird das Spiel auch bei „Kopfschmerzen“ oder einem „roten Gesicht“ beendet. Daraus kann man schließen, dass auch bei sehr intensivem Spielerleben die Fähigkeit zur Selbstkontrolle noch ausreichend erhalten bleibt. Eine Spielform, deren Hauptelement die Kontrolle des Spiels ist, fördert nach FRITZ und MISEK-SCHNEIDER (1995) auch die Selbstdisziplin. Ob diese dann ausreicht, die Spieldauer zu regulieren, lassen die Autoren offen.

Resümee

- Da Essen und Trinken für das Wachstum, die Entwicklung und die Gesundheit unserer Kinder als Grundlage dienen, sollte mit einer ausgewogenen, dem Alter entsprechenden Ernährung so früh wie möglich begonnen werden.

Das **Stillen** bietet u. a. die Möglichkeit, den Säugling von klein auf mit allen nötigen Nährstoffen zu versorgen, deshalb müssen die Stillbereitschaft und das Stillverhalten durch gezielte Informationen während der Schwangerschaft und nach der Geburt weiter gefördert werden.

Da die grundlegenden Empfehlungen der Ernährungswissenschaft bezüglich der **Lebensmittelauswahl** von einem Großteil der Kinder nicht erreicht werden, ist in Zukunft darauf zu achten, dass Kinder täglich eine Portion Obst, Gemüse, fettarme Milch und Milchprodukte, Getreide und Getreideprodukte konsumieren. Erst durch die Umsetzung dieser Empfehlung kann die Nährwertrelation verbessert werden. Weiters sollte die Kochsalz- und Saccharosezufuhr vermindert werden.

Das **Ernährungswissen** und das damit verbundene Ernährungsverhalten der Wiener Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen lässt zu wünschen übrig. So werden beispielsweise gesunde Nahrungsmittel wie Obst, Gemüse, Vollkornprodukte und Milch nur von 14 Prozent der 11- und 15-jährigen Wiener Schulkinder täglich und von 41 Prozent zumindest einmal wöchentlich gegessen.

Das Hinführen zu einer gesunden Lebensmittelauswahl, einer bedarfsgerechten Zusammenstellung der Mahlzeiten und einem richtigen Ernährungsverhalten muss in Zukunft verstärkt in Angriff genommen werden. Daher sollte bereits im Rahmen der Stillberatung und anschließend in Kindergärten und Schulen sowie entsprechenden Einrichtungen vermehrt professionelle, altersspezifische Ernährungsaufklärung und -beratung angeboten werden.

- Da Kinder mit **Übergewicht** durch verringerte körperliche Tätigkeit und erhöhten Fernsehkonsum auffallen, kommt dem **Sport** und der **Bewegung** außerhalb der Turnstunde große Bedeutung zu.

Erfreulicherweise ist die Zahl jener, die kaum Sport betreiben, gering: Nur zehn Prozent der 11-, 13- und 15-jährigen Wiener SchülerInnen geben an, dass sie höchstens einmal im Monat und lediglich ein Prozent, dass sie überhaupt keine Bewegung außerhalb der Turnstunde machen.

Wichtig erscheint es, für übergewichtige Kinder und Jugendliche zielgruppenspezifische Bewegungsprogramme anzubieten, da ihnen aufgrund ihres Körpergewichtes, Scham, Ungeschicklichkeit, mangelnden Interesses usw. der Zugang zu regelmäßigen außerschulischen Sportaktivitäten häufig erschwert ist.

Neben dem Ergebnis, dass Kinder, die häufig Sport betreiben, sich besonders gesund und wohl fühlen, haben entsprechende Maßnahmen nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass 70 – 80 Prozent aller Kinder mit ausgeprägter Adipositas auch bis ins Erwachsenenalter hinein adipös bleiben, große präventivmedizinische Bedeutung.

- Zur Ausübung sportlicher Aktivitäten gibt es in Wien jedenfalls reichlich Angebote, denn fast die Hälfte der Wiener Stadtfläche ist **Grünfläche**. Im Wiener Stadtgebiet gibt es insgesamt rund 3.000 größere und kleinere Parks, viele Parkanlagen enthalten Kinderspielplätze, darunter auch Abenteuerspielplätze und Anlagen für Ballspiele.

Die Parkbetreuung durch qualifizierte BetreuerInnen und die Wiener Kinderfreunde ist in allen 23 Bezirken gegeben und stellt ein europaweit einzigartiges Projekt dar.

- Zahlreiche gas- bzw. staubförmige **Schadstoffe**, welche u. a. durch Emissionen aus Industrie und Gewerbe, Kfz-Verkehr oder Heizanlagen in die Luft gelangen, aber etwa auch Zigarettenrauch, können gesundheitsschädigende Auswirkungen haben. Oft sind davon die Atemwege betroffen, die sozusagen die Schnittstelle zwischen der Außenluft und dem menschlichem Organismus darstellen. Darüber hinaus können jedoch auch andere Organe in Mitleidenschaft gezogen werden, bei einigen Schadstoffen wurde auch ein krebserzeugendes Potenzial nachgewiesen.

Um etwaigen Gefahren für die menschliche Gesundheit wirksam entgegenzutreten zu können, existieren in Österreich derzeit etliche einschlägige gesetzliche Regelungen, welche die Emission der die Luft verunreinigenden Stoffe regeln. Diese Regelungen sollten generell dem Stand der Technik angepasst sein. Darüber hinaus sind Emissionsreduktionen durch nichttechnische Maßnahmen oft kostengünstig und folglich anzustreben.

Im Ozongesetz (BGBl. 210/1992) sind allgemeine Vorgaben zur Reduktion bestimmter Schadstoffe (NO_x und VOC) festgelegt; geeignete Maßnahmen zur Erhaltung dieser Ziele sollten umgesetzt werden.

Als wirksames Instrument zur Bekämpfung der Schadstoffbelastung in der Außenluft ist das Immissionsschutzgesetz Luft anzusehen, welches am 1.4.1998 in Kraft trat. Darin sind u. a. für etliche die Luft verunreinigenden Stoffe verbindliche Immissionsgrenzwerte festgelegt, bei deren Überschreitung Maßnahmen gesetzt werden müssen.

Einige Schadstoffbelastungen sind auf Emissionen zurückzuführen, die nicht aus österreichischen Quellen stammen. Zur Reduktion sind bilaterale und multinationale Abkommen notwendig, etwa im Rahmen der Konvention über weiträumige, grenzüberschreitende Luftverunreinigung der UN/ECE. Auf EU-Ebene sollten alle Vorhaben und Regelungen unterstützt werden, welche geeignet sind, die Schadstoffbelastung der Luft derart zu reduzieren, dass sie keine Gefährdung der Bevölkerung darstellt (ÖSTERREICHISCHER UMWELT- UND GESUNDHEITSAKTIONSPLAN, o.J.).

- Wichtiger Bestandteil der Bekämpfung der **Innenraumbelastung** ist bei praktisch allen Komponenten eine umfassende Information der Bevölkerung, die dann durch entsprechende individuelle Verhaltensregeln (lüften usw.) und Konsumverhalten (emissionsarme Produkte usw.) maßgeblich zur Senkung der Schadstoffbelastung in Innenräumen beitragen kann. Im Besonderen ist auf die Exposition der Kinder und Jugendlichen durch Tabakrauch in Innenräumen hinzuweisen. **Tabakrauch** (ETS, Environmental Tobacco Smoke) ist ein hochkomplexes Gemisch von Substanzen, unter denen sich etliche mit nachweislich kanzerogener Wirkung befinden. Kohlenmonoxid, Stickstoffoxide, Formaldehyd, polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (z. B. Benzo(a)pyren), Staub und Metalle (Arsen und Cadmium) sind die wesentlichen Bestandteile des Tabakrauchs. Passivrauchen ist vor allem für Kinder weit mehr als nur eine Belästigung, sondern eine ernsthafte Gefahr für die Gesundheit. Darüber hinaus stellen Allergene der Raumluft für Kinder ein zunehmendes Problem dar (ÖSTERREICHISCHER UMWELT- UND GESUNDHEITSAKTIONSPLAN, o.J.).
- Die in den letzten Jahren ergriffenen Maßnahmen zur **Gewässerreinigung** haben zu beachtlichen Erfolgen im Bereich der Badewasserqualität geführt.
- Österreich bekennt sich zum umfassenden Umweltschutz, der insbesondere auch in Maßnahmen zur Vermeidung von Störungen durch **Lärm** besteht (BGBl. Nr. 491/1984). Eine für Kinder und Jugendliche wichtige Maßnahme stellt u. a. die notwendige allgemeine Aufklärung über die nachweisliche Gesundheitsbeeinträchtigung durch lärmerzeugendes Spielzeug sowie durch spezielle, besonders hohe Lärmpegel erzeugende Freizeitaktivitäten dar (Besuch von Diskotheken sowie Rock- und Popkonzerten, Walkman, Fahren auf leistungsstarken Motorrädern, Feuerwerkskörper usw.).

Weitere Lärmsicherheitsmaßnahmen müssen Straße, Schiene und Flugverkehr umfassen. Neben den passiven Schutzmaßnahmen (z. B. lärmarme Reifentechnologien, Flüsterbeton) sollte die Vermeidung von Lärm im Mittelpunkt stehen und die Erfordernisse des Lärmsschutzes in sensiblen Gebieten besonders beachtet werden.

- Die Daten zum Konsum legaler und illegaler Substanzen weisen zunächst Mädchen als spezielle Risikogruppe aus. Insbesondere im Hinblick auf das vielfältige Risikomuster des **Tabakkonsums** bei Frauen und die Auswirkungen des Rauchens auf Schwangerschaft und Geburt wie auch auf die physische und psychische Gesundheit ihrer Kinder, ist die starke Zunahme des Anteils von TabakkonsumentInnen unter den Wiener und auch österreichischen Jugendlichen als besonders problematisch anzusehen.

Wirksame Ansätze der Prävention des Zigarettenkonsums bedürfen eines ganzen Maßnahmenbündels (SCHÖBERBERGER, KUNZE et al., 1999) und müssen darauf ausgerichtet sein, die soziale Bedeutung des Rauchens zu vermindern bzw. die Konnotation „Rauchen heißt dazugehören“ in „Rauchen ist out“ umzukehren. Die Präventionsarbeit hierbei hat in gleichem Maße Peers, Eltern, soziales Umfeld, Medien und Politik zu berücksichtigen und sollte in settingspezifischen Designs erfolgen.

- Wenngleich für einen Großteil der jugendlichen AlkoholkonsumentInnen generell gilt, dass sie weniger problem-, sondern mehr anlassbezogen und im Kontext einer wie immer gearteten Gesellschaft trinken, fallen Wiener Mädchen durch eine kontinuierliche Zunahme beim **Alkoholkonsum** (seit 1990) auf. Bei den 15-jährigen Wiener Knaben ist entgegen dem österreichischen Trend eine starke Abnahme des Alkoholkonsums zu verzeichnen.

Neben zahlreichen anderen alkoholassoziierten Erkrankungs- und Todesursachen ist im Speziellen auf Unfälle und Embryopathien hinzuweisen.

Auch hier ist es dringend erforderlich, umfassende Präventionsarbeit zu leisten, wobei dem Umstand Beachtung zu schenken ist, dass schlechte Noten und eine als negativ empfundene Schulumgebung bei Knaben sehr wohl zu signifikant erhöhtem Alkoholkonsum führen.

- Hinsichtlich des **Konsums illegaler Drogen** fällt auf, dass Mädchen mit dem Konsum dieser Substanzen früher beginnen als Burschen.

In Wien wurde 1997 mit der Erstellung eines neuen Drogenkonzepts begonnen. Im Rahmen einer eigens eingesetzten Drogenkommission wurden in 13 Sitzungen von 92 ExpertInnen und VertreterInnen aller im Gemeinderat vertretenen Parteien die individuellen und gesellschaftlichen Probleme, die durch den Konsum und die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen und Suchtmitteln entstehen, diskutiert. Das auf dieser Basis erstellte „Wiener Drogenkonzept 1999“ wurde im Frühjahr 1999 im Gemeinderat verabschiedet. Dieses Konzept baut auf dem Grundsatz einer „integrierten Drogenpolitik“ auf und folgt damit dem Ziel, durch soziale Maßnahmen Randgruppen zu integrieren und ihre Ausgrenzung zu verhindern. Daher ist auch die „Integration der Beratung und Betreuung von Suchtkranken in das breite soziale und medizinische Netz der Stadt Wien“ ein wesentlicher Bestandteil des Konzeptes. Das Drogenkonzept baut auf den vier Säulen Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen und Sicherheit auf. Ausgehend von festgelegten Zielen und Handlungsfeldern wurden im Konzept drogenpolitische Maßnahmen zur Umsetzung definiert (1995, in: BERICHT ZUR DROGENSITUATION, 1999).

Auch die Arbeit mit der Substitution und Betreuung von schwangeren substanzabhängigen Frauen wurde bereits vor einigen Jahren an der Drogenambulanz des AKH Wien in Kooperation mit der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde begonnen. Durch die Kooperation mit den zuständigen Jugendämtern konnte die Begleitung der Frauen und ihrer Kinder bis zum 6. Lebensjahr ausgedehnt werden. Auch am Neurologischen Krankenhaus am Rosenhügel erfolgt die Entwöhnungsbegleitung substanzabhängiger Mütter und ihrer Kinder im Rahmen eines Comprehensive Care Modells.

Die Ergebnisse verschiedener Betreuungsmodelle sprechen dafür, dass den psychosozialen Risiken gegenüber den biologischen Risiken ein höherer Einfluss auf die Entwicklung der Kinder von substanzabhängigen Müttern zukommt.

- Auffallend ist, dass die jungen Wiener Knaben (unter zwölf Jahre) bedeutend mehr Verordnungen von Psychopharmaka und Psychoanaleptika als die gleichaltrigen Mädchen aufweisen. „**Medikamenten**“ ist im Vergleich zu anderen Themen der Gesundheitserziehung und -beratung in Österreich bisher jedoch relativ wenig Beachtung geschenkt worden, sodass zu diesem Themenkomplex nur wenige und noch mangelhafte Detailkenntnisse vorliegen.

Ausmaß und Charakteristika des Konsums von Medikamenten und homöopathischen Arzneimitteln bei Kindern sollten Gegenstand eingehender Untersuchungen sein und somit die Grundlage für ein entsprechendes Präventionskonzept liefern. Dieses sollte u. a. auch den „Umgang mit Medikamenten“ zum Inhalt haben und versuchen, die Differenzierung zwischen – im Sinne der Compliance – notwendiger (oft vernachlässigter) Medikation und (nicht induzierter) Überschussmedikation herauszuarbeiten.

- In der erzieherischen und pädagogischen Praxis stellt sich die Aufgabe, die Heranwachsenden zu einem sinnvollen Umgang mit den **Bildschirmspielen** zu ermutigen. Die Kinder und Jugendlichen sollen durch ernsthafte, kritische Gespräche mit kompetenten Erwachsenen eine realistische Bewertungsfähigkeit der Computerspiele erlangen. Die „Computerspielkompetenz“ kann man auch als Bestandteil des Prozesses der Anpassung

an veränderte Lern- und Lebensformen mit neuen Technologien bezeichnen, der für viele Lebensbereiche immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Offen bleiben die Fragen darüber, inwieweit die behandelten Aspekte der Auswirkungen von Bildschirmspielen nach den **unterschiedlichen Spielekategorien** variieren. In den bisherigen Untersuchungen ist viel zu wenig berücksichtigt worden, dass Computerspiele sehr verschiedene Fertigkeiten voraussetzen bzw. anregen. Inwieweit die Anforderungsprofile der Spiele diese Fähigkeiten (z. B. Problemlösefähigkeit) und Fertigkeiten (z. B. Feinmotorik) auch fördern, ist aufgrund fehlender Studien noch nicht ganz klar. Pauschalisierende Wertungen über „das“ Computerspiel sollten aber aufgrund mangelnder Grundlagen vermieden werden.

Ein weiteres Problem sind die fehlenden Gütekriterien der bereits vorliegenden Studien. Durch viele Einflussvariablen wie Spielkategorie, Persönlichkeitsmerkmale der SpielerInnen, unterschiedliche Spielerfahrung der ProbandInnen usw. gestaltet es sich sehr schwierig, im Rahmen einer Untersuchung ein Merkmal isoliert zu erfassen.

Ebenfalls unklar ist, inwieweit sich gefundene Effekte auch mittel- und langfristig nachweisen, bzw. inwieweit sie sich auf andere Lebensbereiche übertragen lassen. Diese Überlegungen beziehen sich nicht nur auf kognitive und soziale Aspekte wie Reaktionsschnelligkeit, Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit oder Aggression, sondern auch auf die Hypothese, dass die Spielinhalte oder Handlungsmuster der virtuellen Welt die reale Welt beeinflussen könnten. Um eventuelle Gefahren, die durch ein Verschmelzen von realer und virtueller Welt entstehen könnten oder aber auch, um einen positiven, kognitiven Trainingseffekt abschätzen zu können, sind ausführliche und langfristige Forschungsarbeiten notwendig (KOLLER, 1999).

VI.
INNERFAMILIÄRE GEWALT
UND SEXUELLER MISSBRAUCH
VON KINDERN

*VIOLENCE IN THE FAMILY,
SEXUAL ABUSE OF CHILDREN*

6	INNERFAMILIÄRE GEWALT UND SEXUELLER MISSBRAUCH VON KINDERN	331
6.1	GEWALT GEGEN KINDER UND VERNACHLÄSSIGUNG VON KINDERN	332
6.1.1	Gewalt in der Erziehung	332
6.1.2	Vernachlässigung von Kindern	333
6.1.3	Rechtliche Aspekte bei Gewalt und Vernachlässigung	333
6.2	SEXUELLER MISSBRAUCH VON KINDERN	333
6.2.1	Definition des sexuellem Missbrauchs von Kindern	333
6.2.2	Ausmaß des sexuellen Missbrauchs/der Gewalt	334
6.2.2.1	Amtliche Statistiken	334
6.2.2.2	Statistik des Wiener Kinderschutzzentrums	335
	Die Opfer des sexuellen Missbrauchs/der Gewalt	335
	Die TäterInnen des sexuellen Missbrauchs/der Gewalt	336
6.2.2.3	Prävalenzangaben zum sexuellen Missbrauch aus Studien in der Allgemeinbevölkerung	337
	Prävalenz von sexuellem Missbrauch in Österreich	337
	Prävalenz von sexuellem Missbrauch im internationalen Vergleich	337
6.2.2.4	Darstellung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in den österreichischen Printmedien	338
6.2.3	Erkennen von sexuellem Missbrauch	339
6.2.4	Langfristige Auswirkungen von sexuellem Missbrauch	340
6.2.5	Neue österreichische Gesetzeslage zum Schutz vor Gewalt in der Familie und vor sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen	341
6.2.5.1	Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie (Gewaltschutzgesetz)	341
6.2.5.2	Schonende Vernehmung und kontradiktorische Befragung (§ 162a StPO – Strafprozessordnung)	342
6.2.5.3	Entschlagungsrecht (§ 152 StPO – Strafprozessordnung)	342
6.2.5.4	Novelle zum Jugendwohlfahrtsgesetz 1998 (Anzeige- und Meldepflicht)	342
6.2.5.5	Neufassung des Sexualstrafrechts und des Pornografiegesetzes	343
6.2.6	Ansätze zur Gewaltprävention in Österreich	343

6 INNERFAMILIÄRE GEWALT UND SEXUELLER MISSBRAUCH VON KINDERN

Zusammenfassung

Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder kann viele Formen annehmen und reicht von „leichten“ Formen der Gewalt in der Erziehung über schwere körperliche Misshandlungen und Vernachlässigung bis hin zu sexuellem Missbrauch.

Über das tatsächliche Ausmaß der Gewalt gegen Kinder in Österreich liegen nur Schätzungen vor, gesichert sein dürfte jedoch, dass etwa zwei Drittel aller Eltern schon zu leichter körperlicher Gewalt als Erziehungsmaßnahme (Ohrfeige) gegriffen haben und etwa ein Drittel der Eltern auch schwere körperliche Gewalt in der Erziehung anwendet. Was die Häufigkeit sexuell missbrauchter Kinder betrifft, muss mit mindestens 10.000 Fällen jährlich in Österreich gerechnet werden.

Sexueller Missbrauch im Kindesalter kann massive körperliche und psychische Auswirkungen haben, die sowohl unmittelbar nach dem Missbrauchserlebnis aber auch Jahre danach manifest werden können. Die schwerwiegendsten langfristigen Auswirkungen von sexuellem Missbrauch sind Depressionen, Suizidalität, Suchtverhalten (Alkohol- und Drogenmissbrauch, Essstörungen), massive Auswirkungen auf Partnerschaft, Sexualität, Kinderwunsch, aber auch auf allgemeine und gynäkologische Gesundheitsaspekte.

Die öffentliche Wahrnehmung hat sich auch in Österreich in den letzten Jahren in besonderem Ausmaß auf die Problematik der innerfamiliären Gewalt gerichtet. Auf politischer Ebene wurde ein Maßnahmenpaket zur Gewaltprävention erarbeitet, das neue und effiziente Strategien zur Gewaltbekämpfung wie z. B. das Gewaltschutzgesetz, Maßnahmen zum Opferschutz, die Einrichtung und den Ausbau von gewaltspezifischen Interventionsstellen, Beratungseinrichtungen und Informationsstellen umfasst. Viele dieser Maßnahmen wurden bereits umgesetzt bzw. befinden sich in der Umsetzungsphase.

Summary

Violence against children in the family can take many forms, ranging from "light" forms of violence used for educational reasons to serious physical abuse and neglect, as well as sexual abuse.

There are no exact figures on the actual extent of violence against children in Austria, but there seems to be evidence that approximately two thirds of parents have used light physical violence as an educational strategy (slapping) before and that approximately one third of all parents resort to serious physical violence for educational reasons. It is believed that a minimum of 10,000 children in Austria are sexually abused each year. Sexual abuse during childhood can cause considerable physical and mental damage manifested both at the time of abuse and years after. Depressions, suicidal tendencies, addictions (alcohol and drug abuse, eating disorders), repercussions on relationships, sexuality and the desire to have children, as well as general and gynaecological health disorders are among the most serious long-term effects of sexual abuse.

Public awareness in Austria in recent years has been focussing primarily on violence in the family. At the political level, a programme of measures for general prevention was drawn up which includes new and efficient strategies of violence prevention, such as the Violence Protection Act, measures for victim protection, establishment and expansion of intervention centres concerned with violence, as well as assistance and information centres. Many of these measures have been or are about to be implemented.

Einleitung

Physische, psychische und sexuelle Gewalt, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch von Kindern waren über Generationen endemisch vorhanden. Die öffentliche Wahrnehmung der tatsächlichen Verbreitung und der schwerwiegenden Folgeerscheinungen hat erst vor etwa zwei Jahrzehnten eingesetzt und zwar so massiv, dass sogar von einem „Missbrauch mit dem Missbrauch“ gesprochen wurde.

Der Sexualwissenschaftler Gunter SCHMIDT (1996) bemerkt dazu: „Sexuelle Ausbeutung, Zwang und Gewalt gegenüber Kindern sind ein Faktum; und zugleich unterliegt dieses Thema einer katastrophistischen Bearbeitung in der öffentlichen und zum Teil auch wissenschaftlichen Diskussion. Der Grat zwischen Verharmlosung und Hysterisierung ist außerordentlich schmal. Wie die sexuelle Gewaltdebatte insgesamt hat auch die Missbrauchsdebatte eine reale, manifeste Seite, die aufdeckt und darüber aufklärt, dass auch im Bereich der Sexualität mit oder an Kindern Zwang und Gewalt verleugnet, unterschätzt, beschönigt, verharmlost werden; und sie hat eine verdeckte, latente Seite, ... die anfällig macht für eine ganz und gar phantastische Welt, in der die Sexualität der Feind Nummer eins im Leben der Kinder (und Frauen) ist.“

6.1 Gewalt gegen Kinder und Vernachlässigung von Kindern

6.1.1 Gewalt in der Erziehung

Gewalt gegen Kinder ist im österreichischen Erziehungsalltag leider immer noch häufig. Seit der Neuordnung des Kindschafts- und Jugendwohlfahrtsrechtes 1989 sind zwar die Züchtigung und der Einsatz repressiver Erziehungsmaßnahmen ausdrücklich verboten und können strafrechtliche Sanktionen nach sich ziehen (§ 2 Abs. 3 JWG – Jugendwohlfahrtsgesetz) – trotz dieser geänderten Gesetzeslage ist der Einsatz von Gewalt als Erziehungsmaßnahme häufig, was folgende Daten (WIMMER-PUCHINGER et al., 1991) belegen:

In einer Befragung von Eltern (251 Mütter, 168 Väter – in 158 Fällen ein Elternpaar) über den Einsatz von Gewalt in der Erziehung geben 61 Prozent der Mütter und 67 Prozent der Väter an, leichte körperliche Gewalt, z. B. eine Ohrfeige, ab und zu anzuwenden; 31 Prozent der Mütter und 18 Prozent der Väter geben an, häufiger leichte körperliche Gewalt anzuwenden.

Schwere körperliche Gewalt (Prügel, Schläge mit Gegenständen) wird – ebenfalls laut Selbsteinschätzung der Eltern – von 29 Prozent der Mütter und 26 Prozent der Väter ab und zu eingesetzt, von vier Prozent der Mütter und fünf Prozent der Väter häufiger.

Psychische Gewalt (strikte Verbote und Liebesentzug als Mittel der Bestrafung) wird von 64 Prozent der Mütter und 57 Prozent der Väter ab und zu angewendet; 25 Prozent der Mütter und 29 Prozent der Väter geben an, häufiger psychische Gewalt als Erziehungsmaßnahme einzusetzen.

Tabelle 1: Häufigkeit und Intensität von Gewaltanwendung von Eltern gegen ihre Kinder (Angaben in %)

	Mütter		Väter	
	ab und zu	oft	ab und zu	oft
leichte körperliche Gewalt (Ohrfeigen, Klaps)	61	31	67	18
schwere körperliche Gewalt (Tracht Prügel, Schläge mit Gegenständen)	29	4	26	5
psychische Gewalt (strikte Verbote, Liebesentzug zur Bestrafung)	64	25	57	29

Quelle: WIMMER-PUCHINGER et al., 1991

Im Rahmen dieser Studie wurde auch eine Typologie der elterlichen Erziehungsstile erstellt. „Ohrfeigende“ Mütter und „prügelnde“ Väter sind jene, die sich in ihrer ErzieherInnenrolle unsicher sind und glauben, mit schwierigen Erziehungssituationen schlecht zurecht zu kommen. Diese Mütter und Väter haben häufig als Kinder selber gewalthafte Erziehung erfahren.

Analysen von Untersuchungen zur Gewalt in der Familie aus den USA, der BRD und England (PETRI, 1989) ergeben folgendes Bild:

- 60–80 Prozent der Kinder werden vom Säuglingsalter an mit körperlicher Strafe erzogen;
- 10–30 Prozent der Kinder werden mit Gegenständen geschlagen, was häufig zu schweren Körperverletzungen bis zum tödlichen Ausgang führen kann;
- Die Häufigkeit der Anwendung von Gewalt ist höher in Familien mit hoher Kinderzahl, geringem Bildungsstand, niedriger sozialer Schichtzugehörigkeit, politischem Konservatismus und katholischer Religionszugehörigkeit.

6.1.2 Vernachlässigung von Kindern

Vernachlässigung von Kindern kann auf unterschiedlichen Ebenen passieren:

- **Körperliche Vernachlässigung:** fehlende Mutter-Kind-Untersuchungen (siehe Kap. 9.1; 10.5.1) oder andere Routineuntersuchungen, mangelnde Zahnhygiene und Zahnarztkontrollen (siehe Kap. 4.2.3.11; 10.5.3), unzureichende Bekleidung, Unterernährung (siehe Kap. 5.1.10.3), mangelnde allgemeine Versorgung usw.;
- **Soziale Vernachlässigung:** Eltern sind uninformiert über soziale Aktivitäten, Aufenthaltsort, Zeitpunkt des Heimkommens, Art der sozialen Kontakte des Kindes usw., mangelnde aktive Auseinandersetzung mit dem Kind;
- **Emotionale Vernachlässigung:** häufiges Alleinlassen, Missachtung emotionaler Bedürfnisse, unzureichende Förderung von sozialen und intellektuellen Fähigkeiten;
- **Schulische Vernachlässigung:** Eltern haben kein Wissen über den Schulerfolg, den Lehrkörper, die Begabungen und Interessen ihrer Kinder, über deren Lektüre oder TV-Konsum (siehe Kap. 5.8) usw.;
- **Materielle Vernachlässigung:** kein Taschengeld, kein Telefonschilling, kein Fahrschein, keine Schulutensilien usw.

6.1.3 Rechtliche Aspekte bei Gewalt und Vernachlässigung

Im österreichischen Recht gibt es eine Vielzahl von Gesetzen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen. Gewaltfreie Erziehung wurde in Österreich erst in jüngerer Zeit durch die Neuordnung des Kindschafts- und Jugendwohlfahrtsrechtes 1989 gesetzlich verankert. Die körperliche Züchtigung und der Einsatz repressiver Erziehungsmaßnahmen sind demnach verboten und können bestraft werden.

Im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch (ABGB) sind folgende Punkte zum Schutz des Kindes gegen **Gewalt und Vernachlässigung** verankert:

Beide Elternteile sind in gleicher Weise für die Obsorge (die Pflege, Erziehung, Vertretung und Vermögensverwaltung) für minderjährige Kinder verantwortlich. Gemäß § 146a 2. Satz ABGB umfasst die Pflege des minderjährigen Kindes u. a. die Wahrung des körperlichen Wohles und der Gesundheit, die Förderung der Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes sowie dessen Ausbildung in Schule und Beruf, wobei die Eltern bei ihren Anordnungen und deren Durchsetzung auf Alter, Entwicklung und Persönlichkeit des Kindes Bedacht zu nehmen haben; „die Anwendung von Gewalt und die Zufügung körperlichen und seelischen Leides sind unzulässig“.

Gemäß § 176 ABGB hat das Gericht die zur Sicherung des Wohles des Kindes nötigen Verfügungen zu treffen, wenn ein Elternteil/die Eltern das Wohl des minderjährigen Kindes gefährdet/gefährden. Zum Wohl des Kindes kann die Obsorge für das Kind ganz oder teilweise dem Jugendamt übertragen werden.

Im **Strafgesetzbuch (StGB)** sind eine Reihe von **Vorschriften** enthalten, die dem **Schutz von Kindern und Jugendlichen** dienen:

§ 92 StGB: Es ist verboten, Personen unter 18 Jahren, für die Fürsorgepflicht besteht, körperliche oder seelische Qualen zuzufügen.

§ 93 StGB: Es ist verboten, Personen unter 18 Jahren, für die Fürsorgepflicht besteht, zu überanstrengen und hierdurch ihre Gesundheit beträchtlich zu gefährden.

§ 199 StGB: Die Vernachlässigung der Pflege, Erziehung oder Beaufsichtigung von Minderjährigen ist strafbar, wenn dadurch – und sei es auch nur fahrlässig – deren Verwahrlosung bewirkt wird (BUNDESKANZLERAMT – BM FÜR FRAUENANGELEGENHEITEN, 1997).

6.2 Sexueller Missbrauch von Kindern

6.2.1 Definition des sexuellen Missbrauchs von Kindern

Je nach Anwendungsbereich gibt es unterschiedliche Definitionen des sexuellen Missbrauchs von Kindern, denen gemeinsam ist, dass sexueller Missbrauch vor allem als Ausdruck eines Machtgefälles gesehen wird. „Unter sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen versteht man ihre Beteiligung an sexuellen Handlungen, die sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes nicht verstehen, dazu kein wissentliches Einverständnis geben können, die sexuelle Tabus der Familie und der Gesellschaft verletzen und zur sexuellen Befriedigung eines nicht Gleichaltrigen oder Erwachsenen dienen.“ (SCHECHTER und ROHBERGE, 1976)

Sexueller Missbrauch wird durch zwei grundlegende Aspekte bestimmt, die wesentlich dazu beitragen, dass er zumeist als traumatisches Ereignis erfahren wird und nachhaltige Folgeerscheinungen mit sich bringt:

1. Zwischen den beteiligten Personen ist kein Konsens gegeben, d. h. es wird körperliche Gewalt angedroht oder ausgeübt oder es werden andere Androhungen (z. B. Liebesentzug, soziale Konsequenzen) ausgesprochen; es besteht ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen den Beteiligten).
2. Sexueller Missbrauch wird meist über einen längeren Zeitraum von einer Person des engeren Umfeldes des Kindes begangen.

In der Fachliteratur wird folgende Abstufung des sexuellen Missbrauchs nach dem **Schweregrad der Erlebnisse** vorgenommen (FINKELHOR, 1979, 1984):

1. **Erlebnisse sexueller Grenzüberschreitung durch andere, jedoch ohne Körperkontakt („Minor Sexual Abuse“):** sexuelle Aufforderungen (z. B. sich auszuziehen, einer anderen Person beim Masturbieren zuzusehen), sexuelle Anspielungen (z. B. über die Entwicklung der Brüste eines Mädchens), Exhibitionismus, die Verwendung einer Person zu pornografischen Zwecken (Erstellung von pornografischem Material).
2. **Erlebnisse einer erheblicheren sexuellen Grenzüberschreitung durch andere, jedoch mit Körperkontakt** (z. B. Berührungen und gestreichelt Werden der Brüste oder des Genitalbereiches; von jemandem dazu gebracht werden, den Genitalbereich des anderen zu berühren bzw. zu streicheln).
3. **Sexueller Missbrauch im engeren Sinn bzw. Erlebnisse tiefgreifender sexueller Grenzüberschreitung durch andere („Major Sexual Abuse“):** versuchter oder vollzogener Geschlechtsverkehr bzw. Penetrationen (vaginale und anale Penetration durch Penis, Finger, Zunge oder ein Objekt; das Streicheln oder die Masturbation der Genitalien, oral-genitale, oral-anale und genital-anale Kontakte, „dry intercourse“ (das Reiben der Genitalien am Körper einer anderen Person) sowie Zungenküsse und Streicheln auf sexualisierte Weise.

6.2.2 Ausmaß des sexuellen Missbrauchs/der Gewalt

Es gibt in Österreich keine repräsentativen epidemiologischen Daten zum sexuellen Missbrauch und zur Gewalt an Kindern, es kann daher lediglich auf die amtliche Kriminalstatistik, auf Statistiken aus den Beratungseinrichtungen für von sexuellem Missbrauch betroffene Kinder und auf Aussagen von ÄrztInnen und Spitäler zurückgegriffen werden.

6.2.2.1 Amtliche Statistiken

In der **Opferstatistik** des Bundesministerium für Inneres in Wien ist die Häufigkeit aller Personen angeführt, die im Zeitraum eines Jahres Opfer der jeweiligen Straftat wurden. Die Opferstatistik gibt vermutlich nur einen Bruchteil der tatsächlichen Vorfälle wieder.

1998 wurden in **Österreich 776 Kinder**, davon **197 in Wien**, als Opfer sexuellen Missbrauchs bekannt. Das **Verhältnis zwischen Burschen und Mädchen** beträgt für Österreich gesamt 22 Prozent Burschen zu 78 Prozent Mädchen, für Wien 29 Prozent Burschen zu 71 Prozent Mädchen. Was das **Alter** der sexuell missbrauchten Kinder betrifft, ist etwa ein Drittel der missbrauchten Kinder unter zehn Jahre alt.

Tabelle 2: Opferstatistik 1998: §§ 206, 207 StGB – Beischlaf und Unzucht mit Unmündigen

Alter in Jahren	Österreich						Wien					
	Burschen		Mädchen		gesamt		Burschen		Mädchen		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 bis unter 6 Jahre	25	15	56	9	81	10	9	16	15	11	24	12
6 bis unter 10 Jahre	44	26	164	27	208	27	16	28	43	31	59	30
10 bis unter 14 Jahre	98	59	389	64	487	63	32	56	82	58	114	58
gesamt	167	100	609	100	776	100	57	100	140	100	197	100
gesamt – Prozent	22		78		100		29		71		100	

Quelle: BM für Inneres (1998), Referat II/12/a

Die gerichtliche Kriminalstatistik führt alle angezeigten Straftaten und rechtskräftigen Verurteilungen an, die im Zeitraum eines Jahres bekannt geworden sind und gibt auch die Aufklärungsquote dieser Straftaten wieder. Von den im Jahr 1998 in ganz Österreich zur Anzeige gelangten Vorfällen von „Beischlaf und Unzucht mit Unmündigen“ (§§ 206 und 207 StGB) konnten 90,9 Prozent aufgeklärt werden; in Wien konnten von 181 angezeigten Vorfällen sexuellen Missbrauchs nur 83,4 Prozent aufgeklärt werden.

Tabelle 3: Gerichtliche Kriminalstatistik 1998: Anzeigen und rechtskräftige Verurteilungen §§ 206, 207 StGB – Beischlaf und Unzucht mit Unmündigen

	Österreich	Wien
Angezeigt	745	181
Geklärt – Anzahl	677	151
Geklärt – Quote	90,9 %	83,4 %

Quelle: BM für Inneres, Referat II/12/a, 1998

6.2.2.2 Statistik des Wiener Kinderschutzzentrums

Seit April 1990 bietet das Unabhängige Wiener Kinderschutzzentrum (siehe Kap. 10.5.7) von sexuellem Missbrauch und Gewalt betroffenen Kindern und Familien, TäterInnen und HelferInnen professionelle Hilfe an. In seinem Fünf-Jahresbericht 1996 findet sich eine detaillierte KlientInnenanalyse, die sowohl Opfer als auch Täter beinhaltet.

Hierbei muss berücksichtigt werden, dass diese KlientInnen nur einen Ausschnitt aus dem tatsächlichen Täter- und Opferspektrum darstellen. Kontakte mit über 7.000 direkt Betroffenen und über 2.000 HelferInnenkontakten in fünf Jahren können aber sicher einen guten Einblick in die Problematik geben. Tabelle 4 zeigt, dass annähernd die Hälfte aller betroffenen Kinder, die das Kinderschutzzentrum aufgesucht haben, wegen sexueller Misshandlungen kamen.

Tabelle 4: Häufigkeit und Art der Misshandlung von Kindern, die das Wiener Kinderschutzzentrum aufsuchten, 1993–1996

Art der Misshandlung	Anzahl der betroffenen Kinder in %			
	1993	1994	1995	1996
sexuelle Misshandlung	41	44	47	47
körperliche Misshandlung	30	16	15	16
psychische Misshandlung	15	7	12	13
multiple Misshandlung (sexuell/körperlich/psychisch)	nicht erhoben	18	11	19
Vernachlässigung	6	4	4	4
Anderes	8	11	11	1
gesamt – %	100	100	100	100
gesamt – Anzahl der Kinder	n = 203	n = 295	n = 243	n = 340

Quelle: Unabhängiges Kinderschutzzentrum: Schriftenreihe des Kinderschutzzentrums Wien, Band 5: Fünf-Jahresbericht, 1996 (die Prozentzahlen wurden gerundet)

6.2.2.2.1 Die Opfer des sexuellen Missbrauchs/der Gewalt

Eine Analyse der Geschlechtsunterschiede jener 247 Opfer von Misshandlung und Gewalt, die das Kinderschutzzentrum Wien (siehe Kap. 10.5.7) aufsuchten, zeigt, dass deutlich mehr Mädchen als Burschen Opfer sexueller Gewalt sind, nämlich 49 Prozent der Mädchen und 30 Prozent der Burschen.

Bei „Vernachlässigung“ zeigt sich ein umgekehrtes Verhältnis: 23 Prozent der Burschen und 16 Prozent der Mädchen sind davon betroffen. Betrachtet man alle Gewaltopfer insgesamt, die das Kinderschutzzentrum aufgesucht haben, sind 30 Prozent Burschen und 70 Prozent Mädchen.

Tabelle 5: Geschlechtsunterschiede der Gewaltopfer, die das Wiener Kinderschutzzentrum aufsuchten

Art der Misshandlung nach Geschlecht	Burschen		Mädchen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
sexuelle Misshandlung	33	30	125	49
körperliche Misshandlung	18	16	35	14
psychische Misshandlung	16	15	29	12
Vernachlässigung	6	5	8	3
multiple Misshandlung (sexuell/körperlich/psychisch)	25	23	40	16
unbestimmt	12	11	15	6
gesamt	110	100	252	100
gesamt – Prozent		30		70

Quelle: Unabhängiges Kinderschutzzentrum: Schriftenreihe des Kinderschutzzentrums Wien, Band 5: Fünf-Jahresbericht, 1996

Das durchschnittliche Alter der Gewaltopfer beträgt 9,9 Jahre (Burschen: 9,2 Jahre, Mädchen: 10,2 Jahre). Etwa die Hälfte (51 Prozent) aller Gewaltopfer, die das Wiener Kinderschutzzentrum aufsuchen, sind unter zehn Jahre alt (57 Prozent der Burschen und 48 Prozent der Mädchen).

Tabelle 6: Alter der Gewaltopfer, die das Wiener Kinderschutzzentrum aufsuchten

Alter der Gewaltopfer in Jahren	Burschen		Mädchen		gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
0– 2	4	4	14	6	18	5
3– 4	8	7	26	10	34	9
5– 6	18	16	30	12	48	13
7– 8	24	22	26	10	50	14
9–10	13	12	27	11	40	11
11–12	10	9	21	8	31	9
13–14	12	11	46	18	58	16
15–16	6	5	36	14	42	12
17–18	6	5	9	4	15	4
über 18	3	3	2	1	5	1
unbestimmt	6	5	15	6	21	6
gesamt	110	100	252	100	362	100
gesamt – Prozent		30		70		100

Quelle: Unabhängiges Kinderschutzzentrum: Schriftenreihe des Kinderschutzzentrums Wien, Band 5: Fünf-Jahresbericht, 1996

6.2.2.2 Die TäterInnen des sexuellen Missbrauchs/der Gewalt

Die Analyse der von den Opfern, die das Kinderschutzzentrum Wien (siehe Kap. 10.5.7) aufgesucht haben, angegebenen Täter, weist eindeutig die Väter bzw. Lebensgefährten der Mutter und andere männliche Verwandte als die häufigsten Täter aus – und zwar unabhängig von der Art der Gewalttat.

Tabelle 7: TäterInnen des sexuellen Missbrauchs/der Gewalt

Täter	sexueller Missbrauch		körperlicher Missbrauch		psychischer Missbrauch		Vernachlässigung		multipler Missbrauch		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vater	43	29	35	58	15	33	7	47	33	38	133	38
Mutter	7	5	14	23	10	22	8	53	29	34	68	19
Lebensgefährtin der Mutter	23	16	5	8	2	4			5	6	35	10
Lebensgefährte des Vaters									1	1	1	0
and. männl. Verwandte	23	16			3	7			3	4	29	8
Pflege/Adoptivvater	4	3			2	4			3	4	9	3
Pflege/Adoptivmutter					1	2			1		1	0
ehemalige Partner der Mutter	4	3									4	1
Großmutter	4	3			3	7					7	2
Großvater	11	7			3						11	3
Bruder	3	2	1	2	2	4			1	1	7	2
Freund	3	2	1	2					2	2	6	2
Anderes Kind	5	3	1	2	2	4					8	2
NachbarIn	3	2	1	2					1	1	5	2
Bekannte/r	6	4	1	2	2	4			1	1	10	3
Fremde/r	4	3							3	4	7	2
BabysitterIn	2	1									2	1
LehrerIn	1	1	1	2	1	2			1	1	4	1
Pfarrer	1	1									1	0
DSA Jugendamt									2	2	2	1
gesamt	147	100	60	100	46	100	15	100	86	100	354	100

Quelle: Unabhängiges Kinderschutzzentrum: Schriftenreihe des Kinderschutzzentrums Wien, Band 5: Fünf-Jahresbericht, 1996

6.2.2.3 Prävalenzangaben zum sexuellen Missbrauch aus Studien in der Allgemeinbevölkerung

6.2.2.3.1 Prävalenz von sexuellem Missbrauch in Österreich

In Österreich liegen bislang kaum repräsentative Studien zur Häufigkeit des sexuellen Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen vor.

KIENZEL und BIEBEL (1993) führten eine Befragung von Studierenden der Universität Innsbruck zu Erfahrungen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit durch: **36 Prozent der Frauen und 19 Prozent der Männer** gaben an, in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden zu sein. 26 Prozent der betroffenen Frauen und neun Prozent der Männer erlebten den Missbrauch innerhalb ihrer Familien. Diese Zahlen umfassen sowohl sexuelle Handlungen mit als auch ohne direkten Körperkontakt mit dem Täter.

WIMMER-PUCHINGER und LACKNER (1997) befragten 1.378 Frauen im Rahmen der ersten empirischen gesamt-österreichischen Pilotstudie über gynäkologische Folgeerscheinungen von sexuellem Missbrauch zu ihren Missbrauchserfahrungen in der Kindheit. Gemäß einer Weitspektrum-Definition von sexuellem Missbrauch, die auch sexuelle Grenzüberschreitungen ohne körperlichen Kontakt einschließt, konnte eine Rate von **13,6 Prozent** (187 von 1.378) an Frauen identifiziert werden, welche im Alter bis zu ihrem 17. Geburtstag nicht-gewollte sexuelle Erfahrungen erlebt hatten (sexuelle Grenzüberschreitungen mit oder ohne körperlichen Kontakt mit dem Täter, von Exhibitionismus bis hin zu sexuellen Missbrauchshandlungen, die eine Penetration inkludieren). Die Kerngruppe jener Frauen, bei deren Missbrauchserlebnissen es zu einem Geschlechtsverkehr mit versuchter oder vollzogener Penetration kam, betrug **3,8 Prozent**.

6.2.2.3.2 Prävalenz von sexuellem Missbrauch im internationalen Vergleich

FINKELHOR hat bereits 1984 in seiner Zusammenschau großer epidemiologischer Studien über sexuellen Missbrauch festgestellt, dass die Häufigkeitsangaben darüber, wie viele Frauen bzw. Männer in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden sind, erheblich schwanken: Die Angaben bei Frauen liegen zwischen sechs und 62 Prozent,

bei Männern zwischen drei und 31 Prozent. FINKELHOR (1984) erklärt diese beträchtlichen Schwankungen damit, dass den einzelnen Untersuchungen **unterschiedliche Definitionen von sexuellem Missbrauch** zugrunde liegen, die sich grundlegend unterscheiden bezüglich

- der **Altersbegrenzung** der Betroffenen: Erfragt man z. B. erfahrenen sexuellen Missbrauch bis zum Alter von 14 Jahren, erhält man andere Zahlen als bis zum Alter von 18 Jahren;
- der **Handlungen**, die unter sexuellem Missbrauch subsumiert werden: Sehr häufig wird zwischen sexuellem Missbrauch ohne körperlichen Kontakt (z. B. Exhibitionismus oder verbales Drängen zu einer sexuellen Handlung) und sexuellem Missbrauch mit körperlichem Kontakt (einschließlich Geschlechtsverkehr mit versuchter oder vollzogener Penetration) unterschieden. Dabei darf nicht vergessen werden, dass auch sexueller Missbrauch ohne körperlichen Kontakt gravierend sein kann, v. a. wenn der Täter eine nahe Bezugsperson des Kindes ist. Bei weiter gefassten Definitionen von sexuellem Missbrauch sind selbstverständlich höhere Häufigkeitsangaben zu finden als für den enger gefassten Begriff.

Tabelle 8: Prävalenz von sexuellem Missbrauch im internationalen Vergleich

AutorInnen	Land	n	Frauen %	Männer %	Art des sexuellen Missbrauchs
FINKELHOR, 1979	USA	796 278 w 266 m	19	9	mit und ohne Körperkontakt
BRIERE und RUNTZ, 1988	USA	278 w	15 7	-	mit und ohne Körperkontakt mit Penetration
DRAIJER et al., 1989	NL	Haushaltsumfrage	33	-	nur mit Körperkontakt
KELLY et al., 1991	GB	1.244	59	27	mit und ohne Körperkontakt
ERNST et al., 1993	Schweiz	Haushaltsumfrage	11	3	mit und ohne Körperkontakt
LOPEZ et al., 1993	Spanien	Haushaltsumfrage	23	15	mit und ohne Körperkontakt
MULLEN et al., 1994	Australien	1.376 w	32 3 16 12	-	mit und ohne Körperkontakt mit Penetration Berührung und Masturbation ohne Körperkontakt
RICHTER-APPELT, 1997	BRD	1.068 616 w 452 m	23	4	nur mit Körperkontakt

Quelle: WIMMER-PUCHINGER und LACKNER, 1997

6.2.3 Erkennen von sexuellem Missbrauch

Aufgrund der vorhandenen Verunsicherung im Umgang mit der Problematik des sexuellen Missbrauchs werden oft Symptomlisten als Hilfsmittel angeboten. Die dort genannten Symptome sind jedoch zu einem großen Teil unspezifisch, und es wird davor gewarnt, alle derartigen Beschwerden allein dem sexuellen Missbrauch zuzuschreiben (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1993).

Reaktionen auf Belastungen und Stressoren hängen in erster Linie vom **Alter** und von der **emotionalen Reife** des Kindes ab, dann erst von der **Art des Ereignisses** und weiters von der Dauer des belastenden Ereignisses und von der **persönlichen Vorgeschichte des Kindes**.

Die Verhaltensauffälligkeiten bei sexuell missbrauchten Kindern können sehr vielfältig sein (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1993):

Allgemeine Anzeichen sind:

- extreme Verhaltensweisen (Hyperaktivität oder Rückzug)
- deutlich reduziertes Selbstwertgefühl
- kaum Beziehungen zu Gleichaltrigen
- allgemeines Gefühl von Scham und Schuld
- Verzerrung der eigenen Körperwahrnehmung (verzerrte Zeichnungen)
- regressives Verhalten (nicht dem Alter angemessenes Verhalten)
- Einnässen und/oder Einkoten
- ängstliches oder phobisches Verhalten, besonders im Umgang mit Erwachsenen
- frühreife Verhaltensweisen
- Verschlechterung der Schulleistungen
- Essstörungen (siehe Kap. 4.2.4.3)
- sexuell provokatives Verhalten („sexualisiertes Verhalten“)
- zwanghafte Masturbation
- sexueller Missbrauch von jüngeren Kindern
- sexuelle Promiskuität
- Schwangerschaft
- Weglaufen
- Selbstmordversuch.

Spezifische Anzeichen sind:

- rektale und/oder genitale Schmerzen/Verletzungen/Blutungen
- sexuell übertragbare Erkrankungen bei vorpubertären Kindern
- andauerndes sexuell frühreifes Verhalten.

Da sichtbare Verletzungen nur selten vorliegen, ist eine medizinische Untersuchung nur dann sinnvoll, wenn das Kind verwundet ist oder es die Möglichkeit gibt, frische Spermaspuren nachzuweisen. Es besteht allerdings die Gefahr, dass das Kind die Untersuchung als neuerlichen Übergriff erlebt; daher wird eine ganzheitliche Untersuchung empfohlen, die sich nicht auf einzelne Körperteile beschränkt, weil sie dem Kind am wenigsten Angst macht (BUNDESKANZLERAMT – BM FÜR FRAUENANGELEGENHEITEN, 1997).

Das Fehlen äußerer Anzeichen und Verletzungen schließt aber die Diagnose eines sexuellen Missbrauchs nicht aus.

6.2.4 Langfristige Auswirkungen von sexuellem Missbrauch

Sexueller Missbrauch stellt ein komplexes Phänomen dar, das zu einer Vielfalt von unterschiedlichen unmittelbaren sowie im späteren Verlauf auftretenden Auswirkungen führen kann. Diese sind in ihrer Form und ihrem Ausmaß u. a. von folgenden Faktoren abhängig (WIMMER-PUCHINGER und LACKNER, 1997):

- der Form des sexuellen Missbrauchs (mit bzw. ohne versuchter oder vollzogener Penetration)
- der Häufigkeit des sexuellen Missbrauchs
- der Dauer des Zeitraumes, in dem der sexuelle Missbrauch stattfindet
- dem Vorhandensein von körperlicher Gewalt und/oder der Androhung von körperlicher Gewalt oder anderen Zwängen
- dem Alter des Kindes bei Beginn des Missbrauchs
- dem Entwicklungsstadium des Kindes zur Zeit des Missbrauchs
- der emotionalen Nähe des Kindes zu dem/der TäterIn
- den familiären und sozialen Reaktionen auf das Bekanntwerden des Missbrauchs.

Die Konsequenzen von sexuellem Missbrauch können sich sowohl unmittelbar nach dem Missbrauch als auch zu einem späteren Zeitpunkt manifestieren. Dabei lässt sich grob zwischen somatischen und psychischen Konsequenzen differenzieren.

WIMMER-PUCHINGER und LACKNER (1997) unterscheiden folgende langfristige Auswirkungen von sexuellem Missbrauch:

1. **Psychische Auswirkungen:** Bei Frauen, die in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden sind, zeigt sich im Laufe ihres Lebens ein vermehrtes Auftreten von Depressionen, Angststörungen, Schlafstörungen, dissoziativen Symptomen (Absenzen, Derealisation, Depersonalisation), Suizidalität, Selbstverletzungsverhalten.
2. **Suchtverhalten als Auswirkung sexuellen Missbrauchs:** Suchtverhalten wie Essstörungen (siehe Kap. 4.2.4.3), Alkohol- (siehe Kap. 5.5) und Drogenmissbrauch (siehe Kap. 5.6), zwanghaftes sexuelles Verhalten oder Selbstverletzungen und – im Extremfall – Suizidversuche können als Versuch gesehen werden, die Erinnerung an den Missbrauch und die damit verbundenen Emotionen zu vermeiden; diese Verhaltensweisen treten bei Frauen mit Missbrauchserfahrungen signifikant häufiger auf.
3. **Auswirkungen auf Beziehungen und Partnerschaft:** Zu den häufigen Folgen von Missbrauchserlebnissen in der Kindheit zählen Angst und Misstrauen gegenüber anderen Menschen sowie Probleme mit Nähe und Distanz in Beziehungen.
4. **Auswirkungen auf Sexualität und sexuelles Erleben:** Sexueller Missbrauch stellt nicht nur eine Verletzung der Integrität eines Kindes dar, sondern auch eine Gefährdung der aufkommenden sexuellen Identität. Dementsprechend sind bei Frauen mit Missbrauchserfahrungen häufiger sexuelle Probleme, z. B. Erregungs- und Orgasmusstörungen zu finden.
5. **Auswirkungen auf Kinderwunsch und Schwangerschaft:** In mehreren Studien konnte beobachtet werden, dass Mädchen, die sexuell missbraucht worden waren, sowohl häufiger als auch in einem jüngeren Alter schwanger werden als Mädchen ohne Missbrauchserfahrung.
6. **Auswirkungen auf allgemeine Gesundheitsaspekte:** Frauen mit Missbrauchserfahrungen in der Kindheit weisen häufiger chronische somatische Beschwerden und ein schlechteres allgemeines Wohlbefinden auf als Frauen ohne Missbrauchserfahrung. Sie berichten häufiger über Kopf-, Unterleibs- und Muskelschmerzen, chronische Kopfschmerzen, chronische Verspannungen und Rückenschmerzen, gastrointestinale Beschwerden, Atemwegserkrankungen und neurologische Störungen.
7. **Auswirkungen auf gynäkologische Gesundheitsaspekte:** Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen leiden signifikant häufiger unter chronischen Beckenschmerzen. WIMMER-PUCHINGER und LACKNER (1997) konnten in ihrer gesamtösterreichischen Studie an 1.387 Frauen über gynäkologische Folgeerscheinungen nach sexuellem Missbrauch eine Vielzahl von gynäkologischen Beeinträchtigungen sexuell missbrauchter Frauen identifizieren.

Lange Zeit blieb auch in Fachkreisen die Tatsache unbeachtet, dass Gewalterfahrungen in Familien oder Partnerschaften für die Betroffenen ein **psychisches Trauma** verursachen können, welches im Schweregrad durchaus der Traumatisierung durch eine Geiselnahme, Folterungen oder Inhaftierung in einem Konzentrationslager vergleichbar ist (HERMAN, 1994).

Traumatische Lebensereignisse stellen stets eine massive Bedrohung des bisherigen Lebens der betroffenen Menschen dar, wobei sie deren bisheriges Selbst- und Weltbild erschüttern. Oft berichten traumatisierte Personen, das Gefühl zu haben, „irgendwie aus der menschlichen Gemeinschaft herausgefallen zu sein“ (BUTOLLO, 1997).

Zu den Symptomen einer psychischen Traumatisierung zählen u. a. Ängste (mitunter bis zu Panikattacken), Depressionen, Schlaflosigkeit und Alpträume, Erschöpfungszustände, ein vermindertes Selbstwertgefühl sowie soziale Zurückgezogenheit und Entfremdung von anderen Menschen und der äußeren Welt. Posttraumatische Symptome können sich sowohl unmittelbar nach dem Trauma oder bis lange Zeit nach diesem zeigen und in Abhängigkeit von einer Reihe von Faktoren (z. B. soziale Unterstützung) mitunter über Jahre andauern.

Bei der Verarbeitung eines Traumas spielt vor allem die emotionale Nähe zu dem/der TäterIn bei Gewalterfahrungen eine wesentliche Rolle. Je größer die emotionale Gebundenheit an den/die TäterIn, desto schwerwiegender ist die Wirkung der traumatischen Erfahrung und umso problematischer kann die Wiederherstellung der posttraumatischen Abgrenzung sein (BUTOLLO, 1997).

6.2.5 Neue österreichische Gesetzeslage zum Schutz vor Gewalt in der Familie und vor sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen

Die österreichische Rechtsordnung hat durch die Schaffung spezieller Straftatbestände gegen die verschiedenen Formen des sexuellen Missbrauchs und durch spezielle Verfahrensregelungen bei bekannt gewordenen Straftaten hinreichend Vorsorge getroffen. Besonders mit dem am 1.5.1997 in Kraft getretenen „Gewaltschutzgesetz“ nimmt Österreich eine Vorreiterrolle ein; aber auch die Reform der Strafprozessordnung – etwa durch das Recht der Gewaltopfer auf schonende Vernehmung – hat viel dazu beigetragen, dass Kinder und Jugendliche, die Opfer von innerfamiliärer Gewalt und sexuellem Missbrauch geworden sind, nicht auch noch einer „sekundären Viktimisierung“ durch Polizei und Justiz ausgesetzt sind.

6.2.5.1 Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie (Gewaltschutzgesetz)

Der Nationalrat verabschiedete am 27.11.1996 das Bundesgesetz zum Schutz vor Gewalt in der Familie (GeSchG, BGBl. 759/1996), das mit 1.5.1997 in Kraft getreten ist. Mit diesem Gesetz nimmt Österreich in Europa eine Vorreiterrolle ein. Die Kernbereiche dabei sind:

- **Wegweisung und Rückkehrverbot** bei Gewalt in Wohnungen (SPG – Sicherheitspolizeigesetz § 38a): Ist auf Grund bestimmter Tatsachen anzunehmen, es stehe ein gefährlicher Angriff auf die körperliche Sicherheit eines Menschen bevor, so sind die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes ermächtigt, den Gefährder aus der Wohnung, in welcher die gefährdete Person lebt, und deren Umgebung wegzuweisen, sowie die Rückkehr für maximal 7 Tage zu verbieten. Zur Durchsetzung des Rückkehrverbotes kann die gefährdete Person die Hilfe der Sicherheitsbehörden in Anspruch nehmen.
- **Einstweilige Verfügung** durch das Familiengericht (§ 382 Exekutionsordnung): Die Sicherheitsbehörden haben die gefährdete Person von der Möglichkeit der Erwirkung einer einstweiligen Verfügung durch das Familiengericht zu informieren. Der Antrag muss binnen 7 Tagen nach Anordnung des Rückkehrverbotes von der gefährdeten Person, ihrem gesetzlichen Vertreter oder dem Jugendwohlfahrtsträger eingebracht werden. Das Gericht muss binnen weiterer 7 Tage entscheiden. Solange bleibt ein polizeiliches Rückkehrverbot wirksam. Durch diese einstweilige Verfügung kann dem Gewalttäter das Verlassen der Wohnung aufgetragen bzw. die Rückkehr in diese verboten werden. Das gerichtliche Rückkehrverbot kann jedoch auch noch andere Orte umfassen, etwa den Arbeitsplatz der Frau oder den Kindergarten oder die Schule des Kindes. Außerdem kann dem Gefährder aufgetragen werden, das Zusammentreffen und die Kontaktaufnahme mit den gefährdeten Angehörigen zu vermeiden. Über Antrag kann die Sicherheitsbehörde mit dem Vollzug der einstweiligen Verfügung betraut werden – allerdings nur in Bezug auf die Wohnung und deren unmittelbare Umgebung. Diese Anordnungen können für maximal drei Monate oder die Dauer eines Gerichtsverfahrens getroffen werden.
- **Interventionsstellen:** Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind verpflichtet, die gefährdete Person über geeignete Opferschutzeinrichtungen zu informieren. Diese sollen die gefährdete Person emotional unterstützen und über Möglichkeiten der Veränderung ihrer Lebenssituation beraten. Ein flächendeckendes Netz solcher privater Interventionsstellen ist mit Unterstützung der Ministerien im Aufbau. Die Grundlage für eine engere Kooperation dieser Hilfsstellen mit der Sicherheitsbehörde ist soweit geschaffen, dass die Behörde Hinweise über das Verhalten einzelner Gefährdeter geben darf, soweit dies für die Arbeit der Opferschutzeinrichtung notwendig ist (BM FÜR UMWELT, JUGEND UND FAMILIE, 1997).

6.2.5.2 Schonende Vernehmung und kontradiktorische Befragung (§ 162a StPO – Strafprozessordnung)

Aufgrund der gerade bei unmündigen Tatopfern von Sexualdelikten besonders großen Gefahr der sekundären Viktimisierung durch das gerichtliche Verfahren selbst, haben alle Gewaltopfer unter 14 Jahren das Recht, während des gesamten Strafverfahrens nur einmal einvernommen zu werden. Diese einmalige Befragung muss bereits im Vorverfahren, möglichst zeitlich nahe zur Tat durchgeführt werden.

Der Beschuldigte und dessen VerteidigerIn sowie die Staatsanwaltschaft müssen die Möglichkeit haben, sich an der Vernehmung zu beteiligen. Insbesondere bei Sexualdelikten kann diese Beteiligung dadurch eingeschränkt werden, dass die Vernehmung der Zeugin/des Zeugen (d. h. der/des Geschädigten) unter Einsetzung von technischen Hilfsmitteln (z. B. Videokamera) erfolgt und die Frageberechtigten sich in einem anderen Raum befinden. Bei Kindern unter 14 Jahren können Sachverständige mit der Befragung beauftragt werden (kontradiktorische Befragung). Nach dieser einmaligen Einvernahme, die aufgezeichnet werden kann, haben Kinder/Jugendliche die Möglichkeit, sich jeder weiteren Aussage zu entschlagen und müssen bei der Hauptverhandlung nicht mehr anwesend sein. Konkrete Vereinbarungen über die Einzelheiten der „schonenden Vernehmung“ sind mit der Untersuchungsrichterin/dem Untersuchungsrichter zu treffen.

Auch bei Gewaltopfern, die über 14 Jahre alt sind, ist eine „schonende Vernehmung“ möglich; ein Recht darauf besteht nicht. Befindet sich das Opfer in einem kritischen psychischen Zustand (Suizidgefahr usw.), der durch eine ärztliche oder psychologische Stellungnahme belegt ist, so sollte ein „schonende Vernehmung“ bei dem/der zuständigen Untersuchungsrichter/in unbedingt beantragt werden.

6.2.5.3 Entschlagungsrecht (§ 152 StPO – Strafprozessordnung)

Alle Personen, die gegen Angehörige (leibliche Verwandte, verschwägte Personen, Pflegeeltern und -kinder, Vormund, Mündel, Lebensgefährten und deren Kinder und Enkel) aussagen sollen, können während des gesamten Strafverfahrens und auch schon bei den polizeilichen Vorerhebungen nicht zu einer Aussage verpflichtet werden. Es besteht Entschlagungsrecht, aber nicht Entschlagungspflicht.

Darüber müssen alle Personen von der Richterin/dem Richter ausdrücklich belehrt werden, andernfalls ist die Aussage nichtig (= ungültig). Familienangehörige, die vom Entschlagungsrecht keinen Gebrauch machen wollen, haben – unabhängig von ihrem Alter – ebenfalls das Recht auf eine „schonende Vernehmung“, wenn sie diese bei Gericht beantragen. Mit dieser einmaligen Aussage, bei der sie dem Beschuldigten nicht direkt gegenüber treten müssen, kann die Belastung der Zeuginnen möglichst gering gehalten werden, ohne dass die Beweisführung unmöglich gemacht wird wie u.U. bei der absoluten Entschlagung (BUNDESKANZLERAMT – BM FÜR FRAUENANGELEGENHEITEN, 1997).

6.2.5.4 Novelle zum Jugendwohlfahrtsgesetzes 1998 (Anzeige- und Meldepflicht)

Durch die Novelle zum Jugendwohlfahrtsgesetz 1998 (BGBl. I Nr. 53/1999), die mit 1.7.1998 in Kraft getreten ist, wurden Angehörige medizinischer Berufe, die in der Begutachtung, Betreuung und Behandlung Minderjähriger tätig sind, sowie alle Personen, die in der Jugendwohlfahrt tätig oder beauftragt sind und einer berufsrechtlichen Verschwiegenheitspflicht unterliegen, verpflichtet, dem Jugendwohlfahrtsträger Meldung zu erstatten, wenn sie den Verdacht hegen, dass Minderjährige misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht worden sind. Bei Verdacht einer minder schweren Gefährdung des Kindeswohls sind alle in der Jugendwohlfahrt tätigen oder beauftragten Personen zur Meldung an den Jugendwohlfahrtsträger berechtigt, wenn diese Informationen der Abwendung oder Beseitigung der Gefährdung dienen.

Darüber hinaus wurden mit der Neuregelung der Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflichten nach § 54 des Ärztegesetzes 1998 (BGBl. I Nr. 169/1998) ÄrztInnen verpflichtet, im Falle des Verdachts der Misshandlung, des sexuellen Missbrauchs oder der Vernachlässigung von Minderjährigen den zuständigen Jugendwohlfahrtsträger zu verständigen. Um Opfer möglichst vor den traumatisierenden Folgen einer sekundären Viktimisierung zu schützen, orientieren sich Anzeige- und Meldepflicht der ÄrztInnen nicht mehr nur an der Schwere der Beeinträchtigung, sondern am bestehenden Vertrauensverhältnis zwischen ÄrztIn und PatientIn. Begleitet werden diese Maßnahmen durch Informations- und Dokumentationspflichten der ÄrztInnen.

6.2.5.5 Neufassung des Sexualstrafrechts und des Pornografiegesetzes

Im **Strafgesetzbuch (StGB)** sind im **10. Abschnitt „Strafbare Handlungen gegen die Sittlichkeit“** in den §§ 201–222 alle strafbaren sexuellen Verhaltensweisen angeführt, wobei sexuelle Handlungen an und mit Kindern unter besonders hoher Strafsanktion stehen (siehe Kap. 8 ff).

Zu erwähnen sind hierbei § 206 StGB „Beischlaf mit unmündigen Personen“, § 207 „Unzucht mit Unmündigen“ (das sind alle sexuellen Handlungen, die nicht Beischlafhandlungen im eigentlichen Sinn sind) und § 208 StGB „Sittliche Gefährdung von Personen unter 16 Jahren“ (das sind alle sexuellen Handlungen, die vor einem Kind gesetzt werden und dessen Entwicklung gefährden können).

In der Neufassung der Verjährungsbestimmungen für Sexualdelikte an Minderjährigen und der Strafbestimmungen zum Kindesmissbrauch durch das Strafrechtsänderungsgesetz 1998 (BGBl. I Nr. 153/1998) wird die Zeit bis zur Erreichung der Volljährigkeit des Sexualopfers in die Verjährungsfrist nicht eingerechnet. Damit wurde der Erkenntnis Rechnung getragen, dass viele Sexualstraftaten an Unmündigen erst Jahre nach deren Ausführung bekannt werden, und dass Personen, die im Kindesalter sexuell missbraucht wurden, oft erst mit Erreichen der Adoleszenz oder noch später über den Tathergang sprechen und das Erlebte verarbeiten können.

In Angleichung an bereits mit der Strafgesetznovelle 1989 erfolgte Änderungen wird seit Inkrafttreten des Strafrechtsänderungsgesetzes 1998 auch im Bereich des sexuellen Kindesmissbrauchs nicht mehr zwischen dem Beischlaf und diesem in der Intensität gleichzusetzenden sonstigen Missbrauchshandlungen unterschieden, wodurch es zu einer Verdoppelung des Strafrahmens bei beischlafähnlichen sexuellen Missbrauchshandlungen gekommen ist.

Ab 1.10.1994 wurde im § 207a StGB „Pornografische Darstellungen mit Unmündigen“ ein neuer Straftatbestand geschaffen, der alle bildlichen Darstellungen einer geschlechtlichen Handlung an einem Kind oder eines Kindes an sich selbst, an anderen Personen oder einem Tier grundsätzlich unter Strafe stellt. Zu erwähnen sind noch §§ 1 und 2 des Pornografiegesetzes, die die Zugänglichmachung pornografischer Schriften, Abbildungen, Filme oder anderer unzüchtiger Gegenstände an Personen unter 16 Jahren bestrafen (JESIONEK, 1994).

6.2.6 Ansätze zur Gewaltprävention in Österreich

Die Brisanz der Problematik der Gewalt in der Familie und des sexuellen Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen ist unbestritten. Sowohl aktuelle als auch Langzeitfolgen für missbrauchte Mädchen und Buben sind derart gravierend, dass Hilfen und Lösungen gefunden werden müssen.

Prävention von Gewalt und sexuellem Missbrauch ist ein wesentlicher Punkt in der Gewaltdebatte. Es müssen Ansatzpunkte gefunden werden, um das erstmalige Auftreten von Gewalt gegen Kinder zu verhindern (**primäre Prävention**) bzw. zum frühestmöglichen Zeitpunkt aufzudecken und Hilfen zu geben (**sekundäre und tertiäre Prävention** – siehe GODENZI, 1994).

Prävention gegen Gewalt kann auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen: bei den Eltern, bei den Kindern, bei den möglichen Tätern oder auf der gesellschaftlichen Ebene. Die Bandbreite von präventiven Maßnahmen gegen Gewalt und sexuellen Missbrauch ist groß und reicht von Gesetzen zum Schutz von Gewaltopfern, Schulungsmaßnahmen für alle involvierten Berufsgruppen (KindergartenpädagogInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, BeraterInnen/TherapeutInnen, LehrerInnen, PädagogInnen, ÄrztInnen, JuristInnen, MitarbeiterInnen der Exekutive) bis zu Programmen für die Arbeit mit GewalttäterInnen und Selbstverteidigung für potenzielle Opfer (LECHER, 1998).

In Österreich wurden in den letzten zehn Jahren zahlreiche Initiativen in den Bereichen Gewalt in der Familie/ Gewalt gegen Frauen und Kinder gesetzt; im Folgenden nur einige Beispiele:

- mehrere Anti-Gewalt-Kampagnen wurden durchgeführt (siehe BUNDESKANZLERMAT – BM FÜR FRAUENAN-GELEGENHEITEN 1993, 1994, 1997; BM FÜR UMWELT, JUGEND UND FAMILIE, 1997; INFORMATIONSSTELLE GEGEN GEWALT, 1998).
- Zahlreiche Initiativen wurden gegründet (u. a. 1994 die Plattform gegen Gewalt in der Familie; Aktionsgemeinschaft der autonomen österreichischen Frauenhäuser – derzeit gibt es 19 Frauenhäuser in Österreich; 1991 wurde die Informationsstelle gegen Gewalt an Frauen und Kindern eingerichtet).
- Das neue Gewaltschutzgesetz trat am 1.5.1997 in Kraft.
- Spezifische Beratungsstellen sind entstanden, z. B. das Kinderschutzzentrum Wien (siehe Kap. 10.5.7), die Beratungsstelle für sexuell missbrauchte Mädchen und junge Frauen in Wien, die sozialpädagogische Beratungsstelle der MA 11 in Wien, die Beratungsstelle Tamar, die Beratungsstellen des Vereins Möwe; weiters wurden Notruftelefone wie der 24-Stunden-Frauennotruf der Stadt Wien (MA 57) eingerichtet.

Präventionsarbeit in Österreich ist nicht auf die Gewalt in der Familie beschränkt, sondern umfasst folgende Bereiche: Gewalt in der Gesellschaft, Gewalt in der Familie, Kindesmisshandlung, sexueller Kindesmissbrauch, Gewalt gegen Frauen, Gewalt unter Jugendlichen, Gewalt in den Medien (KARLSSON, 1998).

Die BundesministerInnen für Umwelt, Jugend und Familie, für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz, für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten, für Inneres und für Justiz haben am 30.9.1997 einen Ministervortrag zur Gewalt in der Gesellschaft, Gewalt in der Familie, Kindesmisshandlung, sexuellem Kindesmissbrauch, Gewalt gegen Frauen, Gewalt unter Jugendlichen, Gewalt in den Medien vorgelegt, in dem ein „akkordiertes Bündel“ an „präventivwirkenden, interventionistischen, rehabilitativen, therapeutischen sowie öffentlichkeitsbezogenen Maßnahmen“ aufgelistet wird, mit dem die Bundesregierung der Gewalt in der Gesellschaft entgegenwirken möchte.

Das im Ministerrat vorgestellte Maßnahmenpaket zur Gewaltprävention umfasst folgende Schwerpunkte, die aktuell diskutiert und zum Teil kritisiert werden (BM FÜR UMWELT, JUGEND UND FAMILIE, 1997, zitiert nach LECHER, 1998):

1. Opferschutz

- Auf- und Ausbau von Opferschutzeinrichtungen (u. a. Interventionsstellen, Kinderschutz- und Krisenzentren, Frauenhäuser, Notrufe für vergewaltigte Frauen und Mädchen, spezielle Maßnahmen zum Schutz der Betroffenen wie z. B. die Fremdunterbringung bei Pflegeeltern und Therapieplätzen);
- Schaffung und Bereitstellung einer zentralen Meldestelle, über die Einrichtungen der Jugendwohlfahrt von (wiederholten) Verletzungen durch Misshandlungen von Kindern erfahren sollen;
- Symptomkataloge für ÄrztInnen und pädagogische MitarbeiterInnen sollen ausgearbeitet werden;
- Ein Curriculum für die gezielte Fortbildung von ÄrztInnen soll entwickelt werden;
- Vertrauensschutz als Opferschutz durch die einzelnen involvierten Berufsgruppen soll forciert werden;
- Eine Überprüfung, inwieweit die Erstzugriffsmöglichkeiten bei sexuellem Kindesmissbrauch einer Verbesserung bedürfen, soll stattfinden;
- Realisierung der per Gesetz verankerten Bestimmungen zur schonenden Einvernahme, v. a. die Vermeidung von wiederholten Vernehmungen;
- Wahrung der Intimsphäre und der Persönlichkeitsrechte von Opfern im Rahmen der Berichterstattung durch die Medien;
- Erprobung der Prozessbegleitung für Kinder und deren Bezugspersonen in Form eines Modellprojektes.

2. TäterInnenarbeit

- Maßnahmen zur Entwicklung und Etablierung der Arbeit mit GewalttäterInnen unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen sollen getroffen werden.

3. Sexualstrafrecht

- Eine Arbeitsgruppe befasst sich mit der Reform des Sexualstrafrechts. Es soll verdeutlicht werden, dass Straftaten gegen Kinder und Jugendliche besonders schwerwiegend sind. Es sollen die Strafrelationen bei verschiedenen Formen von sexueller Gewalt an Kindern überprüft werden, weiters soll eine von flankierenden Maßnahmen begleitete Verlängerung der Verjährungsfrist über das Erreichen der Volljährigkeit des Opfers hinaus diskutiert werden. Was das Verfahrensrecht betrifft, wird gefordert, dass im Rahmen der Verfahren auf die besondere Schutzbedürftigkeit Minderjähriger, die sexuelle Gewalt erfahren haben, Rücksicht genommen wird.

4. Schulung und Forschung

- Sämtliche Berufsgruppen, die in ihrem beruflichen Alltag mit Gewalt in der Familie zu tun haben, weiters Eltern und die Exekutive, sollen zur Gewaltproblematik fortgebildet werden bzw. sollen bereits bestehende Fortbildungsangebote intensiviert werden.
- Bei den anzustrebenden Forschungsvorhaben sind drei Themenbereiche vorrangig: die Auswirkungen des Gesetzes zum Schutz von Gewalt in der Familie, die Ursachen und Hintergründe von Gewalt, die Arbeit mit gewalttätigen Männern.

5. Sensibilisierung und Vernetzung

- Forcierung der Öffentlichkeitsarbeit, um ein gewaltfreies Miteinander zu fördern und dazu beizutragen, dass die Ausübung von Gewalt noch stärker geächtet wird.
- Intensivierung der Zusammenarbeit aller mit der Problematik befassten Einrichtungen und Institutionen.

6. Gewalt in den Medien

- Auf nationaler und internationaler Ebene sollen gesetzliche Mittel zu Einschränkung von Gewaltdarstellungen forciert werden.

Viele der in diesem Ministerratsvortrag vom 30.9.1997 (Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie, 1997) geforderten Maßnahmen zur Gewaltprävention sind bereits umgesetzt worden. Besonders hervorzuheben sind sicherlich die **gesetzlichen Neuerungen zum Schutz vor Gewalt und sexuellem Missbrauch**, die weiter oben bereits angeführt sind. Ausgewählte Beispiele für weitere in den letzten Jahren initiierte Projekte zur Gewaltprävention sind: Seit dem Frühjahr 1998 führen der Verein „Tamar“ und die „Beratungsstelle für sexuell missbrauchte Mädchen und junge Frauen“ das Modellprojekt **„Prozessbegleitung“** durch. Dieses Projekt bietet Kindern und Jugendlichen, die Opfer von sexueller Gewalt geworden sind, sowie deren Bezugspersonen sowohl juristische als auch psychosoziale Beratung und Unterstützung an. Das Projekt wird begleitend evaluiert.

Zahlreiche Aktivitäten wurden im Bereich **Täterarbeit** gestartet:

Die „Plattform gegen die Gewalt in der Familie“ wurde um den Bereich „Burschen- und Männerarbeit“ ausgeweitet (Männerberatungsstellen), im Rahmen dessen mehrere Projekte gestartet wurden, die sich mit täterbezogenen Maßnahmen befassen (Vernetzungsprojekt im Kinderschutzzentrum „Tangram“, Plattformzeitung Heft 1 und Heft 2 1999 zum Thema Arbeit mit Gewalttätern).

Im Jahr 1999 wurde ein Modellprojekt zur Arbeit mit sexuell missbrauchenden Männern von der Informationsstelle für Männer in Wien gestartet. Das Modellprojekt und die wissenschaftliche Evaluation durch das Institut für Psychologie der Universität Wien werden vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie finanziert.

In Krankenanstalten wurden die **Kinderschutzgruppen** – multidisziplinäre Teams zur Beratung über Hilfsmaßnahmen bei Verdacht auf Gewalt an Kindern – ausgeweitet; es wurde das „Forum Kinderschutzgruppe an Krankenanstalten“ im BMUJF gegründet, welches für die Aus- und Weiterbildung der betroffenen Berufsgruppen durch die Organisation regionaler Fortbildungsveranstaltungen sorgt; und im Zusammenwirken zwischen Jugendwohlfahrt und Ärzteschaft wurde ein bundesweit standardisiertes Erhebungsblatt zur Erfassung von Verdachtsfällen an Krankenanstalten erstellt.

Resümee

Gewalt in der Familie und sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen wird aufgrund der Folgeschwere zunehmend als gesellschaftliches Gesundheitsproblem erkannt. Jegliche Form von Gewalt – körperliche, psychische und sexuelle Misshandlung und Vernachlässigung – kann sowohl zu unmittelbaren als auch zu langfristigen und oftmals traumatisierenden somatischen und psychischen Folgen führen.

In Österreich – und speziell in Wien – ist, was Gewalt in der Familie und sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen anbelangt, besonders in den vergangenen zehn Jahren viel erreicht worden. Zahlreiche Opferschutzeinrichtungen – Interventionsstellen, Kinderschutz- und Krisenzentren, Frauenhäuser, Telefon-Notrufstellen usw. – sind sowohl in Wien als auch österreichweit auf- und ausgebaut worden. Große Fortschritte sind bezüglich der neuen Gesetzeslage zum Schutz vor innerfamiliärer Gewalt und sexuellem Missbrauch erreicht worden. Die Möglichkeit der Wegweisung des Gefährders aus der Wohnung, in der die gefährdete Person lebt und das Rückkehrverbot bieten einen ersten Schutz für Betroffene. Im Rahmen der Strafprozessordnung wurden Maßnahmen gesetzlich geregelt, welche eine sekundäre Viktimisierung von Kindern, die Opfer von Sexualdelikten geworden sind, vermeiden sollen. Ein Beispiel dafür ist das Recht auf eine nur einmalige, „schonende“ Vernehmung, wobei Opfer und Täter sich nicht im selben Raum befinden müssen und die Aussage durch einen Sachverständigen erfolgen kann und auf Video aufgezeichnet wird (kontradiktorische Befragung).

Dennoch sind innerfamiliäre Gewalt und sexueller Missbrauch nach wie vor tabuisierte Themen. Ihre Auswirkungen bleiben noch immer allzu oft unbemerkt und die Betroffenen als solche unerkannt.

Um wirksam gegen Gewalt und ihre Folgen vorzugehen, sie zu verhindern und ihre Auswirkungen möglichst gering halten zu können, ist einerseits eine ehest mögliche Identifikation und Intervention und andererseits eine umfassende Prävention notwendig.

Dabei kommt allen mit Kindern und Jugendlichen in direktem Kontakt stehenden gesellschaftlichen Bereichen eine bedeutende Rolle zu, wobei das Gesundheitswesen sicherlich eine Schlüsselposition einnimmt und somit als zentraler Ansatzpunkt für zukünftige Maßnahmen zur Bekämpfung von innerfamiliärer Gewalt und von sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen prädestiniert ist.

VII.
PUBERTÄT UND
ADOLESCENZ

*PUBERTY AND
ADOLESCENCE*

7	PUBERTÄT UND ADOLESZENZ	349
7.1	DEFINITIONEN DER BEGRIFFE PUBERTÄT UND ADOLESZENZ, KIND UND JUGENDLICHER	350
7.1.1	Die Begriffe Pubertät und Adoleszenz	350
7.1.2	Kind oder Jugendlicher: gesetzliche Altersbestimmungen und Selbstverständnis	348
7.1.2.1	Gesetzliche Altersbestimmungen	350
7.1.2.2	Kind oder Jugendlicher in der Selbsteinschätzung	350
7.2	KÖRPERLICHE VERÄNDERUNGEN IN DER PUBERTÄT	351
7.3	PSYCHOSOZIALE VERÄNDERUNGEN IN DER ADOLESZENZ	351
7.3.1	Emotionale Veränderungen	351
7.3.2	Die Lebenswelt der 11–14-Jährigen aus der Sicht der sozialwissenschaftlichen Jugendforschung	352

7 PUBERTÄT UND ADOLESCENZ

Zusammenfassung

Die Pubertät als biologischer Prozess der sexuellen Reifung und die Adoleszenz als die psychologische Anpassung an den Veränderungsprozess der Pubertät bezeichnen das Übergangsstadium von der Kindheit zum Erwachsenenalter.

Die ersten sexuellen Reifungsprozesse beginnen bei Mädchen frühestens im Alter von acht Jahren bzw. bei Burschen frühestens mit neun Jahren; der eigentliche Beginn der Pubertät wird aber bei Mädchen mit dem Einsetzen der Menstruation und bei Burschen mit dem ersten nächtlichen Samenerguss, der Pollution, angesetzt. Das durchschnittliche Alter des Einsetzens der Menstruation liegt bei 12,2 Jahren und hat sich seit der Jahrhundertwende um 3 Jahre vorverschoben; bei Burschen setzt die Geschlechtsreife im Durchschnitt mit 12,5 Jahren ein.

Die sexuellen Reifungsprozesse dauern etwa vier bis sechs Jahre und sollten sowohl bei Knaben als auch bei Mädchen mit dem 16. Lebensjahr schon erreicht sein.

Neben den massiven körperlichen Veränderungen finden einschneidende psychosoziale Veränderungen statt, wobei Kinder eine große Anpassungsleistung zu erbringen haben. Meilensteine in der psychosozialen Entwicklung von Jugendlichen sind die Loslösung von den Eltern, der Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen, die Entwicklung einer sexuellen Identität, die Gestaltung einer Ausbildungs- und Berufsperspektive und die Entwicklung zum sozialen Wesen mit adäquaten Wert- und Moralvorstellungen.

Wesentlichen Einfluss auf den Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen hat das Vorhandensein von gleichaltrigen FreundInnen und Freundschaftsgruppen (Peer-Groups). Freizeitaktivitäten sind in der Altersgruppe der 11–14-Jährigen noch stark geschlechtsspezifisch ausgeprägt. Ein Thema von großer Bedeutung für diese Altersgruppe ist auch Mode und „Outfit“, das wesentlich zur Identitätsbildung beiträgt. Der Einfluss der Familie auf 11–14-Jährige ist groß, obwohl die Peer-Groups zunehmend an Bedeutung gewinnen. Die Schule wird von Jugendlichen dieser Altersgruppe eher als sozialer Treffpunkt gesehen, die Freude am Schulbesuch nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab.

Summary

Puberty is a biological process of sexual maturation while adolescence refers to the psychological adaptation to the changes experienced during puberty. Both are elements of the transition from childhood to adulthood.

Early signs of sexual maturation with girls and boys may be detected at eight respectively nine years of age. Real puberty, however, does not commence before the first menstruation or the first ejaculation (pollution). The average age for a girl's first menstruation is 12.2 years, which is three years below the average calculated at the turn of the century. Sexual maturity with boys usually commences at 12.5 years. Sexual maturation takes between four to six years and should be completed by age 16 for both genders.

Along with serious physical changes children experience significant psychosocial changes and their ability to adapt is highly challenged during that time. Detaching oneself from one's parents, establishing relations with others, developing one's own sexual identity, creating training and vocational perspectives and steering towards becoming a social being with adequate values and ethics are considered milestones in a person's psychosocial development.

The development of children and adolescents also depends on whether they have friends or peer groups their own age. Leisure-time activities for 11 to 14 year olds are still very much gender-oriented. Fashion and outfits are rated high on the list of identity-forming elements. Families still exert considerable influence on 11 to 14 year olds, although peer groups are gaining in significance. Schools are considered social meeting places and school attendance is viewed with less enthusiasm as time goes on.

Als gesamtgesellschaftlicher Trend ist die Ausdehnung der Schul- und Bildungszeit und ein verspäteter Eintritt ins Berufsleben – verbunden mit einem verspäteten Auszug aus dem elterlichen Haushalt erst im Alter von durchschnittlich 24 Jahren – zu erkennen.

Looking at society in general, there is a noticeable trend towards extending school and training periods, delaying entry into working life and leaving home later, at age 24 approximately.

7.1 Definitionen der Begriffe Pubertät und Adoleszenz, Kind und Jugendlicher

7.1.1 Die Begriffe Pubertät und Adoleszenz

Während der Begriff „Pubertät“ allgemein die biologischen, körperlichen Prozesse der sexuellen Reifung bezeichnet und zeitlich die Periode unmittelbar vor der Entwicklung der sekundären Geschlechtsorgane umfasst, wird der Begriff „Adoleszenz“ für die psychologische Anpassung an den Veränderungsprozess der Pubertät verwendet. Allgemein kann Adoleszenz als das Übergangsstadium von der Kindheit zum Erwachsenenalter definiert werden. Dieser Übergang vollzieht sich auf drei Entwicklungsebenen: der physischen, der psychologischen und der sozialen (WIMMER-PUCHINGER, 1989).

FRIEDRICH (1999) 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“.

7.1.2 Kind oder Jugendlicher: gesetzliche Altersbestimmungen und Selbstverständnis

7.1.2.1 Gesetzliche Altersbestimmungen

Allgemein gilt eine Person bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres als Kind, bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Jugendlicher.

Die Definitionen, wer rechtlich gesehen als „Kind“ und als „Jugendlicher“ gilt, sind unterschiedlich: Im Jugendgerichtsgesetz versteht man unter „Jugendlichen“ die 14–18-Jährigen, im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch spricht man von „minderjährigen Personen“, das sind alle, die das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, also noch nicht „volljährig“ sind.

Mit Vollendung des 14. Lebensjahres wird der Minderjährige „mündig“ und erwirbt damit gewisse Rechte und Pflichten. „Mündige Minderjährige“ sind „beschränkt vertragsfähig“, d. h. sie können sich vertraglich zu Dienstleistungen verpflichten; ausgenommen davon sind Lehr- und Ausbildungsverträge, die der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters (der Eltern) bedürfen; zudem kann ein mündiger Minderjähriger über sein Einkommen (Lehrlingsentschädigung) frei verfügen.

Als mündiger Minderjähriger ist eine Person deliktstfähig und strafmündig, d. h. sie muss für alle Schäden aufkommen, die vorsätzlich oder fahrlässig verschuldet worden sind.

„Ehemündigkeit“ erreicht ein Mann erst ab dem vollendeten 19., eine Frau ab dem vollendeten 16. Lebensjahr; auf Antrag kann das Gericht einen Mann bereits nach vollendetem 18. Lebensjahr und eine Frau im Einzelfall mit 15 Jahren für „ehemündig“ erklären.

7.1.2.2 Kind oder Jugendlicher in der Selbsteinschätzung

In einer Studie des ÖSTERREICHISCHEN INSTITUTES FÜR JUGENDFORSCHUNG (1995) zu den „Lebenswelten der 11–14-jährigen Kids“ wurden die „Kids“ u. a. befragt, ob sie sich selbst als Kind, als Jugendliche/r oder als Erwachsene/r einschätzen würden. Im Alter von elf Jahren fühlen sich etwa zweit Drittel der Befragten noch als Kind, mit

zwölf Jahren etwa die Hälfte, mit 13 Jahren fühlen sich nur mehr 21 Prozent der Befragten als Kind. Im Alter von 14 Jahren bezeichnen sich bereits 91 Prozent der Befragten als Jugendliche.

7.2 Körperliche Veränderungen in der Pubertät

Die **Pubertät** (lat. pubesco bedeutet „behaart werden“, pubertas bedeutet „Mannbarkeit, Geschlechtsreife“) bezeichnet entsprechend dem lateinischen Ursprungswort in erster Linie die körperlichen Veränderungen; der Begriff Pubertät wird demnach auch zumeist für die Phase der sexuellen Reifung verwendet. Die Pubertät beginnt beim Mädchen mit der ersten Monatsblutung, beim Knaben mit dem ersten nächtlichen Samenerguss, der Pollution. Die sexuellen Reifungsvorgänge dauern etwa vier bis sechs Jahre und sollten sowohl bei Knaben als auch bei Mädchen mit dem 16. Lebensjahr schon erreicht sein.

In einer österreichischen Wochenzeitung erschien jüngst ein Artikel mit dem Titel „Die Turbo-Kindheit“: Gemeint ist damit, dass Kinder immer früher in die Geschlechtsreife kommen (PROFIL, 2000). Wesentlichster Hinweis dafür sei, dass sich bei Mädchen der durchschnittliche Zeitpunkt des Einsetzens der Menstruation seit der Jahrhundertwende um drei Jahre auf 12,2 Jahre vorverschoben habe; bei Burschen setzt die Geschlechtsreife mit 12,5 Jahren ein. ExpertInnen begründen diese Vorverschiebung mit dem allgemein besseren Gesundheitszustand und der Verbesserung der Ernährung der Heranwachsenden (WALDHAUSER, 2000).

Bereits im Alter von acht Jahren lassen sich im Blut vieler Mädchen Geschlechtshormone nachweisen, bei Buben rund ein Jahr später. Bald darauf beginnt das Wachstum von Eierstöcken und Hoden. Danach beginnt die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale – Brüste bei den Mädchen und Penis bei den Buben; die Entwicklung der Schambehaarung und der Stimmbruch können davor oder danach einsetzen.

Als verfrüht ist die Pubertät zu bezeichnen, wenn sich bei Mädchen vor acht und bei Buben vor achteinhalb Jahren sekundäre Geschlechtsmerkmale zeigen. Davon sind etwa drei Prozent aller Kinder betroffen (WALDHAUSER, 2000). Ursachen dafür können Tumore der Nebenniere oder Ovarialzysten sein.

Ebenso sollte das Brustwachstum der Mädchen spätestens mit dreizehneinhalb und das Peniswachstum der Burschen spätestens mit vierzehneinhalb einsetzen; ein verspätetes Einsetzen kann bei Essstörungen oder psychischen Problemen auftreten.

7.3 Psychosoziale Veränderungen in der Adoleszenz

7.3.1 Emotionale Veränderungen

FRIEDRICH (1999) setzt die emotionalen Veränderungen, die ein(e) pubertierende(r) Jugendliche(r) durchmacht, mit den körperlichen Veränderungen gleich: „In der emotionalen Befindlichkeit ist wie in der körperlichen ein Gestaltzerfall zu beobachten, der sich dann in kleinen Schritten wieder zu einem harmonischen Ganzen fügt und nach dem Wandlungsprozess etwas grundsätzlich Anderes darstellt als zuvor“. Als zentrale Emotionen in der Pubertät sieht FRIEDRICH (1999) die **Reifungsangst** und die **Existenzangst** des Pubertierenden: „Die Reifungsangst beruht auf einer rationalen Grundlage: Der Mensch fürchtet sich einerseits davor, einen Prozess regeltreu zu durchlaufen und andererseits, Abweichungen von einer vorgegebenen oder fiktiv vorausgesetzten Norm erleben zu müssen.

Die **Reifungsangst** bezieht sich auf

- die körperlichen Umwandlungsprozesse;
- die intellektuelle Leistungsfähigkeit;
- die emotionale Bindungs- und Liebesfähigkeit
- und die soziale Anpassungsfähigkeit, von der abhängt, ob wir akzeptiert oder anerkannt werden.

Die Reifungsängste sind vielfältig und umfassen Ängste bezüglich des geforderten Aussehens und Verhaltens, der Leistungsfähigkeit, der Liebesfähigkeit; weiters umfassen sie Fragen der Zugehörigkeit zu einer Peer-Group. Besonders die Sexualität, welche in diesem Alter als Neuland eröffnet wird, ruft vielfältige und tiefliegende Ängste hervor.

Neben der Reifungsangst sind es vor allem **Existenzängste**, die die Emotionslage der Jugendlichen bestimmen, wie z. B. die Angst, keinen Arbeitsplatz und keine adäquate gesellschaftliche Position zu bekommen; diese Ängste treten in der späten Adoleszenzphase in den Mittelpunkt.

Den Veränderungen, die Kinder und Jugendliche im Bereich der **Sexualität** gegenüberstehen – wohl die zentralen und einschneidendsten emotionalen Veränderungen in der Pubertät und Adoleszenz – ist ein eigenes Kap. (8) gewidmet.

Ebenso werden in diesem Bericht die großen emotionalen Bedrohungen dieses Lebensabschnittes – v. a. der Entwicklung von **Suchtverhalten** (Rauchen, Alkohol, Drogen, Medikamente, Fernsehen usw., siehe Kap. 5.4 ff), innerfamiliäre **Gewalt** (siehe Kap. 6), sexueller Missbrauch (siehe Kap. 6.2), **psychische Probleme** (siehe Kap. 4.2.4) und Störungen (z. B. Essstörungen siehe Kap. 4.2.4.3) in eigenen Kapiteln geschildert.

7.3.2 Die Lebenswelt der 11–14-Jährigen aus der Sicht der sozialwissenschaftlichen Jugendforschung

Die sozialwissenschaftliche Jugendforschung versteht die Jugendphase als „Bildungsmoratorium“ und beschreibt eine zunehmende Verlängerung der Adoleszenzphase durch das Hinausschieben der ökonomischen Selbstständigkeit aufgrund erheblich verlängerter Ausbildungszeiten bei gleichzeitiger rechtlicher Verkürzung der Jugendphase. Die Jugendphase ist daher ein „relativ eigenständiger Lebensabschnitt, in dessen Rahmen sich spezifische soziale Lebensweisen, kulturelle Formen und politisch-gesellschaftliche Orientierungsmuster ausbilden“ (ZINNECKER 1991, S. 73), die sich vor allem im Milieu der Peer-Groups (Altersgleichen) artikulieren (siehe Kap. 3.3).

Die gesellschaftliche Ausweitung der Jugend steht im Widerspruch zur Politik, die die Lebenslage Jugend kaum zu einem Programmschwerpunkt macht. Die Generation der heutigen Jugend kann als „Lebenswelt-Generation“ (FEND, 1990) bezeichnet werden, für die Selbstentfaltung und Selbstverwirklichung, insbesondere in der Partnerschaft, in der Kommunikation wie im Konsum bezeichnend ist.

Die deutschsprachige sozialwissenschaftliche Jugendforschung hat der Jugendkultur und den Lebenswelten der Jugendlichen im vergangenen Jahrzehnt vermehrt Aufmerksamkeit zugewandt (z. B. BAACKE, 1993 und 1994; BAE-THGE et al., 1997; HURRELMANN, 1994; IBM-JUGENDSTUDIE, 1995; JAHNKE und NIEHUES, 1995; ZEIHNER und ZEIHNER, 1994). In einer Studie des ÖSTERREICHISCHEN INSTITUTES FÜR JUGENDFORSCHUNG in Wien (1995) wird der Versuch unternommen, die Lebenswelten der 11–14-jährigen Kinder und Jugendlichen in Österreich zu erfassen und zu beschreiben. Das Forschungskonzept dieser Studie geht davon aus, dass der Übergang vom Kindesalter in das Jugendalter durch eine Vielzahl von psychologischen und psychosozialen Aufgabenstellungen gekennzeichnet ist und die Kinder in diesen Prozessen eine aktiv-gestaltende Rolle innehaben; von fünf **globalen Entwicklungsaufgaben** wird ausgegangen, die aber aufgrund geschlechtsspezifischer und individueller Entwicklungsverläufe von unterschiedlicher Bedeutung sind:

- Loslösung von den Eltern
- Aufbau und Vertiefung tragender gleich- und gegengeschlechtlicher Beziehungen
- Entwicklung und Gestaltung einer Ausbildungs- und Berufsperspektive
- Findung einer sozialen und psychosexuellen Identität
- Entwicklung eines persönlichen und kollektiv-geteilten Wert- und Moralsystems.

Die folgenden Einflussgrößen auf die Lebenswelten von 11–14-Jährigen wurden anhand einer empirischen Untersuchung in Form von qualitativen Interviews und Fragebögen an mehr als 1.000 österreichischen Kindern im Alter von 11–14 Jahren herausgearbeitet:

FreundInnen und Freundschaftsgruppen spielen eine zentrale Rolle für 11–14-Jährige (siehe Kap. 3.3). Neben der Familie sind sie die wichtigste Instanz der Sozialisation und zur Bewältigung des Umbruchs, der in dieser Zeit passiert.

Eine wichtige Freundschaftsform ist bei den 11–14-Jährigen die fixe (Gleichaltrigen-) Gruppe von Mädchen und/oder Buben, also die Clique, die überwiegend aus 6–10 Personen besteht. Ein Viertel der befragten Mädchen und Burschen gibt an, Mitglied einer bestimmten Clique zu sein, wobei mit zunehmendem Alter die Gruppe wichtiger wird. Neben Freundschaften mit mehreren Mädchen und/oder Buben in lockeren verabredungsformen hat die enge Beziehung zu einem/r oder mehreren „allerbesten FreundInnen“ besondere Bedeutung sowohl für weibliche als auch männliche Kinder und Jugendliche. Der/die beste FreundIn ist jene Person, der man seine Probleme anvertraut und bei der man sich in Zeiten des Umbruchs, der psychischen und physischen Veränderung, akzeptiert fühlt, so wie man ist. Diese Freundschaftsbeziehungen stehen für Kontinuität und Verlässlichkeit.

Orte, wo Freundschaften geknüpft werden, sind in erster Linie die Schule und/oder die Nachbarschaft.

Die eindeutige Präferenz von gleichgeschlechtlichen FreundInnen/Freundesgruppen verändert sich mit dem neu erwachenden Interesse für das andere Geschlecht zugunsten geschlechtsheterogener Beziehungen.

Das Verhältnis der Buben zu den Mädchen ist einerseits durch Distanz und Abwertung, andererseits durch den Wunsch nach Annäherung gekennzeichnet. Die Annäherungsversuche der Burschen sind oft rau und aggressiv und bewegen sich zwischen „wollen und eigentlich noch nicht wollen“. In ihren erotischen Wünschen werden die Buben nicht selten zurückgewiesen, denn für die gleichaltrigen Mädchen sind sie oft noch zu „jung“, diese wenden sich eher älteren Burschen zu.

In bevorzugten **Freizeitaktivitäten** (siehe Kap. 5.2) 11–14-Jähriger zeigt sich deutlich auch heute noch geschlechtsspezifisches Rollenverhalten: Bei Mädchen stehen die gemeinsamen Aktivitäten mit FreundInnen an erster Stelle, bei Burschen das Fernsehen bzw. das Ansehen von Videos. Sowohl bei Mädchen als auch bei Burschen steht Musik Hören an zweiter Stelle. Den dritten Rang nimmt bei Mädchen das Fernsehen und bei Burschen Sport Betreiben ein. Weitere signifikante Geschlechtsunterschiede im Freizeitverhalten: Während Burschen deutlich häufiger Sport betreiben, sich mit dem Computer beschäftigen und Sportveranstaltungen besuchen, bevorzugen Mädchen Bücher lesen, Tagebuch schreiben und tanzen.

Mode als umfassendes kulturelles Gestaltungskonzept ist auch für 11–14-jährige Heranwachsende ein Thema. Das richtige Outfit ist vor allem im Freizeitbereich wichtig. Bevorzugt werden bestimmte, ausgesuchte „In“-Marken. Jugendmode ist jedoch mehr als nur Bekleidung, sie präsentiert sich durch verschiedenste Accessoires und Symbole, Verhaltensweisen, bevorzugten musikalischen Stilrichtungen, Freizeitaktivitäten u. v. m. Gemeinsam ist allen Äußerungen das Bemühen um ein „cooles“ Aussehen, coole Musik und eine coole Ausdrucksweise. Die Ergebnisse zeigen auch, dass „cool sein“ vor allem für Burschen eine große Bedeutung hat.

Die **Lebenswelt Familie** (siehe Kap. 3.2) hat für 11–14-Jährige noch immer eine große Bedeutung, obwohl die Gleichaltrigen-Gruppen als Bezugspersonen und Sozialisationsinstanz zunehmend an Bedeutung gewinnen. Die Eltern sind nach wie vor primäre Bezugspersonen. Man kann daher in dieser Entwicklungsphase eher von einer Umstrukturierung der Beziehung zu den Eltern als von Ablösungsprozessen sprechen.

Im Gegensatz zu den 15–17-Jährigen unternehmen die 11–14-Jährigen noch gerne etwas mit den Eltern, wie z. B. gemeinsame Ausflüge, sportliche Aktivitäten sowie gemeinsame Urlaubsreisen. Bei gemeinsamen Aktivitäten mit Gleichaltrigen will man die Eltern allerdings nicht dabei haben.

Mädchen in dieser Altersstufe haben ein distanzierteres Verhältnis zum Vater, die älteren Mädchen haben ein konfliktreicheres Verhältnis zur Mutter. Dieselben Konflikte und Abgrenzungsbedürfnisse lassen sich bei Burschen erst im Alter von 15–17 Jahren feststellen.

Das Erziehungsverhalten der Eltern scheint sich in Richtung eines weniger autoritären Erziehungsstils zu ändern. Ein Großteil der Kinder hat das Gefühl, dass ihre Eltern immer für sie da sind, und ein Viertel der Kinder gibt sogar an, dass die Eltern „alles erlauben“. Andererseits gibt aber ebenso ein Viertel der Kinder an, „immer das tun zu müssen, was der Vater/die Mutter will“ und ein Drittel der Kinder erlebt die Eltern als besonders streng. Beinahe jedes zehnte Kind hat Angst vor der Eltern.

Die **Lebenswelt Schule** wird von den Kindern in erster Linie als sozialer Treffpunkt mit Gleichaltrigen erlebt, dann erst folgt das Interesse am Unterricht. Der überwiegende Teil der befragten Kinder geht gerne in die Schule, aber die unterrichtsfreie Zeit (z. B. Pausen) und das, was neben und trotz des Unterrichts passiert, macht die wesentliche positive Qualität von Schule aus.

Lernen in der Schule wird als notwendiges Mittel zum Erreichen späterer Ziele gesehen. HauptschülerInnen gehen weniger gerne in die Schule als MittelschülerInnen; vor allem die weiblichen HauptschülerInnen weisen ein hohes Maß an Orientierungslosigkeit bezüglich ihres weiteren Ausbildungs- und Berufsweges auf.

Buben gehen weniger gerne in die Schule als Mädchen und schätzen auch ihre Schulleistungen weniger gut ein als Mädchen. Die Freude am Schulbesuch nimmt zwischen dem 11. dem 14. Lebensjahr kontinuierlich ab.

Was das **Werte- und Moralsystem** von 11–14-Jährigen betrifft, ist der Wert „verlässliche und gute FreundInnen haben“ am wichtigsten. Werte wie „reich und vermögend sein“ und „über anderen stehen und bestimmen können“ sind am unwichtigsten für diese Altersgruppe. Insgesamt ist der Wunsch nach Freiheit, Zufriedenheit, Einigkeit und Einklang stark.

Die 11–14-Jährigen haben auch ein starkes Problembewusstsein und politisches Engagement für die soziale Umwelt: eine großer Teil der Kinder und Jugendlichen engagiert sich in Umwelt- und Tierschutzorganisationen (Panda-Club, Vier Pfoten, WWF, Greenpeace usw.) oder zeigt Haltungsänderungen im persönlichen Leben (Mülltrennung, Umweltpapier, Rad fahren usw.).

Die Entwicklung der **sozialen und psychosexuellen Identität** ist wohl die umfassendste Entwicklungsaufgabe, die 11–15-Jährige zu bewältigen haben. Die Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Rollenbildern ist einerseits zwar zunehmend kritisch, verläuft aber dennoch traditionell: Die Vorbilder von Burschen sind nach wie vor Identifikationsfiguren, die für Männlichkeit in Form des „starken Mannes“ stehen (Sportler, Schauspieler); Vorbilder der Mädchen sind nach wie vor in erster Linie „schön“ (Models, Popstars) und angepasst. Die Akzeptanz des eigenen Körpers ist für Mädchen in dieser Altersstufe deutlich schwieriger als für Burschen. Sie fühlen sich häufiger unattraktiv und orientieren sich primär am vorherrschenden Schönheitsideal, das ihnen „Schlankheit“ abverlangt.

Die Beziehungen zum anderen Geschlecht gewinnen in der Altersstufe der 11–15-Jährigen zunehmend an Bedeutung, der Beginn koitaler sexueller Beziehungen ist aber für den überwiegenden Teil der Kinder erst nach dem 14. Lebensjahr anzusiedeln (siehe Kap. 8).

Resümee

Die Zeit der Pubertät und Adoleszenz ist eine Lebensphase mit tiefgreifenden körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen, die von den Kindern und Jugendlichen selbst eine hohe Anpassungsleistung erfordert, aber auch viel Verständnis und Unterstützung von der Umwelt.

Die wesentlichsten Entwicklungsaufgaben, die Kinder und Jugendliche und ihre Umwelt zu bewältigen haben, sind die Loslösung aus der Familie und von den Eltern und der Aufbau von tragfähigen und befriedigenden Beziehungen, das Absolvieren einer Berufsausbildung und das Entwickeln einer Berufsperspektive, das Finden einer sozialen und psychosexuellen Identität, die Persönlichkeitsentwicklung zu einem reifen Menschen mit adäquatem Wert- und Moralsystem. Auf diesem Entwicklungsweg können viele Ängste entstehen, reale Gefahren und Risiken für das körperliche und psychische Wohlbefinden und die Gesundheit sind aber ebenso vielfältig wie häufig.

Die Jugendkultur und die Lebenswelten der Jugendlichen präsentieren sich in Österreich und in anderen west- und mitteleuropäischen Ländern so inhomogen und differenziert wie noch nie zuvor, das Spektrum an jugendkulturellen Szenen ist vielfältig. Als gesamtgesellschaftlicher Trend ist eine Ausweitung der Jugendphase zu erkennen, der vor allem in der Ausdehnung der Schul- und Bildungszeit und dem damit verbundenen verspäteten Eintritt ins Berufsleben begründet ist. Eine Begleiterscheinung der Ausdehnung der Jugendphase ist, dass der Auszug aus dem elterlichen Haushalt heute viel später – im Durchschnitt etwa mit 24 Jahren – stattfindet. Einige JugendforscherInnen dehnen den Begriff „Jugend“ auf die Altersgruppe der 12–29-Jährigen aus. Diese Entwicklungen sind mit neuen Herausforderungen an die Jugendarbeit verbunden.

Was die Gesellschaft und im Besonderen das Gesundheitssystem für Kinder und Jugendliche in dieser Lebensphase zu erbringen hat, ist, dafür zu sorgen, dass sich die heranwachsende Generation angemessen entwickeln kann. Den stärksten Einfluss auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen haben immer noch die Eltern; die Bedeutung von Gleichaltrigen-Gruppen (Peer-Groups) nimmt aber zu und muss in allen Konzepten der Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung von Jugendlichen Berücksichtigung finden.

VIII.
JUGEND-
SEXUALITÄT

*SEXUALITY OF
ADOLESCENTS*

8	JUGENDSEXUALITÄT	357
8.1	SEXUALVERHALTEN UND PARTNERSCHAFT VON JUGENDLICHEN	358
8.2	EMPFÄNGNISVERHÜTUNG UND SCHWANGERSCHAFT	358
8.2.1	Kontrazeptionsverhalten Jugendlicher	358
8.2.2	Schwangerschaft und Adoleszenz	360
8.3	SEXUALERZIEHUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN	361
8.4	SEXUALAUFKLÄRUNG UND HIV/AIDS-PRÄVENTION VON JUGENDLICHEN IN ÖSTERREICH	362
8.4.1	Studienergebnisse zur Jugendsexualität und HIV/AIDS-Prävention	362
8.4.2	Empfehlungen für HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen bei Jugendlichen	363

8 JUGENDSEXUALITÄT

Zusammenfassung

Sexualität ist einer jener Bereiche, in dem sich der Übergang von der Kindheit zum Jugendlichen und Erwachsenen am intensivsten äußert. Umfassende körperliche und psychosoziale Entwicklungsschritte müssen mit dem Ziel einer reifen und erwachsenen Geschlechtsidentität bewältigt werden.

Als gesamtgesellschaftlicher Trend ist eine Vorverlegung der ersten sexuellen Erfahrungen zu beobachten: Das durchschnittliche Alter der ersten sexuellen Erfahrung hat sich zwischen 1963 und 1973 bei Jugendlichen um etwa vier Jahre vom 21. auf das 17. Lebensjahr verschoben. Seither liegt das durchschnittliche Alter beim ersten Geschlechtsverkehr konstant bei etwa 17 Jahren.

Als typisches heterosexuelles Beziehungsmuster hat sich bei den Jugendlichen der 90er Jahre und des beginnenden neuen Jahrtausends die „serielle Monogamie“ bzw. die „Treue auf Zeit“ erwiesen. Treue und Monogamie ist für Jugendliche zwar wichtig, aber die durchschnittliche Dauer der monogamen Beziehung liegt üblicherweise zwischen sieben und neun Monaten.

Das Verhütungsverhalten österreichischer Jugendlicher ist im internationalen Vergleich zwar als gut zu bezeichnen, dennoch erweist es sich als abhängig von Schul- und Berufsbildung und zeigt deutliche Stadt-Land-Unterschiede: So weisen in der Großstadt lebende Lehrlinge und BerufsschülerInnen ein signifikant unzuverlässigeres Verhütungsverhalten auf als Jugendliche anderer Schultypen bzw. Jugendliche, die auf dem Land leben.

Der Informationsstand österreichischer Jugendlicher zum Thema HIV/AIDS ist zwischen 1991 und 1995 angewachsen und seither auf diesem insgesamt als sehr hoch zu bezeichnenden Niveau geblieben. Nach wie vor zeigen sich die Wissenmängel der Jugendlichen vor allem darin, dass „falsche“ HIV-Infektionsrisiken wie Ansteckung über Insektenstiche, Wohnen in gemeinsamem Haushalt, Körperkontakt, Küssen usw. genannt werden. Ebenso ist das Wissen zum Krankheitsverlauf und zur Therapie der HIV-Infektionen weiterhin lückenhaft. Einer unrealistisch hohen Angst vor HIV/AIDS steht eine Unterschätzung des eigenen Risikos gegenüber.

Summary

Sexuality is where the transition between childhood and adolescence, and subsequently adulthood, becomes most apparent. Children must undergo comprehensive physical and psychosocial developments before they achieve mature and adult sexual identity.

Considering society as a whole, there is a noticeable trend towards earlier sexual experiences: the average age for first sexual experiences has dropped from age 21 to age 17 in the period between 1963 and 1973. Since then the average age for first sexual experiences has remained stable at approximately 17 years.

“Serial monogamy” or “temporary fidelity” have proved typical heterosexual relationship patterns for young people of the 90ies and the new century. While faithfulness and monogamy are important to young people, most monogamous relationships last between 7 to 9 months only.

Adolescents in Austria compare fairly well internationally concerning their attitude towards contraception. Differences are noted, however, between different types of schooling and training as well as between urban or rural areas. Apprentices and students attending vocational schools in big cities are distinctively more lax in their contraception practices than students attending other school types and adolescents living in the country.

Awareness of and information about HIV/AIDS amongst Austrian youth has risen between 1991 and 1995 and has remained at what is considered a fairly high level since then. Lack of knowledge is particularly evident where HIV infection risks are concerned, as insect bites, living under one roof, physical contact, kissing, etc., are frequently believed to be the cause of infection. Knowledge of the clinical course of and possible therapies for HIV infections continues to be fragmentary too. While fear of the disease as such is unreasonably high amongst young people they tend to underestimate their own risk of contracting HIV/AIDS.

8.1 Sexualverhalten und Partnerschaft von Jugendlichen

Der Ablauf der ersten sexuellen Erfahrungen – „vom Kuss zum Koitus“ – ist in vielen Untersuchungen zum Sexualverhalten von Jugendlichen ähnlich beschrieben worden, zumindest was die Reihenfolge der ersten sexuellen Erfahrungen betrifft: „Nach den ersten festen Verabredungen kommt es zum ersten Kuss. Auf die erste Verliebtheit folgt die erste „feste Freundschaft“. Da Buben in den ersten sexuellen Partnerschaftsbeziehungen meist als erste aktiv werden, folgt auf das erste Brustpetting das erste Genitalpetting. Erst dann kommt es zum ersten Geschlechtsverkehr. Oral-genitale Praktiken werden erst nach dem ersten Koitus ausgeübt“ (NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994).

Zusammenfassend lässt sich die heterosexuelle Entwicklung Jugendlicher folgendermaßen darstellen:

- Mit 13 Jahren haben jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche sich schon einmal verabredet.
- Mit 14 Jahren haben jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche schon einmal einen Partner bzw. eine Partnerin geküsst.
- Mit 15 Jahren waren jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche schon einmal fest befreundet, verliebt und haben Brustpetting gemacht.
- Mit 16 Jahren haben jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche schon einmal Genitalpetting gemacht.
- Mit 17 Jahren haben jedes zweite Mädchen und jeder zweite Bursche schon den ersten Koitus erlebt.

Das durchschnittliche Alter der ersten Koituserfahrung hat sich zwischen 1963 und 1973 bei Jugendlichen um etwa vier Jahre vom 21. auf das 17. Lebensjahr vorverlagert. Seither hat sich das durchschnittliche Alter beim ersten Geschlechtsverkehr stabilisiert und liegt noch immer bei etwa 17 Jahren (SCHMIDT, 1993).

Die Gefühlslage der Jugendlichen bei der Entscheidung zum ersten Geschlechtsverkehr sind geschlechtsspezifisch unterschiedlich: Mädchen geben an, es an erster Stelle aus Liebe und an zweiter Stelle aus Neugier getan zu haben; Burschen geben es, es an erster Stelle aus sexuellem Verlangen und an zweiter Stelle aus Neugier getan zu haben.

Traditionelle Vorstellungen zu Partnerschaft und Familie sind bei Jugendlichen heute aber immer noch gültig. Der Wunsch zu heiraten und Kinder zu haben ist nach wie vor stark verbreitet. Treue ist den Jugendlichen überaus wichtig. 40 Prozent der Jugendlichen mit einem Durchschnittsalter von 17 Jahren hatten bereits eine feste Freundin/einen festen Freund. Etwa ein Drittel von ihnen hatte mit dieser Partnerin/diesem Partner noch keinen Geschlechtsverkehr, die anderen hatten damit meist länger als drei Monate gewartet (NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994).

Das Ideal von Treue und Monogamie ist bei den Jugendlichen vor dem Hintergrund der durchschnittlichen Dauer einer Partnerbeziehung zu sehen: Diese liegt nämlich nur zwischen sieben Monaten (DÜR, 1993) und elf Monaten (NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994). Für dieses Beziehungsmuster der Jugendlichen wurde der Terminus „serielle Monogamie“ bzw. „Treue auf Zeit“ geprägt. Auch ist dem verbal beteuerten Ideal von Treue und Monogamie das tatsächliche Verhalten gegenüberzustellen, wobei sich nicht immer Übereinstimmung findet. Sexuelle Beziehungen von Jugendlichen finden häufig auch in nicht festen Beziehungen statt (PELIKAN und DÜR, 1990; DÜR et al., 1990).

8.2 Empfängnisverhütung und Schwangerschaft

8.2.1 Kontrazeptionsverhalten Jugendlicher

Untersuchungen über das Kontrazeptionsverhalten von Jugendlichen haben erwiesen, dass für eine sichere Verhütung vor allem das Vorhandensein einer vertrauensvollen Partnerschaft günstig ist, in der beide Partner die Verantwortung für die Verhütung gemeinsam übernehmen und darüber sprechen. Das Sprechen über Verhütung wird umso schwieriger, je weniger die Partner einander kennen, was vor allem beim ersten Geschlechtsverkehr von Jugendlichen bedeutsam ist (NÖSTLINGER, 1988).

Eine Studie zu Jugendsexualität im internationalen Vergleich (NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994) mit statistischen Daten zur Empfängnisverhütung österreichischer Jugendlicher (1.108 Jugendliche wurden mittels Fragebogen befragt, 607 Mädchen und 501 Burschen) weist zwar für Wiener Jugendliche keine spezifischen Daten aus, berücksichtigt aber Stadt-Land-Unterschiede.

Beim ersten Geschlechtsverkehr wenden insgesamt 70 Prozent der Mädchen und 78 Prozent der Burschen eine Methode der Empfängnisverhütung an; bei männlichen Lehrlingen aus dem großstädtischen Bereich gaben jedoch nur 54 Prozent an, beim „ersten Mal“ Empfängnisverhütung angewandt zu haben.

Was die Wahl der Verhütungsmethode betrifft, entscheiden sich 65 Prozent aller insgesamt befragten Mädchen und Burschen zur Schwangerschaftsverhütung oder AIDS-Prävention beim „ersten Mal“ für das Kondom; die niedrigste Rate fand sich auch hier bei den männlichen Lehrlingen aus der Großstadt (36 Prozent), die höchste Kondomverwendungsrate geben die Schülerinnen auf dem Land an (88 Prozent). 46 Prozent aller befragten Jugendlichen geben an, beim ersten Geschlechtsverkehr die Antibabypille verwendet zu haben, sechs Prozent der Jugendlichen haben „coitus interruptus“ praktiziert, zwei Prozent haben chemische Mittel und ein Prozent der Jugendlichen hat natürliche Verhütungsmethoden angewandt. Das heißt auch, dass ein gewisser Prozentsatz von Jugendlichen mehrere Schutzmethoden gleichzeitig angewandt hat.

Bei weiteren sexuellen Erfahrungen nach dem „ersten Mal“ – konkret auf die Frage der Verhütung beim jüngst zurückliegenden Geschlechtsverkehr – verwenden insgesamt nur mehr 34 Prozent der Befragten ein Kondom und bereits 67 Prozent die Antibabypille. Bei Jugendlichen auf dem Land allerdings wird das Kondom deutlich häufiger verwendet als bei städtischen Jugendlichen: Während Mädchen aus der Großstadt, die in Lehrlingsausbildung sind und heterosexuelle Partner haben, von denen nur 16 Prozent beim jüngst zurückliegenden Geschlechtsverkehr ein Kondom verwendet haben, gaben 89 Prozent der männlichen und 73 Prozent der weiblichen Lehrlinge auf dem Land an, Kondome verwendet zu haben.

Auf die Frage, welche Verhütungsmittel die Jugendlichen vom ersten Geschlechtsverkehr bis zum Befragungszeitpunkt jemals (mindestens einmal) benützt haben, zeigt sich ebenfalls die Pille als das Verhütungsmittel, das der größte Anteil der Jugendlichen, nämlich 71 Prozent, schon mindestens einmal verwendet hat, aber nur geringfügig weniger Jugendliche – 67 Prozent – haben auch schon das Kondom probiert. Bedenklich ist jedoch, dass sich immerhin zwölf Prozent der Jugendlichen auf den Coitus interruptus, also das „Aufpassen“ als Methode verlassen. Alle anderen Verhütungsmethoden kommen relativ selten zum Einsatz (Tabelle 1).

Tabelle 1: Erfahrung mit Verhütungsmitteln in % (gerundet), Mehrfachnennungen

	Mädchen n = 199	Burschen n = 145	gesamt n = 344
Antibabypille	68	75	71
Kondome	68	64	67
Coitus interruptus	12	11	12
chemische Mittel	7	6	6
natürliche Methoden	3	> 1	2
Spirale	2	-	1
Diaphragma	-	> 1	> 1
Schwamm, Scheidenspülung	> 1	-	> 1
Sonstige Methoden	1	-	1

Quelle: NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994

In der Studie von NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER (1994) wurde auch die Verwendungshäufigkeit von Verhütungsmitteln durch die Jugendlichen erhoben (Tabelle 2).

60 Prozent der Jugendlichen geben an, bei jedem Geschlechtsverkehr zu verhüten – ein Prozentsatz, der im internationalen Vergleich sehr hoch liegt. Bei den männlichen Großstadtlehrlingen sind es aber nur 27 Prozent, die angeben, bei jedem Geschlechtsverkehr zu verhüten. Bei den männlichen Schülern aus der Großstadt geben überdurchschnittlich viele an, jedes Mal zu verhüten, nämlich 76 Prozent.

Tabelle 2: Verwendungshäufigkeit von Verhütungsmitteln

es verhüten ...	Prozentanteil der Jugendlichen (gesamt n = 344)
jedes Mal	60
oft	21
bei der Hälfte aller Male	7
selten	6
nie	5

Quelle: NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994

Von jenen Jugendlichen, die jemals Geschlechtsverkehr ohne Verhütung praktiziert haben, also etwa ein Drittel der befragten Jugendlichen (Tabelle 2), gaben 29 Prozent an, gar nicht an Verhütung gedacht zu haben, 28 Prozent hatte keine Verhütungsmittel dabei und 26 Prozent hofften, dass sowieso nichts passiert. Hierbei ist zu bemerken, dass sich nicht nur Jugendliche in sexuellen Situationen mitunter irrational oder fatalistisch verhalten, sondern dass die Problematik auch bei Erwachsenen ähnlich gelagert ist.

8.2.2 Schwangerschaft und Adoleszenz

Schwangerschaften von jungen Mädchen, sogenannte „Teenagerschwangerschaften“, sind zumeist ungewollte Schwangerschaften (siehe Kap. 4.2.1.6), unabhängig davon, ob sich das Mädchen für oder gegen das Austragen der Schwangerschaft entscheidet.

Der Anteil der „Teenagermütter“ im Alter von unter 15 Jahren an allen Lebendgeburten beträgt im Jahr 1997 für ganz Österreich 0,017 Prozent, für Wien 0,052 Prozent; für die Altersgruppe von 15 bis unter 20-jährigen Müttern ist der Anteil an allen Lebendgeburten 1997 in Österreich vier Prozent, in Wien 4,8 Prozent (siehe Kap. 4.2.1.3). Sowohl in Österreich insgesamt als auch in Wien kann ein leichter Rückgang von Lebendgeburten (siehe Kap. 2.2) durch Mütter unter 15 bzw. unter 20 Jahren zwischen den Jahren 1991 und 1997 verzeichnet werden.

Tabelle 3: Lebendgeborene nach dem Alter der Mutter, Österreich und Wien, 1991–1997

Jahr	Österreich					Wien				
	gesamt	unter 15 Jahre		15 bis unter 20 Jahre		gesamt	unter 15 Jahre		15 bis unter 20 Jahre	
	n	n	%	n	%	n	n	%	n	%
1991	94.629	23	0,024	5.573	5,9	17.216	9	0,052	1.218	7,1
1992	95.302	20	0,021	5.468	5,8	17.427	17	0,098	1.187	6,8
1993	95.227	17	0,018	5.174	5,4	17.339	8	0,046	1.165	6,7
1994	92.415	21	0,022	4.271	4,6	17.064	9	0,052	887	5,2
1995	88.669	18	0,020	3.876	4,4	16.261	13	0,080	853	5,2
1996	88.809	11	0,012	3.496	3,9	16.242	7	0,043	782	4,8
1997	84.045	14	0,017	3.353	4,0	15.505	6	0,039	737	4,8

Quelle: Statistik Österreich – Abteilung 1 (Bevölkerung)

Da der Schwangerschaftsabbruch (siehe Kap. 4.2.1.6) in Österreich nicht registrierungspflichtig ist, existieren auch keine zuverlässigen epidemiologischen Daten, auch nicht bei jungen Mädchen. Ein Schwangerschaftsabbruch ist sicherlich für jede Frau eine massive psychosoziale Belastung, junge Mädchen und Frauen sind aber von diesen Belastungen besonders betroffen, da sie in ihrer weiblichen und psychosexuellen Identität noch nicht gefestigt sind.

Die häufigsten Motive für einen Schwangerschaftsabbruch (siehe Kap. 4.2.1.6) bei jungen Mädchen bestehen in dem Wunsch, die aktuelle Ausbildung nicht vorzeitig abbrechen zu müssen und weiters in der Befürchtung, die Verantwortung für ein Kind noch nicht übernehmen zu können (WIMMER-PUCHINGER, 1982). Es zeigte sich, dass junge Mädchen – genauso wenig wie erwachsene Frauen – sich nicht leichtfertig zu einem Schwangerschaftsabbruch entscheiden, sondern dass ihrer Entscheidung ein bewusster Entscheidungsprozess vorangeht – im Gegensatz zu vielen Jugendlichen, die sich für das Austragen einer Schwangerschaft entscheiden, die sich in unrealistischer Weise durch die Geburt eines Kindes eine Verbesserung ihrer Situation, etwa das Erlangen von mehr Autonomie und emotionaler Geborgenheit, erwarten.

Bezeichnend für die psychosozialen Bedingungen adoleszenter Schwangerschaften ist weiters, dass die Realität der Schwangerschaft zunächst verdrängt wird, womit die Entscheidung zum Austragen praktisch erzwungen ist (NÖSTLINGER, 1988).

Die spezielle Betreuung junger Mütter muss schon während der Schwangerschaft einsetzen, wobei nicht nur die psychosoziale Betreuung berücksichtigt werden sollte. Eine Untersuchung zur Inanspruchnahme der Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen hat ergeben, dass jene Frauen, die Untersuchungen in der Schwangerschaft unterdurchschnittlich oft vornehmen lassen, d. h. die nie oder maximal bis zu drei Mal vor der Geburt einen Facharzt/eine Fachärztin aufsuchen (siehe Kap.10.4) häufig unter 20 Jahre alt sind (WIENER FRAUENGESUNDHEITSBERICHT, 1996).

8.3 Sexualerziehung von Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche erhalten Informationen über Sexualität in unterschiedlichen Settings: Familie, Schule, FreundInnen und Medien.

In österreichischen Schulen war Sexualerziehung vor 1970 nicht legislativ-administrativ geregelt. Im Jahr 1970 wurde ein ministerieller Grundsatzterlass herausgegeben, durch den Sexualerziehung als „Unterrichtsprinzip“ eingeführt wurde. Damit ist gemeint, dass Fragen der Sexualität und Partnerschaft nicht einem oder wenigen Unterrichtsgegenständen zugeordnet werden können, sondern als fächerübergreifende Lernbereiche im gesamten Unterricht wirksam werden. Da es sich hierbei primär um den Aufbau bestimmter Einstellungen und Verhaltensweisen handelt, die durch Wissensvermittlung allein nicht erreicht werden können, ist die interdisziplinäre Vermittlung erforderlich, die als eine Kombination stofflicher, methodischer und erzieherischer Anforderungen im Zusammenwirken vieler oder aller Unterrichtsgegenstände erfolgt.

Die Sexualerziehung als durchlaufendes Unterrichtsprinzip von der 1. Schulstufe bis zum Schulabschluss wurde mit folgenden Lernzielen in den Lehrplan eingebaut (zitiert nach WIMMER-PUCHINGER und SCHMITZ, 1992):

1. **Grundschule:** Ab der ersten Schulstufe sollen alle Kinder den spezifischen Unterschied zwischen den Geschlechtern (korrekte Bezeichnung der Geschlechtsorgane) kennen und über die Tatsachen der Mutterschaft Bescheid wissen. Bis zum Ende der 4. Schulstufe sollen Zeugung, Mutterschaft, Entwicklung des Kindes bis zur Geburt sowie die Geburt und die Entwicklung des Säuglings besprochen werden. Dabei sollte auch auf die Bedeutung der Familie für das Kind und die Geschwisterproblematik eingegangen werden. Die Mädchen sind über die Menstruation aufzuklären.
2. **5. bis 8. Schulstufe:** Bei der Besprechung der Aufgaben einiger wichtiger Organe des menschlichen Körpers im Biologieunterricht soll auf den Bau und die Funktion der Geschlechtsorgane unter besonderer Berücksichtigung der biologischen Grundlagen der Fortpflanzung der Menschen eingegangen werden. In diesem Zusammenhang sind Menstruation, Pollution und Masturbation eigens zu besprechen. Hierbei sind die körperlichen und seelischen Veränderungen in der Pubertät und deren Sinn zu behandeln. In der 8. Schulstufe sind im Sinne des Lehrplanes zu behandeln: Partnerwahl, Befruchtung, Empfängnisregelung, Schwangerschaft und Entwicklung des Embryos, Entbindung, Wochenbett und Neugeborenenbetreuung, Fehlgeburt und Abtreibung, erbhgienische Verantwortung, Geschlechtskrankheiten, Verantwortungsbewusstsein gegenüber dem Geschlechtlichen (Sexualerziehung). Dabei nehmen neben einer vertiefenden Vermittlung von Sachkenntnissen auch die ethischen, psychologischen und sozialen Seiten des Sexuallebens einen besonderen Stellenwert ein. Gemeinsame Diskussionen zwischen SchülerInnen, LehrerInnen und VertreterInnen anderer Fachbereiche sollen als Unterrichtsform ihre Anwendung finden.
3. **Mittlere und höhere Schulen 9.–12./13. Schulstufe und Berufsschulen:** In den Allgemeinbildenden Höheren Schulen sind in Biologie folgende Themenbereiche zu behandeln: Zeugung, Embryonalentwicklung, Geburt, erbhgienische Fragen, Verantwortlichkeit für den Partner und ein mögliches Kind, Hygiene des Geschlechtsverkehrs, Geschlechtskrankheiten.

Im Philosophischen Einführungsunterricht: Themen über Kennenlernen und Zusammenpassen (Sozialpsychologie), Eltern-Kind-Beziehung, Grundzüge der körperlichen und seelischen Entwicklung (Entwicklungspsychologie). Auch im Rahmen der Ethik wird auf Fragen der Sexualerziehung einzugehen sein (Themen: Empfängnisverhütung, Fehlgeburt und Abtreibung, abweichende Formen des Sexuallebens). Außerdem: Ehe und Familie, die damit zusammenhängenden Gesetze, uneheliche Kinder, Gleichberechtigung der Geschlechter, Jugendschutz, Erarbeitung echter werterfüllter Leitbilder (Fächer Sozialkunde, Deutsch).

In den Berufsschulen soll die Sexualerziehung insbesondere in den Fächern Staatskunde, an den kaufmännischen, technischen und gewerblichen Schulen in den Unterrichtsgegenständen Geschichte und Sozialkunde, Staatsbürgerkunde, Rechtskunde und Arbeitshygiene, an den frauenberuflichen Schulen in den Unterrichtsgegenständen Gesundheitslehre, Lebenskunde, Biologie, Psychologie und Erziehungslehre und an den Berufsbildenden Schulen im Deutsch- und Fremdsprachenunterricht und Leibesübungen besprochen werden.

Auf der Grundlage des Grundsatzterlasses „Sexualerziehung in den Schulen“ wurde 1984 von einer eigens im Bundesministerium für Familie, Jugend und Konsumentenschutz eingerichteten „Interimistischen Arbeitsgemeinschaft für Familienplanung, Sexualerziehung und Schwangerenbetreuung“ die Ausarbeitung und Bereitstellung von Orientierungsunterlagen für LehrerInnen, JugendbetreuerInnen und ErwachsenenbildnerInnen in der Form eines „Medienkoffers zur Sexualerziehung“ beschlossen. Vom Beschluss bis zur Realisierung des „Sexkoffers“ vergingen aufgrund heftiger öffentlicher Diskussionen fünf Jahre, bis dieser 1989 den Schulen auf Anfrage zur Verfügung stand – nachdem kritische Themenbereiche wie Schwangerschaft, Homosexualität, Masturbation usw. gestrichen werden mussten.

Eine Studie zur Effizienz und Effektivität der Sexualerziehung (WIMMER-PUCHINGER und SCHMITZ, 1992) in Form einer Befragung von LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern stellte fest, dass im Gegensatz zu den öffentlichen

Reaktionen auf den Medienkoffer und die Sexualerziehung in den 80er Jahren eine übereinstimmende Befürwortung schulischer Sexualerziehung von Seiten der Eltern und auch der LehrerInnen vorhanden ist, wobei Sexualerziehung von allen Befragten als Angelegenheiten sowohl des Elternhauses als auch der Schule angesehen wird.

Zugleich wurde in dieser Studie aber auch festgestellt, dass trotz der legislativen administrativen Regelung der schulischen Sexualerziehung durch das Unterrichtsministerium und trotz der Bereitstellung von Unterrichtsmaterialien die Umsetzung des Unterrichtsprinzips Sexualerziehung Defizite aufweist: Die Materialien zur Sexualerziehung werden eher selten eingesetzt, es wird auch kaum fächerübergreifend gearbeitet – Sexualerziehung bleibt vor allem auf den Biologieunterricht beschränkt, die Materialien selbst werden überwiegend als „eher informativ“ eingeschätzt. Insgesamt wurde in dieser Studie deutlich, dass Sexualerziehung von den LehrerInnen als schwierige Aufgabe eingeschätzt wird, die mehr Unterstützung durch Fortbildung erfordert.

Die Jugendlichen selbst sehen zwar auch die Schule als wichtige Instanz der Sexualaufklärung, sind aber nicht damit zufrieden: Sexualerziehung in der Schule „kommt zu spät, wird zu wenig gemacht, behandelt vor allem die biologische Seite der Sexualität, geht zu wenig auf persönliche Probleme der SchülerInnen ein, vermittelt ein eher negatives Bild der Sexualität“ (DÜR, 1993).

In einer Langzeitstudie zu Jugendsexualität und AIDS (siehe Kap. 4.2.3.7.5) mittels einer Wiederholungsbefragung von 14–17-Jährigen und ihren Eltern“ in Köln, BRD, wurden in den Jahren 1980, 1994, 1996 und 1998 insgesamt 2.500 Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren und deren Eltern, also insgesamt 5.000 Personen, befragt (BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG, 1998).

Ein wesentliches Ergebnis hinsichtlich der Rolle, die einzelne Settings in der Sexualerziehung spielen, war, dass die wichtigste Bezugsperson bei der Aufklärung über Sexualität die Mutter ist: 69 Prozent der Mädchen und 43 Prozent der Burschen wurden durch die Mutter aufgeklärt, aber nur 33 Prozent durch den Vater; dieses Verhältnis ist seit 1980 konstant.

Burschen haben in sexuellen Fragen weniger AnsprechpartnerInnen als Mädchen. Elf Prozent der Mädchen, aber 21 Prozent der Burschen haben niemanden, mit dem sie über sexuelle Dinge sprechen.

72 Prozent der Eltern übernehmen die Sexualaufklärung ihrer Töchter selbst, aber nur 55 Prozent der Eltern tun dies bei den Söhnen (siehe Kap. 7 ff).

Die Verhütungsberatung der Burschen durch die Eltern ist vom Bildungsstand der Eltern abhängig: 64 Prozent der Mütter mit höherer Bildung, aber nur 24 Prozent der Mütter mit Volks- oder Hauptschulbildung sprechen mit ihren Söhnen über das Thema Verhütung.

8.4 Sexualaufklärung und HIV/AIDS-Prävention von Jugendlichen in Österreich

8.4.1 Studienergebnisse zur Jugendsexualität und HIV/AIDS-Prävention

Bereits Anfang der 90er Jahre hat das Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung in der „Internationalen Studie Jugendsexualität und AIDS“ grundlegende Daten zu Wissen, Einstellungen, Emotionen und Verhaltensweisen von österreichischen Jugendlichen im Bereich HIV/AIDS und Sexualität erhoben (WIMMER-PUCHINGER und NÖSTLINGER, 1991; NÖSTLINGER und WIMMER-PUCHINGER, 1994).

Im Anschluss daran wurden zwei Evaluationsstudien zu den AIDS-Medienkampagnen 1994 und 1995 des Gesundheitsministeriums (WIMMER-PUCHINGER et al., 1995; WIMMER-PUCHINGER et al., 1996) durchgeführt. Hauptergebnis dieser Evaluationsstudien zu langfristigen Einstellungs- und Verhaltensänderungen durch die Medienkampagnen ist, dass die Kampagnen wichtige Impulse gesetzt und das Thema HIV/AIDS durch hochgradige Zielgruppenerreichung aktuell und präsent erhalten haben, dass aber eine dauerhafte Einstellungs- und Verhaltensänderung – wesentliches Ziel effektiver Primärprävention – durch solche Maßnahmen allein nicht gewährleistet werden können.

An der HIV/AIDS-Jugendstudie 1997 (WIMMER-PUCHINGER und FINK, 1998) nahmen 1.375 Jugendliche aus den Bundesländern Tirol, Salzburg, Oberösterreich, Steiermark und Wien teil. Mittels Fragebogen wurden 665 Mädchen und 710 Burschen mit einem Durchschnittsalter von 16,6 Jahren befragt; 50 Prozent dieser Jugendlichen hatten bereits sexuelle Erfahrungen. Die Jugendlichen besuchten entweder eine AHS, eine BHS oder die Berufsschule.

Ein Vergleich der HIV/AIDS-Jugendstudie 1997 mit Resultaten aus vorangegangenen Untersuchungen des LBI für Frauengesundheitsforschung zu Jugendsexualität und HIV/AIDS 1991, 1994 und 1995 zeigt folgendes Bild:

Der Informationsstand österreichischer Jugendlicher zum Thema HIV/AIDS ist zwischen 1991 und 1995 angewachsen und seither auf diesem insgesamt als hoch zu bezeichnenden Niveau geblieben. Die Wissensmängel der

Jugendlichen bestehen weiterhin unverändert in folgenden Bereichen: Nach wie vor werden „falsche“ HIV-Infektionsrisiken wie Ansteckung über Insektenstiche, Wohnen in gemeinsamem Haushalt, Körperkontakt, Küssen usw. von den Jugendlichen genannt; ebenso ist das Wissen zum Krankheitsverlauf und zur Therapie der HIV-Infektion weiterhin lückenhaft.

Auch auf dem Gebiet der Einschätzung des eigenen HIV-Infektionsrisikos sind nur geringe Veränderungen zu beobachten: Nach wie vor steht einer unrealistisch hohen Angst vor HIV/AIDS eine Unterschätzung des eigenen HIV-Infektionsrisikos gegenüber. Eine der schwierigsten Aufgaben der HIV/AIDS-Präventionsarbeit besteht also weiterhin: nämlich das persönliche HIV-Ansteckungsrisiko für Jugendliche transparent und realistisch zu machen, denn die hartnäckige Barriere in der HIV/AIDS-Präventionsarbeit – die Devise „Mir kann das nicht passieren, ich bin kein Fixer/ich bin nicht schwul“ – ist bei Jugendlichen nach wie vor aufrecht.

Erfreulich ist ein Trend zur Entdiskriminierung der Thematik HIV/AIDS bei den befragten Jugendlichen, allerdings erweist sich die Zustimmung zu HIV-Zwangstests und zum Verbot von Homosexualität und Prostitution weiterhin als deutlich.

Ein über alle Erhebungen von 1991–1997 konsistentes Ergebnis ist der signifikante Unterschied zwischen Burschen und Mädchen in vielen Dimensionen der HIV/AIDS-Thematik: Mädchen erweisen sich durchwegs als toleranter, interessierter, problembewusster, offener und kommunikationsfreudiger als Burschen.

Im Bereich des konkreten Sexualverhaltens und der Schutzmaßnahmen vor HIV/AIDS, d. h. der Verwendung von Kondomen, entsteht der Eindruck, dass Safer-Sex-Botschaften noch immer nicht genügend Einzug in die jugendlichen Lebenswelten gehalten haben. Es bleibt vielfach bei Absichtserklärungen, die aber nicht oder zu wenig umgesetzt werden.

Die Häufigkeit sexueller Erfahrung bei etwa der Hälfte der befragten Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 ist über die Jahre von 1991–1997 konstant, aber auch der Umstand, dass nach wie vor die Häufigkeit der Verwendung eines Kondoms mit zunehmendem Alter zurückgeht. Als Gründe dafür werden von Jugendlichen in erster Linie das wachsende gegenseitige Vertrauen in der Partnerschaft genannt, weiters die Einnahme der Pille und die – von 1991–1997 konstant von etwa 40 Prozent der Jugendlichen geäußerte – Meinung: „Sex ohne Kondom ist schöner!“

8.4.2 Empfehlungen für HIV/AIDS-Präventionsmaßnahmen bei Jugendlichen

- Mass mediale Aufklärungskampagnen in Form von TV-, Radio- und Kinospots wie die des Gesundheitsministeriums haben sich als erfolgreich erwiesen; speziell bei den männlichen Jugendlichen bleibt diese Kommunikationsform nachhaltig in Erinnerung. Darüber hinaus müssen zielgruppenorientierte Methoden forciert werden – etwa Gespräche und Diskussionen in Kleingruppen –, in denen auf die individuellen Lebenswelten, Lebensstile und Subkulturen eingegangen werden kann. Bisherige Forschungsergebnisse legen jedenfalls einen geschlechtsspezifischen Zugang nahe. Mädchen haben andere Kommunikationsmechanismen und einen größeren Wunsch nach persönlichen Gesprächen, tradierte Rollenbilder und der Gruppendruck spielen eine wesentliche Rolle.
- Besonders deutlich wurde der Wunsch nach Information aus „erster Hand“ von den Jugendlichen geäußert, d. h. der Wunsch nach stärkerer Miteinbeziehung von Betroffenen in Form von persönlichem Kontakt zu HIV-Infizierten und an AIDS erkrankten Personen; dieser Wunsch wird von Mädchen häufiger geäußert als von Burschen.
- Ein ebenso starker Wunsch der Jugendlichen besteht in der Forcierung der Peer-Group-Education – also der Informationsvermittlung durch Angehörige der gleichen Alters- und Bezugsgruppe, die nach entsprechender fachlicher Ausbildung in kleinen Gruppen Aufklärungs-Workshops abhalten. Die entspannte Atmosphäre ohne Erwachsene und damit ohne die üblichen Hierarchien lässt die Jugendlichen untereinander in „ihrer“ Sprache sprechen.
- Zielvorstellung für eine effektive HIV/AIDS-Prävention ist ein integrativer Ansatz: Kinokampagnen, Peer-Workshops, Informationsvermittlung durch Betroffene und durch ExpertInnen aus dem Gesundheitssystem können nur durch ein Miteinander der Ansätze erfolgreich sein, wie positive Beispiele aus dem Ausland zeigen.
- Zur Frage des Settings, in dem die Aufklärungsarbeit stattfinden soll, ist ebenfalls ein vielschichtiger Ansatz anzustreben. Die Schule ist zweifellos die erste Adresse, sie ist allerdings auch durch ihre zahlreichen anderen Aufgaben eingeschränkt. In der offenen Jugendarbeit und in Jugendzentren kann freizeitorientiert aufgeklärt werden, und man befindet sich in einem gelösteren und weiteren Kontext als das ein Schulcurriculum zulässt.

- Neben dem geschlechtsspezifischen Herangehen an Burschen und Mädchen, den regionalen Differenzen und den Altersunterschieden hat die Schulbildung der Jugendlichen deutlichen Einfluss auf die persönliche Haltung zur HIV/AIDS-Thematik: BerufsschülerInnen und Lehrlinge weisen einerseits deutliche Wissensmängel auf und neigen zur Unterschätzung des eigenen HIV-Ansteckungsrisikos, andererseits zeigen sie bei vergleichsweise höchster sexueller Aktivität die stärkste Ablehnung gegenüber den empfohlenen Schutzmaßnahmen, also dem Kondom. Diese Ergebnisse zusammengefasst lassen den Schluss zu, dass die Gruppe der BerufsschülerInnen und Lehrlinge das höchste HIV-Infektionsrisiko aufweisen.
- Was den zeitlichen Aspekt von HIV/AIDS-Aufklärungskampagnen betrifft, so weisen die Ergebnisse auf die Notwendigkeit von kontinuierlicher Arbeit hin: Punktuelle Veranstaltungen, die vielfach erst spät und anlassbezogen inszeniert werden, hinterlassen vielfach nur einen kurzfristigen Eindruck bei den Jugendlichen. Wenn es jedoch um eine längerfristige Absicherung von Einstellungs- und Verhaltensänderungen gehen soll, sind anhaltende und serielle Maßnahmen wünschenswert und angebracht.
- Für die HIV/AIDS-Aufklärung von Jugendlichen sind Konzepte wünschenswert, die sich nicht nur mit der Verbesserung des Wissensstandes zufrieden geben, sondern die imstande sind, die individuellen Einstellungen und konkreten Verhaltensweisen nachhaltig zu beeinflussen. Die Umsetzung derartiger Konzepte ist aber dementsprechend aufwendiger – sowohl was die zeitlichen als auch die personellen und letzten Endes die finanziellen Ressourcen betrifft.

Resümee

Jugendsexualität in den 90er Jahren und im Jahr 2000 ist durch folgende Charakteristika geprägt (SCHMIDT, 1993): Der Beginn und das Ausmaß heterosexueller Erfahrungen Jugendlicher hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten nur geringfügig verändert; stark zugenommen hat das Ausmaß, in dem Eltern die Sexualität ihrer Töchter und Söhne akzeptieren: z. B. wissen 1990 viel mehr Mütter und Väter als 1970, ob ihre Tochter oder Sohn schon Geschlechtsverkehr hatte. Die liberale Haltung der Erwachsenen und der Gesellschaft zur Jugendsexualität führt dazu, dass Burschen und Mädchen mehr Verantwortung für ihre Sexualität übernehmen.

Burschen binden Sexualität heute viel stärker als vor 20 Jahren an Liebe, Beziehung und Treue. Romantisierende Vorstellungen sind auch heute noch bei Mädchen stärker ausgeprägt als bei Burschen, aber die Geschlechter haben sich in dieser Hinsicht angenähert.

Mädchen übernehmen häufiger die Initiative und Kontrolle in heterosexuellen Situationen und fordern mehr Autonomie in Beziehungen.

Der Informationsstand österreichischer Jugendlicher zum Thema HIV/AIDS ist zwischen 1991 und 1995 angewachsen und seither auf diesem insgesamt als sehr hoch zu bezeichnenden Niveau geblieben. Nach wie vor zeigen sich die Wissensmängel der Jugendlichen vor allem darin, dass „falsche“ HIV-Infektionsrisiken wie Ansteckung über Insektenstiche, Wohnen in gemeinsamem Haushalt, Körperkontakt, Küssen usw. genannt werden. Ebenso ist das Wissen zum Krankheitsverlauf und zur Therapie der HIV-Infektionen weiterhin lückenhaft. Einer unrealistisch hohen Angst vor HIV/AIDS steht eine Unterschätzung des eigenen Risikos gegenüber.

Ansätze zur Prävention der HIV-Infektion, aber auch von anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen und von unerwünschten Schwangerschaften müssen in erster Linie geschlechtsspezifisch und zielgruppenorientiert sein. Ein integrativer Ansatz von Präventionsmethoden – von Medienkampagnen, Informationsvermittlung durch Betroffene, GesundheitsexpertInnen, aber auch durch gleichaltrige Peers – hat sich bislang als am wirksamsten erwiesen und ist anzustreben. Was den zeitlichen Aspekt betrifft, ist eine kontinuierliche Präventionsarbeit punktuellen Kampagnen vorzuziehen.

IX.
GESUNDHEITS-
VORSORGE UND
PRÄVENTION

*HEALTH CARE
AND PREVENTION*

9	GESUNDHEITSVORSORGE UND PRÄVENTION	367
9.1	MUTTER-KIND-PASS	367
9.1.1	Mutter-Kind-Pass Untersuchungen	367
9.2	GESUNDHEITSVORSORGE DURCH IMPFUNGEN	370
9.2.1	Impfwesen	371
9.2.1.1	Das neue Impfkonzept	371
9.2.1.2	Durchimpfungsraten	373
9.2.1.3	Ergebnisse aus der „Sermo-Studie“ zur Befragung über Impfungen	375
9.3	GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN WIEN	378
9.3.1	Kariesprohylaxe in Kindergärten und Schulen	381
9.3.2	Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung	383
9.3.3	Gesundheitsförderung durch Bewegung	384
9.3.4	Maßnahmen zur Unfallverhütung	385
9.3.5	Suchtprävention und Aufklärung	390
9.3.6	Fonds Gesundes Österreich	392
9.3.6.1	Projektdokumentation 1997 (ausgewählte Wiener Projekte)	393
9.3.6.2	Projektdokumentation 1998 (ausgewählte Wiener Projekte)	394
9.3.6.3	Projektdokumentation 1999 (ausgewählte Wiener Projekte)	394
9.3.7	Gesundheitspreis der Stadt Wien	395
9.3.7.1	Ausgewählte Preisträger 1997	395
9.3.7.2	Ausgewählte Preisträger 1998	396
9.3.7.3	Ausgewählte Preisträger 1999	397
9.3.8	Staatspreis Wirtschaftsfilm 1999: Kinder-Unfallverhütungs-Video der Sozialversicherung	398

9 GESUNDHEITSVORSORGE UND PRÄVENTION

9.1 Mutter-Kind-Pass

Zusammenfassung

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen dienen vor allem der Früherkennung von Gesundheitsrisiken der Mutter sowie von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen des Kindes, wodurch Spätfolgen und damit verbundene enorme volkswirtschaftliche Kosten vermieden werden können.

Bis Ende 1996 erhielten Eltern für die Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen eine erhöhte Geburtenbeihilfe und Sonderzahlungen in der Höhe von 15.000 Schilling, in der Folge wurde die finanzielle Unterstützung merklich gekürzt. 1997 konnte ein Rückgang der Untersuchungen um 5,4 Prozent sowie eine gleichzeitige Verminderung der Geburten um 4,5 Prozent festgestellt werden, woraus sich ein Nettorückgang der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen von etwa ein Prozent ergab. Wien lag damit deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (vier Prozent). 1998 konnte Wien eine Zunahme der Untersuchungen um 1,7 Prozent verzeichnen und liegt damit deutlich im österreichischen Spitzenfeld.

Verschiedene Studien zur Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen wurden in Wien durchgeführt.

Wenngleich sich die Befürchtungen eines starken Rückgangs von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nicht in so großem Ausmaß bestätigt haben und die Situation in Wien deutlich besser ist als im Bundesdurchschnitt, besteht dennoch die Notwendigkeit von zielgruppenspezifischen Betreuungs- und Informationsmaßnahmen.

Summary: Mother-Child-Pass

Mother-child-pass examinations are performed for the purpose of early recognition of health risks on the part of the mother, as well as development disorders and diseases on the part of the child. They are instrumental in avoiding late sequelae and excessive heavy financial burdens on the country's economy.

Up until the end of 1996, parents received birth support allowances and additional payments of ATS 15,000 to be used for the mother-child-pass examinations. Since then, financial support has been reduced drastically. In 1997, examinations went back by 5.4 percent, while births went back by 4.5 percent at the same time, resulting in a net drop in examinations of 1 percent. Vienna was thus well below the Austrian-wide average of 4 percent. In 1998, there was an increase in the number of examinations of 1.7 percent which puts Vienna at the top of Austrian statistics.

Several studies were carried out to determine how parents made use of mother-child-pass examinations.

Although mother-child-pass examinations have not gone back as drastically as feared and the situation in Vienna is decidedly better than in other provinces there is still a need for additional care and information measures for the target groups concerned.

9.1.1 Mutter-Kind-Pass Untersuchungen

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen dienen vor allem der Früherkennung von Gesundheitsrisiken der Mutter sowie von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen des Kindes. Bei einer Gefährdung dieses überaus wichtigen Vorsorgesystems ist mit negativen Auswirkungen sowohl im rein medizinischen (z. B. Zunahme von Fehlbildungen) als auch im sozialmedizinischen und sozialpolitischen Bereich (Zunahme von Spätfolgekosten) zu rechnen.

Bis Ende 1996 erhielten Eltern für die Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen eine erhöhte Geburtenbeihilfe und Sonderzahlungen in der Höhe von 15.000 Schilling. Voraussetzung dafür war die Absolvierung aller vorgesehenen Untersuchungen während der Schwangerschaft und bis zum 4. Geburtstag des Kindes. Seit 1. Jänner 1997 gibt es einen einmaligen Bonus von 2.000 Schilling bei zeitgerechter Durchführung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres des Kindes.

Mit der im Rahmen des Sparpakets erfolgten Senkung der staatlichen Geburtenbeihilfe bzw. dem Wegfall des finanziellen Anreizes bei Erfüllung der vorgeschlagenen (kostenlosen) Vorsorgeuntersuchungen vom zweiten bis zum vierten Lebensjahr sind auch die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen anfänglich merklich zurückgegangen.

In Wien wurde 1997, im ersten Jahr der Einführung des einmaligen Bonus von 2.000 Schilling, ein Rückgang der Untersuchungen um -5,4 Prozent und ein gleichzeitiger Rückgang der Geburten um -4,5 Prozent festgestellt (Geburten Wien 1996 16.242; 1997 15.505; 1998 15.828), woraus sich ein Nettorückgang der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen von nur etwa einem Prozent (grob gerechnet) ergab, damit lag Wien deutlich unter dem gesamt-österreichischen Durchschnitt, welcher rund vier Prozent betrug.

Im Jahre 1998 konnte Wien eine Zunahme der Untersuchungen um +1,7 Prozent verzeichnen (Tabelle 1; Abb. 1). Damit liegt Wien eindeutig im österreichischen Spitzenfeld. In Oberösterreich und in der Steiermark konnte ebenfalls eine Zunahme verzeichnet werden. In allen anderen Bundesländern gingen die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen weiter zurück (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Tabelle 1: Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 1998* nach Bundesländern, Veränderungen gegenüber 1997

Bundesland	Rückgang der Untersuchungen ¹⁾	Rückgang der Geburten ¹⁾	Rückgang/Zunahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen unter Berücksichtigung des Geburtenrückganges ^{1,2}
Wien	-0,3 %	-2,0 %	+1,7 %
Niederösterreich	-6,8 %	-4,1 %	-2,7 %
Burgenland	-6,0 %	-3,7 %	-2,3 %
Oberösterreich	-4,7 %	-5,1 %	+0,4 %
Steiermark	-3,6 %	-5,0 %	+1,4 %
Kärnten	-8,3 %	-2,2 %	-6,1 %
Salzburg	-4,5 %	-4,3 %	-0,2 %
Tirol	-3,2 %	-2,3 %	-0,9 %
Vorarlberg	-3,8 %	-1,1 %	-2,7 %
Österreich	-4,1 %	-3,6 %	-0,5 %

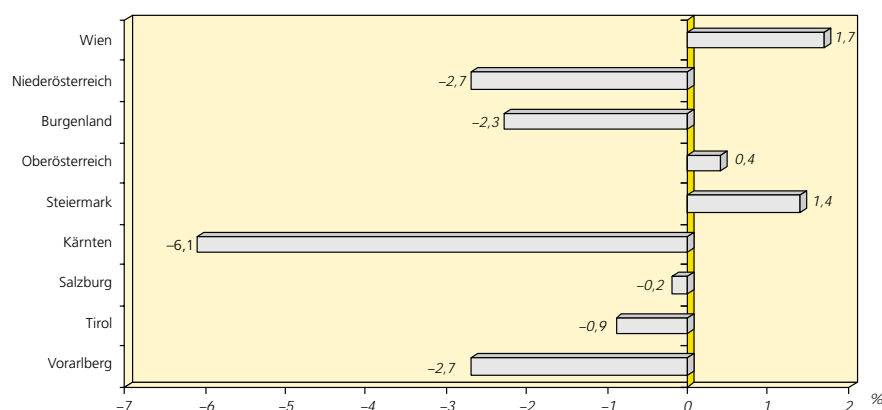
* Zur Berichterstellung lagen die Daten für 1999 noch nicht vor

1) Prozentuelle Veränderung gegenüber dem Vorjahr, Zeitraum: 1. – 4. Quartal 1997/1998

2) Ohne Berücksichtigung jener Schwangerschaften, welche noch in das Jahr 1997 fielen.

Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Berechnungen der MA-L/Gesundheitsplanung

Abbildung 1: Rückgang/Zunahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen 1998 gegenüber dem Vorjahr (nach Bundesländern)



1) Prozentuelle Veränderung gegenüber dem Vorjahr, Zeitraum: 1. – 4. Quartal 1997/1998

2) Ohne Berücksichtigung jener Schwangerschaften, welche noch in das Jahr 1997 fielen.

Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Berechnungen der MA-L/Gesundheitsplanung

Die, anlässlich der Einsparung der erhöhten Geburtenbeihilfe getroffene Annahme, die Eltern würden weiterhin die kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen unverändert in Anspruch nehmen, scheint demnach nicht für alle Bundesländer in gleichem Maße zutreffen. Das tatsächliche Ausmaß dieser sich abzeichnenden Negativentwicklung

für Gesamtösterreich wird allerdings erst nach mehrjähriger Beobachtung genauer angegeben werden können (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Für die Gesundheit von Mutter und Kind im Bereich der Geburtshilfe ist ein hochwertiges Betreuungs- und Prophylaxesystem unabdingbar. So können im Rahmen der entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen u. a. Lageanomalien, Anämien, EPH-Gestosen und Blutgruppeninkompatibilitäten leichter und schneller erkannt werden und zu einer Verringerung von Komplikationen in der Schwangerschaft und während der Geburt führen.

Sollte dieses überaus wichtige Vorsorgesystem ernsthaft gefährdet werden, wird von Seiten der Ärztekammer vor den gesundheitlichen, sozialmedizinischen und sozialpolitischen Auswirkungen dieser Entwicklung gewarnt. So besteht z. B. die Gefahr der schlechteren Betreuung von sozial Schwächeren, was zu mehr Fehlbildungen (insbesondere im Bereich der Hüftgelenkdysplasien) und damit zu Spätfolgekosten in größerem Ausmaß führen könnte. Langfristig trifft ein Negativtrend vor allem die 2–4-Jährigen. Zu den Gesundheitsproblemen, die leicht übersehen werden können, zählen Entwicklungsstörungen. Oftmals kann sich hinter einer Sprachverzögerung oder einer grob- oder feinmotorischen Ungeschicklichkeit eine Teilleistungsschwäche bzw. eine Wahrnehmungsstörung verbergen. Unbehandelt fallen die Kinder dann erst durch Schulprobleme auf. Weitere Gesundheitsprobleme betreffen Hörstörungen infolge häufiger Mittelohrentzündungen, Fehlernährung und durch Malabsorptionssyndrome bedingter Minderwuchs. Ferner müsste mit einer erhöhten Zahl von Sehfehlern gerechnet werden, wenn zu wenig Untersuchungen vorgenommen werden. Darüber hinaus ist aber auch ein Anstieg bei den chronischen Erkrankungen zu erwarten, deren Früherkennung durch das Auslassen von Untersuchungen erschwert wird (z. B. Asthma bronchiale).

Werden Erkrankungen bei Kindern zu spät erkannt, verursacht das nicht nur persönliches Leid, sondern auch enorme volkswirtschaftliche Folgekosten. Wertvolle Vorbeugungsarbeit leisten die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nicht nur im Bereich der Stoffwechselstörungen, Seh- und Hörschwächen, Erkrankungen des Bewegungsapparates sondern auch hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit (siehe Kap. 2.2.2; Kap. 4.2.1), welche, neben anderen Maßnahmen wie der Schaffung neonatologischer Abteilungen (siehe Kap. 10; Kap. 4.2.1), seit der Einführung des Mutter-Kind-Passes 1974 von 20 auf 5,1 Promille (1997) gesunken ist.

Wenngleich sich die Befürchtungen eines starken Rückgangs von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen als Folge des Wegfalls der erhöhten Geburtenbeihilfe nicht in diesem Ausmaß bestätigt haben, und die Situation in Wien deutlich besser als im Bundesdurchschnitt ist, bestehen dennoch Notwendigkeit und Bemühungen für zusätzliche Informations- und Betreuungsmaßnahmen. Im November 1993 wurden bei dem ExpertInnen-symposium „Kinder kriegen in Wien“ Standards für die Schwangerenbetreuung und Geburtsvorbereitung festgelegt, die auch die Durchführung zusätzlicher Untersuchungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt – über das Mutter-Kind-Pass-Programm hinausgehend – vorsehen. Dabei geht es neben der Früherkennung von Fehlentwicklungen vor allem auch um die Diagnose und Therapie von Diabetes. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass es auch in der Schwangerschaft zu Diabeteserkrankungen kommen kann.

Im Entwurf des „Wiener Frauengesundheitsprogrammes“ (1998) wird ein Maßnahmenpaket vorgeschlagen, welches nicht nur auf eine verbesserte medizinische Betreuung während der Schwangerschaft, bei der Geburt und danach abzielt, sondern auch eine enge Zusammenarbeit von Sozialeinrichtungen, Familienhebammen der MA 15, niedergelassenen Hebammen und ÄrztInnen sicherstellen soll. Derzeit wird das Wiener Sicherheitsnetz in Sachen Vorsorgemedizin noch als sehr solide bezeichnet (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

In den Monaten Juli bis September 1998 wurde an 13 **Elternberatungsstellen** (siehe Kap. 10.5.4) in einer repräsentativen Stichprobe das Ausmaß der Inanspruchnahme von Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen erhoben. Die Ergebnisse weisen eindeutig auf die ungleiche Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nach sozialer Schichtzugehörigkeit hin: Die Bezirke 2, 16 und 20 etwa schnitten bedeutend schlechter ab als die Bezirke 13, 14, 18 und 23. Generell kann davon ausgegangen werden, dass Mütter, die in Österreich leben, aber nicht österreichischer Herkunft sind, diese Untersuchungen weniger in Anspruch nehmen als Inländerinnen. Dies zeigt sich auch in den einzelnen Bezirksergebnissen. Die unterschiedliche Inanspruchnahme der Schwangeren- und Neugeborenen-Untersuchungen nach Sozial- und Lebensumständen ist aber nicht erst seit kurzem festzustellen, sondern existierte auch schon während der Zeit der erhöhten Geburtenbeihilfe. Besonderes Augenmerk sollte daher künftig auf die Gruppe jener sozial benachteiligten Frauen gelegt werden, die ein oder mehrere der folgenden Charakteristika aufweisen:

- Alter unter 20 Jahre,
- Pflichtschule ohne Berufsausbildung,
- Ausländerin,
- drei Kinder oder lebt ohne den Vater der Kinder,
- ungeplante Schwangerschaft (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

In Wien kann eine Nachbetreuung des Neugeborenen und der Mutter durch eine Hebamme für mindestens eine Woche nach der Entbindung in Anspruch genommen werden.

Resümee

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen können dazu beitragen, Gesundheitsrisiken der Mutter sowie Erkrankungen und Entwicklungsstörungen des Kindes zu erkennen und frühzeitig zu behandeln, dadurch können negative Folgeerscheinungen im medizinischen (z. B. eine Zunahme von Fehlbildungen) und sozialpolitischen (Kosten der Spätfolgen) Bereich vermindert werden.

Die Einsparung der erhöhten Geburtenbeihilfe wirkt sich in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich stark aus. Nur in Wien, Oberösterreich und der Steiermark sind 1998 Zunahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen zu verzeichnen gewesen. Damit man sich ein genaueres Bild über das tatsächliche Ausmaß dieser „Negativentwicklung“, die betroffenen Bevölkerungsschichten und die daraus resultierenden Lebensumstände machen kann, wären mehrjährige Studien/Beobachtungen vonnöten.

Wenngleich Wien 1998 eine Zunahme der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen um +1,7 Prozent verzeichnen konnte und damit eindeutig im österreichischen Spitzenfeld liegt, sind verstärkte Bemühungen zur weiteren Erhöhung der Beteiligung, insbesondere bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen anzustreben. Besonderes Augenmerk sollte auf Frauen im Alter von unter 20 Jahren mit einem Pflichtschulabschluss aber ohne Berufsausbildung gelegt werden. Auch Ausländerinnen, Frauen mit mindestens drei Kindern und Alleinerziehende stellen „Risikogruppen“ dar.

Der Entwurf des Wiener Frauengesundheitsprogrammes (1998) sieht nicht nur eine verbesserte Betreuung während der Schwangerschaft, bei der Geburt und danach, sondern auch eine engere Zusammenarbeit von Sozialeinrichtungen, Familienhebammen der MA 15, niedergelassenen Hebammen, Elternberatungsstellen und ÄrztInnen vor.

9.2 Gesundheitsvorsorge durch Impfungen

Zusammenfassung

Nach dem neuen Wiener Impfkonzept (1998) stehen allen Kindern im Vorschulalter die vom Obersten Sanitätsrat empfohlenen Impfungen kostenlos in den Elternberatungsstellen, Bezirksgesundheitsämtern und bei den niedergelassenen ÄrztInnen zur Verfügung. Im Schulalter werden die Kinder kostenlos in den Schulen oder in den Bezirksgesundheitsämtern mit den vorgesehenen Impfungen versorgt. An den Wiener Schulen wurden 1999 88.000 Impfungen durchgeführt.

Hohe Durchimpfungsraten (SORA-Studie) sind bei Diphtherie, Tetanus, Masern, Mumps, Röteln und Polio zu verzeichnen. Hingegen wird gegen Hepatitis A, B, Pertussis (Keuchhusten) und Haemophilus influenzae b in weit geringerem Ausmaß geimpft. Gegen FSME war ein Viertel der Kinder, welche knapp vor dem Schuleintritt standen, nicht geimpft. Viele Eltern haben Angst vor Impfschäden oder sind der Meinung, dass die Impfung schlimmer ist als die Krankheit selbst.

Die Ergebnisse aus der SERMO-Studie zur Befragung über das Impfverhalten zeigte, dass im Vergleichszeitraum 1991–1995 die Kinder am häufigsten gegen FSME, Polio, Masern-Mumps-Röteln sowie Tetanus und Diphtherie geimpft wurden.

Summary: Preventive Medicine through Vaccinations

According to the new Vienna Vaccination Concept of 1998, all children of preschool age are entitled to free-of-charge vaccinations as recommended by the Health Council. These are performed through parent-counselling centres, district health offices, and by established physicians. School children receive the prescribed vaccinations free of charge at school or with district health offices. In 1999, 88,000 vaccinations were performed in Vienna.

According to the SORA study most widespread vaccinations are those for diphtheria, tetanus, measles, epidemic parotitis, rubella and polio. Vaccinations for hepatitis A, B, pertussis (whooping cough) and haemophilus influenzae b are carried out less frequently. One quarter of children about to enter school were not vaccinated for FSME. Parents are often afraid of possible damage caused through vaccinations or they believe that vaccinations have worse effects than the disease itself.

Results of the SERMO study on vaccination attitudes revealed that in the period from 1991–1995, children were most frequently vaccinated for FSME, polio, measles – epidemic parotitis – rubella, as well as for tetanus and diphtheria.

9.2.1 Impfwesen

Nach dem neuen Wiener Impfkonzept (1998) stehen allen Kindern im Vorschulalter die vom Obersten Sanitätsrat empfohlenen Impfungen kostenlos in den Elternberatungsstellen, Bezirksgesundheitsämtern und bei den niedergelassenen ÄrztInnen zur Verfügung. Im Schulalter erhalten die SchülerInnen die vorgesehenen Impfungen kostenlos in den Schulen oder in den Bezirksgesundheitsämtern.

9.2.1.1 Das neue Impfkonzept

Mit 1. Jänner 1998 begann die Umsetzung des Impfkonzeptes des BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales aufgrund einer Vereinbarung zwischen Bund, Ländern und Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Ziel dieses Impfkonzeptes ist die Erhöhung der Durchimpfung bei allen allgemein empfohlenen Impfungen für Kinder und Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr entsprechend den Impfeempfehlungen des Obersten Sanitätsrates.

Tabelle 2: Impfplan erstellt nach den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates vom 21.3.1997 (erweitert mit 16.4.1999)

Lebensalter	Impfungen
ab dem 3. Monat	Impfung gegen Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus und Polio (3 Teilimpfungen); Impfung gegen Haemophilus influenzae b und Hepatitis B (2 Teilimpfungen)
ab dem 1. Lebensjahr	Kombinationsimpfung gegen Hepatitis A und B FSME-Impfung ¹⁾ empfohlen
ab dem 14. Monat	1. Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR)
ab dem 15. Monat	4. Teilimpfung gegen Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus und Polio; 3. Teilimpfung gegen Haemophilus influenzae b und Hepatitis B
7. Lebensjahr (SchulanfängerInnen)	Auffrischung gegen Kinderlähmung (Schluckimpfung) Auffrischungsimpfung gegen Diphtherie-Tetanus mit einem Impfstoff, bei dem der Diphtherie-Anteil niedriger dosiert ist (dT-Impfstoff) 2. Masern-Mumps-Röteln-Impfung (MMR)
12. Lebensjahr	Grundimmunisierung/Auffrischung gegen Hepatitis B
13. Jahr	Röteln-Impfung für Mädchen bzw. nachholende MMR-Impfung bei Mädchen
14.–15. Jahr	Auffrischungsimpfung gegen Kinderlähmung (Schluckimpfung) Auffrischungsimpfung gegen Diphtherie-Tetanus mit einem Impfstoff, bei dem der Diphtherie-Anteil niedriger dosiert ist (dT-Impfstoff)

1) Aufgrund vermehrt gemeldeter fieberhafter Reaktionen, insbesondere bei Kindern, ist der FSME-Impfstoff Ticovac erst ab vollendetem 3. Lebensjahr anzuwenden, bis zum vollendeten 15. Lebensjahr mit der halben Dosis; ab Juni 2000 ist der alte FSME-Impfstoff (FSME-Immun-Inject®) wieder erhältlich. Die Impfung ist ab dem 1. Lebensjahr empfohlen, kann aber schon ab dem 6. Lebensmonat angewendet werden.

Quelle: MA-15 – Gesundheitswesen, Referat I/2-Infektionskrankheiten, Seuchenbekämpfung, Schutzimpfungen

In dieses Impfkonzept sind u. a. folgende Impfstoffe einbezogen:

- Kombiniertes Impfstoff seit 1999 gegen Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten), Tetanus, Haemophilus influenzae b und Kinderlähmung (Fünffachimpfstoff DTPHibIPV) verfügbar; ab 1.1. 2000 wurde auf einen kombinierten Impfstoff für Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten und Polio sowie für Haemophilus influenzae b und Kinderlähmung umgestellt.
- Impfstoff gegen Hepatitis B,
- Kombiniertes Impfstoff gegen Masern-Mumps-Röteln,
- Kombiniertes Impfstoff gegen Diphtherie-Tetanus.

Das Ziel einer höheren Durchimpfungsrate bei allen allgemein empfohlenen Impfungen soll durch die Möglichkeit der kostenlosen Impfung für alle Kinder bis zum 15. Lebensjahr im Sinne einer öffentlichen Impfung sein; darunter versteht man solche Impfungen, bei denen sowohl der Impfstoff als auch die Impfung selbst (Aufklärung, Untersu-

chung und Verabreichung) für den Impfling bzw. den/die Sorgeberechtigte/n kostenlos ist. Die Kosten für den Impfstoff tragen zu zwei Drittel der Bund und zu je einem Sechstel die Länder und die Sozialversicherungen. Den Ländern obliegt die Organisation und deren Kosten, weiters haben sie die Kosten für die allfällige Impfstoff-Distribution zu tragen sowie eventuelle Impf-Honorare zu bezahlen.

Schon vor der Umsetzung des Impfkonzepes des Bundesministeriums wurden in Wien Überlegungen zwecks Steigerung der Durchimpfungsrate angestellt. Das Ergebnis war, dass für das Vorschulalter neben den öffentlichen Impfstellen (Bezirksgesundheitsämter, Elternberatungsstellen) die Einbeziehung der niedergelassenen ÄrztInnen unbedingt erforderlich ist. Dieser Gedanke wurde weiterentwickelt und mit Oktober 1998 als „**Wiener Impfkonzep**“ umgesetzt.

Die Umsetzung des Wiener Impfkonzepes erfolgte dabei in mehreren Schritten:

- Bis März 1998 bestand das Angebot der kostenlosen Impfungen nur in öffentlichen Impfstellen für Kinder bis zum 15. Lebensjahr. Ab März 1998 erfolgte nun eine Erweiterung des Impfprogrammes auf die Hepatitis B-Impfung für Kinder ab dem 3. Lebensmonat.
- Ab März 1998 Einbeziehung der Gesundheitszentren für Kinder der Wiener Gebietskrankenkasse und der Kinderambulanz des Hanusch-Krankenhauses für Kinder bis zum 15. Lebensjahr.
- Seit Oktober 1998 Einbeziehung der niedergelassenen ÄrztInnen (FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin) für die Impfungen von Kindern im Vorschulalter.
- Die vom Obersten Sanitätsrat empfohlenen Impfungen im Schulalter werden in den Schulen und in den Bezirksgesundheitsämtern kostenlos angeboten.

Die Organisation bei den niedergelassenen ÄrztInnen erfolgt folgendermaßen:

Der Impfstoff wird vom Depositeur über die öffentlichen Apotheken an die ärztliche Ordination oder die Eltern abgegeben. Die Distribution wird von der Stadt Wien bezahlt. Bei den niedergelassenen ÄrztInnen liegen Impfgutscheine auf, die vom/von der Sorgeberechtigten ausgefüllt werden. Von den ÄrztInnen werden die Impfungen sowie das Impfdatum eingetragen. Dieser Impfgutschein dient der Honorarverrechnung der ÄrztInnen mit der Stadt Wien und soll in absehbarer Zeit als Grundlage für eine personenbezogene zentrale Impferfassungsdatei dienen. Im April/Mai 1999 wurde das Impfprogramm um einen kombinierten Diphtherie-Pertussis-Tetanus-Hämophilus-Polio-Salk-Impfstoff erweitert.

Tabelle 3: Durchgeführte Impfungen bei Kindern (ohne Schulen), Wien 1999

Impfstelle	DPTHib*	Hepatitis B	MMR*	DPTHibPolio* seit April 1999
Bezirksgesundheitsämter (inkl. Abend-Impfstellen) Elternberatungsstellen	393 5.290	4.119 7.296	786 2.987	92 2.149
insgesamt an öffentlichen Impfstellen	5.683	11.415	3.773	2.241
Gesundheitszentren der WGKK und Kinderambulanz Hanusch-Krankenhaus und Sanatorium Hera	1.652	2.198	743	676
Niedergelassene ÄrztInnen	26.314	28.311	12.113	23.208
insgesamt	33.649	41.924	16.629	26.125

* DPTHib = Diphtherie, Pertussis, Tetanus und Hämophilus b; MMR = Masern-Mumps-Röteln; DPTHibPolio = Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Hämophilus b und Polio.

Quelle: MA-15 – Gesundheitswesen, Referat I/2-Infektionskrankheiten, Seuchenbekämpfung, Schutzimpfungen

Außerhalb des Wiener Impfkonzepes wurden in den Bezirksgesundheitsämtern, Elternberatungsstellen und Abend-Impfstellen folgende Impfungen durchgeführt:

Tabelle 4: Außerhalb des Wiener Impfkonzeptes durchgeführte Impfungen, 1999

Impfstelle	DT*	Hib*
Bezirksgesundheitsämter (inkl. Abend-Impfstellen)	120	18
Elternberatungsstellen	322	73
insgesamt an öffentlichen Impfstellen	442	91

* DT = Diphtherie – Tetanus; Hib = Hämophilus b.

Quelle: MA-15 – Gesundheitswesen, Referat I/2-Infektionskrankheiten, Seuchenbekämpfung, Schutzimpfungen

Über 88.000 Impfungen wurden in Schulen (städtische und private Volksschulen, allgemeinbildende höhere Schulen, Berufsschulen der Stadt Wien) durchgeführt:

Tabelle 5: In Schulen¹⁾ durchgeführte Impfungen, 1999

Impfung	Schulstufe	Anzahl
Masern-Mumps-Röteln	1. Schulstufe, Mädchen 7. Schulstufe	18.022
Diphtherie-Tetanus	2. und 8. Schulstufe, Berufsschulen	22.897
Hepatitis B (erst ab Herbst 1998)	6. Schulstufe (seit Herbst 99 auch AHS)	20.367
Polio oral, Aktion 1999/00	1. und 8. Schulstufe, Berufsschulen	27.345
insgesamt		88.631

1) Städtische und private Volks- und Hauptschulen, allgemeinbildende höhere Schulen (AHS), Berufsschulen der Stadt Wien.

Quelle: MA-15 – Gesundheitswesen, Referat I/2-Infektionskrankheiten, Seuchenbekämpfung, Schutzimpfungen

9.2.1.2 Durchimpfungsraten

Einflussfaktoren auf das Impfverhalten der Eltern von Vorschulkindern

Im Auftrag der MA 15 – Gesundheitswesen wurde vom „Institute for Social Research and Analysis“ (SORA) eine Studie durchgeführt, deren Ziel die Erhebung der Durchimpfungsraten von Vorschulkindern vor Einbeziehung der niedergelassenen ÄrztInnen war, um eine spätere Evaluierung des neuen Impfkonzeptes zu ermöglichen. Zielgruppen bzw. Auskunftspersonen waren die Eltern der Vorschulkinder. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie sind im Folgenden kurz zusammengefasst:

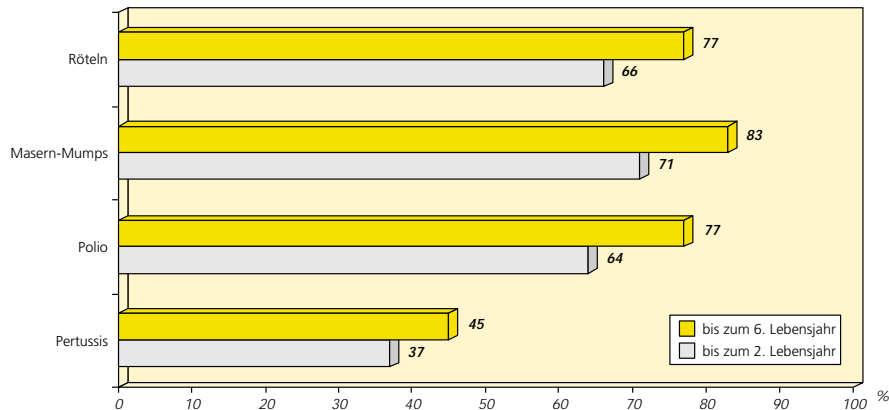
Allgemeine Durchimpfungsraten bei Kindern bis zum sechsten Lebensjahr:

1. Am höchsten sind die Durchimpfungsraten bei **Diphtherie und Tetanus**: 89 Prozent der Kinder sind bis zum 6. Lebensjahr geimpft. Gegen **Masern und Mumps** sind 83 Prozent der Kinder geimpft.
2. Bei **Röteln und Polio** liegen die Durchimpfungsraten bei 77 Prozent.
3. Verschwindend gering sind die Impfraten bei **Hepatitis**. Nur 13 Prozent der Kinder sind gegen Hepatitis A oder B geimpft.
4. Mit 45 Prozent ist die Durchimpfungsrate bei **Pertussis (Keuchhusten)** ebenfalls gering. Vor allem wird die Auffrischungsimpfung in vielen Fällen nicht gegeben, obwohl sie seit 1994 empfohlen wird: 82 Prozent der Kinder haben bis zum 6. Lebensjahr drei Impfungen, aber nur 45 Prozent vier Impfungen erhalten.
5. Rund ein Viertel der Kinder ist nicht gegen **Haemophilus influenzae b** geimpft.

Neben diesen vom Obersten Sanitätsrat empfohlenen Impfungen wurde auch die in Österreich empfohlene **FSME-Impfung** in die Studie miteinbezogen:

6. Von den Kindern, die knapp vor dem Schuleintritt stehen, ist ein Viertel (24 Prozent) noch nicht gegen die von Zecken übertragbare Hirnhautentzündung geimpft. Weitere 24 Prozent der Kinder haben zwei FSME-Impfungen und 45 Prozent bereits drei Impfungen bekommen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Abbildung 2: Durchimpfungsraten bei Vorschulkindern



Quelle: SORA

Die **unterschiedlichen Durchimpfungsraten** hängen nicht ausschließlich vom Lebensalter der Kinder ab, in dem sie geimpft werden. Ebenso lassen sie sich nur zum Teil daraus erklären, dass manche Impfungen erst vor kurzer Zeit vom Obersten Sanitätsrat empfohlen worden sind. (Das gilt z. B. für Hepatitis B und Haemophilus influenzae b.) Offensichtlich gibt es daher unterschiedliche Verhaltensweisen der Eltern – je nach Einschätzung der Krankheitsrisiken und der Impfrisiken.

Gerade bei der Masern-Impfung zeigt sich der hohe Stellenwert des Einflussfaktors „**Vertrauen in den Kinderarzt**“. Die Masern-Durchimpfungsrate liegt bei einer optimalen Beziehung der Eltern zum Kinderarzt oder zur Kinderärztin bei 86 Prozent, aber nur mehr bei 65 oder 50 Prozent, wenn dieses Vertrauensverhältnis nicht gegeben ist. Beachtlich ist, dass das Vertrauen in die Kinderärztinnen in Wien sehr hoch ist. Vier Fünftel der Befragten bekundeten ein sehr großes Vertrauen, und nur wenige Eltern vertrauen ihrem Kinderarzt/ihrer Kinderärztin überhaupt nicht. Übrigens lassen drei Viertel der Befragten ihre Kinder beim Kinderarzt impfen. Die Tatsache, dass das Kind in den **Kindergarten** geht oder nicht, wirkt sich am stärksten bei der „Keuchhusten-Impfung“ aus. Jene Eltern, deren Kinder keinen Kindergarten besuchen, lassen ihre Kinder im Schnitt wesentlich seltener impfen (30 Prozent anstatt 53 Prozent Durchimpfung bis zum sechsten Lebensjahr). Auch bezüglich der „Polio-Impfung“ besteht ein deutlicher Unterschied zwischen jenen Kindern, die in den Kindergarten gehen und jenen, die zu Hause betreut werden (86 Prozent statt 66 Prozent Durchimpfung bis zum sechsten Lebensjahr).

Auch der **Kostenfaktor** spielt bei der Entscheidung, sein Kind impfen zu lassen oder nicht, eine Rolle. Für 44 Prozent der Befragten ist eine Impfung für 600 Schilling erschwinglich, dagegen halten 56 Prozent diese Kosten für kaum oder gar nicht finanzierbar. Betrachtet man diese Fragestellung nach Regionen/Bezirken, so zeigt sich, dass die Eltern der Regionen Innen-Ost (2. und 20. Bezirk) und Ost (21. und 22. Bezirk) sich eine Impfung in der Höhe von 600 Schilling am wenigsten leisten können/wollen, während die Eltern in der Region Nord (18. und 19. Bezirk) diesbezüglich am wenigsten Schwierigkeiten haben. Der Kostenfaktor ist auch der Hauptgrund, warum Eltern ihre Kinder in den Impfstellen der MA 15 oder den Elternberatungsstellen kostenlos impfen lassen (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

Hauptergebnisse der SORA-Studie

Eltern zögern in erster Linie dann, ihre Kinder impfen zu lassen, wenn sie von Impfschäden gehört haben, oder ihre allgemeine Abwägung zwischen Impfungen und Krankheiten zu Ungunsten der Impfungen ausfällt. Solche Befürchtungen sind nicht als verfehlte Risiko-Abschätzungen zu verstehen, denen mit wissenschaftlich gestützter Aufklärung alleine beizukommen wäre, sondern eher als generalisierte Angst.

Haben die Eltern in ihrem Bekanntenkreis von dauerhaften Impfschäden gehört (wie dies bei etwa einem Sechstel der Befragten der Fall war), so wirkt sich diese Tatsache bei jeder Impfung negativ auf die Durchimpfungsrate aus. Am stärksten kann dieser Zusammenhang bei den Schutzimpfungen gegen die Kinderkrankheiten Masern und Mumps beobachtet werden. Hier ist die Durchimpfungsrate um 13–16 Prozent niedriger, wenn von Bekannten die Angst vor Impfschäden geschürt wurde.

Wenn Eltern den Verdacht haben, dass manche Impfungen gefährlicher sind als die Krankheiten selbst (sieben Prozent stimmen dieser Aussage voll zu, weitere 17 Prozent stimmen ihr doch eher zu), so wirkt sich dies am stärksten auf die Polio-Impfung aus. Umgekehrt führen nur im Falle von Polio Krankheitsängste auch zu einer erhöhten

Impfbereitschaft. Wenn die Eltern bleibende Schäden bei Polio für möglich halten, wirkt sich das – wenn auch schwach – positiv auf die Polio-Impfrate (plus drei Prozent) aus.

Bis zu einem Drittel der Befragten gibt an, die Gefahr bleibender Schäden nicht einschätzen zu können, bis zu 18 Prozent haben keine Vorstellung über die tatsächliche Ansteckungsgefahr der Krankheiten (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

9.2.1.3 Ergebnisse aus der „Sermo-Studie“ zur Befragung über Impfungen

Die Sermo-Studie (siehe Kap. 4.2.3.3) enthält repräsentative Daten zu Impfungen bei Kindern und Erwachsenen. Die Impferhebungen fanden in den Monaten März, Mai und Dezember 1995 statt. Der Fragenkatalog zu den Impfungen wurde österreichweit einem Sample von 2.092 Erwachsenen ab 15 Jahren und 682 Kindern bis 15 Jahren (Interviews wurden mit den Eltern und Erziehungsberechtigten geführt) vorgelegt.

Die Impfung, welche die österreichischen Kinder in den letzten fünf Jahren (Vergleichszeitraum 1991–1995) am häufigsten erhalten hatten, war jene gegen Kinderlähmung (68 Prozent), in Wien war es die FSME-Impfung (74 Prozent). Die Häufigkeiten der anderen Impfungen sind sehr unterschiedlich, lediglich die Impfungen gegen Grippe und gegen Tropenkrankheiten wurden in Wien und in Österreich ähnlich selten erhalten (Tab. 6) (SCHMEISER-RIEDER et al., 1998).

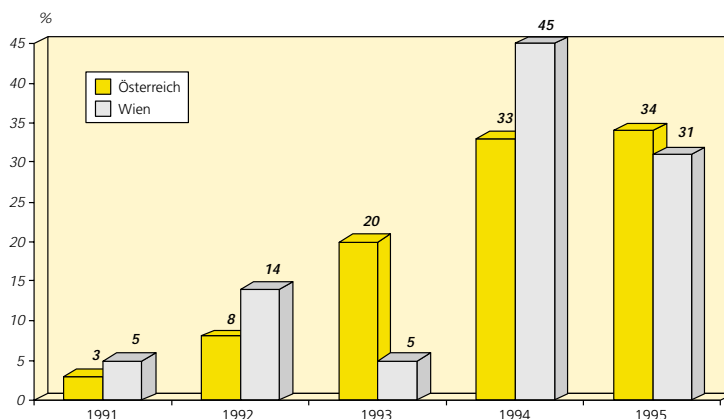
Tabelle 6: Impfungen der letzten fünf Jahre (1991–1995) der österreichischen und Wiener Kinder

Impfung	Österreich	Wien
Kinderlähmung	68 %	70 %
FSME	62 %	74 %
Tetanus/Diphtherie	58 %	49 %
Masern/Mumps/Röteln	38 %	53 %
Grippe	10 %	8 %
Tropenkrankheiten	2 %	0 %
andere	6 %	0 %

Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1998

Gegen FSME wurden die meisten Wiener Kinder (45 Prozent) im Jahr 1994 geimpft, die meisten österreichischen Kinder 1995 (34 Prozent), fast ebenso viele 1994 (33 Prozent) (Abb.3).

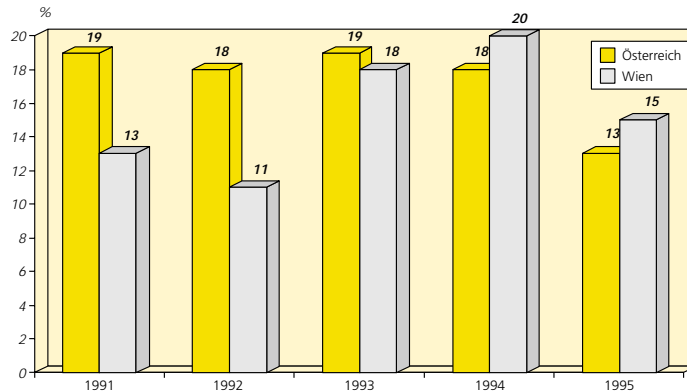
Abbildung 3: Angabe, wann das Kind zuletzt gegen FSME geimpft wurde, Vergleichszeitraum 1991–1995



Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1998

Gegen Kinderlähmung wurden in den Jahren 1991–1992 in Gesamtösterreich jedes Jahr annähernd gleich viele Kinder geimpft (18–19 Prozent). 1995 waren es weniger (13 Prozent). Die meisten der Wiener Kinder wurden 1994 (20 Prozent) und 1993 (18 Prozent) geimpft (Abb. 4) (SCHMEISER-RIEDER et al., 1998).

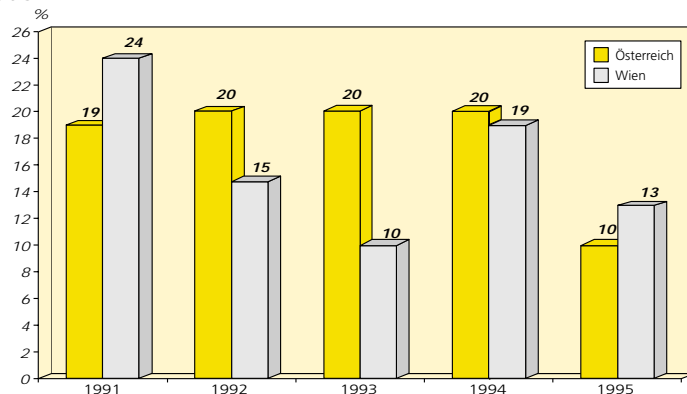
Abbildung 4: Angabe, wann das Kind zuletzt gegen Kinderlähmung geimpft wurde, Vergleichszeitraum 1991–1995



Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1998

In Wien wurden die meisten Kinder 1991 (24 Prozent) und die wenigsten 1993 (zehn Prozent) gegen Masern/Mumps/Röteln geimpft. In Österreich verteilen sich die Angaben der letzten Impfungen gleichmäßig auf die Jahre 1991–1994 (19 bzw. 20 Prozent), 1995 waren es nur zehn Prozent (Abb. 5).

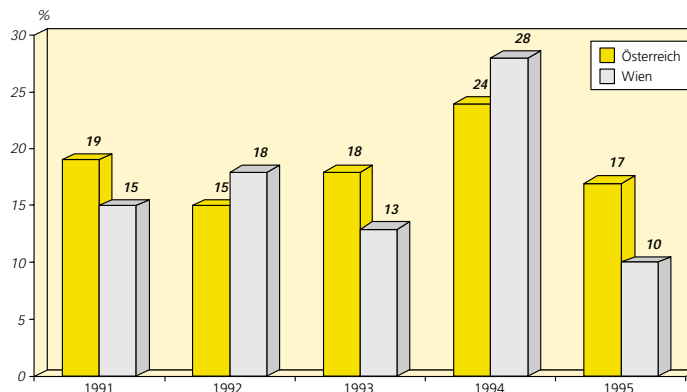
Abbildung 5: Angabe, wann das Kind zuletzt gegen Masern/Mumps/Röteln geimpft wurde, Vergleichszeitraum 1991–1995



Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1998

Die meisten Wiener Kinder erhielten 1994 die letzte Impfung gegen Diphtherie/Tetanus. Ebenso trifft dies für Gesamtösterreich zu (Abb. 6) (SCHMEISER-RIEDER et al., 1998).

Abbildung 6: Angabe, wann das Kind zuletzt gegen Diphtherie/Tetanus geimpft wurde, Vergleichszeitraum 1991–1995



Quelle: SCHMEISER-RIEDER et al., 1998

Resümee

Die Einführung des neuen Wiener Impfkonzeptes (1998) hat neben der Erweiterung des Impfprogrammes (Hepatitis B-Impfung) zu einer Ausweitung des Angebotes von Impfstellen geführt: Die vom Obersten Sanitätsrat empfohlenen Impfungen können von den Vorschulkindern und den Schulkindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr – so wie bisher – kostenlos in den öffentlichen Impfstellen (Bezirksgesundheitsämter, Elternberatungsstellen) in Anspruch genommen werden. Seit März 1998 wurden die Gesundheitszentren der WGKK, die Kinderambulanz des Hanusch-Krankenhauses sowie (für die Impfungen von Kindern im Vorschulalter) die niedergelassenen ÄrztInnen miteinbezogen; auch Abendimpfstellen stehen zur Verfügung. Im Schulalter werden die Impfungen auch in der Schule kostenlos durchgeführt.

Die Durchimpfungsraten sind sehr unterschiedlich, was einerseits mit der Angst vor Impfschäden und andererseits in der häufigen Annahme der Eltern begründet ist, dass die Impfungen schädlicher seien als die Krankheiten selbst. Bei Diphtherie, Tetanus, Masern-Mumps-Röteln sowie bei Polio sind die Durchimpfungsraten besonders hoch. Gegen Hepatitis A/B, Keuchhusten, Haemophilus influenzae b und FSME wird in geringerem Ausmaß geimpft. Das Vertrauen zum/zur KinderärztIn, der Kindergartenbesuch und der Kostenfaktor sind weitere entscheidende Einflussfaktoren für das Impfverhalten der Eltern.

Weitere Aufklärungskampagnen könnten dazu beitragen, die Eltern besser über die Risiken und Vorteile der Impfungen zu informieren und so die Kinder lückenlos mit den empfohlenen Impfungen zu versorgen.

9.3 Gesundheitsförderung in Wien

Zusammenfassung

Praxisorientiert und gemäß der im vorliegenden Bericht untersuchten Population werden die Grundlagen der Gesundheitsförderung in Schule und Kindergarten erläutert.

Österreich ist seit 1993 am internationalen Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen der Weltgesundheitsorganisation, des Europarates und der Europäischen Union beteiligt. Die dabei gewonnenen Erfahrungen prägen den 1997 herausgegebenen „Grundsatzlerlass Gesundheitserziehung“ des BMUK.

Der Überblick über Gesundheitsförderung in Wien versucht die Bandbreite gesundheitsfördernder Maßnahmen alters- und themenspezifisch (Kariesprophylaxe, Ernährung, Bewegung, Unfallverhütung und Suchtprävention) wiederzugeben, wobei aufgrund der Fülle verschiedenster Aktivitäten (von institutionell verankerten Programmen bis zu privaten Einzelaktionen) kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann.

Die Projektdokumentation des Fonds Gesundes Österreich und die Dokumentation der mit dem Gesundheitspreis der Stadt Wien ausgezeichneten Projekte zeigen zusätzlich Innovationen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung in Wien in den Jahren 1997–1999 auf.

Summary: Health Promotion in Vienna

The basics of health promotion in schools and kindergartens are described, with a view to practical application in the social groups considered for the present report.

Austria has been participating in the international network for health-promoting schools established by the World Health Organisation in co-operation with the Council of Europe and the European Union, since 1993. The experiences gained in this context have had a bearing on the "Ordinance for Health Education" issued by the Federal Ministry for Education in 1997.

The present overview of health promotion in Vienna is intended to show up the wide range of health-promoting measures by age and areas, i.e. caries prophylaxis, nutrition, physical activities, accident prevention and drug prevention. In view of the many diverse activities involved, including programmes supported by institutions as well as individual actions by private persons, it cannot claim to be complete.

Project documentations prepared by the Fund for a Healthy Austria as well as documentations on projects awarded the Health Prize by the City of Vienna, constitute the library for innovations in the field of health promotion in Vienna between 1997–1999.

Einleitung

Gesundheit wird am besten dort gefördert, wo Menschen arbeiten, leben und lieben (Ottawa-Charter für Gesundheitsförderung, WHO 1986). Gesundheit wird somit am besten in den alltäglichen Lebenswelten der Menschen – in sogenannten Settings – gefördert. Solche Settings sind z. B. auch Kindergärten und Schulen. Gesundheitsförderung setzt also regional dort an, wo Menschen unmittelbar betroffen sind, wo sie aber auch aktiv an der Gestaltung ihres Umfeldes mitarbeiten können (siehe Kap. 3.2).

Aktionsprogramme der Gesundheitsförderung orientieren sich an der Frage, wo und wie Gesundheit entsteht. Es geht nicht nur um die Vermeidung von Risikofaktoren, sondern vor allem darum, ganz bewusst Gesundheitspotenziale zu stärken (BM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES, o. J.).

Theoriegeleitete Studien zum Thema Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung wurden von zahlreichen Einrichtungen des Gesundheitswesens und anderen Sektoren des öffentlichen Lebens im In- und Ausland durchgeführt. Die Ergebnisse hiezu sind allgemein zugänglich. Für Österreich sei im Besonderen auf die Arbeit des Gesundheitsministeriums (BMAGS) auf diesem Gebiet hinzuweisen; weiters haben das Unterrichtsministerium (BMUK), der Fonds Gesundes Österreich, die Institute für Sozialmedizin der Medizinischen Fakultäten sowie die Ludwig-Boltzmann-Institute für Gesundheits- und Medizinsoziologie wie für Frauengesundheitsforschung wichtige Beiträge geliefert.

Die nachfolgende Dokumentation gesundheitsfördernder Maßnahmen ist praxisorientiert; wobei aus einer Fülle von in Wien durchgeführten Projekten nur einige beispielhaft erläutert werden können.

● Gesundheitsförderung im Kindergarten

Mit dem 3. Lebensjahr erweitert das Kleinkind selbstständig mehr und mehr seinen Handlungsraum und damit seine Fähigkeit, selbstgestellte Aufgaben zu bewältigen. Die Kinder sind neugierig und lernbereit. Außerdem sucht das Kind die Spielgemeinschaft der Gleichaltrigen und beginnt sich aus der Abhängigkeit von den Erwachsenen zu lösen. Es ist eine Erziehung gefragt, welche weit über die Grenzen der bloßen Wissensvermittlung hinausgeht. Darunter fällt unter anderem auch die Bewegungserziehung, welche nicht nur die Gesundheit sondern auch die Ausgeglichenheit der Kinder fördert. Weiters vermittelt sie Erfahrungen über den eigenen Körper, über das eigene Ich und über die Umwelt. Das Kind braucht gezielte Herausforderungen durch interessante Aufgaben und Situationen, die ihm Erfahrungen und Einsichten vermitteln und natürlich Spaß machen (SPIESZ und STRASSER, 1995).

Gesundheitsförderung im Kindergarten – Überprüfung mittels Fragebogen, 1995

Im Rahmen einer 1995 durchgeführten Erhebung (SPIESZ und STRASSER, 1995) sollten die gesundheitsfördernden Maßnahmen in einem Wiener Kindergarten „modellhaft“ erfasst und mit jenen einer Institution in Niederösterreich verglichen werden.

Der untersuchte Kindergarten in **Wien** beaufsichtigt insgesamt 163 Kinder im Alter von 1- 7 Jahren.

Die **Turnübungen** variierten und bestanden abwechselnd aus Haltungsgymnastik, Spielen, Boden- und rhythmischen Übungen. Für die Turnstunden stehen eine Langbank, eine Matte, Bälle, Keulen, Reifen und ein Rhythmikwagen zur Verfügung. Sobald es das Wetter zuließ, wurde ein Rasenspielfeld mit Kletter- und Schaukelkombinationen benützt. Neben einer großen Sandkiste können die Kinder auch eine Rutsche, Dreiräder, Roller, Stelzen und ein sogenanntes „Swingcar“ benutzen. Freizeitaktivitäten wie Schwimmen, Eislaufen, Wandertage, Exkursionen, Schikurse, Sommerlager und Theater stehen zusätzlich auf dem Programm dieses Kindergartens.

Die abwechslungsreiche **Ernährung** ist ein wichtiger Aspekt für die Gesundheitsförderung. Das Mittagessen wird wöchentlich im tiefgefrorenen Zustand geliefert. Die Vormittags- und Nachmittagsjause wird in der heimeigenen Küche zubereitet. Die Kinder bekommen alle dieselbe Jause serviert, die entweder aus Tee oder Kakao mit Gebäck, Aufstrichbrot oder Joghurt besteht. Laut Fragebogenerhebung findet das kulinarische Angebot allgemeine Zustimmung.

Auch die regelmäßige **Überprüfung der Gesundheit** im Vorschulalter ist enorm wichtig. Im untersuchten Kindergarten finden orthopädische Untersuchungen zweimal pro Jahr, augenärztliche, HNO- und logopädische Untersuchungen einmal pro Jahr statt.

Bei der Frage nach weiteren Vorschlägen für gesundheitsfördernde Maßnahmen stimmten alle Kindergartenpädagoginnen überein, dass seitens der Eltern viel zu wenig mitgearbeitet wird. Der Kindergarten wird oft als Aufbewahrungsort gesehen, wo die Kinder optimal erzogen, geschult und gefördert werden sollten. Die Eltern erwarten von den KindergartenpädagogInnen sehr viel, ohne jedoch selbst etwas beitragen zu wollen.

Zum Vergleich wurde dieselbe Erhebung in **Mautern (NÖ)** durchgeführt. Beide Kindergärten zeigen gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und ärztliche Untersuchungen. Wünschenswert wäre jedoch eine bessere Schulung der KindergartenpädagogInnen im Bereich Bewegung, denn gerade im Alter von 3–6 Jahren ist eine ausreichende Bewegungserfahrung maßgeblich für die existenzielle Entwicklung des Kindes (SPIESZ und STRASSER, 1995).

● Gesundheitsförderung in den Schulen

Schulische Gesundheitsförderung umfasst nicht nur die Information über Gesundheitsthemen und das Einwirken auf das Verhalten des Einzelnen, sondern auch die Gestaltung eines gesundheitsfördernden Lebensraumes.

Gesundheitsförderung steht somit für ein neues und erweitertes Konzept, das in gleicher Weise die körperliche und geistige sowie die soziale Gesundheit betont. Der Begriff der „sozialen Gesundheit“ verweist aber nicht nur auf die Beziehungen zu anderen Personen, sondern auch auf den Einfluss, den soziale Organisationen wie Schulen als unmittelbare Lebenswelt haben. Das Konzept der „Gesundheitsfördernden Schule“ entstand Ende der 80er Jahre im Zusammenhang mit einer gesundheitspolitischen Neuorientierung der WHO. Ausgangspunkt war die 1986 verabschiedete „Ottawa Charta“ (siehe Kap. 3.2.1) zur Gesundheitsförderung (BMUK, 1997).

Europäisches und österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen

Das Programm „Netzwerk – Gesundheitsfördernde Schulen“ wurde 1992 als Gemeinschaftsprojekt von WHO, Europarat und EU ins Leben gerufen und im Rahmen eines internationalen Netzwerkes von 1993–1996 in Pilot-schulen erprobt und erfolgreich umgesetzt.

Netzwerke spielen eine wichtige Rolle, um einzelne Initiativen zu verbinden. Sie unterstützen den Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedern des Netzwerkes und schaffen die Möglichkeit zu Initiativen, die von einem Betrieb, einer Schule oder einer Gemeinde allein nicht zu leisten wären. Sie verbinden Personen, Organisationen und Regionen durch das gemeinsame Ziel, die Gesundheitschancen der Menschen zu verbessern. Derzeit gibt es im europäischen Raum eine große Zahl von Gesundheitsförderungsnetzwerken, davon mehr als zehn im Rahmen der EU und WHO (BM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES, 1998 und o. J.).

Österreich ist seit 1993 am internationalen Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen beteiligt, welches gemeinsam vom BMAGS und vom BMUKA koordiniert wird.

Die **Zielsetzungen** sind:

- Schaffung eines gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernumfeldes für SchülerInnen und LehrerInnen;
- Förderung des Verantwortungsbewusstseins des Einzelnen und der Gemeinschaft;
- Anbieten realistischer, attraktiver Gesundheitsalternativen für SchülerInnen und LehrerInnen;
- Entwicklung der Schule zu einer Lebenswelt, in der sich alle Beteiligten wohl fühlen.

Das österreichische Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schulen“ hat in den Jahren 1993–1996 mit einer Pilotphase an elf Schulen aus allen Schultypen und Bundesländern, seinen Ausgang genommen. Die wesentlichsten Ergebnisse daraus sind:

- Alle beteiligten Schulen waren in der Lage, die Projektstruktur (Projektkoordination, Projektteam usw.) an ihrer Schule zu entwickeln;
- Insgesamt wurden von den beteiligten Schulen in der dreijährigen Pilotphase 218 Projekte zu den unterschiedlichsten gesundheitsrelevanten Themen durchgeführt;
- Projektreichweite: 5.630 SchülerInnen, 865 Eltern, 202 LehrerInnen;
- LehrerInnen und SchülerInnen konnten ihre Kompetenzen im psychosozialen Bereich, in den Bereichen Organisationsentwicklung und Projektmanagement wesentlich weiterentwickeln.

Ab 1997 erfolgte die Transferphase in die Bundesländer:

- Das „Wiener Netzwerk – Gesundheitsfördernde Schulen“ konstituierte sich offiziell im April 1997 (WHO-Projekt: „Wien – Gesunde Stadt“);
- In Vorarlberg wurden Ende 1997 erste Initiativen zur Gründung eines regionalen Netzwerkes gesundheitsfördernder Schulen gestartet;
- In weiteren Bundesländern sind Vorbereitungen für eine Regionalisierung im Gange;
- Die Erfahrungen der Pilotphase mündeten in die Herausgabe eines „Grundsatzertes Gesundheitserziehung“ für Schulen (BMUK, 1997).

Laut § 2 (1) SchOrgG und § 17 SchUG ist es die Aufgabe der Schule, die SchülerInnen in der Entwicklung ihrer Anlagen im Allgemeinen und in ihrer gesamten Persönlichkeit zu fördern.

Kinder und Jugendliche, aber auch LehrerInnen sind am Lebens- und Lernort Schule vielfältigen Belastungen ausgesetzt, z. B. schulischem und beruflichem Leistungsdruck, sozialem Anpassungs- und Konsumdruck, Bewegungsmangel, einseitiger Ernährung, Kommunikations- und Beziehungsproblemen, Ausgrenzung als soziale oder ethnische Minderheit.

Die traditionelle Form der Gesundheitserziehung zielt darauf ab, durch verstärkte Information und Aufklärung über riskante Verhaltensfaktoren z. B. Bewegungsmangel, Alkohol- und Nikotinmissbrauch, einseitige Ernährung usw., eine individuelle Verhaltensänderung zu bewirken. Das Konzept der Gesundheitsförderung stellt die Verantwortung des Einzelnen für sich selbst und die Gesellschaft in den Mittelpunkt. Gesundheit wird von den Menschen in ihrem alltäglichen Arbeits- und Lernumfeld geschaffen und gelebt.

Die neue Qualität der Gesundheitsförderung liegt daher einerseits in einem erweiterten Gesundheitsverständnis, d. h. es berücksichtigt die physische, psychische und soziale Gesundheit und andererseits auch in der Schaffung eines gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernumfeldes.

Vorrangige **Ziele der Gesundheitsförderung** sind:

- Gestaltung der Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt unter Einbeziehung aller im schulischen Alltag beteiligten Personen;
- Förderung persönlicher Kompetenzen und Leistungspotenziale der SchülerInnen in Hinblick auf gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Handeln und Wissen;
- Vernetzung von Schule und regionalem Umfeld;

- Förderung von kommunikativen und kooperativen Kompetenzen der LehrerInnen, Eltern und SchülerInnen sowie der Kommunikationsstrukturen zwischen LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern;
- Dokumentation und Verarbeitung innovativer Projekte und Maßnahmen (BMUK, 1997).

Gesundheitserziehung ist als „**Unterrichtsprinzip**“ in den Lehrplänen der allgemeinbildenden Schulen, der Berufsschulen, der Handelsakademien und Handelsschulen, der höheren Lehranstalten für wirtschaftliche Berufe und der Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik und für Sozialpädagogik verankert. Das Unterrichtsprinzip soll nicht eine Vermehrung des Lehrstoffes bewirken, sondern zu einer besseren Koordination und überlegteren Auswahl des im Lehrplan festgelegten Lehrstoffes beitragen (BMUK, 1997).

Durch „**Schulautonomie**“, welche beginnend mit dem Schuljahr 1993/94 Einzug in die Schulgesetze gefunden hat, können zusätzliche Schwerpunkte in Form von Freigegegenständen und unverbindlichen Übungen festgelegt werden. Die Schulautonomie erweitert somit die Handlungsspielräume der einzelnen Schulen. Die Lehrplanautonomie erleichtert den einzelnen Schulen beispielsweise:

- die inhaltliche Profil- oder Schwerpunktbildung,
- die Anwendung neuer Lern- und Arbeitsformen (z. B. offene Lernformen, Projektunterricht),
- eine flexiblere Lernorganisation (z. B. Teilung einer Klasse in Kleingruppen, Blockung von Unterrichtsstunden).

Im Rahmen der zunehmenden Schulautonomie bietet die Gesundheitsförderung auch Anregungen für die Gestaltung der Schulprofils oder für Schwerpunktsetzungen (BMUK, 1997).

Die Schule als relevante Lebenswelt der SchülerInnen allein kann das Gesundheitsverhalten nicht maßgeblich verändern. Für ein gesundheitsbewusstes und eigenverantwortliches Handeln der SchülerInnen haben die Vorbildwirkung der Eltern, Geschwister, LehrerInnen und insbesondere auch Gruppenprozesse (z. B. das Umgehen mit Freunden und Eltern, Konflikte) besondere Bedeutung.

Die gute Zusammenarbeit mit den Eltern und auch mit außerschulischen ExpertInnen ist eine weitere Stärke einer „gesunden Schule“ (BMUK, 1997).

Das **Projekt „Wiener Netzwerk – Gesundheitsfördernde Schulen“**, das im April 1997 u. a. mit der Unterstützung des Fonds Gesundes Österreich gestartet wurde und bis 2000 läuft, wurde 1998 mit dem Gesundheitspreis (3. Platz) der Stadt Wien ausgezeichnet (siehe Kap. 9.3.7.2). Zwölf Wiener Schulen sind an diesem Projekt beteiligt und sollen durch ihre Vorbildwirkung Schulen in ganz Österreich zum Mitmachen motivieren. Die Ziele des Netzwerkes sind: LehrerInnen, Eltern und SchülerInnen initiieren nachhaltige gesundheitsfördernde Maßnahmen an den Schulen, verändern dauerhaft Strukturen an den Schulen in Bezug auf Raumgestaltung, Pausengestaltung, Unterrichtsformen und neue Kommunikationsstrukturen.

• **CD-ROM – ein neues Medium zur Gesundheitsförderung**

Die Stadt Wien, die Wiener Gebietskrankenkasse und der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger erstellen zur Zeit eine interaktive CD-ROM zu den Themen Gesundheitsförderung, Gesundheitswesen und Sozialversicherung. Zielgruppe sind 14–15-jährige SchülerInnen. Die CD-ROM soll im Winter an allen Schulen verteilt werden. Zusätzlich soll es eine Homepage geben, auf der für jedes Thema alle wichtigen Anlaufstellen in Wien abrufbar sind. Die CD-ROM umfasst folgende Themen: Ernährung, Liebe und Sexualität, Bewegung/Sport, Entspannung, Drogen, psychische Gesundheit, Haut/Schönheit, Gesundheitsförderung in der Schule, Erste Hilfe, Gesundheitswesen und Sozialversicherungssystem (Mag. Ursula Hübel – MA-L/Gesundheitsplanung, persönliche Mitteilung).

9.3.1 Kariesprophylaxe in Kindergärten und Schulen

Auch wenn in Österreich schon jetzt die von der WHO geforderten Ziele teilweise erreicht sind (siehe Kap. 4.2.3.14), soll der Zahnstatus der Wiener Kinder durch eine Reihe von Programmen verbessert werden, von welchen nur beispielhaft einige angeführt werden können (siehe Kap. 4.2.6.2).

• **„Zahnputztanten unterwegs“ – Die Wiener Kindergartenaktion**

Am sogenannten „**Zahnputztag**“ werden die Kinder des Vorschulalters (5–6-Jährige) – vor allem in Kindergärten der Gemeinde Wien und in kirchlichen Kindergärten – von einer Zahngesundheitserzieherin (in Wien „Zahnputztante“ genannt) besucht. In Wien gibt es zur Zeit drei bei der Wiener Ärztekammer angestellte Zahngesundheitserzieherinnen, die ausgebildete KindergartenpädagogInnen sind und über ein reichliches Wissen in Zahnprophylaxe verfügen.

1998 wurden 516 Kindergartenbesuche gemacht, wobei fast 10.000 Kinder betreut und ihnen Zahnputzunterricht erteilt wurde.

Auf spielerische Art und Weise wird dabei auch das Thema Ernährung aufbereitet (unter besonderer Berücksichtigung der Zuckerproblematik). Weiters wird über die Funktion von Zähnen, Zunge und Kiefer gesprochen, über Kariesentstehung und -vermeidung, über Zahnpflege und Zahnarztbesuch. Abschließend werden jedem Kind die Zähne geputzt, und es wird über die richtige Pflege der Zähne informiert sowie die richtige Handhabung der Zahnputzwerkzeuge demonstriert (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998).

● **Blendi goes Internet**

Das Zahnpflegeprogramm ist eine Gemeinschaftsaktion des Unterrichtsministeriums, der Österreichischen Zahnärzteschaft und der blend-a-med Forschung. Es ist speziell für den Lehrplan der 2. Klasse der Volks- und Sonderschulen ausgerichtet. Folgende Ziele sollen mit dieser Aktion erreicht werden:

- Vermittlung von Wissen über Mundhygiene und Zahngesundheit,
- Erlernen der richtigen Zahnpflegetechniken,
- Motivation der Schüler und Schülerinnen zu regelmäßiger Zahnpflege,
- Stärkung des Verantwortungsbewusstseins der Schülerinnen und Schüler für ihre Gesundheit.

Voraussetzung für eine wirksame Vorbeugung ist die intensive Zusammenarbeit von LehrerInnen und ZahnärztInnen. Im Schuljahr 1998/99 wurden an 96.000 VolksschülerInnen (in 4.500 2. Schulklassen in 4.000 Volksschulen) in ganz Österreich Schulboxen mit LehrerInnenhandbüchern, SchülerInnenheften, Lernbehelfen, Zahnpflegesets, Elternbroschüren sowie Zahnputzrätself in Form von Zahnputzplänen verteilt.

Das blend-a-med-Schulungsprogramm zur Förderung der Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen ist ab sofort auch online präsent. Unter der Adresse <http://www.blendi.at> sind sämtliche Arbeitsunterlagen abrufbar. Die Internet-Umsetzung des blend-a-med-Schulungsprogramms ermöglicht den optimalen Einsatz im Unterricht.

● **Zahngesundheitsprojekt im 2. und 20. Bezirk ab März 2000**

Diese beiden Bezirke zählen neben dem 5., 10., 15., 16., 17. und 18. Bezirk in Wien zu jenen, in welchen Aufklärung am dringendsten notwendig erscheint, da der ermittelte Zahnstatus mit 70–75 Prozent von Karies betroffenen Kinder am schlechtesten ist.

Die Grundidee des Konzeptes ist es, den Kindern spielerisch die Bedeutung von gesunden Zähnen zu vermitteln und sie zu dem dafür notwendigen Gesundheitsverhalten zu motivieren. Dabei werden von PsychologInnen und ZahnärztInnen erarbeitete Methoden wie Puppenspiele, Puzzels, Rollenspiele und Gruppenarbeiten eingesetzt. Außerdem erhalten die Kinder eine gesunde Jause und lernen mit überdimensionierten Zahnputz-Utensilien richtiges Zähneputzen. Auch die „negativ besetzten“ Seiten des Themas werden im Zuge dieses Projektes erörtert. So sollen etwa die Untersuchungen und Behandlungen beim Zahnarzt erläutert werden.

Wichtiger Bestandteil dieses Projektes ist der enge Kontakt mit den Eltern. Zwei spezielle Elternabende dienen dem Kontaktaufbau und der Information. So soll die Motivation der Kinder zu Hause unterstützt werden. Gleichzeitig stehen im Rahmen dieser Elternabende ZahnärztInnen zur Verfügung, die Fragen beantworten und den Eltern Informationen zum Thema Zahngesundheit geben. Ein zentraler Punkt dabei: die Methode des „Versiegelns“ der zweiten Zähne bei Schulkindern.

In weiterer Folge kontrolliert ein/e ZahnärztIn die Zähne der Kinder und vermittelt, wenn notwendig, an die/den behandelnde/n ZahnärztIn bzw. an die Jugendzahnklinik der Stadt Wien.

Die Kosten für das Projekt in Höhe von 3,6 Millionen Schilling werden zu zwei Drittel von der Wiener Gebietskrankenkasse und zu einem Drittel von der Stadt Wien getragen. Dieses Projekt wird unter der Organisation vom Verein für prophylaktische Gesundheitsförderung, welcher bereits in Oberösterreich ein Zahngesundheitsprojekt verwirklicht hat, unter Einbeziehung der Jugendzahnklinik der Stadt Wien (MA 15 – Gesundheitswesen) verwirklicht. Durchgeführt wird das Programm von ausgebildeten „ZahngesundheitserzieherInnen“. Bisher liegen Anmeldungen von 32 Schulen und 64 Kindertagesheimen aus beiden Bezirken vor. Das Projekt wurde 1999 mit dem Gesundheitspreis der Stadt Wien (3. Platz) ausgezeichnet (siehe Kap. 9.3.7.3).

9.3.2 Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung

● „Schlank ohne Diät“ für Kinder

Dieses Programm wurde am Institut für Sozialmedizin der Universität Wien entwickelt und kann selbstständig oder im Rahmen von angebotenen Kursen, welche von ExpertInnen abgehalten werden, durchgeführt werden. Als Unterlagen dienen das Buch „Schlank ohne Diät“ für Kinder und der beiliegende Wochenpass. Das Alter der Kinder sollte sich zwischen acht und 14 Jahren bewegen.

Die übergewichtigen Kinder sollen innerhalb des mindestens zehn Wochen dauernden Programmes motiviert werden, ihr Essverhalten zu ändern, ohne dass ein Mangel an Nährstoffen, Vitaminen und Mineralstoffen entsteht. Wochenpass, Gutpunkte, „Kiloberg“ und Verhaltensregeln sollen den Kindern bei der Umsetzung der Ernährungsumstellung helfen.

Neben der Änderung des Essverhaltens soll auch das Bewegungsverhalten der Kinder verbessert werden. Sie sollen wieder Freude am Sport finden und Erfolge durch Verringerung des Körpergewichts und bessere Kondition erleben. Das „Trainingsprogramm von Wirbelix“ und der „Zauberteppich“ sollen die Kinder zu mehr Bewegung motivieren. Der „Zauberteppich“ ist für jede Woche neu im Wochenpass zu finden. Für bestimmte Übungsprogramme können von den Kindern die Felder im Zauberteppich ausgemalt werden. Der Teppich soll so bunt und voll wie möglich werden, denn dann haben sich die Kinder ausreichend bewegt.

Da die Kinder die Unterstützung der Eltern dringend benötigen, richtet sich ein Teil des Programmes an die Eltern. Brennende Fragen: „Wie kann mein Kind aktiver werden?“, „Wieviel Bewegung braucht es täglich – wöchentlich?“, „Wieviel wiegt ein gesundes Kind?“, „Ist Übergewicht für mein Kind gefährlich?“, „Worauf ist bei der Ernährung zu achten?“ und „Welche Rolle spielt die Vererbung?“ werden beantwortet (SCHOBERBERGER et al., 1997).

● „Fit oder Nit“ – Ernährungsprogramm an Wiener Schulen

Das Ernährungsprojekt wird von der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) unterstützt und in den Unterstufen der Wiener AHS-Schulen in Form einer Wanderausstellung durchgeführt. Das Wirtschafts- und Gesellschaftsmuseum, welches besonders auf Wanderausstellungen spezialisiert ist, wurde mit der Durchführung beauftragt. In einer groß angelegten Informationskampagne werden jährlich rund 400 Schulklassen in Diskussionsveranstaltungen über gesunde Ernährung informiert. Die Ausstellung präsentiert sich in Form von bunten Plakaten, zusätzlich werden Informationsblätter an die Kinder verteilt. Die Inhaltsschwerpunkte werden mit Zeichnungen anschaulich dargestellt und reichen von der optimalen Nährstoffzusammensetzung über den Energiehaushalt bis hin zu Problemen mit Übergewicht und der nötigen Ausgleichsbewegung. Die Diskussionsvorträge an den Wiener Schulen werden von einer Ernährungswissenschaftlerin gehalten. Das Bewegungsprogramm wird ebenso in Form einer Wanderausstellung mit gleichzeitigen Vorträgen in den Schulen mit Unterstützung der WGKK durchgeführt (WGKK, o. J.).

● „Wir sind was wir essen – Bewusste Ernährung in der Ganztagschule“

In der Volksschule Landstraßer Hauptstraße im 3. Bezirk wurde im Schuljahr 1997/98 dieses Modellprojekt durchgeführt. Ziel war es, den gesundheitsbewussten Umgang mit Nahrung zu fördern: „Was esse ich, wie esse ich?“ Weiters sollten die SchülerInnen vermehrt Eigenverantwortung für die Ernährung übernehmen. Im Rahmen des Projektes wurden Vorträge zum Thema Ernährung gehalten, eine Bio-Bäckerei und ein Bio-Laden besucht. In der benachbarten Caritas-Großküche konnten die Kinder sehen, wie Geräte und Arbeitsvorgänge in der Großküche ablaufen, die Kinder konnten den Esstisch fantasievoll gestalten u. v. m. Inwiefern die Anregungen tatsächlich auch von den Eltern der SchülerInnen aufgenommen wurden, lässt sich nur vage beantworten.

● Ernährungsprojekt

Dieses Modellprojekt wurde im Bundesgymnasium und Bundesrealgymnasium in der Theodor Kramer-Straße im 22. Bezirk in allen 14 Klassen im Schuljahr 1997/98 durchgeführt. Ziel war es, den SchülerInnen Essgewohnheiten bewusst zu machen und darauf hinzuarbeiten, dass die Kinder in Eigenverantwortung und unter Einbeziehung der Eltern in Richtung gesunde Ernährung geführt werden. Weiters sollte ihnen das richtige Ernährungsverhalten und das nachhaltige Konsumverhalten näher gebracht werden. Es wurde ein Team aus Eltern, LehrerInnen, SchülerInnen und SchulärztInnen zusammengestellt, die das Thema „Gesunde Ernährung“ über das Projekt hinausgehend verfolgten. Um dieses Thema im Gedächtnis der SchülerInnen zu verankern, werden laufend ErnährungsexpertInnen, AutorInnen, Nahrungsmittelhersteller usw. eingeladen.

● Schulmilch – ein Beitrag zur Gesundheitsförderung

Die sogenannte „Schulmilchaktion“ (geförderte Abgabe von Schulmilch an Schulkinder und Schuljugendliche) gibt es in Österreich bereits seit 70 Jahren und kann somit auf eine lange Tradition zurückblicken. 240.000 Kinder in

Österreich genießen Schulumilch und andere Milchprodukte, was einem jährlichen Verbrauch von 20 Liter pro Kind entspricht (in den Volksschulen beträgt der Pro-Kopf-Verbrauch sogar 25 Liter/Jahr).

In 3.500 Schulen Österreichs werden Kinder mit Kakao, Vanillemilch und auch Fruchtmilch versorgt. 1992 erreichte der Schulumilchabsatz mit 22.359 Tonnen an verkaufter Schulumilch seinen Höhepunkt. Danach gingen die Zahlen kontinuierlich zurück, da die finanzielle Unterstützung durch den Staat ausblieb. Seit 1997 liegt der Schulumilchabsatz bei 6.100 Tonnen, was 1,2 Prozent des gesamten Marktvolumens entspricht. 1999 konnte gegenüber den Vorjahren mit einem leichten Anstieg wieder eine positive Entwicklung aufgewiesen werden. Durch die geplante Streichung der Schulumilch-Subventionen von Seiten der EU ist die Schulumilch neuerlich gefährdet. Angesichts der Bedeutung der Milch als Lebensmittel höchster Qualität und Güte (optimaler Nährstoffgehalt) ist diese Entwicklung mit Sorge zu betrachten (AMA, 2000).

9.3.3 Gesundheitsförderung durch Bewegung

● Gesundheitsförderung: Die Aktion „Bewegte Schule“

„Gesund und Munter“

Das Programm „Gesund und Munter“ (BMUK in Zusammenarbeit mit dem Fonds Gesundes Österreich) ist für die erste bis vierte Schulstufe gedacht und zielt darauf ab, den Sitzunterricht in der Klasse durch Bewegungspausen zu unterbrechen. Da der günstigste Lebensabschnitt für motorisches Lernen zwischen sechs und zehn Jahren liegt, sind GrundschullehrerInnen besonders gefordert. Sowohl Sachunterricht als auch Musikunterricht sollen Ausgangspunkte für eine positive Einstellung zu Körper und Gesundheit darstellen, wie auch der Unterricht aus Leibesübungen selbst. Die tägliche Bewegungszeit sollte selbstverständlich sein, wozu LehrerInnen, SchulärztInnen und Eltern beitragen sollen. Informationshefte, Plakate für die Klasse und ein Quartettspiel zu Bewegungsaufgaben regen zur Bewegung an. Die Materialien thematisieren richtiges Sitzen, angepasste Schulmöbel, Schultasche, Pausengestaltung, richtiges Spielen usw.

„Klug und Fit“

Wichtigstes Ziel dieser Aktion ist, für einzelne Schulstufen durch sportmotorische Tests und Muskelfunktionsprüfungen gemeinsam mit den SchulärztInnen die motorische Leistungsfähigkeit und die Haltung der SchülerInnen zu beurteilen. Die Ergebnisse daraus dienen der Gestaltung und Differenzierung des Unterrichts in Leibesübungen, für Beratungen und Maßnahmen aller SchulpartnerInnen und für Beratung und Motivation von einzelnen SchülerInnen und Eltern, wie Defizite durch gezieltes Training aufgeholt werden können (BMUK in Zusammenarbeit mit dem Fonds Gesundes Österreich).

„Gemeinsam Aktiv“

Ab der 9. Schulstufe ist es besonders wichtig, dass SchülerInnen in der Schule (noch) zum Sporttreiben aller Art angeregt werden. Um den unterschiedlichen Interessen der Jugendlichen gerecht zu werden, müssen sie Einrichtungen kennenlernen, in denen außerhalb der Schule und später auch über die Schulzeit hinaus, ein Bewegungsangebot genutzt werden kann. Es soll daher eine Zusammenarbeit der Schule mit all jenen Einrichtungen, die in der Umgebung Sport anbieten, entstehen. Alle Maßnahmen im Rahmen dieser Aktion werden in Zusammenarbeit mit außerschulischen Sporteinrichtungen durchgeführt (BMUK in Zusammenarbeit mit dem Fonds Gesundes Österreich).

● Gesunde und bewegte Schule

Im Frühjahr 1998 wurde mit der 4. Klasse der Volksschule Steinlechnergasse im 13. Bezirk, ein Projekt mit dem Ziel durchgeführt, dass Kinder sich mit den Themen Ernährung und Bewegung gezielt auseinandersetzen. Das Projekt fand in den letzten drei Schulwochen statt. Aus den Anregungen der Kinder wurde letztendlich eine Auswahl getroffen. Die Eltern waren in die Umsetzung des Projektes miteingebunden. Einige Highlights waren die „gesunde Jause“, der Vortrag eines Imkers, der Besuch eines Fitnesscenters, eine Haltungsturnstunde des ASKÖ-Vereins, weiters wurden eine Diätassistentin und eine Gynäkologin eingeladen. Zahlreiche Unterlagen des „Forum Ernährung heute“ dienten als Unterrichtsmaterialien.

● „Spiel´ mit, mach´ mit, beweg´ dich“ – Bewegungsprogramm an Wiener Schulen

Das Bewegungsprogramm, welches von der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) unterstützt wird, wird in den Unterstufen der Wiener AHS in Form einer Wanderausstellung durchgeführt. Das Wirtschafts- und Gesellschaftsmuseum, welches besonders auf Wanderausstellungen spezialisiert ist, wurde zur Durchführung beauftragt. Die

Ausstellung wird den Kindern in Form von bunten Plakaten präsentiert, und zusätzlich werden Informationsblätter an die Kinder verteilt. Die Inhaltsschwerpunkte werden mit Zeichnungen anschaulich dargestellt. Die Diskussionsvorträge an den Wiener Schulen werden von einer/m ExpertIn gehalten.

● **Im Wiener Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen ist das Thema „Bewegung/ Haltungsschäden vermeiden“ im Schuljahr 2000/2001 ein inhaltlicher Schwerpunkt:**

Bewegtes Lernen: Das Pädagogische Institut Wien bietet den Fachlehrgang „Bewegtes Lernen und Gesundheitsförderung“ für VolksschullehrerInnen an. In den nächsten vier Jahren sollen 100 Projektklassen mit dem Schwerpunkt „Bewegtes Lernen“ geführt werden. Folgende Angebote stehen diesen Klassen zur Verfügung:

- Eine zusätzliche Unterrichtseinheit für vermehrte Bewegungssequenzen und gesundheitsfördernde Maßnahmen in der 1. und 2. Schulstufe;
- Medizinische Betreuung durch eine/n OrthopädiIn (Haltungsstatus, Muskelfunktionstests);
- Durchführung von sportmotorischen Tests durch SpezialistInnen;
- Möglichkeit zur Anforderung eines Betreuers/einer Betreuerin für Spezialthemen für Klassenunterricht, Projekt-, Sport- und Gesundheitstage, Elternabende, Klassen- und Schulforen und Gesundheitskonferenzen;
- Bereitstellung eines Gerätepools;
- Angebot von Medien und Arbeitsmitteln zum Schwerpunktthema Sicherheit;
- Evaluation;
- Fortbildung, Reflexion, Workshops für ProjektklassenlehrerInnen (Mag. Ursula Hübel – MA-L/Gesundheitsplanung, persönliche Mitteilung).

9.3.4 Maßnahmen zur Unfallverhütung

Unfälle und ihre Ursachen zählen zu den häufigsten Todesursachen bei Kindern und Jugendlichen (GREDLER et al., 1996). Außerdem sind sie für eine Vielzahl von gesundheitlichen Beeinträchtigungen verantwortlich. Es geht einerseits darum, Gefahrenstellen in Horten, Kindergärten, Schulen und auf dem Schulweg zu entfernen oder wenigstens zu entschärfen, andererseits darum, den verbleibenden Gefahrenquellen und Risiken durch Sicherheitserziehung zu begegnen.

Das Prinzip der **Sicherheitserziehung** ist, Kinder zu motivieren, Gefahren zu erkennen und mit gefährlichen Situationen richtig und selbstständig umzugehen (siehe Kap.1.1.6.2). Dieser langwierige Erziehungsprozess muss von ausführlichen Informationen, Erklärungen und dem entsprechenden praktischen Training begleitet werden. Bloße Verbote oder Gebote helfen hier weniger als z. B. die Förderung der Motorik und Koordinationsfähigkeit der Kinder oder die längerfristige Wirkung von Medien, Aktionen und Projekten, bei denen sie selber aktiv werden (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1997). Da jede menschliche Aktivität Risiken mit sich bringt, kommt auch dem vernünftigen Umgang mit Gefahren ein wichtiger Stellenwert zu. Die sekundäre Prävention bemüht sich darum, Risiken, deren Eintreten sich nicht verhindern lässt, in ihren Auswirkungen zu minimieren. So ist es z. B. sinnvoll, im Turnunterricht das richtige Fallen zu üben, um Verletzungen zu vermeiden oder wenigstens geringfügiger ausfallen zu lassen. Bei der tertiären Prävention schließlich geht es darum, bereits eingetretene Folgen von Risiken durch entsprechende Maßnahmen zu mildern. So stellen z. B. Einführungen in die Erste-Hilfe-Maßnahmen eine wichtige Ergänzung jeder Sicherheitserziehung dar (ROLLETT, o. J.).

● **Das „Konzept“ zum Unfallverhütungsprogramm für Wien, erarbeitet vom „Institut Sicher Leben“**

Entsprechend dem WHO-Konzept „Community Safe Promotion“ ist die Grundidee des Programms, Unfallverhütungsmaßnahmen von den BewohnerInnen und lokalen Institutionen (unterstützt von ExpertInnen der Unfallverhütung) durchführen zu lassen.

Zu den **Kernaufgaben** des Projektteams gehören:

- Die Einbeziehung von lokalen Strukturen bei der Umsetzung der Unfallverhütungsmaßnahmen zur Nutzung der Synergien und zum effizienteren Zugang zu Zielpersonen;
- Die Beratung von BewohnerInnen und lokalen Institutionen, Bereitstellung von Einsatzmitteln und BetreuerInnen für die Unfallverhütungsveranstaltungen, Ideenlieferung, fachliche und organisatorische Unterstützung bei der Durchführung von Aktionen;
- Intensive Medienarbeit (INSTITUT SICHER LEBEN, 1998).

Tabelle 7: Beispiele für konkrete Maßnahmen der Unfallprävention in Wien

Zielgruppe und Thema	Maßnahmen
Kinder <ul style="list-style-type: none"> • Kopfverletzungen beim Radfahren • Vergiftungsunfälle 	Mach-Mit-Aktion „Rad-Helm-Spiele-Fest“ (Benutzung eines Helmes, Sicherheitsparcours, Quiz) Aktion „Giftige Blumen und Pflanzen“ (Kinder lernen lokale Pflanzen kennen und erfahren was giftig ist)
Eltern von Kleinkindern <ul style="list-style-type: none"> • Unfälle am Spielplatz • Kinderunfälle im Haushalt 	Überprüfung der Sicherheit auf Spielplätzen mit dem „Spielplatz-Check“ „Kindersicherheitsbox“ mit Sicherheitsprodukten (Fenstersperre, Herdtürstopp,..) in Kooperation mit dem Handel und Sponsoren
SportlerInnen <ul style="list-style-type: none"> • Unfälle beim Fußball • Unfälle beim Schifahren 	Turnier mit Fairplay-Preis (Verwendung von Schienbeinschonern, Beachtung von Fairnessregeln) Aktion „Schibindungseinstellung“ gemeinsam mit dem Sportfachhandel
Alle Zielgruppen <ul style="list-style-type: none"> • Unfallgefahren insgesamt 	Bezirks-Sicherheitsfest mit Beratung, Infomaterial, Gewinnspiel

Quelle: Institut Sicher Leben; Gesundheitsförderungsplan Wien: Programm Unfallprävention „Wien – Sichere Stadt“

Hauptziel des Unfallpräventionsprogrammes wäre für Wien die Reduktion des Unfallrisikos, da dadurch menschliches Leid vermindert und die Unfallkosten reduziert werden könnten. In Vorarlberg konnte eine Unfallreduktion von mindesten zehn Prozent innerhalb von drei Jahren Projektzeit erreicht werden. Umgelegt auf Wien würde das gesamte Einsparungspotenzial 500 Millionen Schilling jährlich betragen (INSTITUT SICHER LEBEN, 1998).

Im Herbst wurde 1999 ein zunächst auf drei Jahre angelegtes Unfallverhütungsprogramm auf Bezirksebene gestartet, welches das erfolgreiche WHO-Unfallverhütungskonzept „Safe Communities“ in österreichischen Verhältnissen umsetzt. Das Unfallverhütungsprojekt „Josefstadt – ganz schön sicher“ wird von der Stadt Wien, dem Institut Sicher Leben und einigen Sozialversicherungsträgern finanziert und zielt auf alle Altersgruppen und Lebensbereiche ab. Durch die Einbeziehung lokaler Institutionen wie Schulen, Kindergärten, Handel und Gewerbe usw. und engagierter BürgerInnen wird die Eigenverantwortung gestärkt. Maßnahmen, die sich speziell an die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen gerichtet haben, waren bisher beispielsweise: „No Risk but Fun-Olympiade“ im Mai 2000, die in den Parks durchgeführte Aktion „Sicher groß werden“, der Fairness-Preis für Schulsportfeste usw. (Mag. Ursula Hübel – MA-L/Gesundheitsplanung, persönliche Mitteilung).

• „Sicher groß werden“ – Vermeidung von Unfällen im Haushalt

Zwei Fehler gilt es als Erwachsene/r zu vermeiden: Zum Einen sollte das Kind nicht unterschätzt werden und zum Anderen darf man auch bei der Verwendung von Sicherheitsprodukten die Kinder nicht sich selbst überlassen. Die beste „Sicherheitseinrichtung“ sind Eltern, die sich der Gefahren in der gesamten Wohnung bewusst sind, das Kind im Umgang mit gefährlichen Dingen schulen und dabei selbst ein Vorbild für sicherheitsbewusstes Verhalten sind.

Das Institut Sicher Leben startete im Herbst 1997 gemeinsam mit dem BM für Umwelt, Jugend und Familie sowie dem Verein für Konsumenteninformation (VKI) eine breit angelegte Informationskampagne. Unter dem Motto „Sicher groß werden“ werden junge Eltern über Sicherheitsvorkehrungen wie Fenstersperren, Herdschutzgitter, Treppensicherung, Rauchdetektoren oder Medikamentenschränke informiert. Im Rahmen dieser Kampagne wurden 60.000 junge Eltern in ganz Österreich mittels Postwurfsendung über Unfallgefahren, Sicherheitseinrichtungen und Verhaltensregeln informiert. Die Postwurfsendung bestand unter anderem aus einem Sonderheft der Zeitschrift „Konsument“. Zusätzlich wurden rund 100.000 Broschüren und ebenso viele Kinderzimmerposter versendet. Auf Geburtshilfestationen und in Elternberatungstellen wurde zusätzlich noch das „Sicher groß werden“-Modellhäuschen in der Art eines Adventkalenders, der auf die häufigsten Gefahren im ersten Lebensabschnitt hinweist, eingesetzt. Weiters wurde ein Schulungsprogramm und ein ReferentInnenkoffer entwickelt, um in Zusammenarbeit mit Landesregierungen und Berufsvertretungen z. B. Hebammen und Säuglingsschwestern auszubilden. Auf Anregung vieler Spitäler und Geburtshilfestationen können die wichtigsten Informationsmaterialien nun auch in serbischer, kroatischer und türkischer Sprache angeboten werden (INSTITUT SICHER LEBEN, 1998).

Weiters wurden vom Institut Sicher Leben mit finanzieller Unterstützung des BM für Konsumentenschutz die Bauordnungen hinsichtlich Kindersicherheit überarbeitet. Die Vorschläge sind in einer Broschüre zusammengefasst

und richten sich in erster Linie an Landtage und Landesregierungen, um Bauordnungen und Förderrichtlinien zu ändern, sowie an Bauträger und ArchitektInnen, um die Ausstattungsrichtlinien zu berücksichtigen und bei der Planung von Wohnräumen für mehr Sicherheit zu sorgen (INSTITUT SICHER LEBEN, 1999).

● Vermeidung von Vergiftungen

Zu den meisten Vergiftungen kommt es durch Arzneien, die von Kindern in Nachtkästchen, Handtaschen oder Badezimmerschränken gefunden werden. Besonders Kinder im Alter von bis zu drei Jahren sind gefährdet. Viele Eltern unterschätzen die Gefahren, welche von Allzweckreinigern, Geschirrspülmitteln und dergleichen drohen. Zu den wichtigsten Maßnahmen zählen: ein versperrbarer Arzneischrank; Medikamente nur in der Originalpackung lagern, damit man im Vergiftungsfall weiß, was zu tun ist; chemische Produkte sollen weggesperrt werden; beim Kauf ist auf kindersichere Verschlüsse zu achten; keine Medikamente oder Chemikalien in den Hausmüll; wenn möglich Verwendung von „alternativen Reinigungsmitteln“ (z. B. Essig) statt purer Chemie (INSTITUT SICHER LEBEN, 1998).

● Vermeidung von Badeunfällen

Die meisten Kleinkinder ertrinken nicht beim Baden, sondern in Gartenbiotopen und Swimmingpools. Durch die noch ungeübten Muskeln können sie ihren Kopf nicht aus dem Wasser heben, auch wenn dieses nur knietief ist. Die Eltern unterschätzen in vielen Fällen die Beweglichkeit ihrer Kinder oder vertrauen auf ungeeignete Schwimmhilfen wie z. B. Luftmatratzen. Das Institut Sicher Leben empfiehlt stabile Gitter für Gartenbiotope (Maschenweite 40 mal 40 mm) sowie die Sicherung von Swimmingpools mittels aufstellbarer Zäune (mind. 1,40 m Höhe). Swimmingpools sind bei Nichtbenutzung mit einer Plane abzudecken. Die Einhaltung wichtiger Baderegeln ist unabdingbar. Die Kleinen sollen am Wasser nie unbeaufsichtigt sein, auch wenn sie über Schwimmhilfen verfügen. Ausschließlich Oberarmschwimmflügel sind sichere Schwimmhilfen für Kinder. Schwimmreifen oder Plastiktiere sind nur zusätzliches Spielzeug. Die Schwimmflügel müssen am Oberarm nahe der Schultern aufgeblasen werden, um den Kopf des Kindes gut über Wasser zu halten. Die Schwimmflügel müssen aus solidem Material sein, mindestens zwei getrennte Luftkammern und versenkbare Sicherheitsventile mit Auslassperre sowie Sicherheitshinweise haben (INSTITUT SICHER LEBEN, 1998).

● Sicherheit am Spielplatz

Seit 1995 wurden vom Institut Sicher Leben in allen Bundesländern 369 Spielplätze überprüft und mit einschlägigen Normen, Verordnungen der jeweiligen Länder für Gestaltung und Ausstattung von Kinderspielplätzen und neuen Erkenntnissen der Unfallforschung verglichen. Zusätzlich wurden 330 Spielplatzunfälle analysiert. In der aktuellen Studie „Wie sicher sind Österreichs Spielplätze?“ wurden Abweichungen von der Norm aufgezeigt und Verbesserungsvorschläge für die Bauart und Aufstellung sowie Wartung von Spielgeräten gegeben. In Österreich entsprechen derzeit nur wenige, meist neu eingerichtete Spielplätze der neuen europäischen Norm (EN 1176 1–7), welche seit 1. 1. 1999 für neu gestaltete Spielplätze, jedoch nicht rückwirkend gilt. Das größte präventive Potenzial findet sich im Bereich des Designs der Spielgeräte, in der Raumaufteilung und Gestaltung der Plätze. Das Handbuch „Spielen? – Aber sicher!“ informiert unter anderem über Planung, Gestaltung und Instandhaltung von Spielgeräten und Spielplätzen; Haftung von SpielplatzbetreiberInnen und GrundbesitzerInnen; geltende Normen und Gesetze; Sicherheitsanforderungen an Spielgeräte sowie Wartung und Pflege; Sanierungsvorschläge für alte Geräte und verschiedene Checklisten. Für Eltern gibt es eine kostenlose Checkliste, mit deren Hilfe sie den Spielplatz ihrer Sprösslinge selbst überprüfen können (INSTITUT SICHER LEBEN, 1998 und 1999).

● Sicherheitserziehung in Volksschulen

Das Institut Sicher Leben bietet in Zusammenarbeit mit dem BM für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten Unterrichtshilfen im Bereich Unfallverhütung an. Themenbereiche sind z. B. „Spitze und scharfe Gegenstände“, „Kinder und Feuer“, „Haushaltschemie“, „Sicherheitsspürnasen bei Oma & Co“, „Sicherheit bei Schnee und Eis“ sowie „Tiere und Bauernhof“ usw. Die Angebote wurden von LehrerInnen für Volks- und Sonderschulen entwickelt und thematisieren Sicherheitsrisiken für Kinder im Bereich Heim, Sport und Freizeit. Die Materialien beinhalten auch Vorschläge für verschiedene Fächer wie Deutsch, Sachunterricht, Musik- und Leibeserziehung sowie Mathematik. Für die ersten beiden Klassen sind vor allem Bildergeschichten und Suchtexte vorgesehen, während in den beiden letzten Klassen bereits ein umfassendes Sprachverständnis Voraussetzung ist. Die Sicherheitserziehung soll dazu beitragen, Kindern so früh wie möglich die Zusammenhänge zwischen Unfall und Unfallursache begreiflich zu machen. Die Unterrichtsmaterialien werden rund 4.000 Volksschulen und Allgemeinen Sonderschulen österreichweit kostenlos zugesandt (INSTITUT SICHER LEBEN, o. J.).

● **Inline-Skating-Kurse für Schulen**

In Österreich verunglücken jährlich rund 12.000 Inline-Skater so schwer, dass sie in einem Spital behandelt werden müssen. Meist kommt es durch Stürze aufgrund mangelnder Beherrschung der Skates, schlechter Sturztechnik, Unkenntnis grundlegender Sicherheits- und Verhaltensregeln oder fehlender Schutzausrüstung zu Unfällen. Um junge Skater mit Theorie, Praxis und Sicherheitsregeln vertraut zu machen, organisiert das Institut Sicher Leben in allen Bundesländern Kurse für SchülerInnen unter dem Titel „No risk but fun“. Die Kurse – es werden Anfänger- und Fortgeschrittenenkurse angeboten – kosten ATS 30,- pro Kind. Jede Gruppe besteht aus 15–30 Kindern, welche von geschulten TrainerInnen der „Austrian Inline-Skating Academy“ geschult werden. Die Schulen erhalten per Aussendung Informationen und die Möglichkeit, ihre Klassen anzumelden. Rund 5.000 SchülerInnen nahmen bereits an den Kursen teil (INSTITUT SICHER LEBEN, o. J.).

● **Weniger Kinderunfälle durch entsprechende Absicherung und Ausrüstung**

Aus der großen Anzahl von am kindlichen Unfallgeschehen beteiligten Produkten sind neben Einrichtungsgegenständen (wie Wickeltisch, Stühle, Treppen, Stufen, Leiter usw.) an erster Stelle Sportgeräte und Sportbekleidung (inklusive der Schuhe) zu nennen (GREDLER et al., 1996).

Aus präventivmedizinischer Sicht ergibt sich daraus eine Vielzahl möglicher Maßnahmen:

Neben der Bedeutung von Absicherungsmaßnahmen und der richtigen Positionierung von Einrichtungsgegenständen (wie z. B. Wickeltisch) ist bei der Ausübung sportlicher Aktivität auf die angemessene Bekleidung, insbesondere den richtigen Schuh zu achten, die Sicherheit der Sportgeräte (z. B. Bremsen, Sicherheitsbindung usw.) zu prüfen und auf die Benützung entsprechender Sicherheitsvorkehrungen (z. B. Helm, Hand-, Ellenbogen- und Knieschoner) Bedacht zu nehmen.

● **Unfallverhütungsmaßnahmen der AUVA**

Risiko verlangt nach Schutz. Die AUVA gewährt allen SchülerInnen Unfallschutz in der Schule, beim Sport und auf dem Schulweg. Die AUVA hat ein Medienpaket zur Sicherheitserziehung an Schulen zusammengestellt:

Das allgemeine Angebot beinhaltet Checklisten für „Sicherheit in der Schule“ und „Sportgeräte“; Broschüren über „Erste Hilfe“ sowie eine Liste über Verleihfilme. Die speziell zusammengestellten Medienpakete umfassen Broschüren, Videofilme, Poster und Spiele zu den Themen „Fallen“, „(Schul)Sport“, „Wintersport“, „Soziales Lernen“ und „Verkehrserziehung“.

Ein großer Teil aller Unfälle, welche beim Schulsport, in Pausen und auf dem Schulweg geschehen, sind Stürze. Aus diesem Grund wurde das Aktionsprogramm **„Sicheres Fallen“** entwickelt. Es umfasst Übungen, Spiele, ein Video, Broschüren und Abzeichen. Schulsport und Judo eignen sich besonders, die günstigsten Bewegungsabläufe beim Fallen einzuüben, bis sie in automatisierte Bewegungen übergehen. Wiederholtes kurzes Üben der Diagonalrolle und aller anderen Falltechniken – immer spielerisch und situationsnah – führen zur optimalen Körperbeherrschung bei ungewollten Stürzen.

Seit 1994 ist die Verwendung von Rückhaltesystemen für Kinder auf allen Sitzen im Auto Pflicht. Trotzdem werden nur zwei Drittel der Kinder entsprechend gesichert transportiert. Die Gefahr, bei einem Unfall getötet oder schwer verletzt zu werden, ist für ungesicherte Kinder sieben mal höher als für Gesicherte. Aus diesem Grund wurde die **„Aktion Känguruh“** ins Leben gerufen. Mit dem Symbol Känguruh wird ein Vergleich zwischen dem Schutz eines jungen Känguruhs im Beutel der Mutter und der Sicherheit der Kinder im Kindersitz gezogen. Vom Kuratorium für Verkehrssicherheit (KfV) geschulte PädagogInnen besuchen Kindergärten und machen die Kinder mit Hilfe des Puppenspiels **„Julia und ihr Kindersitz“** mit dem Thema vertraut. Mit der Demonstration eines Kindersitzes, den die Kinder auch selbst ausprobieren können, wird das erste Känguruh-Erlebnis abgerundet. Damit der Kindersitz nicht so schnell vergessen wird, werden an die KindergartenpädagogInnen Mappen mit Spiel-, Übungs- und Bastelvorschlägen verteilt, die leicht in das Stundenbild eingebaut werden können. Die Bilderbücher **„Gurti, das schlaue Känguruh“** und **„Gurti, das Stofftier“** bleiben ebenfalls in der Kindergruppe, um die Thematik bei den Kindern präsent zu halten. Etwa zwei Wochen nach dem Besuch der BetreuerInnen informieren die „Weißen Engel“ des Kuratoriums für Verkehrssicherheit (KfV) vor den Kindergärten die Eltern über die Kindersitze. An die Kinder werden Känguruh-Kleber verteilt.

Angesichts der bedeutenden Zahl von Skiunfällen ist die Schaffung eines spezifisch ausgerichteten Sicherheitsbewusstseins wichtig. Die Broschüre **„Was ist wichtig, was ist richtig beim Skifahren?“** kann sowohl zur Skikurs-Vorbereitung als auch zum praktischen Training auf Schulsikikursen eingesetzt werden.

Posterserien und Broschüren haben das Ziel, Informationen ansprechend und altersgemäß aufzuarbeiten und die SchülerInnen zu einer aktiven Bearbeitung der Thematik mit eigenen Ideen, Projekten und Teamarbeit zu motivieren. Die Serie „**Helfen und Sichern**“ versucht, durch wiederholtes Einüben zu vermitteln, wie man Fehler beim Turnen richtig abfangen kann, wie man seine Aufmerksamkeit, sein Reaktionsvermögen und sein Sozialverhalten den MitschülerInnen gegenüber trainieren kann.

- **„Helfi – hilft Dir helfen“**

Das Helfi-Programm des Österreichischen Jugendrotkreuzes für Kinder der Volksschule und der Allgemeinen Sonderschule sowie für LehrerInnen dieser Schulen soll dazu beitragen, die Zahl der Unfälle zu verringern und Kinder, soweit dies in ihren Kräften steht, zu befähigen, bei Unfällen richtige Sofortmaßnahmen zu treffen. Das Materialpaket besteht aus: Schülerheft mit elf flexiblen Unterrichtseinheiten, Begleitheft für LehrerInnen, Plakat, Aufkleber, Ausweis für „Früh Helfer“ und fünfminütigen Impulsfilmen zu den Unterrichtseinheiten.

Zusätzlich zu diesem Programm gibt es vom Österreichischen Jugendrotkreuz u. a. Arbeitsblätter für LehrerInnen, die sich mit Themen wie Blut, Missbrauch u. v. m. beschäftigen.

- **Weitere Beispiele für Maßnahmen auf dem Gebiet der Verkehrssicherheit**

Im „Jahr des Kindes“ (1979) erblickte **HELMI** als Leitfigur der Verkehrserziehung das Licht der Welt. Die Zielsetzung der Fernseh-Sendereihe ist es, Kinder zu sicherem Verhalten im Verkehr anzuleiten. Gleichzeitig werden aber auch die Eltern über Probleme der Kinder informiert. Die Tipps sind jeweils in abgeschlossene Geschichten eingebunden. Die regelmäßige 5-Minuten-Sendung im ORF, die auf die Initiative des Kuratoriums für Verkehrssicherheit (KfV) zurückgeht, gibt es seit Herbst 1981. Bis dahin erschien HELMI in Inserts aber auch in kürzeren Puppen-Spots. HELMI ist die einzige regelmäßige Fernsehsendung für Kinder, die sich mit dem Schwerpunkt Verkehrssicherheit beschäftigt (KURATORIUM FÜR VERKEHRSSICHERHEIT, 1997). HELMI wird jeden Samstag um 7:55 in ORF 1 ausgestrahlt. Inzwischen gibt es eine eigene Helmi-Homepage (www.helmi.at), in der Kinder Spiele, Informationen, Tipps usw. finden und Ideen austauschen können.

Seit 1.9.1998 sind **Sicherheitspiegel für Schülerbusse** zwingend vorgeschrieben, welche es dem Fahrer ermöglichen, den Türbereich vollständig einzusehen. Gleichzeitig wurde beschlossen, dass die **Innenbeleuchtung von Schulbussen** erst dann erlöschen darf, wenn die Türen vollständig und ordnungsgemäß geschlossen sind. Damit soll verhindert werden, dass Kinder sich unbemerkt in der Tür verhängen und mitgeschleift werden. Bisher war es erlaubt, in Kleinbussen für den Schülertransport mehr als acht, jedoch nicht mehr als 14 Kinder oder maximal zwölf Kinder und eine erwachsene Begleitperson (außer dem Lenker) zu befördern. Seit 1.1.1999 darf **pro Sitz nur mehr ein Kind** transportiert werden, wodurch nunmehr auch die Verpflichtung besteht, dass die Kinder in ihren Sitzen gesichert sein müssen (Gurtenpflicht). Weiters ist eine Regelung in Planung, welche vorsieht, dass alle **Schulbusse mit blinkenden Tafeln** ausgestattet werden müssen, um die VerkehrsteilnehmerInnen auf den Schulbus aufmerksam zu machen, wenn dieser hält, um Kinder ein- oder aussteigen zu lassen. Die Schulbusse müssen teilweise in nicht ausgebauten Haltestellen stehenbleiben. Da Kinder anders als Erwachsene reagieren, sich weniger gut konzentrieren können und oft auch nicht in der Lage sind, die Geschwindigkeit des Autos richtig abzuschätzen, wurde die Verkehrssicherheitskampagne „**Brems Dich ein**“ ins Leben gerufen. Sie soll die „Stärkeren“ im Verkehrsgeschehen zu mehr Rücksichtnahme auf die „Schwächeren“ ermuntern (BM FÜR WISSENSCHAFT UND VERKEHR, Stand November 1998).

An **Österreichs Schulen** ist Verkehrserziehung Unterrichtsgegenstand von der 1. bis zur 4. Schulstufe, in Allgemeinen Sonderschulen auch in der 5. Schulstufe als „Verbindliche Übung“ vorgesehen. Jeweils 40 Stunden im Jahr werden die Jüngsten auf die Gefahren im Straßenverkehr aufmerksam gemacht. In der 1. Klasse an einer Hauptschule oder AHS besteht die Möglichkeit, Verkehrserziehung als unverbindliche Übung im Ausmaß einer Wochenstunde zu belegen. In der Aktion „**Mach Dich sichtbar**“ sollen SchülerInnen dazu animiert werden, auf der Straße reflektierende Materialien zu tragen, denn diese erhöhen die Sichtbarkeit für KraftfahrerInnen auf weite Distanzen. Im Rahmen der Aktion „**Sicherer Schulweg**“ wird in Form eines SchülerInnenwettbewerbes und eines Wettbewerbes für die Eltern das Thema Schulweg unterschiedlich aufgearbeitet. Richtiges Verhalten am Schulweg wird auch bei Elternabenden thematisiert. Rechtzeitig zur Schuleinschreibung erhalten alle Eltern den Folder „Die Schule steht vor der Tür“. Das **Moderatorinnen- und Moderatoren-Handbuch für Elternabende** aus Verkehrserziehung soll als Informationsquelle und Gestaltungsunterlage dienen und ist bis zur 5. Schulstufe einsetzbar. Es richtet sich an die Eltern in ihrer Funktion als VerkehrserzieherInnen und KraftfahrerInnen. Für die 6. bis 8. und die 10. bis 12. Schulstufe gibt es keinen Unterrichtsgegenstand Verkehrserziehung. Das BMUK hat deswegen eine **Projektmappe „Verkehrserziehung“** herausgegeben.

Die Österreichische **Radhelminitiative**, welche von 1992–1998 durchgeführt wurde, hatte eine verstärkte Anwendung des Radhelms zum Ziel. Es wurden verbilligte Helme an SchülerInnen abgegeben sowie Plakate und Kinospots eingesetzt. SportfachhändlerInnen erhielten Informationsunterlagen, aber auch Plakate für die Auslage. Schulen und Betriebe wurden für ihre Aktionen Medienpakete zur Verfügung gestellt. Laut Bericht des Instituts Sicher Leben hat sich die Zahl aller RadfahrerInnen mit Helm von drei auf elf Prozent erhöht. Dadurch bleiben jedes Jahr rund 500 RadlerInnen zum Teil schwere Kopfverletzungen erspart. Bei Kindern wirkten sich die Aktionen schlagartig aus, denn die Zahl junger „Helmis“ stieg sprunghaft von sechs auf 43 Prozent. Mehr als jedes dritte Kind radelt somit mit Helm. Bei den Jugendlichen und Erwachsenen ist die Entwicklung weniger zufriedenstellend. Die Zahl der HelmträgerInnen stieg hier nur von drei auf acht Prozent (BM FÜR WISSENSCHAFT UND VERKEHR, Stand September 1999).

Das Programm „**Kids-Mobil**“ wird im Rahmen eines halben Tages, der ganz der Verkehrserziehung gewidmet ist, vom ÖAMTC für Kindergärten angeboten. Im Mittelpunkt steht die Förderung von Gleichgewicht, Koordination und Bewegungssicherheit. Basis dafür bilden ein Geschicklichkeitsparcours für Dreiräder und Laufroller, Verkehrsampeln aus Holz, Übungsgeräte zur Schulung des Gleichgewichts und eine Malecke. Voraussetzung für die Anforderung des Kids-Mobil ist die Teilnahme an einem vom ÖAMTC organisierten Verkehrserziehungsseminar für KindergartenpädagogInnen. Weiters bietet der ÖAMTC einen „**Fun Park**“ für sportbegeisterte Schulen und LehrerInnen der 4. bis 9. Schulstufe an. Er teilt sich in drei Stationen: Inline-Skaten, Indoorklettern und Mobilität auf Rad und Rollen. Die Kinder und Jugendlichen können unter professioneller Anleitung in diese Sportarten hineinschnuppern. Ziel der Aktion ist es, Kinder, Jugendliche und LehrerInnen spielerisch den Umgang mit alternativen Fortbewegungsmitteln zu lehren und dadurch auch für mehr Sicherheit im Straßenverkehr zu sorgen (KURATORIUM FÜR VERKEHRSSICHERHEIT, 1997). Weiters hat der ÖAMTC unter dem Motto „Lernen durch Erleben“ zahlreiche Aktionen wie beispielsweise **Blick & Klick**, **Hallo Auto**, **Top Rider** und **Mega Bike – Wer ist Meister auf zwei Rädern?** im Programm. Verschiedene Altersgruppen werden entsprechend auf die Verkehrssicherheit aufmerksam gemacht. Der ARBÖ bietet u. a. einen Radübungsplatz in der Wiesen (23. Bezirk), eine **RadfahrerInnenschule**, ein **Puppomobil** und **Elternabende** unter dem Motto „Kind und Verkehr“ an.

9.3.5 Suchtprävention und Aufklärung

● Projekt „Spielzeugfreier Kindergarten“

Der „Spielzeugfreie Kindergarten“, entwickelt von SCHUBERT und STRICK (1996) ist ein primärpräventives Projekt zur Lebenskompetenzförderung im Kindergarten. Ausgangsbasis war die Überlegung, dass kindliche Lebensräume in unserer Leistungsgesellschaft zunehmend eingeschränkt werden, und Kinder verstärkt mit einem übermäßigen Konsumangebot konfrontiert sind.

Dieses Projekt der Informationsstelle für Suchtprävention (ISP) unter wissenschaftlicher Begleitforschung des Österreichischen Institutes für Berufsbildungsforschung (ÖIBF) erstreckte sich über drei Monate. Die Versuchsgruppe befand sich in der Ettenreichgasse und die Kontrollgruppe in der Schloßhoferstraße. In den drei Monaten wurde jegliches vorgefertigte Spielzeug aus den Kindergruppen entfernt. Die Kinder wurden auf diese Phase sorgfältig vorbereitet. Während dieser Zeit sollten sie verstärkt lernen, selbstbestimmte Erfahrungen zu machen, ihre sozialen Kompetenzen zu erweitern und kollektive Lösungen für Probleme zu finden. Die KindergartenpädagogInnen hatten einerseits eine spielanleitende und andererseits eine beobachtende Rolle.

Ergebnisse: Es konnte festgestellt werden, dass die Kinder der Versuchsgruppe einen signifikanten Zugewinn an Lebenskompetenz in den Bereichen soziale Interaktion, Kreativität, Expressivität von Bedürfnissen und Gefühlen, Konfliktlösungsfähigkeit, Empathie und Selbstvertrauen hatten. Zusätzliche Kompetenzgewinne bezogen sich auf die Bereiche Geduld, Geschlechtsrollenflexibilität, Konfliktlösungsfähigkeit und Frustrationstoleranz.

Mit diesem Projekt konnte gezeigt werden, dass durch eine konsequent vorbereitete und detailgetreue Durchführung des theoretischen Konzepts sowie Begleitung durch die Präventionsfachstelle wesentliche, suchtpreventive Aspekte bereits im Vorschulalter gefördert werden können und zwar durch:

1. Stärkung der Beziehungsfähigkeit,
2. Stärkung der Wahrnehmung persönlicher Bedürfnisse und des Selbstvertrauens,
3. Förderung der Kreativität und des kritischen Denkens,
4. Stärkung der Frustrationstoleranz und der Spielfähigkeit (ACKER, 1998).

● Frühförderung und Suchtprävention in der Integrationsgruppe

Die untersuchte Gruppe setzte sich zusammen aus: KindergartenpädagogInnen, SonderkindergartenpädagogInnen und HorterzieherInnen, die die Integrationsgruppen (Integration behinderter Kinder in eine Gruppe nicht behinderter) leiten, sowie PsychologInnen, die in ihrer Arbeit immer wieder mit „Integrationskindern“ und deren Familien zu tun haben.

Auf der Elternebene finden sich folgende suchtgefährdende Momente: Die überforderte Mutter, zwischen Pflege, Therapien und Arztbesuchen mit dem behinderten Kind und den Bedürfnissen der anderen Familienmitglieder hin- und hergerissen, leidet oft unter Ängsten und Schuldgefühlen. Der Konsum von Tabletten zur Aktivierung oder Beruhigung ist hier ein häufig auftretendes Problemlösungsmuster. Auch der vereinsamte Vater kann durch Flucht in die Arbeit oder in den Alkohol versuchen sich zu beruhigen.

Auf Kinderebene gilt es, die Entwicklung der Geschwisterkinder von behinderten Kindern im Auge zu haben. Die suchtpreventive Arbeit mit dem behinderten Kind bezieht sich vor allem auf die Förderung der größtmöglichen Selbstständigkeit. Die Förderung des Kindes hängt von der Schwere der Beeinträchtigung ab und hat die Entwicklung der größtmöglichen Lebenskompetenz zum Ziel.

KindergartenpädagogInnen der Integrationsgruppe sollen darauf achten, dass keine Bevorzugung von behinderten oder nichtbehinderten Kindern stattfindet. Eine Integrationsgruppe kann einen geschützten Rahmen bieten, der den Kindern unter anderem ermöglichen soll, ein hohes Maß an Lebensfreude und Selbstwert zu erwerben (BIEGLER-VITEK, 1998).

● Weitere Aktivitäten im Rahmen der Suchtprävention im Kindergarten

Die ISP (Informationsstelle für Suchtprävention) veranstaltete 1998 mehrtägige Fortbildungen für KindergartenpädagogInnen und HorterzieherInnen der Wiener Kinderfreunde sowie für die mobilen SonderkindergartenpädagogInnen der MA 11 (Tab. 8). Weiters gestaltete sie Seminare für HorterzieherInnen des 17. und 18. Bezirks und betreute zwei Arbeitskreise von KindergartenpädagogInnen sowie einen Arbeitskreis der HauptschulhorterzieherInnen der MA 11. Schließlich beantwortete die ISP zahlreiche Anfragen von KindergartenpädagogInnen zum Projekt „Spielzeugfreier Kindergarten“. Der zweisemestrige Lehrgang „Suchtvorbeugung im Kindergarten und Hort“ fand 1998 zum vierten Mal statt. Um die Suchtprävention im Kindergarten stärker zu verankern, bildete die ISP vier SonderkindergartenpädagogInnen und FortbildungsreferentInnen im Rahmen des Lehrgangs „Train the Trainer“ zu ReferentInnen aus. Dieses Konzept wurde 1999 umgesetzt. Von den vier ReferentInnen stehen nun zwei als ReferentInnen für Elternabende der MA 11 zur Verfügung. Diese MultiplikatorInnen werden von der ISP laufend inhaltlich beraten und durch Supervision unterstützt (ISP, o. J.).

Tabelle 8: Auszug aus dem Tätigkeitsbericht der ISP, 1999

Tätigkeiten	Anzahl	Stunden	TeilnehmerInnen
Fortbildungsseminare	44	211,0	278
Elternarbeit	3	6,0	192
Beratung von KindergartenpädagogInnen	1	2,0	2
Elternberatung	3	1,5	3

Quelle: Verwaltungsbericht 1999 der ISP; MA15 – Gesundheitswesen, Referat V/1

● Modulentwicklung mit dem Gymnasium Schopenhauerstraße

Im Rahmen des Netzwerkes der WHO „Gesundheitsfördernde Schulen“ entwickelten die teilnehmenden Schulen verschiedene Module, von welchen eines „Suchtprävention“ ist. Im Gymnasium Schopenhauerstraße wurde dieses Projekt, von der ISP unterstützt, durchgeführt. Seit 1997 ist in jedem Schuljahr eine Woche vor den Semesterferien das Modul „Suchtprävention“ in Form einer Projektwoche fixer Bestandteil des Unterrichts aller 3. Klassen.

Die erste durchgeführte Projektwoche begann mit dem Elternworkshop zum Thema „Miteinander genießen“. Parallel dazu wurden die SchülerInnen vorbereitet. An den ersten drei Tagen der folgenden Woche nahmen die SchülerInnen an Workshops teil, die in Form von „Stationen“ angeboten wurden. So gab es z. B. ein Inselspiel, in dem die Kinder die eigenen Grenzen und die Grenzen der anderen erfahren oder in Form von Rollenspielen ihr Handlungsspektrum in Konfliktsituationen ausprobieren und erweitern konnten. Die Erfahrungen wurden abschließend dokumentiert. Ein Ergebnis war, dass sich die Buben wesentlich weniger intensiv beteiligten als die Mädchen. Deshalb wurde im darauffolgenden Jahr der Schwerpunkt auf die geschlechtsspezifisch orientierte Durchführung und Aufarbeitung des Themas gesetzt (ISP, o. J.).

● Weitere ausgewählte Aktivitäten im Rahmen der Suchtprävention (in Schulen)

1998 lag der Schwerpunkt der Schularbeit auf Bezirksebene: Im **22. Bezirk** wurden gemeinsam mit der Bezirksvorstehung, dem Regionalforum und der Drogenberatungsstelle DIALOG zwei parallele Fortbildungslehrgänge aller Schulstandorte und -typen (außer Volksschulen) organisiert. Im **3. Bezirk** begleitete die ISP den Arbeitskreis der AHS-LehrerInnen, an dem VertreterInnen aller AHS im Bezirk und die Bezirksschulinspektorin teilnahmen. Im

9. Bezirk konnte das Projekt „Schule als gesundheitsfördernder Lebensraum“ an allen Volksschulen im Bezirk verankert werden. Im Rahmen dieses Projektes wurden im Schuljahr 1998/99 DirektorInnen, Eltern und LehrerInnen fortgebildet.

Gemeinsam mit dem LehrerInnenteam des Theaters der Jugend erarbeitete die ISP zum Stück „Trainspotting“ eine Broschüre, die der Unterstützung bei der Aufarbeitung des Stückes und bei der Durchführung von Projekten dient. Im Pädagogischen Zentrum der Universität Wien wurde eine Fortbildung mit AHS-LehramtskandidatInnen durchgeführt, und das Team der AHS-SchulpsychologInnen wurde geschult. Telefonische Elternberatungen wurden für AHS-ElternvereinsvertreterInnen angeboten, ferner telefonische Beratungen bei Problemfällen. Die Anzahl beider ist leicht rückläufig (Tab. 9).

Auch **1999** standen in der schulischen Tätigkeit der ISP neben standortbezogenen Fortbildungen und Projektberatungen regional vernetzte Präventionsveranstaltungen im Vordergrund. Besonders hervorzuheben sind die Projekte im **22. Bezirk**, in welchem die ISP mit der Koordination und Durchführung einer vernetzten Fortbildung für LehrerInnen aller Schultypen beauftragt wurde und der **9. Bezirk**, in dem das zweijährige Projekt „Schule als gesundheitsfördernder Lebensraum“ für alle fünf Volksschulen durchgeführt wird. Ziel dieses Projektes ist es, alle PartnerInnen an der Volksschule sowie die Eltern einzubinden (ISP, 1999).

Tabelle 9: Auszug aus dem Tätigkeitsbericht der ISP, 1999

Tätigkeiten	Anzahl	Stunden	TeilnehmerInnen
Fortbildungsseminare	44	211,0	278
Projektberatung, schulisch	20	38,0	40
Elternarbeit	3	6,0	192
LehrerInnenberatung	3	4,5	7
Elternberatung	3	1,5	3
DiplomandInnen-/SchülerInnenberatung	10	13,0	9

Quelle: Verwaltungsbericht 1999 der ISP: MA15 – Gesundheitswesen, Referat V/1

● Aufklärung für die 6. und 7. Schulstufe „Love Talk“

Durchgeführt wurde dieses Projekt an der Allgemeinen Sonderschule in der Petrusgasse 10 im 3. Bezirk im Schuljahr 1997/98. SchülerInnen und Eltern waren die Zielgruppen. Die Ziele waren u. a.: (1) die Kommunikation zwischen Eltern und LehrerInnen sowie zwischen Eltern und Kindern zu fördern; (2) die altersadäquate Aufklärung; (3) Vermittlung des Körper- und Gesundheitsbewusstseins; (4) die Prävention in Bezug auf sexuelle Gewalt, AIDS und Krankheiten; (5) Lernen, Gefühle zu erkennen, zu benennen und mit ihnen umzugehen und (6) wurde behandelt und vermittelt, wie man für andere Verantwortung übernehmen kann.

Umgesetzt wurde das dreiwöchige Projekt in Form von Lehrausgängen (Spital, GynäkologIn/UrologIn, AIDS-Haus, Beratungsstellen), Workshops (Hebamme, Kinder- und JugendanwältIn, Babypflege, Prävention und sexueller Missbrauch, Liebe, Partnerschaft, Verhütung, u. v. m.). Abschließend präsentierten die SchülerInnen die Ergebnisse.

9.3.6 Fonds Gesundes Österreich

Im Februar 1998 hat der Nationalrat das Gesundheitsförderungsgesetz (BGBl. 51/1998) beschlossen, mit dem in den Jahren 1998 bis einschließlich 2000 jeweils 100 Millionen Schilling aus Vorwegabzügen beim Aufkommen der Umsatzsteuer für Zwecke der Gesundheitsförderung bereitgestellt werden. Die Verwaltung der Mittel wird vom Fonds Gesundes Österreich vorgenommen, der zu diesem Zweck seine Satzung entsprechend geändert hat und mit deren neuer Aufgabenstellung am 1.10.1998 seine Tätigkeit aufgenommen hat. Der Fonds Gesundes Österreich hat detaillierte Kriterien und transparente Rahmenbedingungen für Projekte entwickelt, welche die Projekt-einreicherInnen unterstützen.

9.3.6.1 Projektdokumentation 1997 (ausgewählte Wiener Projekte)

● Jugend-Aids-Hilfe

Die Aids-Hilfe Wien unter der Projektleitung von Mag. Bernhard Fink organisierte dieses Projekt

Projektbeschreibung: Rekrutierung, Aus- und Weiterbildung von „peers“ (Jugendlichen); regelmäßige Betreuung und Supervision des Teams. Abhaltung von dreiteiligen Workshops unter Gleichaltrigen mit folgenden inhaltlichen **Schwerpunkten:**

- Medizinische Grundlagen
- Psychosoziale Rahmenbedingungen
- Praktische Umsetzung

Methodische Elemente: Vortrag, Diskussionen, Rollenspiel, praktische Übungen, Einsatz audiovisueller Medien, Öffentlichkeitsarbeit, Projektadministration.

● Suchtprävention Schule

TeilnehmerInnen dieser Projekte waren der Elternverein GRG 23, die Bezirksvertretung Liesing, die Grüne Alternative Wien, die Firma Sandoz, die Firma Immuno, die Eltern, die Jugendlichen und die LehrerInnen/DirektorInnen unter der Projektleitung durch den Elternverein GRG 23.

Projektbeschreibung: Einbeziehung von SchülerInnen, LehrerInnen und Eltern in den „Lebensraum Schule“. Grundidee: SchülerInnen, speziell in der Pubertät, nehmen Information unter anderem eher von Gleichaltrigen als von Erwachsenen an. Peers besuchen andere Klassen und sprechen mit MitschülerInnen (allgemein), vermitteln das Gefühl, dass man Drogen u. Ä. nicht braucht, um „erwachsen und chic“ zu sein, lernen „nein“ zu sagen. Alle Beteiligten sollen als MultiplikatorInnen fungieren.

● NANAYA – Beratungsstelle für natürliche Geburt und Leben mit Kindern

Die beteiligten Organisationen waren die NANAYA – Beratungsstelle für natürliche Geburt, das BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie das BM für Jugend und Familie unter der Projektleitung von Mag. Irmgard Fennes.

Projektbeschreibung: Information und Beratung werdender und junger Eltern, Humanisierung der Geburtssituation, Entpathologisierung von Schwangerschaft und Geburt, Begleitung beim Eltern-Werden mit verschiedenen Beratungs- und Gruppenangeboten; Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung.

● Die gesunde Welt der 11-Jährigen

Die beteiligten Organisation war die Wiener Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit (WAV) der Gemeinde Wien unter der Projektleitung von Dr. Irene Kloimüller.

Projektbeschreibung: Der Kinderkontakt ist eine Vereinbarung zwischen Kindern der WAV. Sie übernimmt die Rolle des Mittlers zwischen den Projekten der Kinder und den Stellen, die zur Umsetzung der Projekte beitragen können. Die Gemeinde Wien verpflichtet sich, zur Umsetzung jedes der vorgelegten 16 Projekte beizutragen:

Der Kinderkontakt bezieht sich nur auf die 16 Projekte, die bei der I. Wiener Gesundheitskonferenz am 7. 6. 1994 vorgestellt wurden: „Kurzturnen und Haltungsturnen“, „Schulmöbel – Haltungsschäden“, „Infrastruktur Klasse“, „Essen und Trinken und seine Umgebung“, „Durch dick und dünn“, „Umstiegsproblematik Volksschule – Gymnasium“, „Suchtprävention“, „Altenkontakt und Innenhofbegrünung der Schule“, „Schulweg, Freizeit, Sport“, „Wohnen und Gesundheit“, „Klimainsel“, „Wiener Gesundheits- und Erlebnispark“, „Leben am Bauernhof – eine gesunde Alternative zum Stadtleben“, „...uns gibt es noch“.

● Ronald McDonald-Haus

Das Ronald McDonald-Haus und McDonald's unter der Projektleitung von Helga Swanton organisierten dieses Projekt.

Projektbeschreibung: Direkt gegenüber dem St. Anna Kinderspital, dem Wiener Zentrum für die Behandlung krebskranker Kinder, befindet sich das Ronald McDonald-Haus. Hier können Familien, die aus den Bundesländern oder aus dem Ausland kommen, während der meist mehrere Monate dauernden Behandlung ihres Kindes ein „Zuhause auf Zeit“ finden.

9.3.6.2 Projektdokumentation 1998 (ausgewählte Wiener Projekte)

- **Laktations- und Stillberatung nach Entlassung aus dem Wochenbett im ersten Lebensjahr des Kindes**

Projekteinreicher: Dr. Bruno Ölsböck und Sr. Hannelore Berg

Projektbeschreibung: Dieses Projekt beschäftigt sich mit der Problematik des Stillens nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Stillberatung soll zweimal wöchentlich in einer Kinderarztpraxis durchgeführt werden. Ziel dieser Beratungen ist es, durch die individuelle Unterweisung mit Übungen ein persönliches Stillmanagement zu erarbeiten. Es kann auch die Beratung durch die/den anwesende/n KinderärztIn ergänzt werden. Durch diese Beratung sollen eventuell auftretende Komplikationen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus vermieden werden.

- **Prävention allergischer Erkrankungen im Kleinkindesalter**

Projekteinreicher: a. o. Univ-Prof. Dr. Thomas Frischer

Projektbeschreibung: Dieses Projekt beschäftigt sich mit der Problematik der Hausstaubmilbenbelastung in Haushalten. Die bisherigen Arbeiten auf diesem Gebiet haben wohl ein Präventionspotenzial gezeigt, die Problematik ist jedoch die Anwendbarkeit der Maßnahmen zur Verringerung der Hausstaubmilbenbelastung, ohne dass SpezialistInnen zugezogen werden müssen. Am Ende dieser Studie soll ein leicht durchführbares Programm zur Verringerung der Hausstaubmilbenbelastung im Haushalt stehen, das dazu führen soll, dass Kinder im Vorschulalter seltener an Allergien erkranken. Zusätzlich sollen mittels Labortests Risikogruppen identifiziert werden, um präventive Maßnahmen setzen zu können. Eine Darstellung, wie das „Interventionspaket“ nach dem Ablauf der Studie breite Anwendung finden kann, ist ein weiteres Ziel der Studie.

- **Prävention von nachgeburtlicher Depression – ein Pilotprojekt an drei Wiener Krankenanstalten des KAV**

Projekteinreicher: das Wiener Frauengesundheitsbüro

Projektbeschreibung: Frauen, bei denen ein erhöhtes Risiko – ermittelt durch eine medizinisch-soziodemographische Anamnese, einen international validierten Fragebogen sowie durch ein semistrukturiertes psychosoziales Interview – für eine postpartale, nicht psychotische Depression (PPD) besteht, sollen prä- und postpartal in ein engmaschiges, interdisziplinäres Betreuungsnetz von ÄrztInnen, Hebammen, PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen aufgenommen werden. Um die Wirksamkeit der spezifischen Interventionsmaßnahmen beurteilen zu können, werden Frauen mit erhöhtem Risiko für PPD in eine Interventionsgruppe (n = 250) und eine Kontrollgruppe (n = 250) eingeteilt. Vorrangiges Ziel der Studie ist die Evaluierung der Interventionsmaßnahmen zur Prävention der postpartalen Depression. Die Ergebnisse sollen für Empfehlungen zu primären und sekundären Präventionsmaßnahmen der postpartalen Depressionsverhütung dienen.

- **Ernährungshotline**

Unter dem Motto „Bewusst lebt besser“ bieten der Fonds Gesundes Österreich und der Verein für Konsumenteninformation (VKI) mit der neu eingerichteten Ernährungs-Hotline objektive und firmenunabhängige Informationen über ausgewogene gesunde Ernährung an. Von Mo – Fr von 9:00 bis 15:00 Uhr stehen ErnährungswissenschaftlerInnen unter der Nummer 0810-810227 (Ortstarif aus ganz Österreich) für Anfragen und Auskünfte rund um die Ernährung, von Schlankheitsdiäten über Essen im Berufsleben bis hin zu Säuglings- und Kinderernährung zur Verfügung.

9.3.6.3 Projektdokumentation 1999 (ausgewählte Wiener Projekte)

- **„Blechrauschen und Baumklang“ – Theaterstück**

Projekteinreicherin: Mag. G. Nowotny

Projektbeschreibung: Theaterstück in sechs Akten über zwei Mädchen, die nebeneinander wohnen – eines mit der Mutter, eines mit dem Vater; es bestehen Konflikte zwischen den Kindern (eines von diesen ist Sonderschülerin) und zwischen den Kindern und ihren Elternteilen (der Vater ist Alkoholiker); anschließend Diskussion: Die Kinder sollten über Alkoholismus, Umwelt, Kommunikation usw. reden; Das Stück wird stegreif aufgeführt, wobei die Kinder in allen Szenen miteinbezogen werden können.

● Hör- und Sehtestungen in Wiener Kindertagesheimen

Projekteinreicherin: Dr. Ingrid Pilz (MA 15 – Gesundheitswesen, Referat IV/2)

Projektbeschreibung: Hören und Sehen sind entscheidende Funktionen für die körperliche, geistige und soziale Entwicklung (siehe Kap. 1 ff; Kap. 4.2.2 ff) eines Menschen. Schlecht hörende Kleinkinder lernen verzögert zu sprechen, sie finden dadurch kaum Kontakt zur Umwelt. Sprachstörungen und Lernschwierigkeiten sind die Folge. Wenn Hörstörungen frühzeitig erkannt werden, kann man dem Kind in vielen Fällen helfen. Seit 1975 werden in allen Wiener Kindergärten bei Kindern vom 4. bis 6. Lebensjahr als Vorsorgeuntersuchung kostenlos von der MA 15 Hörtestungen durchgeführt. Dabei wird ein Quick-Check-Audiometer von Vienna-Tone verwendet, das dem rechten und linken Ohr gesondert fünf Frequenzen (6.000–500 Hz) in drei verschiedenen Tonstärken (von 20–60 Db) anbietet.

Früherkennung und Frühbehandlung von Sehfehlern sind äußerst wichtig. So bedarf jedes siebte bis achte Kind im Vorschulalter einer augenärztlichen Behandlung. Seit 1976 werden bei den 3–6-jährigen Kindern in den Wiener Kindertagesheimen Sehtestungen durch Ordinationshilfen der MA 15 kostenlos durchgeführt. Die Sehtestungen werden mit dem Rodenstock-Gerät R 5 vorgenommen. Dieses Sehtestgerät ist für Kinder sehr gut geeignet. Es ermöglicht Schwachsichtigkeit, Schielen oder Störungen des räumlichen Sehens aufzudecken.

9.3.7 Gesundheitspreis der Stadt Wien

Der „Gesundheitspreis der Stadt Wien“ bietet einen Überblick über das kreative Potenzial von Einzelpersonen, Initiativen, Selbsthilfegruppen, Institutionen und Anstalten, die im Gesundheitsbereich tätig sind. Zielsetzung des Gesundheitspreises ist es, herausragende Leistungen im Gesundheitswesen zu würdigen, die Motivation der TeilnehmerInnen zu fördern und neue Anregungen bzw. Antworten auf Probleme des Gesundheitswesens zu finden. Bei dem Ende August ausgeschriebenen Gesundheitspreis 1998 wurden 106 Projekt eingereicht. Insgesamt standen ATS 240.000,– an Preisgeld zur Verfügung: ATS 160.000,– von der Stadt Wien, ATS 30.000,– von der Wiener Arbeiter- und Wirtschaftskammer und ATS 50.000,– von der Wiener Städtischen Versicherung.

9.3.7.1 Ausgewählte PreisträgerInnen 1997

Kategorie „Ambulant“ 1. Preis: Ganzheitliche Geburtshilfe, ambulant und hebammenorientiert

Eingereicht vom Geburtshaus Nußdorf, Krankenanstalt Ges.m.b.H. (Dr. M. Adam)

Vier Hebammen und zwei Gynäkologen haben 1986 den Grundstein für eine geburtshilfliche Einrichtung gelegt, die Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbetreuung durch Hebammen bei jederzeit verfügbarer ärztlicher Hilfe anbietet. Der ganzheitliche Anspruch sowie die Behandlung der werdenden Mütter als Partnerinnen im Geburtshaus Nußdorf werden mittlerweile in den meisten Spitälern angeboten.

Kategorie „Gesundheitsförderung/Prävention“ 2. Preis: Unfallverhütung im Kindesalter – Gesundheitsförderung zwischen Struwelpeter und persönlichkeitsbegleitender Verhaltensbeeinflussung

Eingereicht vom Institut für Sozialmedizin der Universität Wien (Univ.-Prof. Dr. Brigitte Gredler, Univ.-Prof. Dr. R. Schoberberger)

1996 hat das Institut für Sozialmedizin in einer österreichweiten Erhebung 4.270 verunfallte Kinder im Alter von 0–7 Jahren untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass das Unfallgeschehen von zwei Faktoren bestimmt wird: Einerseits vom Lebensalter bzw. Entwicklungsstand des Kindes, andererseits von psychischen Besonderheiten. Die Ergebnisse der Studie sollen Leitfäden sein, Unfälle zu vermeiden, die durch Fehlverhalten der Kinder verursacht werden.

Kategorie „Schule“ (insgesamt wurden drei dritte Preise vergeben) 3. Preis: Gesundes Leben

Eingereicht von der Hauptschule Max Winter-Platz (E. Suminoski)

„Gesundes Leben“ wird seit 1994/95 eine Stunde wöchentlich von einem zweiköpfigen LehrerInnenteam unterrichtet. Die Auswahl der Lerninhalte steht den PädagogInnen frei; sie orientieren sich an den Interessen und Bedürfnissen der Jugendlichen, an schulinternen und schulpartnerschaftlichen Gegebenheiten sowie an der Möglichkeit, außerschulische Fachkräfte einzusetzen. Das Hauptgewicht des Unterrichts liegt auf der Selbstständigkeit der SchülerInnen und dem praktischen Tun.

Kategorie „Schule“ 3. Preis: Spielraum – Gesundheitsförderung in der Volksschule

Eingereicht vom Verein „Gesundheit macht Schule“ (M. Schmalhofer)

In einem Vierjahreszyklus (Begleitung von der 1. bis zur 4. Schulstufe) wird von psychotherapeutisch geschulten Fachkräften ein Modell für präventive Arbeit mit Volksschulkindern entwickelt. Die Verwendbarkeit dieses Modells wird durch folgende Faktoren überprüft: Konkrete Umsetzbarkeit in der Schulpraxis, Umsetzbarkeit durch KlassenlehrerInnen, wissenschaftliche Begleitung durch das Ludwig-Boltzmann-Institut und die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Ergebnisse werden nach Abschluss des 4-Jahreszyklus in einem LehrerInnenhandbuch zusammengefasst und fließen als Schulungsmaterial in die LehrerInnenfortbildung ein.

9.3.7.2 Ausgewählte PreisträgerInnen 1998**Kategorie „Ambulant“ 1. Preis: MigrantInnen-Kinder: Ein Teil der österreichischen Zukunft**

Eingereicht von: Univ. Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters (Univ.-Prof. Dr. Max Friedrich und Dr. Akkaya Türkan; AKH)

In der Arbeit mit türkischen Familien wurde festgestellt, dass diese Familien aufgrund ihres Mangels an Wissen und Sozialisationsmöglichkeiten nicht in der Lage sind, richtige Problemlösungen zu entwickeln. In einer Vortragsreihe in Zusammenarbeit mit türkischen Vereinen, Beratungsstellen und Schulen wurde im Rahmen von Diskussionsabenden auf wichtige Probleme hingewiesen.

Kategorie „Stationär“ 3. Preis: Familienpflegewohnheim

Eingericht von Hana Walter.

Der Projektversuch zur Gründung eines neurologischen Familienpflegewohnheimes für Kinder, Jugendliche und Erwachsene soll das Ertragen von Schicksalsschlägen, z. B. Familienvater wird durch einen Unfall zum Pflegefall, erleichtern. Die Betreuung soll in kleinen Gruppen von etwa fünf gleichgelagerten Fällen erfolgen, um eine annähernd familiäre Situation zu erreichen. Diese Gemeinschaft könnte im Trakt einer vorhandenen Institution (Pflegeheim, neurologische Rehabilitationsabteilung) untergebracht werden und hätte den Vorteil, dass vorhandene Einrichtungen ohne große Investitionen für den Probelauf genützt werden könnten.

Kategorie „Gesundheitsförderung/Prävention“ 1. Preis: AIDS-CD-ROM

Eingereicht von der Höheren Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe (Prof. Mag. Molin), 1190 Wien.

Durch aktives Auseinandersetzen der SchülerInnen mit dem Thema AIDS wurde im Projektunterricht Problembewusstsein im umfassenden Sinn geschaffen. Die von der Zielgruppe formulierten Fragen beinhalten medizinische, psychosoziale, ökonomische, gesellschaftliche und persönliche Aspekte zum Thema AIDS. Nicht nur medizinische Aufklärungsarbeit alleine, sondern vor allem die kompetente Beantwortung von über 200 aus der Zielgruppe stammenden Alltagsfragen zum Thema AIDS waren das Ziel. Das Projekt hat sich zur Aufgabe gestellt, unter kombinierter Verwendung der aktuellen Computermedien CD-ROM und Internet, den Informationsfluss zwischen AIDS-SpezialistInnen aus Medizin und Sozialdiensten einerseits und Jugendlichen andererseits zu optimieren.

Kategorie „Gesundheitsförderung/Prävention“ 2. Preis: Interdisziplinäre Frühförderung und Familienbegleitung – Das Wiener Modell

Eingereicht von der Mobilen Frühförderung der Wiener Sozialdienste (Dr. Harms).

Das Projekt Mobile Frühförderung wurde 1991 von der Koordinationsstelle der Arbeitsgemeinschaft Frühförderung bei den Wiener Sozialdiensten ins Leben gerufen und hat sich seither zu einem eigenständigen Bereich der Wiener Sozialdienste mit mehr als 30 MitarbeiterInnen an zwei Standorten entwickelt. Kostenträger ist die MA 12.

Mobile Frühförderung dient der Förderung von Kleinkindern, die entwicklungsverzögert, behindert oder von einer Behinderung bedroht sind, sowie der Unterstützung, Begleitung und Beratung der Eltern bzw. Familien dieser Kinder. Die Betreuung findet zu Hause, in der vertrauten Umgebung von Kind und Familie statt.

Kategorie „Schule/Jugend“ 1. Preis: Integrationsunterstützung

Eingereicht von der Österreichischen Autistenhilfe (Mag. Eva Schneider)

Im Raum Wien läuft seit 1995 das Projekt „Integrationsunterstützung“. Hier werden Ausbildungsmaßnahmen für angehende Fachleute und Unterstützungsleistungen für Menschen mit autistischer Wahrnehmung gleichzeitig erbracht. Vorrangiges Ziel ist es, Kindern mit autistischer Wahrnehmung einen „normalen“ Kindergarten- oder Schulbesuch zu ermöglichen, anstatt wie sonst sehr oft üblich, diese in Schwerstbehindertenklassen unterzubringen, wo sie nur wenige Möglichkeiten zur persönlichen Entfaltung haben.

Kategorie „Schule/Jugend“ 2. Preis: Pferde helfen Menschen

Eingereicht vom Verein für Hippotherapie (Dir. Gundula Hauser)

Der Verein „Initiative Hippotherapie – Pferde helfen Menschen“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, die praktische Durchführung von therapeutischem Reiten zu ermöglichen. Dazu ist einerseits die Bereitstellung der Pferde und einer Reithalle sowie die finanzielle Absicherung, andererseits die zeitliche Organisation der PhysiotherapeutInnen und HeilpädagogInnen bzw. die Zusammenarbeit beider nötig. Dadurch wird es ca. 200 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen möglich, regelmäßig eine ganzheitliche Therapieform zu erhalten.

Kategorie „Schule/Jugend“ 3. Preis (zweimal verliehen): Wiener Netzwerk – Gesundheitsfördernde Schulen (siehe Kap. 9.3)

Eingereicht vom GFZ-Gesundheitsförderungszentrum (Mag. Eva Mitterbauer)

Die ausschließlich personenbezogenen Ansätze der Gesundheitserziehung greifen zu kurz, daher soll das umfassende Konzept der Gesundheitsförderung im Sinne der WHO umgesetzt werden. 1996/97 wurde das „Wiener Netzwerk – Gesundheitsfördernde Schulen“ gegründet. Durch die Vernetzung mehrerer Wiener Schulen, die Einrichtung einer Projektleitung sowie gemeinsame Informations- und Fortbildungsveranstaltungen sollen die Zielsetzungen erreicht werden.

Kategorie „Schule/Jugend“ Sonderpreis: Rudi, der Bär und seine Klasse

Eingereicht von der Volksschule Maria Regina (Birgit Wallner)

Rudi der Bär schafft die Möglichkeit, Gesundheitsthemen kindgerecht zu präsentieren und auf amüsante Weise mit den Kindern zu erarbeiten.

„Grüß Euch, ich bin Rudi, der Bär! Ich bin eine Handpuppe und schon seit der Volksschule ein ständiger Begleiter der Kinder. Mir liegt eines besonders am Herzen, nämlich die Gesundheit der Kinder. Ich zeige ihnen, welche Lebensmittel gesund sind, welche sie oft essen und was sie nur sehr selten essen sollten. Oft schaue ich mir ihre mitgebrachte Jause an, dann besprechen wir gemeinsam, ob sie ein „Fitmacher“ oder ein „Schlappmacher“ ist. Wenn Kinder Fragen haben, schreiben sie mir ein kleines Briefchen und stecken es in meinen Rucksack. Während der Unterrichtsstunden beobachte ich die Kinder, ob sie richtig sitzen und ihre Nase zu tief in ihre Bücher stecken. Wenn sie schon recht zappelig sind, dann machen wir eine Pause und turnen gemeinsam. Und wenn wir ein Problem haben besprechen wir es“.

9.3.7.3 Ausgewählte PreisträgerInnen 1999**Kategorie „Ambulant“ 3. Preis: Ambulante Psychotherapie und Gesundheitsberatung für Frauen, Kinder und Familien mit Schwerpunkt Migration und Kultur**

Eingereicht von Miteinander Lernen – Birlikte Ögrenelim (J. Hanser)

Der Verein bietet seit 1983 folgende Leistungen an: Deutsch- und Alphabetisierungskurse mit gleichzeitiger Kinderbetreuung; Sozial-, Erziehungs-, Gesundheits- sowie frauenspezifische Beratung; Psychotherapie für Kinder, Erwachsene und Familien, Selbsterfahrungsgruppen; Informationsveranstaltungen und eine Bibliothek.

Kategorie „Stationär“ 1. Preis: Family nursing im stillfreundlichen Krankenhaus Semmelweis-Frauenklinik

Eingereicht von der Ignaz Semmelweis-Frauenklinik der Stadt Wien (Dir. E. Kepte)

Ziel des Projektes „Family nursing“: die einheitliche Information und Betreuung von Familien, Klarheit über AnsprechpartnerInnen für die Wöchnerinnen und das Team, Wahrung der Selbstbestimmung und des Mitspracherechtes der Frau, effizienter Personaleinsatz und Arbeitsablauf, Sicherheit und Geborgenheit für die Frauen, subjektive Zufriedenheit für die Wöchnerinnen und das interdisziplinäre Team.

Kategorie „Gesundheitsförderung/Prävention“ 1. Preis: Lachen ist gesund

Eingereicht vom Verein CliniClowns (Dr. S. Rödler)

Ziel der 1991 gegründeten „Clowns im Spital“ ist es, schwerst und chronisch kranke Kinder mit Hilfe der „Lachtherapie“ zu betreuen. Wissenschaftlich ist bewiesen, dass Lachen zur Förderung des Heilprozesses von Krankheiten beiträgt. Allein im AKH werden pro Jahr 1.300 Kinder von den „CliniClowns“ besucht, darunter ungefähr 30 Prozent Fremdsprachige.

Kategorie „Gesundheitsförderung/Prävention“ 2. Preis: Suchtvorbeugung im regionalen Netzwerk

Eingereicht von der Drogenberatung „Change“ (G. Juhnke)

Das Projekt wird im Rahmen des Gürtelvitalisierungskonzeptes „Urban plus“ zwischen August 1998 und 2000 realisiert und wird auch von der EU gefördert. Es gibt zwei Schwerpunkte: Betreuung, Beratung und Therapie für junge Menschen mit Suchtproblemen sowie regionale Vernetzung, Fortbildungsangebote für MultiplikatorInnen, Projektberatung, -begleitung und -durchführung. Im Herbst 1999 wurde eine LehrerInnenfortbildung mit 15 Hauptschulen aus dem 15. und 16. Bezirk durchgeführt. Die Zusammenarbeit mit Schulen und Jugendeinrichtungen spielt eine zentrale Rolle.

Kategorie „Gesundheitsförderung/Prävention“ 3. Preis: Zahngesundheitsförderung Wien

Eingereicht vom Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA) (Mag. Ertl)

Mit dem Programm „Gesunde Zähne kinderleicht“ soll ab Februar 2000 Zahngesundheitsförderung in Wien im 2. und 20. Bezirk positiv erlebbar und erfahrbar gemacht werden. In Kindergärten und Volksschulen umfasst das Programm Kindergruppenprophylaxe, zahnpädagogische Untersuchungen sowie Gruppenprophylaxe mit Eltern und Schwangeren.

Kategorie „Schule“ 1. Preis: Vorsorgen statt versorgen

Eingereicht vom Bundesrealgymnasium XIX, Krottenbachstraße (Mag. G. Sams)

Mit dem Ziel, SchülerInnen und Eltern die Bedeutung eines gesundheitsorientierten Bewegungsunterrichtes bewusst zu machen, wurde im Schuljahr 1995/96 das Projekt „tägliche Turnstunde“ gestartet. Inzwischen nehmen vier Klassen, jeweils eine pro Jahrgang in der Unterstufe, mit insgesamt 104 SchülerInnen teil. Angestrebt wird auf der Grundlage eines Rahmenlehrplanes den Schülern gesundheitliche Aspekte einer „lebenslänglichen Bewegungskultur“ zu vermitteln.

Kategorie „Schule“ 3. Preis: CRY – Aufschrei gegen Drogen

Eingereicht vom Brigittener Gymnasium, Unterberggasse (Prof. Mag. E. Lotterstätter)

Das Musicalteam (14–19-jährige SchülerInnen der Oberstufe und einige ProfessorInnen) wurde vom Vienna NGO Committee on Narcotic Drugs (UNO) angeregt, zum Weltdrogentag am 26. Juni 1999 ein Stück zu schreiben, das sich mit dem Thema Drogen auseinandersetzt. Das Projekt richtet sich gleichermaßen an Konsumierende als auch an Nichtkonsumierende, Konsum-Interessierte, „ProbiererInnen“, LehrerInnen, Eltern und ErzieherInnen. Die Jugendlichen, die am Musical mitgewirkt haben und jene, die das Stück gesehen haben, sollen als Multiplikatoren gegen Drogenkonsum auftreten.

9.3.8 Staatspreis Wirtschaftsfilm 1999: Kinder-Unfallverhütungs-Video der Sozialversicherung

Das von der Sozialversicherung in Auftrag gegebene Video „Hallo hier bin ich – aber sicher“, welches die Vermeidung von Unfällen im Kindesalter zum Ziel hat, wurde am 3. Mai 2000 mit dem Staatspreis Wirtschaftsfilm 1999 ausgezeichnet. Die Entwicklung und Produktion des Videos ist ein weiterer Baustein im Gesamtkonzept der Unfallverhütung und Prävention der sozialen Krankenversicherung. Die Abwicklung des Projektes oblag dem Kuratorium für Verkehrssicherheit – Institut Sicher Leben. Die Hauptrollen spielen – wie im realen Leben – auch hier die Kleinen: Max, Birgit, Geri und Sarah treffen sich auf dem Spielplatz und erzählen einander Aufregendes und Lustiges davon, wie ihre Eltern das Zuhause sicherer machen.

Resümee

Im Wiener Raum wurde in den letzten Jahren eine Vielzahl von gesundheitsfördernden Programmen, Kampagnen und Einzelaktionen durchgeführt: Größtenteils sind diese über das Internet (z. B. www.give.or.at; www.fgoe.org; www.wien.gv.at) abrufbar.

Die häufig nicht gestellte und daher auch nicht beantwortete Frage der Effizienz der gesetzten Maßnahmen weist einmal mehr auf die Bedeutung von noch zu intensivierenden Anstrengungen auf dem Gebiet der Evaluation von gesundheitsfördernden Projekten hin.

Durch die Schulautonomie und den Grundsatzterlass Gesundheitserziehung des BMUK (1997) ist die schulische Gesundheitsförderung zentraler Bestandteil pädagogischen Handelns geworden. Ähnlich verhält es sich im Bereich Kindergarten. In beiden Settings ist in verstärktem Maße auch auf die Zusammenarbeit mit den Eltern Bedacht zu nehmen, um einerseits der Tendenz der ausschließlichen Übertragung der Verantwortung für Gesundheitserziehung auf Betreuungs- und Lehrpersonal entgegen wirken zu können und um andererseits die (vor)schulische Gesundheitsförderung nachhaltig für alle Beteiligten nutzbar zu machen.

Eine gute Zusammenarbeit mit außerschulischen ExpertInnen scheint die Stärke einer „gesunden Schule“ zu sein. Für die Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Inhalte (zu Themen wie gesunde Ernährung, Essstörungen, Rauchen, Stress, Konflikte, Bewegung usw.) aber auch zu Fragen der Teambildung, Zusammenarbeit mit Eltern, zu Projektmanagement und Dokumentation ist ihre Expertise unerlässlich. Hier besteht offensichtlich für Schulen und Kindergärten der dringende Bedarf, auf einen Pool von außerschulischen ExpertInnen zurückgreifen zu können, die qualitätsgesichert und finanziell erbringbar einen Beitrag zur Gesundheitsförderung in Schule und Kindergarten leisten können und wollen.

Aus Studien zur Unfallprävention im Vor- und Volksschulalter (GREDLER et al., 1997) ist bekannt, dass ein großer Bedarf an „gesundheitsfördernden Materialien“ besteht, welche sich mit ihren Informationen direkt an das Vor- und Volksschulkind wenden.

Zur Aufarbeitung dieser Lücke wäre die Entwicklung entsprechender Materialien (Bilderbücher, Spiele, MC, CD's, Computerspiele usw.) zu fördern; Anreiz zur Entwicklung gesundheitsfördernder Produkte und deren Qualitätssicherung wären durch die Vergabe eines Preises und Qualitätssiegels steuerbar.

X.
GESUNDHEITSVER-
SORGUNGSSYSTEME
FÜR KINDER

*HEALTH CARE
SYSTEMS FOR
CHILDREN*

10 GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEME FÜR KINDER	403
10.1 KINDERÄRZTLICHE VERSORGUNG MIT NIEDERGELASSENEN FACHÄRZTINNEN	404
10.2 KINDERSPITÄLER UND KINDERABTEILUNGEN IN KRANKENHÄUSERN	409
10.3 AMBULANZEN	414
10.4 GEBURTSABTEILUNGEN – HAUSGEBURTEN – HEBAMMEN	416
10.5 SONSTIGE GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN FÜR KINDER	420
10.5.1 Mutter-Kind-Pass	420
10.5.2 Schulärztlicher Dienst	421
10.5.3 Jugendzahnkliniken	421
10.5.4 Elternberatungsstellen	422
10.5.5 Eltern-Kind-Zentren	423
10.5.6 Kinder- und jugendpsychologische Beratung	423
10.5.7 Kinderschutzzentren	424
10.5.8 Selbsthilfegruppen	426
10.5.9 Rehabilitation: Angebot und Bedarf	427
10.5.10 Kinderhauskrankenpflege: Angebot und Bedarf	429
10.6 ANHANG ZUM KAPITEL 10 – VERSORGUNGSSYSTEME FÜR KINDER	430
10.7 ANHANG ZUM KAPITEL 10 – ENTWICKLUNGSDIAGNOSTISCHE AMBULANZEN	435

10 GESUNDHEITSVERSORGUNGSSYSTEME FÜR KINDER

Zusammenfassung

Es gibt in Wien ein dichtes Versorgungsangebot für Kinder unter 15 Jahren, und zwar sowohl im ambulanten Sektor (niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde, pädiatrisch orientierte Ambulanzen in den Wiener Krankenanstalten) als auch im stationären Bereich (Betten in Kinderspitälern bzw. in pädiatrisch orientierten Krankenhausabteilungen). Dies äußert sich im ambulanten Bereich unter anderem in der erhöhten Inanspruchnahme kinderfachärztlicher Versorgung und in nur marginalen Terminwartezeiten. Auch im stationären Bereich sind die vorhandenen Bettenkapazitäten angesichts von Auslastungsgraden zwischen 60 und 70 Prozent als absolut ausreichend zu bewerten.

Für die differenzierte Versorgung von Kindern stehen in den Wiener Krankenanstalten bzw. Ambulanzen sowohl im geburtshilflich-neonatalogischen als auch im pädiatrischen Bereich eine Reihe von speziellen Einrichtungen zur Verfügung (Spezialambulanzen sowie besondere Einrichtungen in den Krankenanstalten für die elterliche, schulische und psychologische Betreuung von Kindern). Die Kinderhauskrankenpflege ist hingegen erst ansatzweise ausgebaut.

Um zu einer genaueren Abschätzung des künftigen Bedarfs an Versorgungseinrichtungen für Kinder in Wien zu gelangen, wären zusätzliche Datengrundlagen (im ambulanten Bereich) sowie weiterführende Untersuchungen erforderlich.

Über die medizinischen Einrichtungen für die kurative Behandlung physisch erkrankter Kinder hinausgehend gibt es eine Reihe präventivmedizinischer Institutionen, die für die Gesundheitsvorsorge der Wiener Kinder von Bedeutung sind. Durch finanzielle Anreize wird staatlicherseits versucht, bereits vor der Geburt und in den ersten Lebensmonaten des Kindes die Durchführung der wichtigsten Vorsorgeuntersuchungen zu gewährleisten. Kinder im schulpflichtigen Alter werden in allen öffentlichen Schulen jährlich vom Schularzt/ von der Schulärztin untersucht, in den städtischen Schulen und in 90 Prozent der Privatschulen werden dabei auch zahnärztliche Prophylaxeuntersuchungen durchgeführt.

Summary

Vienna offers a dense care network for children below the age of 15, with services offered both in the outpatient sector, i.e. established specialists for paediatrics, paediatric outpatient departments of Viennese hospitals, and the inpatient sector, i.e. beds in children's clinics or paediatric wards of hospitals. On the outpatient side, there is a high demand for and availability of paediatric specialists with short waiting lists. On the inpatient side, the utilisation rate for existing beds is 60 to 70 percent, indicating that both areas are sufficiently supplied.

Special set-ups such as children's outpatient departments, parent counselling, pedagogic and psychological care of children in hospital have been established to meet the specific needs of children. Obstetrics, neonatology and paediatric wards of Viennese hospitals have been equipped accordingly. Home care for children has yet to be developed.

Additional data on outpatient treatment as well as more extensive surveys are required to give an exact assessment on future demand for child health care institutions in Vienna.

Along with medical institutions established to cure physically ill children, there are a number of institutions dealing with preventive care of children too. These are of particular relevance for health care of children in Vienna. Financial incentives granted by the state are to motivate parents to have major preventive examinations performed before birth or during the first months of a child's life. Children in state schools are examined by a physician once a year, while city-owned schools and 90 percent of private schools offer additional dental prophylaxis.

Auch bei psychischen Problemen steht Wiener Kindern – wie auch deren Eltern – eine Reihe von Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung, wobei aufgrund der Möglichkeit der unentgeltlichen Inanspruchnahme die Beratungseinrichtungen der Gemeinde Wien (namentlich für Angehörige sozial schwächerer Bevölkerungsgruppen) von besonderer Bedeutung sind. Hierzu zählen ein relativ dichtes Netz an Elternberatungsstellen, Eltern-Kind-Zentren sowie die kinder- und jugendpsychologischen Beratungsstellen der MA 11. Wegen der tendenziellen Zunahme der Anzahl an Kindern, die psychologische Hilfe in Anspruch nehmen, und wegen der zunehmenden Komplexität der zu behandelnden Fälle könnte in diesem Bereich in naher Zukunft ein Versorgungsengpass entstehen.

Several institutions have been established to assist with psychological problems of children and, where needed, their parents too. Worth mentioning are the counselling services provided by the City which are free of charge for people in lower income brackets. They consist of a dense network of parent counselling centres, parent-child counselling centres as well as psychological counselling for children and adolescents. Considering the increasing number of children requiring psychological assistance and the growing complexity of cases, these services will have to be extended in the near future.

Einleitung

Der folgende Abschnitt bietet einen Überblick über die medizinischen Einrichtungen, die speziell der Wiener Bevölkerung im Kindesalter zur Verfügung stehen. Der Begriff der medizinischen Einrichtung ist hierbei weit gefasst. Angeführt werden neben medizinischen Versorgungseinrichtungen im engeren Sinne wie Spitälern, Ambulanzen und FachärztInnen auch medizinische Institutionen im weiteren Sinne wie Eltern-Kind-Zentren, Kinderschutzzentren und Selbsthilfegruppen. Wenngleich versucht wurde, möglichst alle derartigen Einrichtungen im Wiener Gemeindegebiet zu erfassen, kann mit der vorliegenden Darstellung kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden. Die vorwiegend in Form einer Kompilation bereits verfügbarer oder im gegebenen Zeitrahmen erhebbare Informationen durchgeführte Bestandsaufnahme ist als Basis für weiterführende Untersuchungen und tiefergehende Analysen, die für eine Bedarfsschätzung erforderlich wären zu verstehen³⁰. Wo möglich, wird neben der Beschreibung des aktuellen Standes auch eine Rückschau auf die Entwicklung in den Jahren seit 1990 vorgenommen.

10.1 Kinderärztliche Versorgung mit niedergelassenen FachärztInnen

FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde befassen sich mit der Diagnose und Therapie von Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, sind also für die medizinische Betreuung der EinwohnerInnen im Alter von bis zu 18 Jahren zuständig. Voraussetzung zur selbstständigen Ausübung des Berufes eines/einer Kinder- und JugendärztIn ist gemäß Ärztegesetz 1998 eine mindestens sechsjährige praktische Ausbildung im Sonderfach der Kinder- und Jugendheilkunde im Rahmen von Arbeitsverhältnissen in für das Sonderfach genehmigten Ausbildungsstätten (Standard-, Schwerpunkt- oder Zentralkrankenanstalten) sowie der Nachweis der erfolgreichen Ableistung dieser Ausbildung und die absolvierte Facharztprüfung.

Die ambulante kinder- und jugendärztliche Versorgung erfolgt (neben den niedergelassenen FachärztInnen) auch durch FachärztInnen in den Ambulanzen der Wiener Krankenanstalten. In den Ambulanzen wird oftmals auch auf bestimmte Krankheitsgruppen oder Behandlungsverfahren spezialisierte Versorgung angeboten (vgl. dazu Abschnitt 10.3).

In Wien stehen rund 150 niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde für die extramurale Betreuung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. Auf die Gesamtbevölkerung Wiens bezogen kommt im Durchschnitt auf rund 10.700 EinwohnerInnen ein/e niedergelassene/r KinderärztIn. Dieser Wert liegt deutlich unter den relevanten österreichischen und bundesdeutschen Richtwerten (HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER 1997: 16.667–31.250 Einwohner pro Facharzt; ÖBIG, 1996: 25.066–33.698, DEUTSCHER BUNDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN, 1993: 12.803–26.163) und weist

³⁰ Eine wichtige Informationsquelle für die vorliegende Darstellung der diversen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in Wien war der von der Koordinationsstelle der Arbeitsgemeinschaft Frühförderung herausgegebene Überblick über institutionelle Angebote („Frühe Hilfen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder in Wien“).

auf eine vergleichsweise sehr dichte Versorgung in Wien hin. Bezogen auf die Kinder bis zu 14 Jahren ergibt sich eine durchschnittliche Anzahl von rund 1.600 zu betreuenden Personen je FachärztIn. Allerdings ist der Anteil an WahlärztInnen, das sind ÄrztInnen ohne Kassenvertrag, in Wien mit mehr als 40 Prozent (österreichweit ca. 27 Prozent) relativ hoch. Beim Besuch von WahlärztInnen müssen die PatientInnen für die ärztliche Leistung selbst aufkommen, sie können danach die saldierte Arztrechnung bei ihrer Krankenversicherungsanstalt einreichen und von dieser bis zu 80 Prozent des in der Honorarordnung mit den KassenvertragsärztInnen vereinbarten Tarifs für die jeweilige Leistung rückerstattet bekommen. Da die große Mehrheit der Wiener Bevölkerung (rd. 84 Prozent) bei der Wiener Gebietskrankenkasse versichert ist (GESUNDHEITSBERICHT WIEN, 1998), ist die Anzahl der niedergelassenen FachärztInnen mit Kassenvertrag (§ 2-Kassenärzte) von größerer Bedeutung für die Beurteilung der Versorgungssituation: Insgesamt praktizierten in Wien 1998 89 niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde mit Vertrag mit einer § 2-Kasse, im Durchschnitt des gesamten Stadtgebietes kommen auf jede/n dieser ÄrztInnen rund 17.800 EinwohnerInnen insgesamt. Auch dieser Wert der Ärztedichte liegt im unteren Bereich der empfohlenen Bandbreiten und belegt eine vergleichsweise sehr günstige Versorgungssituation in Wien. Die Anzahl der Kinder bis zu 14 Jahren je FachärztIn für Kinder- und Jugendheilkunde mit § 2-Kassenvertrag betrug 1998 im Durchschnitt des gesamten Gemeindegebiets 2.700.

In der räumlich differenzierten Analyse zeigen sich erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Versorgung der Bevölkerung im Kindesalter mit FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde. Die Spannweite der Anzahl der wohnhaften Kinder je FachärztIn liegt in den Wiener Bezirken zwischen 478 im 9. Bezirk und dem mehr als Zehnfachen dieses Wertes (4.960) im 7. Bezirk (alle Werte bezogen auf 1998). Weitere überdurchschnittlich gut versorgte Bezirke sind der 1., 6. und 8. Bezirk sowie die Außenbezirke Döbling, Währing und Hietzing. Am unteren Ende der Skala rangieren neben dem 7. Bezirk der 2., 5., 10. und 14. Bezirk. Bei der Beurteilung der unterschiedlichen Werte ist zu berücksichtigen, dass die Bezirksgrenzen keine Zugangsbarrieren darstellen und die tatsächlichen Versorgungsgebiete und Einzugsbereiche von Arztstandorten bezirksgrenzenüberschreitend sind, namentlich in den dichtbesiedelten Gebieten innerhalb des Gürtels. Sie können daher nur als sehr grobe Hilfsindikatoren für unterschiedliche Versorgungsqualitäten herangezogen werden.

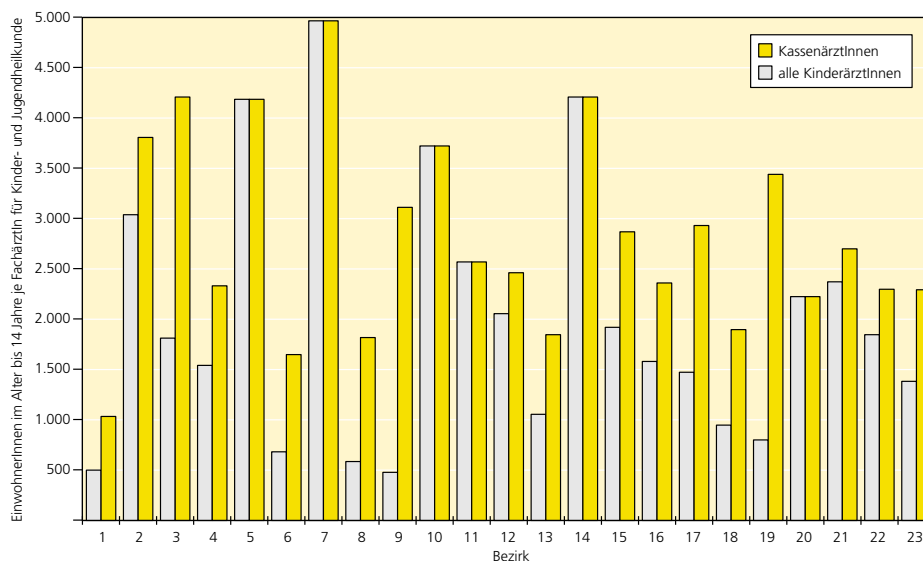
Hinsichtlich der FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde mit Kassenverträgen sind die Unterschiede bei der Ärztedichte weit geringer als bei den KinderärztInnen insgesamt – sowohl Spannweite als auch Streuungsmaße weisen geringere Werte auf. Die Rangordnung der Bezirke hinsichtlich der Ärztedichte weicht allerdings nicht wesentlich von jener bei Berücksichtigung auch der WahlärztInnen ab: Die bestversorgten Bezirke sind der 1. (hier wirkt sich auch die geringe Anzahl an wohnhaften Kindern stark aus), 6., 8., 13. und 18. Bezirk. Die geringsten Ärztedichten weisen der 3., 5., 7. und 14. Bezirk auf.

Sowohl hinsichtlich der § 2-KassenfachärztInnen als auch hinsichtlich der niedergelassenen FachärztInnen insgesamt zeigt die regional unterschiedliche Ärztedichte einen deutlichen statistischen Zusammenhang mit dem sozialen Status der Bezirksbevölkerung³¹: Je höher der soziale Status der Bezirksbevölkerung ist, desto mehr FachärztInnen der Kinder- und Jugendheilkunde je EinwohnerInnen bis zu 14 Jahren praktizieren in diesem Bezirk. Dieser statistische Zusammenhang ist bei den FachärztInnen insgesamt (Korrelationskoeffizient 0,47) etwas höher als bei den KassenärztInnen (0,41), was auf eine bevorzugte Standortwahl der WahlärztInnen in sozioökonomisch besser gestellten Bezirken hindeutet.

Insgesamt verringerte sich die Ärztedichte bei den FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde (bezogen auf Kinder bis 14 Jahren) in Wien in den 90er Jahren, was im Wesentlichen auf zwei Faktoren zurückzuführen war. Einerseits stieg die Anzahl der Kinder in Wien in diesem Zeitraum (um ca. 12 Prozent), andererseits verringerte sich die Anzahl der WahlärztInnen (um mehr als 10 Prozent). Die Anzahl der § 2-Kassenärzte hingegen stieg in etwas stärkerem Ausmaß als die Anzahl der Kinder, sodass sich die Situation hinsichtlich der Versorgung mit FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde mit Kassenvertrag in Wien im Beobachtungszeitraum (1990–1998) verbesserte. KassenärztInnen eröffneten Ordinationen in den 90er Jahren ausschließlich in Bezirken außerhalb des Gürtels, die durch eine unterdurchschnittliche Ärztedichte gekennzeichnet waren (2., 11., 12., 14., 15., 20., 21., 22., 23. Bezirk). Der 3., 5., 10. und der 19. Bezirk wiesen demgegenüber 1998 weniger Praxen niedergelassener FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde mit Kassenvertrag auf als im Jahre 1990. Die Versorgungsdichte dieser vier Bezirke lag 1998 deutlich unter dem Wiener Durchschnitt, wobei außerdem in allen diesen Bezirken auch die Anzahl der WahlärztInnen zurückging (bzw. im Falle von Margareten stets Null betrug).

³¹ Herangezogen wurde der durch Berechnung des ungewichteten arithmetischen Mittels aus fünf ordinalskalierten Größen (Wohnungsgröße, Ausbildungsstand der Wohnbevölkerung, ArbeiterInnenanteil, Wohnqualität und Einkommen abbilden) ermittelte „Sozialschichtindex“. Dieser liegt im Bereich zwischen null und drei, wobei niedrige Werte auf einen hohen Anteil von EinwohnerInnen aus niedrigen sozialen Schichten in der Wohnbevölkerung hinweisen.

Abbildung 1: Ärztedichte der FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde (EinwohnerInnen im Alter bis zu 14 Jahren je niedergelassenem/er FachärztIn) nach Wiener Gemeindebezirken 1998



Quellen: WIENER GESUNDHEITSBERICHT 1998, Österreichischer Amtskalender 1998/99; ÖBIG-eigene Berechnungen.

Tabelle 1: Anzahl der FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde und Ärztedichte (bezogen auf Kinder bis 14 Jahre) bei FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde nach Wiener Bezirken 1990 und 1998

Bezirk	Niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde				EinwohnerInnen bis 14 Jahre ¹ je niedergelassenem Kinder- u. Jugendarzt			
	insgesamt		mit Kassenvertrag		insgesamt		mit Kassenvertrag	
	1990	1998	1990	1998	1990	1998	1990	1998
1.	6	4	2	2	323	510	970	1.020
2.	4	5	3	4	3.346	3.034	4.461	3.793
3.	10	7	4	3	1.110	1.800	2.776	4.200
4.	4	3	2	2	983	1.546	1.965	2.320
5.	3	2	3	2	2.283	4.181	2.283	4.181
6.	8	7	3	3	514	702	1.369	1.639
7.	2	1	1	1	2.001	4.960	4.002	4.960
8.	5	6	2	2	585	601	1.463	1.803
9.	9	13	2	2	565	478	2.541	3.107
10.	9	6	7	6	2.263	3.716	2.909	3.716
11.	3	4	3	4	3.391	2.563	3.391	2.563
12.	5	6	3	5	2.234	2.045	3.723	2.454
13.	5	7	4	4	1.304	1.049	1.630	1.835
14.	4	3	2	3	2.753	4.202	5.505	4.202
15.	2	6	2	4	4.861	1.902	4.861	2.853
16.	8	9	6	6	1.533	1.565	2.044	2.347
17.	5	6	3	3	1.460	1.462	2.434	2.923
18.	10	8	4	4	675	942	1.688	1.885
19.	16	13	4	3	537	790	2.147	3.422
20.	5	5	4	5	1.886	2.211	2.358	2.211
21.	7	8	6	7	2.589	2.353	3.020	2.689
22.	8	10	5	8	2.212	1.832	3.540	2.290
23.	8	10	4	6	1.606	1.370	3.212	2.283
insgesamt	146	149	79	89	1.475	1.619	2.725	2.711

1) Statistiken über die Bevölkerungsentwicklung in den Wiener Bezirken waren nur für die Altersgruppen bis vier Jahre, 5–9 Jahre, 10–14 Jahre usw. verfügbar, eine Zusammenfassung zu einer Gruppe der bis zu 15-Jährigen war aus diesem Grunde nicht möglich.

Quellen: GESUNDHEITSBERICHTE FÜR WIEN, Jahrgänge 1990 und 1998, Österreichische Amtskalender, Jahrgänge 1990/91 und 1998/99; ÖBIG-eigene Berechnungen.

Die bezirkswisen Unterschiede hinsichtlich der Versorgungsdichte bezüglich FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde mit § 2-Kassenverträgen verringerten sich in den 90er Jahren tendenziell. Dieser nivellierende Trend wurde durch die teilweise gegenläufige Entwicklung bei den WahlärztInnen und bei den KinderärztInnen insgesamt deutlich abgeschwächt.

Resümee

Resümierend kann festgehalten werden, dass die Versorgungssituation hinsichtlich der niedergelassenen FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde in Wien insgesamt vergleichsweise sehr gut ist, sowohl was die Anzahl der VertragskassenärztInnen als auch, was die Anzahl der WahlärztInnen betrifft. Bezirksweise bestehen zwar große Unterschiede hinsichtlich der Ärztedichte, wegen der Möglichkeit der bezirksgrenzenüberschreitenden Inanspruchnahme, die durch das dichte Netz öffentlicher Verkehrsmittel zudem erleichtert wird, sind aber daraus unmittelbar keine verlässlichen Aussagen betreffend Planungerfordernisse ableitbar. Dazu wären genauere Untersuchungen der Standorte und der Einzugsbereiche der bestehenden Facharztstandorte auf tieferer regionaler Ebene (etwa der der Zählsprengel) sinnvoll. So könnte auch festgestellt werden, ob in flächenmäßig großen Bezirken für wesentliche Teile der Bevölkerung der Weg zum/zur nächsten KinderärztIn mit langen Anfahrtszeiten verbunden ist, während in anderen Stadtteilen in kurzer Distanz mehrere ÄrztInnen zur Auswahl stehen. Unbekannt ist überdies, in welchem Ausmaß in Wien ansässige KinderärztInnen Kinder aus anderen Bundesländern mitversorgen.

Weiters ist zwar die Entwicklung der Anzahl der ÄrztInnen und des Bevölkerungsanteils der relevanten Altersgruppe dokumentierbar, nicht jedoch die Entwicklung der tatsächlichen Nachfrage nach Leistungen von FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde (die zudem eventuell auch in Abhängigkeit vom Wohnstandort variieren könnte), da keine detaillierten Statistiken über die Inanspruchnahme vorliegen. Für eine zuverlässigere Einschätzung der tatsächlichen Versorgungslage wäre auch eine über die Messziffern „EinwohnerInnen je ÄrztIn“ oder „Kinder je ÄrztIn“ hinausgehende Einbeziehung weiterer Aspekte, etwa der Wartezeiten bis zum Erhalt eines Termines beim/bei der ÄrztIn oder der Wartezeiten in der Arztpraxis selbst, der Praxisöffnungszeiten usw., wünschenswert.

Inanspruchnahme von ambulanter ärztlicher Versorgung durch Kinder

Während die Versorgungsdichte in Bezug auf niedergelassene FachärztInnen in Wien vergleichsweise hoch ist, liegt die Versorgungsdichte bezüglich AllgemeinmedizinerInnen (praktische ÄrztInnen) etwa im bundesweiten Durchschnitt. Diese Charakteristika in der ambulanten ärztlichen Versorgung Wiens finden auch in der Inanspruchnahme niedergelassener ÄrztInnen in Bezug auf Kinder bis zu 15 Jahren ihren Niederschlag. Während Wiener Kinder laut Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ (1991) relativ seltener die praktischen ÄrztInnen in Anspruch nehmen (nämlich nur etwas mehr als einmal pro Jahr), frequentieren sie FachärztInnen und Ambulatorien wesentlich öfter als die Kinder in Österreich insgesamt.

Besonders deutlich ist dieser Unterschied in Bezug auf niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde. Diese werden von Wiener Kindern mehr als doppelt so häufig aufgesucht wie von österreichischen Kindern insgesamt, nämlich im Schnitt etwa zweimal pro Jahr. ZahnärztInnen werden von Wiener Kindern im Schnitt 1,5-mal pro Jahr frequentiert (österreichweit etwas seltener), sonstige FachärztInnen bzw. Ambulanzen und Ambulatorien insgesamt etwa einmal pro Jahr und damit fast doppelt so oft wie in Österreich insgesamt (vgl. Tab. 10.2).

Terminwartezeiten und Zeitaufwand für den ÄrztInnenbesuch

Lange Wartezeiten auf einen Termin bei niedergelassenen FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde sind in Wien nach Angaben von ExpertInnen nur selten festzustellen, was unter anderem auf die in Wien vergleichsweise hohe Versorgungsdichte in diesem Sektor zurückzuführen sein dürfte. Notfälle werden in der Regel sofort versorgt, auch bei Routinefällen (etwa Untersuchungen zum Mutter-Kind-Pass siehe auch Kap. 9.1) ergeben sich kaum Terminwartezeiten von mehr als einer Woche. An dieser Situation hat auch die Ausdehnung des Kompetenzbereiches auf die Jugendheilkunde (hier betreffend v. a. die Behandlung von Magersucht sowie beratende und präventive Maßnahmen im Bereich der sexuellen Entwicklung) wenig geändert.

Die Anfahrtszeiten zur Arztordination unterscheiden sich laut Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ für Wiener Kinder nur wenig von den Anfahrtszeiten in Österreich insgesamt. Während die praktischen ÄrztInnen im Schnitt in weniger als einer Viertelstunde erreichbar sind, beträgt die Anfahrtszeit zu den Kinderfacharzt- bzw. Zahnarztordinationen durchschnittlich etwa eine halbe Stunde (vgl. Tab. 10.2).

Tabelle 2: Parameter zur ambulanten ärztlichen Versorgung von Kindern in Wien und Österreich 1991

	Besuche pro Kind und Jahr		Anfahrtszeit (min)		Wartezeit (min)	
	Wien	Ö	Wien	Ö	Wien	Ö
Praktischer Arzt/Ärztin ¹⁾	1,17	1,35	13,8	13,4	31,7	32,7
FachärztIn für Kinder- und Jugendheilkunde ¹⁾	2,22	0,89	27,9	32,1	30,8	37,5
ZahnärztIn ¹⁾	1,51	1,36	31,7	28,3	31,1	30,5
Sonstige/r FachärztIn ²⁾	0,57	0,38	36,9	56,6	41,1	45,1
Ambulanzen, Ambulatorien ²⁾	0,34	0,22	55,1	48,3	56,9	60,3

1) unmittelbar relevante ärztliche Versorgung von Kindern

2) mittelbar relevante ärztliche Versorgung von Kindern

Quelle: Statistik Österreich – Mikrozensus „Fragen zur Gesundheit“ 1991; ÖBIG-eigene Berechnungen

Zu anderen FachärztInnen bzw. zu Ambulanzen und Ambulatorien muss eine wesentlich längere Anfahrtszeit akzeptiert werden.

Einmal in der Ordination angekommen, beträgt die Wartezeit bei jenen ÄrztInnen, welche die Wiener Kinder primär versorgen (praktische/r ÄrztIn, KinderfachärztIn, ZahnärztIn), im Schnitt etwa eine halbe Stunde und damit etwas weniger als im bundesweiten Durchschnitt. Bei anderen FachärztInnen und in Ambulanzen/Ambulatorien wurden Wartezeiten bis zu einer Stunde angegeben (vgl. Tab. 10.2).

Resümee

Wien verfügt über eine im bundesweiten Vergleich sehr dichte Versorgung mit niedergelassenen FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde bzw. mit pädiatrisch orientierten Krankenhausambulanzen, die sich auch in einer relativ häufigen Inanspruchnahme sowie in nur geringen Zugangsbarrieren betreffend Wartezeiten niederschlagen. Ein Ausbaubedarf in der ambulanten pädiatrischen Versorgung ist daher derzeit nicht erkennbar.

Stellungnahme des Stellv. Fachgruppenobmannes der Wiener KinderärztInnen:

Die niedergelassenen KinderärztInnen sehen sich als einen wichtigen Träger der Vorsorgemedizin.

Beginnend mit dem Neugeborenen-Screening (Blutabnahme aus der Ferse) auf angeborene Stoffwechselerkrankungen (dessen 2. Durchführung aufgrund der immer frühzeitigeren Entlassung aus der Geburtsstation immer häufiger in der Praxis des/der niedergelassenen KinderärztIn durchzuführen ist), über die Hüftsonographie zur Früherkennung der angeborenen Hüftdysplasie (und damit rechtzeitigen Einleitung einer Behandlung zur Vermeidung einer späteren Operation) über die Durchführung der Säuglings- und Kleinkinderimpfungen sowie der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen haben die niedergelassenen KinderärztInnen einen wichtigen präventiven Auftrag zu erfüllen.

Zusammen mit den kurativen Leistungen tragen sie damit zu einem „intelligenten Sparen“ (Vermeidung späterer kostenintensiver Behandlungsmaßnahmen) im Bereich der Volksgesundheit bei.

Besonders im Rahmen der gelungenen Wiener Impfkation gelang es den niedergelassenen KinderärztInnen die zum Teil in der Bevölkerung bestandene Impfmüdigkeit zu beseitigen. Es kam zu einer bemerkenswerten Steigerung der Durchimpfungsrate der Wiener Säuglinge und Kleinkinder.

Im Sinne einer weiteren Schließung von Impflücken wäre es aber dringend wünschenswert, in das bestehende Impfkonzert auch die 6–14-Jährigen mit einzubeziehen.

Dies ist auch in Zusammenhang mit der erfolgten Erweiterung des Berufsbildes der KinderärztInnen zu FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde (Ansprechpartner bis zum 18. Lebensjahr) ein wichtiges Anliegen.

Besonders in der Jugendmedizin wird es auch noch vermehrter Anstrengungen und intensiver Aufklärungsarbeit bedürfen, um eine Basis für eine spätere gesunde Lebensweise (vor allem durch Aneignung vernünftiger Ernährungsgewohnheiten) zu geben.

Ein wichtiger Lebensabschnitt der Jugendlichen bedarf besonders in der Zukunft unserer besonderen Aufmerksamkeit und Betreuung und zwar die Phasen der Pubertät.

Wir müssen hellhörig sein und auf die verschiedenen medizinischen und psychologischen Probleme dieses Lebensabschnittes entsprechend eingehen.

Zusammen mit den Eltern und allen beteiligten Berufsgruppen muss es uns ein besonderes Anliegen sein, den Grundstock für ein gesundes (in allen seinen Teilbereichen) Erwachsenwerden zu legen (SCHMITZBERGER, 2000).

10.2 Kinderspitäler und Kinderabteilungen in Krankenhäusern

Die stationäre Versorgung von Kindern erfolgt in Krankenanstalten, das sind Einrichtungen, die nach § 1 Wiener Krankenanstaltengesetz bestimmt sind

- zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustandes (Untersuchungen),
- zur Vornahme operativer Eingriffe,
- zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten (Behandlung),
- zur Entbindung oder
- für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe.

Den Wiener Kindern und Jugendlichen stehen derzeit mit dem

- Preyer'schen Kinderspital und dem
- St. Anna Kinderspital

zwei speziell auf diese Altersgruppe ausgerichtete Krankenanstalten zur Verfügung. Darüber hinaus sind in vier allgemeinen öffentlichen Krankenhäusern Abteilungen für Kinderheilkunde bzw. Kinderchirurgie eingerichtet, nämlich

- im AKH Wien,
- in der Rudolfstiftung (in die das Mautner-Markhof'sche Kinderspital integriert wurde),
- im Wilhelminenspital (in das die Kinderklinik Glanzing integriert wurde) sowie
- im SMZ Ost/Donauspital.

Innerhalb dieser Abteilungen wird auch die Versorgung in der Neonatologie (Betreuung von Neugeborenen in den ersten 28 Lebenstagen) wahrgenommen, wobei die neonatologischen Einrichtungen der Kinderklinik Glanzing Ende der 90er Jahre sukzessive in das Wilhelminenspital integriert wurden, jene des Mautner-Markhof'schen Kinderspitals in die Krankenanstalt Rudolfstiftung. Hinzu kommt eine „Früh- und Neugeborenenstation“ im Preyer'schen Kinderspital (vgl. Tab. 10.3).

Die Versorgung in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie wird durch die Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters im AKH sowie durch die Abteilung für Kinder und Jugendliche (mit Behindertenzentrum) des Neurologischen Krankenhauses Rosenhügel sichergestellt. Im Orthopädischen Spital Speising wird eine Abteilung für Kinderorthopädie geführt.

Mit Ausnahme des St. Anna Kinderspitals (Träger: Wiener Rotes Kreuz) und des Orthopädischen Spitals Speising (unter konfessioneller Trägerschaft) stehen alle genannten Einrichtungen unter der Trägerschaft der Gemeinde Wien bzw. des Wiener Krankenanstaltenverbundes.

Tabelle 3: Bettenvorhaltung und -inanspruchnahme in pädiatrisch orientierten Versorgungseinheiten in Wiener Krankenanstalten (KCH, KI, KJNP)* 1994–1998

Krankenanstalt	Fachrichtung	Indikator	1994	1995	1996	1997	1998	NEO 1998**
AKH	KCH	systemisierte Betten	63	63	57	57	55	
		tatsächliche Betten	48	55	58	57	56	
		Belagstage	7.530	10.207	9.985	11.004	11.618	
		stationäre Aufnahmen	1.831	2.742	2.624	2.939	3.154	
	KI	systemisierte Betten	145	143	151	151	151	34
		tatsächliche Betten	127	127	124	129	125	32
		Belagstage	30.364	32.966	34.609	37.514	37.813	
		stationäre Aufnahmen	4.562	5.060	5.549	5.746	6.345	
	KJNP	systemisierte Betten	32	32	32	32	32	
tatsächliche Betten		28	29	30	29	30		
Belagstage		7.875	8.289	9.334	9.612	9.817		
stationäre Aufnahmen		437	506	526	536	610		
Rudolfstiftung	KI	systemisierte Betten	0	0	0	8	35	11
		tatsächliche Betten	0	0	0	8	12	11
		Belagstage	0	0	0	2467	2985	
		stationäre Aufnahmen	0	0	0	372	460	
Wilhelminenspital	KI	systemisierte Betten	98	98	98	98	98	8
		tatsächliche Betten	118	99	98	98	98	8
		Belagstage	25.600	21.129	20.773	20.109	20.161	
		stationäre Aufnahmen	3.848	3.873	4.096	4.237	4.124	
Kinderklinik Glanzing ¹	KI	systemisierte Betten	80	80	80	57	47	14
		tatsächliche Betten	92	79	69	62	52	14
		Belagstage	17.562	16.883	15.860	15.023	13.187	
		stationäre Aufnahmen	2.622	2.423	2.246	1.967	1.736	
Preyer'sches Kinderspital ²	KCH	systemisierte Betten	50	50	50	50	40	12
		tatsächliche Betten	48	46	46	48	41	12
		Belagstage	10.724	10.020	10.205	9.078	9.090	
		stationäre Aufnahmen	2.894	2.782	2.844	2.788	2.780	
	KI	systemisierte Betten	82	82	82	82	82	
		tatsächliche Betten	86	81	70	71	65	
		Belagstage	20.334	22.386	19.347	18.723	18.651	
		stationäre Aufnahmen	3.962	3.950	3.510	3.616	3.584	
Mautner-Markhof'sches Kinderspital ³	KCH	systemisierte Betten	4	0	0	0	0	
		tatsächliche Betten	30	0	0	0	0	
		Belagstage	3.245	0	0	0	0	
		stationäre Aufnahmen	926	0	0	0	0	
	KI	systemisierte Betten	85	80	80	80	0	
		tatsächliche Betten	86	74	70	55	34	
		Belagstage	14.139	13.296	12.140	10.781	6.710	
		stationäre Aufnahmen	2.359	2.276	2.578	2.467	1.552	
Neurologisches Krankenhaus Rosenhügel	KJNP	systemisierte Betten	53	53	53	53	33	
		tatsächliche Betten	52	53	53	54	35	
		Belagstage	12.933	12.411	13.449	12.993	6.959	
		stationäre Aufnahmen	441	390	421	662	475	
St. Anna Kinderspital	KI	systemisierte Betten	132	132	119	119	119	
		tatsächliche Betten	128	105	97	97	97	
		Belagstage	23.306	22.762	21.923	22.379	23.125	
		stationäre Aufnahmen	8.219	8.396	8.356	7.936	8.142	
Donauspital	KCH	systemisierte Betten	61	61	61	61	61	
		tatsächliche Betten	61	61	61	60	61	
		Belagstage	10.703	11.909	12.058	11.416	12.838	
		stationäre Aufnahmen	3.626	3.726	3.954	3.660	3.961	
	KI	systemisierte Betten	74	74	74	74	74	10
		tatsächliche Betten	72	77	73	71	72	11
		Belagstage	14.944	17.421	16.936	16.367	18.278	
		stationäre Aufnahmen	3.057	3.412	3.371	3.515	3.970	
alle relevanten Wiener Krankenanstalten ⁴	KCH + KI + KJNP	systemisierte Betten	959	948	937	922	827	89
		tatsächliche Betten	976	886	849	839	778	88
		Belagstage	199.259	19.967	196.619	197.466	191.232	
		stationäre Aufnahmen	3.878	39.536	40.075	40.441	40.893	
		durchschnittliche Belagsdauer	5,1	5,1	4,9	4,9	4,7	
		% Auslastung (sys. Betten)	56,9	57,7	57,5	58,7	63,4	
		% Auslastung (tats. Betten)	55,9	61,7	63,4	64,5	67,3	

* KI = Kinderheilkunde; KCH = Kinderchirurgie, KJNP = Kinder- /Jugendneuropsychiatrie

** NEO 1998 = davon Betten für Neonatologie;

1 Die Kinderklinik Glanzing ist ins Wilhelminenspital übersiedelt.

2 Unter NEO 1998 ist im Preyer'schen Kinderspital die Früh- und Neugeborenenstation erfasst.

3 Das Mautner-Markhof'sche Kinderspital wurde in die Krankenanstalt Rudolfstiftung integriert.

4 Die kinderorthopädische Abteilung im Orthopädischen Spital Speising ist in der Tabelle nicht enthalten (52 systemisierte bzw. 40 tatsächliche Betten, Auslastung 41 Prozent bzw. 54 Prozent im Jahr 1998).

Quelle: Krankenanstalten Kostenstellenstatistik, 1994–1998; ÖBIG – eigene Berechnungen

Neben den speziell auf Kinder ausgerichteten Krankenanstalten, Kliniken und Abteilungen gibt es eine Reihe von Abteilungen (insbesondere für Chirurgie und HNO), die neben Erwachsenen auch in erheblichem Umfang Kinder versorgen (vgl. Tabelle 10. 4). Dies ist z. B. im Kaiser-Franz-Josef-Spital, im Hanusch KH, im KH Lainz und im Hartmannspital der Fall. Nicht zuletzt sind auch die beiden Unfallkrankenhäuser in Wien bei der Versorgung von verletzten Kindern versorgungswirksam.

Die genannten auf Kinder spezialisierten Versorgungseinrichtungen sind im 3. (Rudolfstiftung), 9. (AKH, St. Anna Kinderspital), 10. (Preyer'sches Kinderspital), 13. (Neurologisches KH Rosenhügel, Orthopädisches Spital Speising), 16. (Wilhelminenspital) und im 22. Bezirk (SMZ Ost/Donauspital) angesiedelt und somit recht gleichmäßig über das Wiener Stadtgebiet verteilt. Dadurch kann eine einigermaßen ausgewogene Versorgung aller Stadtteile gewährleistet werden.

Insgesamt waren Ende 1998 in den Wiener Krankenhäusern 827 systemisierte (sanitätsbehördlich bewilligte) und 778 tatsächliche (im Jahresdurchschnitt verfügbare) Betten in der pädiatrischen Versorgung verfügbar, davon rund 160 in der Kinderchirurgie, rund 60 in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und rund 600 Betten in der Kinderheilkunde (unter diesen wiederum ca. 90 Betten für Neonatologie, vgl. Tabelle 10.3, letzte Spalte). Hinzu kommen noch rund 50 Betten in der Kinder-Orthopädie des Orthopädischen Krankenhauses Speising.

Die pädiatrische Bettendichte liegt in Wien mit rund 0,5 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt von etwa 0,3 Betten pro 1.000 EinwohnerInnen. Hier ist aber zu berücksichtigen, dass die Wiener Spitäler eine weit über die Grenzen der Bundeshauptstadt hinausgehende Versorgungswirkung entfalten und rund ein Viertel der hier stationär aufgenommenen Kinder unter 15 Jahren außerhalb von Wien wohnhaft ist (GastpatientInnen).

Inanspruchnahme der pädiatrisch orientierten Versorgungseinheiten

Die Bettenanzahl in der pädiatrischen Versorgung in Wien ist zwischen 1994 und 1998 um etwa 20 Prozent zurückgegangen, obwohl die Anzahl der stationären Fälle leicht, aber kontinuierlich von rund 39.000 auf rund 41.000 angestiegen ist. Nimmt man die außerhalb von Kinderabteilungen stationär versorgten Kinder hinzu, so ergibt sich für 1998 eine Fallzahl von insgesamt knapp 49.000 (vgl. Tabelle 10.4). Aufgrund der vorausgeschätzten demographischen Entwicklung (rückläufige Kinderanzahl, Ansteigen der Anzahl älterer Personen) dürfte der stationäre Versorgungsbedarf von Kindern in der Zukunft stagnieren bzw. leicht abnehmen.

Durch die Rücknahme der Betten, die mit der Reduktion der durchschnittlichen Belagsdauer von 5,1 auf 4,7 Tage einherging, konnte die Bettenauslastung von knapp 56 Prozent im Jahr 1994 auf über 67 Prozent im Jahr 1998 gesteigert werden.

Von den rund 49.000 stationär aufgenommenen Kindern hatte fast ein Fünftel eine andere als die österreichische Staatsbürgerschaft (zum größten Teil Kinder von MigrantInnen). Die Versorgung dieser Kinder wurde zum weitaus überwiegenden Anteil vom AKH, vom St. Anna Kinderspital und vom Preyer'schen Kinderspital wahrgenommen.

Resümee

Zur allgemeinen stationären Versorgung von Kindern in Wien stehen derzeit zwei Kinderspitäler sowie Abteilungen für Kinderheilkunde bzw. Kinderchirurgie in insgesamt vier größeren Krankenanstalten zur Verfügung. In zwei Krankenanstalten wird Versorgung in der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters und in einer Krankenanstalt Kinderorthopädie angeboten. Darüber hinaus werden Kinder auch häufig in „Erwachsenenabteilungen“ anderer Spitäler versorgt (insbesondere in der Chirurgie, HNO, Augenheilkunde und Urologie). Die pädiatrisch orientierten stationären Strukturen stehen zum weitaus überwiegenden Teil unter der Trägerschaft der Gemeinde Wien bzw. des Wiener Krankenanstaltenverbundes.

Die Bettenanzahl in der pädiatrischen Versorgung in Wien ist zwischen 1994 und 1998 um etwa 20 Prozent zurückgegangen und liegt derzeit bei rund 800. Die pädiatrische Bettendichte liegt in Wien deutlich über dem Bundesdurchschnitt, wobei aber zu berücksichtigen ist, dass rund ein Viertel der in Wien stationär aufgenommenen Kinder GastpatientInnen sind. Durch die Rücknahme der Betten, die mit der Reduktion der durchschnittlichen Belagsdauer von 5,1 auf 4,7 Tage einherging, konnte die Bettenauslastung von knapp 56 Prozent im Jahr 1994 auf über 67 Prozent im Jahr 1998 gesteigert werden. Aufgrund der vorausgeschätzten demographischen Entwicklung dürfte der stationäre Versorgungsbedarf von Kindern in Wien in der Zukunft stagnieren bzw. leicht abnehmen.

Tabelle 4: Stationäre Versorgung von Kindern bis 15 Jahren in Wiener Krankenanstalten nach Fachrichtungen 1998

Fachrichtung	versorgte Kinder	
	absolut	Prozent
Innere Medizin	291	0,6
Pulmologie	25	0,1
Chirurgie	1.458	3,0
Unfallchirurgie	969	2,0
Orthopädie	764	1,6
Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie	101	0,2
Neurochirurgie	54	0,1
Plastische Chirurgie	68	0,1
Kinderchirurgie	8.951	18,3
Gynäkologie/Geburtshilfe	422	0,9
Augenabteilung	440	0,9
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	5.695	11,7
Urologie	659	1,3
Dermatologie	164	0,3
Kinder- und Jugendheilkunde	26.885	55,0
Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	683	1,4
Anästhesiologie	148	0,3
Gemischter Belag	1.098	2,2
Summe	48.875	100,0

Quelle: BMSG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA; ÖBIG-eigene Berechnungen

Spezielle Einrichtungen für Kinder

In einigen der Wiener Krankenanstalten werden stationär aufgenommenen Kindern – über die medizinische Versorgung hinausgehend – Einrichtungen und Möglichkeiten angeboten, die namentlich bei längeren Verweildauern den Aufenthalt der Kinder erleichtern sollen. Dazu zählen neben Biblio- und Spielotheken auch die kindergerechte Einrichtung, die Betreuung durch pädagogisch geschultes Personal und das Angebot von Unterhaltungsprogrammen. Ein Unterhaltungsprogramm der besonderen Art wird seit einigen Jahren durch speziell geschulte ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen und SchauspielerInnen geboten, die als Clowns vorwiegend schwerstkranke und chronisch kranke Kinder in Spitälern besuchen und versuchen, durch das Aufheitern der Kinder einen positiven Beitrag zum Heilungsprozess zu leisten. Die „**CliniClowns**“ sind in Österreich seit 1991 tätig und betreuen mittlerweile österreichweit elf Spitäler durch wöchentliche Visiten, in Wien einige Abteilungen des AKH. Die „**Roten Nasen**“ Clown-Doctors betreuen in Wien das SMZ Ost, die Rudolfstiftung, das Wilhelminenspital und das Orthopädische Spital Speising. Beide Organisationen sind als gemeinnützige Vereine organisiert und werden aus Spenden und Sponsorgeldern finanziert. Für die betreuten Anstalten entsteht kein finanzieller Aufwand.

Von großer Bedeutung für Kinder im schulpflichtigen Alter, deren Erkrankung einen längeren Krankenhausaufenthalt und damit ein Fernbleiben von der Schule nach sich zieht, ist die Möglichkeit, im Krankenhaus von speziell ausgebildeten Lehrkräften der Heilstättenschulen nach den ihrer Schulstufe und Schulart entsprechenden Lehrplänen unterrichtet zu werden. Dieses Angebot kann für nahezu alle Schultypen für das Pflichtschulalter (Vor-, Volks-, Haupt- und Sonderschule sowie AHS-Unterstufe) in nahezu allen Wiener Krankenanstalten mit Abteilungen, welche PatientInnen im Kindesalter betreuen, in Anspruch genommen werden. Bei langem Aufenthalt im Krankenhaus kann dem Kind auch von der Heimstättenschule ein Zeugnis jener Schulart und Schulstufe ausgestellt werden, welche das Kind in der Stammschule besucht.

Die Begleitung der Kinder bei stationären Aufenthalten durch erwachsene Begleitpersonen ist in nahezu allen Wiener Krankenanstalten möglich. Bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres des Kindes erfolgt die Unterbringung der erwachsenen Begleitperson gemäß § 44a des Wiener Krankenanstaltengesetzes unentgeltlich, bei Begleitpersonen älterer Kinder wird ein Kostenbeitrag (1996: pro Person und Nacht rund 680 Schilling) eingehoben. Die Mithilfe der Begleitperson bei der Pflege des Kindes und die Anwesenheit bei Untersuchungen, Narkosevorbereitungen und beim Aufwachen aus der Narkose ist in den meisten Krankenanstalten möglich und auch erwünscht. Über die Inanspruchnahme der Möglichkeit der Begleithospitalisierung liegen für Wien derzeit keine Informationen vor.

Die folgende Tabelle 10.5 bietet einen Überblick darüber, welche Wiener Krankenanstalten welche zusätzlichen Leistungen speziell für Kinder anbieten.

Tabelle 5: Spezielle Einrichtungen für Kinder in Wiener Krankenanstalten

Krankenanstalt Abteilung	Anzahl Kinder- betten	Unterricht im Krankenhaus	Unterhaltungs- programm für Kinder	Bibliothek	Sozial- beratung	psycholo- gische Bera- tung	Kinderbetreuung, Kindergarten- pädagogin	kindgerechte Einrichtung	Spielsa- chen	CliniClowns/ Rote Nasen
AKH Kinderstationen der chirurgischen Abteilung Kinderchirurgie Chirurgie, Abteilung für Transplantation Dermatologie Neurochirurgie Hals-Nasen-Ohren Augen Geburtshilfe/Gynäkologie Innere Medizin Kinderheilkunde Neonatologie, Neuropsychiatrie, des Kindes- und Jugendalters	25 31 2 nach Bedarf nach Bedarf 8 8 42 nach Bedarf 151 16 32	ja nein nein ja ja ja nein ja nein ja nein ja	ja ja ja nein nein nein nein nein nein nein ja	ja ja nein ja ja ja nein ja ja nein nein ja	ja nein nein ja ja ja nein ja ja ja ja	nein ja ja nein ja ja nein ja ja ja	ja nein nein ja ja nein ja ja ja	nein nein nein nein nein ja nein nein nein nein nein nein	nein nein nein nein nein ja nein nein nein nein nein nein	nein nein nein ja nein nein nein ja ja nein nein nein
LAINZ Hals-Nasen-Ohren	5	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	ja	nein
WILHELMINENSPIITAL Kinderinterne Abt. mit Psychosomatik Kinderheilkunde mit Infektionskrankh.	56 44	ja ja	ja nein	ja nein	ja ja	ja nein	nein nein	nein nein	nein nein	ja ja
SMZ OST/DONAU SPITAL Kinderinterne Abt. Kinderchirurgie	74 61	ja ja	nein nein	ja ja	ja ja	ja nein	nein nein	nein nein	nein nein	ja ja
KAISER FRANZ-JOSEF-SPITAL Hals-Nasen-Ohren	3	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja	nein
RUDOLFSSTIFTUNG Hals-Nasen-Ohren Abteilungen des Mautner Markhof'schen Kinderspitäls ¹⁾	6 80	nein ja	nein ja	nein ja	ja ja	ja ja	nein nein	nein nein	nein nein	nein ja
KAISERIN ELISABETH-SPITAL Chirurgie	nach Bedarf	ja	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
ORTHOPÄDISCHES SPITAL SPEISING Abt. f. Kinderorthopädie	52	ja	nein	ja	ja	ja	ja	nein	nein	ja
NEUROLOGISCHES KH ROSENHÜGEL Neurolog, Abt. für Kinder und Jugendliche mit Behindertenzentrum	53	ja	nein	nein	ja	ja	ja	nein	nein	nein
PREYER'SCHES KINDERSPIITAL KINDERKLINIK GLANZING GOLDENES KREUZ ST. ANNA KINDERSPIITAL UKH LORENZ BOHLER UKH MEIDLING WIENER PRIVATKLINIK	140 80 nach Bedarf 153 12 nach Bedarf nach Bedarf	ja ja nein ja ja ja ja ja ja ja ja nein	ja ja ja ja ja nein nein nein nein nein nein	ja ja ja ja ja nein ja ja ja ja ja	ja ja nein ja ja nein ja ja ja ja ja ja	ja ja nein ja ja nein ja ja ja ja ja	ja ja nein ja ja nein ja ja ja ja ja	nein nein nein nein nein nein nein nein nein nein nein nein	nein nein nein nein nein nein nein nein nein nein nein nein	nein nein nein nein nein nein nein nein nein nein nein nein

1) ab 1998 in die Rudolfstiftung eingegliedert.

Quelle: BUNDESMINISTERIUM FÜR UMWELT, JUGEND UND FAMILIE, „Kind im Krankenhaus“, Wien, o. J., Stand: Dezember 1996; ergänzt durch den Tätigkeitsbericht 1999

10.3 Ambulanzen

Gemäß § 42 (1) Wiener Krankenanstaltengesetz sind in öffentlichen Krankenanstalten Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, unter anderem dann ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

- zur Leistung erster ärztlicher Hilfe,
- zur Behandlung nach einer solchen ersten ärztlichen Hilfe,
- zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die außerhalb der Krankenanstalt in angemessener Entfernung zum Wohnort nicht in geeigneter Weise zur Verfügung stehen oder
- über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in Anstaltspflege notwendig ist

Dementsprechend sind neben den niedergelassenen praktischen und FachärztInnen auch die Ambulanzen in den Wiener Krankenanstalten in der ambulanten Versorgung von Kindern aktiv. Alle Spitäler, die über eine pädiatrische Abteilung verfügen, führen auch eine Ambulanz. Hinzu kommt noch eine Kinderambulanz im Hanusch KH (vgl. Tabelle 10.6).

Entsprechend den oben angeführten gesetzlichen Bestimmungen wurden zur Anwendung von besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in allen diesen Krankenhäusern sogenannte „Spezialambulanzen“ geschaffen, die auf die besonderen Versorgungsbedürfnisse von Kindern ausgerichtet sind. Dazu zählen etwa die Gastroenterologie (Verdauungsbeschwerden), die Allergologie (Asthma), die Betreuung von Frühgeborenen und die Kinderurologie (vgl. Tabelle 10.6), Kindergynäkologie sowie Jugendgynäkologie. Kinder- und Jugendgynäkologische Ambulanzen sind insbesondere aufgrund der zunehmend bereits in jüngerem Lebensalter eintretenden Pubertät (siehe Kap. 7) von wachsender Bedeutung, derartige Einrichtungen gibt es in Wien in der Rudolfstiftung, im AKH sowie im SMZ Ost/Donauspital.

Eine wichtige Rolle spielen auch die entwicklungsdiagnostischen Ambulanzen (siehe Anhang Kap. 10). Ihre Aufgabe ist die Überprüfung der psychomotorischen Entwicklung und das Erkennen drohender Entwicklungsverzögerungen bzw. -störungen, um allfällig notwendige Frühförderung bzw. Therapie – z. B. Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder Heilpädagogik – einzuleiten. Die Bedeutung dieser Ambulanzen liegt vor allem in der Früherkennung von Entwicklungsstörungen (siehe Kap. 4.2.1; Kap.4.2.2), die oft keine bestimmte Symptomatik aufweisen und daher nur von (Fach-)ÄrztInnen und geschulten Betreuungspersonen erkannt werden können. Der frühe Behandlungsbeginn ist bei diesen Erkrankungen (z. B. Legasthenie, Sprachstörungen) zumeist für den Erfolg entscheidend. Solche Ambulanzen werden im AKH, in der Rudolfstiftung, im Wilhelminenspital und im SMZ Ost/Donauspital geführt.

Tabelle 6: Vorhaltung und Inanspruchnahme von pädiatrisch orientierten Ambulanzen in Wiener Krankenanstalten, 1994–1998

Krankenanstalten und Spezialambulanzen	Fachrichtung	Indikator	1994	1995	1996	1997	1998
AKH Transplantationschirurgie Endoskopie Stoffwechsel Atemphysiologie Diabetes Endokrinologie Gastroenterologie Kardiologie Neonatalogie Anfallsambulanz/EEG Psychotherapie Neuromuskuläre Versorgung weitere Spezialambulanzen	KCH (Kinderchirurgie)	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	4	3	4	4	4
		Frequenzen – ambulante Pat.	3.806	6.635	6.460	7.198	7.409
		Leistungen – ambulante Pat.	16.773	27.047	30.429	30.715	31.849
		Frequenzen – stationäre Pat.	308	795	416	543	644
	KI (Kinderheilkunde)	Leistungen – stationäre Pat.	2.779	5.723	3.840	5.276	6.469
		Untersuchungs-/Behandlungsplätze	110	107	108	114	113
		Frequenzen – ambulante Pat.	98.155	94.264	92.879	96.352	100.689
		Leistungen – ambulante Pat.	1.390.603	1.386.309	1.373.215	1.428.332	1.584.227
	KJNP (Kinder- und Jugendneuropsychiatrie)	Frequenzen – stationäre Pat.	49.609	53.837	56.856	58.665	56.270
		Leistungen – stationäre Pat.	433.326	465.038	532.260	590.577	638.140
		Untersuchungs-/Behandlungsplätze	59	62	58	43	48
		Frequenzen – ambulante Pat.	11.696	10.327	11.497	13.088	11.255
Hanusch Krankenhaus Kardiologie Kinderurologie Schielambulanz/Seherschule	KI	Leistungen – ambulante Pat.	27.784	25.738	27.769	30.676	27.239
		Frequenzen – stationäre Pat.	1.585	1.931	2.531	3.045	3.100
		Leistungen – stationäre Pat.	1.611	2.053	2.753	3.047	3.122
		Untersuchungs-/Behandlungsplätze	4	4	4	4	4
Kardiologie Kinderurologie Schielambulanz/Seherschule	KI	Frequenzen – ambulante Pat.	16.030	15.298	15.045	14.313	14.216
		Leistungen – ambulante Pat.	25.032	23.663	22.590	22.044	22.336
		Frequenzen – stationäre Pat.	18	20	36	42	64
		Leistungen – stationäre Pat.	23	26	45	49	73

Krankenanstalten und Spezialambulanzen	Fachrichtung	Indikator	1994	1995	1996	1997	1998
Rudolfstiftung Neuropädiatrie & Entw.diagnostik, Kardiologie, Nephro-Urologie, Allergologie-Pulmologie, Diabetes, Physikalische Med. & Rehabilitation	KI	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	0	0	0	0	3
		Frequenzen – ambulante Pat.	0	0	0	0	815
		Leistungen – ambulante Pat.	0	0	0	0	816
		Frequenzen – stationäre Pat.	0	0	0	0	6
		Leistungen – stationäre Pat.	0	0	0	0	6
Wilhelminenspital Gastroenterologie, Allergologie, Pulmologie, Cystische Fibrose, Anfallsambulanz/EEG, Hepatitis, Immunologie	KI	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	8	7	7	7	7
		Frequenzen – ambulante Pat.	28.707	34.265	31.945	30.448	34.187
		Leistungen – ambulante Pat.	51.822	59.501	59.686	65.695	70.696
		Frequenzen – stationäre Pat.	766	2.120	194	955	187
		Leistungen – stationäre Pat.	31.750	26.073	19.306	19.135	18.437
Kinderklinik Glanzing Psychosomatik, Schreiambulanz, Frühgeborenenamb., Adipositasamb. Anfallsamb./EEG, Entwicklungsamb., Kardiologie, Logopädie u.a.m.	KI	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	19	19	19	19	19
		Frequenzen – ambulante Pat.	24.056	23.255	20.976	18.278	15.909
		Leistungen – ambulante Pat.	24.602	23.584	21.217	18.564	16.228
		Frequenzen – stationäre Pat.	8.540	8.228	8.523	8.856	8.576
		Leistungen – stationäre Pat.	9.358	9.202	9.442	9.831	9.489
Preyer'sches Kinderspital Kinderurologie Gastroenterologie Plastische Chirurgie Anfallsambulanz/EEG Diabetes, Endokrinologie Dermatologie Kardiologie weitere Spezialambulanzen	KCH	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	0	0	0	2	2
		Frequenzen – ambulante Pat.	0	0	0	13.155	15.346
		Leistungen – ambulante Pat.	0	0	0	16.444	19.183
		Frequenzen – stationäre Pat.	0	0	0	3.424	1.501
		Leistungen – stationäre Pat.	0	0	0	4.280	1.877
	KI	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	7	7	7	11	11
		Frequenzen – ambulante Pat.	5.491	5.706	5.951	35.426	40.376
		Leistungen – ambulante Pat.	6.152	6.428	7.085	43.609	50.979
		Frequenzen – stationäre Pat.	6.696	7.265	6.970	10.992	8.613
		Leistungen – stationäre Pat.	7.791	8.625	8.380	13.665	9.427
Mautner Markhof'sches Kinderspital¹ Allergologie Diabetes Entwicklungspsychologie Kardiologie Endokrinologie Neurologie Urologie	KCH	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	5	0	0	0	0
		Frequenzen – ambulante Pat.	5	0	0	0	0
		Leistungen – ambulante Pat.	5	0	0	0	0
		Frequenzen – stationäre Pat.	862	0	0	0	0
		Leistungen – stationäre Pat.	862	0	0	0	0
	KI	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	16	16	17	17	17
		Frequenzen – ambulante Pat.	39.500	33.933	26.817	25.268	21.134
		Leistungen – ambulante Pat.	103.503	96.819	75.503	67.445	23.942
		Frequenzen – stationäre Pat.	9.179	8.649	7.263	6.980	3.764
		Leistungen – stationäre Pat.	21.875	16.715	14.503	13.311	4.972
NKH Rosenhügel Anfallsambulanz/EEG Neuromuskuläre Versorgung Neuropsychologische Rehabilitation	KI	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	4	4	4	4	4
		Frequenzen – ambulante Pat.	1.616	2.615	2.475	1.141	694
		Leistungen – ambulante Pat.	5.774	5.042	3.526	2.650	2.433
		Frequenzen – stationäre Pat.	2.895	3.577	3.412	2.997	1.999
		Leistungen – stationäre Pat.	9.966	9.342	7.285	5.718	3.422
	KJNP	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	17	20	20	20	20
		Frequenzen – ambulante Pat.	3.668	3.621	4.221	3.892	4.403
		Leistungen – ambulante Pat.	5.189	5.053	6.359	6.409	7.235
		Frequenzen – stationäre Pat.	6.597	7.598	8.053	8.214	8.404
		Leistungen – stationäre Pat.	15.674	16.911	17.619	18.795	19.009
St. Anna Kinderspital Gastroenterologie, Kardiologie, Onkologie, Kinderurologie, HNO, Hämatologie, Pulmologie, Logopädie, Anfallsamb., Psychosomatik u.a.m.	KI	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	30	31	31	31	31
		Frequenzen – ambulante Pat.	61.409	62.085	59.977	62.425	66.094
		Leistungen – ambulante Pat.	72.122	74.029	71.604	74.254	77.557
		Frequenzen – stationäre Pat.	8.390	10.682	10.567	12.137	12.981
		Leistungen – stationäre Pat.	9.833	14.122	13.136	14.882	16.172
SMZ Ost/Donauspital Kinderurologie, Nachsorge, Fehlbildungsambulanz, Gastroenterologie, Endokrinologie, Kardiologie, Nephrologie, Diabetes, Entwicklungspsychologie, Frühgeburtenamb., Immunologie, Pulmologie, Homöopathie, Neuropädiatrie u.a.m.	KCH	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	4	4	4	4	4
		Frequenzen – ambulante Pat.	19.623	18.761	18.981	17.499	20.188
		Leistungen – ambulante Pat.	19.623	38.742	53.912	52.942	57.102
		Frequenzen – stationäre Pat.	296	586	645	1.699	1.734
		Leistungen – stationäre Pat.	296	1.011	1.476	3.997	3.695
	KI	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	5	5	5	5	5
		Frequenzen – ambulante Pat.	23.736	28.752	26.834	24.817	26.613
		Leistungen – ambulante Pat.	25.235	37.331	39.285	60.574	56.880
		Frequenzen – stationäre Pat.	141	209	289	1.982	1.891
		Leistungen – stationäre Pat.	146	239	432	3.866	3.945
alle relevanten Wiener Krankenanstalten	KCH + KI + KJNP	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	292	289	288	285	292
		Frequenzen – ambulante Pat.	337.498	339.517	324.058	363300	379.328
		Leistungen – ambulante Pat.	1.774.219	1.809.286	1.792.180	1.920.353	2.048.702
		Frequenzen – stationäre Pat.	95.882	105.497	105755	120.531	109.734
		Leistungen – stationäre Pat.	545.290	575.080	630477	706.429	738.255

1 Das Mautner Markhof'sche Kinderspital wurde in die Krankenanstalt Rudolfstiftung integriert.

Quellen: BMSG – Kostenstellenstatistik 1994–1998; ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

In den Ambulanzen und anderen für ambulante PatientInnen zugänglichen Einrichtungen der Wiener Krankenanstalten (z. B. Röntgen) werden insgesamt rund 290 Untersuchungs- und Behandlungsplätze vorgehalten. Diese Anzahl hat sich zwischen 1994 und 1998 praktisch nicht verändert (vgl. Tabelle 10.6).

Inanspruchnahme der pädiatrisch orientierten Ambulanzen

Die Anzahl der Besuche von Kindern in Krankenhausambulanzen ist zwischen 1994 und 1998 von rund 340.000 auf rund 380.000 pro Jahr angestiegen, die Anzahl der bei diesen Besuchen erbrachten medizinischen Leistungen von rund 1,8 Mio. auf über 2 Mio. (vgl. Tabelle 10.6). Dieser steigende Trend dürfte sich fortsetzen, wenn nicht gesundheitspolitische Maßnahmen – wie etwa der in der derzeitigen Diskussion über die Möglichkeiten zur finanziellen Sanierung der Krankenkassen lancierte Selbstbehalt (in Höhe von 150 – 250 Schilling) beim Ambulanzbesuch – zu einem Bruch in der Trendentwicklung führen.

Dokumentation

Über das medizinische Behandlungsgeschehen in den Ambulanzen ist derzeit eine bundesweit einheitliche Dokumentation ebenso wenig verfügbar wie für niedergelassene ÄrztInnen. Aus diesem Grund können über Art und Umfang der medizinischen Leistungen in beiden Bereichen nur sehr eingeschränkt Aussagen getroffen werden. Für das Erkennen von quantitativen und organisatorischen Defiziten wäre eine bereichsübergreifende einheitliche Dokumentation wünschenswert.

Resümee

Alle Wiener Spitäler mit einer Kinderabteilung führen auch pädiatrische Ambulanzen, zusätzlich auch das Hanusch KH. In diesen Ambulanzen werden insgesamt rund 290 Untersuchungs- und Behandlungsplätze vorgehalten, von welchen ein Teil in „Spezialambulanzen“ geführt wird. Die Anzahl der Besuche in den pädiatrisch orientierten Ambulanzen ist zwischen 1994 und 1998 von rund 340.000 auf rund 380.000 pro Jahr angestiegen, die Anzahl der bei diesen Besuchen erbrachten medizinischen Leistungen von rund 1,8 Mio. auf über 2 Mio.

Eine bundesweit einheitliche Dokumentation ist für die Ambulanzen ebenso wenig verfügbar wie für niedergelassene ÄrztInnen. Für die Feststellung von quantitativen und organisatorischen Defiziten wäre eine bereichsübergreifende einheitliche Dokumentation eine wichtige Voraussetzung.

10.4 Geburtsabteilungen – Hausgeburten – Hebammen

Von jährlich rund 15.500 Geburten in Wien erfolgen rund 15.100 (fast 98 Prozent) in Krankenhäusern. Nur etwa 400 Kinder kommen jährlich im Geburtshaus Nußdorf oder zu Hause auf die Welt. Dies unterstreicht die wichtige Rolle der Krankenhäuser unmittelbar bei, aber auch vor und nach der Entbindung.

Stationäre Einrichtungen in Wien

Insgesamt führen zwölf Fonds-Krankenhäuser in Wien Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe (vgl. Tabelle 10.7 und Tabelle 10.A1 im Anhang, S. 430ff; die bereits gesperrte Abteilung im Kaiserin Elisabeth-Spital ist hier nicht mitgezählt). Zwei dieser Abteilungen (jene im KH der Barmherzigen Brüder und im Evangelischen KH) beschränken sich jedoch praktisch ausschließlich auf die Gynäkologie, sodass zehn Fondsspitäler verbleiben, die in der Geburtshilfe aktiv sind, nämlich

- das AKH Wien (Träger: Wiener Krankenanstaltenverbund – KAV),
- das Kaiser Franz Josef-Spital (KAV),
- das Hanusch-Krankenhaus (Wiener Gebietskrankenkasse),
- das Krankenhaus Lainz (KAV),
- die Rudolfstiftung (KAV),
- das Krankenhaus St. Josef (konfessionelle Trägerschaft),
- das Wilhelminenspital (KAV),
- die Semmelweislinik (KAV),
- das Krankenhaus Göttlicher Heiland (konfessionelle Trägerschaft) sowie
- das SMZ Ost/Donauspital (KAV).

In den genannten Krankenhäusern wurden Ende 1998 insgesamt rund 850 systemisierte (sanitätsbehördlich bewilligte) und rund 760 tatsächliche (im Jahresdurchschnitt verfügbare) Betten für Gynäkologie und Geburtshilfe vor-

gehalten, wobei die Bettenanzahl zwischen 1994 und 1998 – ähnlich wie im pädiatrischen Bereich – um rund 20 Prozent gesunken ist (vgl. Tabelle 10.7). Neben den genannten Fonds-Krankenanstalten sind auch die Sanatorien Hera, Goldenes Kreuz, Rudolfinerhaus und Döbling sowie das Geburtshaus Nußdorf in der Geburtshilfe aktiv.

Ende 1998 gab es rund 180 Untersuchungs- und Behandlungsplätze in Ambulanzen und ähnlichen für Patientinnen ambulant zugänglichen Einrichtungen innerhalb der Fonds-Krankenhäuser (1994 waren es noch 200). Auch im geburtshilflichen Bereich gibt es eine Reihe von „Spezialambulanzen“, die sich der mit Schwangerschaft und Entbindung assoziierten Diagnostik und Therapie befassen. Dazu zählen unter anderem die Schwangerenambulanzen, die Ultraschallambulanzen und die Stillambulanzen (vgl. Tabelle 10.7).

Tabelle 7: Bettenvorhaltung/-inanspruchnahme sowie Ambulanzen mit gynäkologisch-geburtshilflicher Ausrichtung in Wiener Krankenanstalten, 1994–1998

Krankenanstalten und Spezialambulanzen	Indikator	1994	1995	1996	1997	1998	GH-Fälle 1998*)
AKH Familienplanung Hormonambulanz IVF	systemisierte Betten	255	237	235	207	207	4.474
	tatsächliche Betten	232	222	220	199	191	
	Belagstage	53.973	51.490	53.512	52.860	51.913	
	stationäre Aufnahmen	12.080	12.102	13.490	14.385	14.645	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	100	154	116	77	79	
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	systemisierte Betten	30	30	30	30	30	25
	tatsächliche Betten	26	26	26	26	30	
	Belagstage	6.913	7.159	6.988	6.709	6.883	
	stationäre Aufnahmen	1.098	1.238	1.184	1.172	1.207	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	3	3	3	3	3	
Kaiserin Elisabeth-Spital	systemisierte Betten	41	41	0	0	0	0
	tatsächliche Betten	43	40	17	0	0	
	Belagstage	10.256	9.511	3.852	0	0	
	stationäre Aufnahmen	2.228	2.172	868	0	0	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	11	11	11	1	1	
Evangelisches Krankenhaus	systemisierte Betten	20	20	20	20	20	12
	tatsächliche Betten	20	15	16	15	15	
	Belagstage	3.897	3.007	1.706	1.108	989	
	stationäre Aufnahmen	684	536	431	282	341	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	0	0	0	0	0	
Krankenhaus Floridsdorf	systemisierte Betten	0	0	0	0	0	2
	tatsächliche Betten	0	0	0	0	0	
	Belagstage	0	0	0	0	0	
	stationäre Aufnahmen	0	0	0	0	0	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	1	1	1	1	1	
Kaiser Franz Josef-Krankenhaus Risikoschwangerenamb. Ultraschallambulanz	systemisierte Betten	60	59	59	59	59	1.196
	tatsächliche Betten	54	55	55	55	55	
	Belagstage	16.151	16.979	16.738	15.853	15.279	
	stationäre Aufnahmen	3.484	3.580	3.713	3.609	3.681	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	14	14	14	13	13	
Hanusch-Krankenhaus Familienplanung Sterilität Schwangerenambulanz	systemisierte Betten	55	55	55	55	55	692
	tatsächliche Betten	40	38	40	40	38	
	Belagstage	10.961	10.752	10.792	10.797	10.378	
	stationäre Aufnahmen	2.026	1.914	2.012	2.100	2.010	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	5	6	5	8	8	
Krankenhaus Lainz Schwangerenambulanz Schwangere Diabetikerinnen Familienplanung Sterilität u. a. m.	systemisierte Betten	64	64	62	58	58	979
	tatsächliche Betten	59	60	60	56	56	
	Belagstage	15.943	15.725	14.315	14.470	15.706	
	stationäre Aufnahmen	4.087	3.827	3.936	3.562	4.113	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	15	15	15	15	15	
Rudolfstiftung Schwangerenambulanz	systemisierte Betten	102	102	102	85	82	1.641
	tatsächliche Betten	97	98	95	79	75	
	Belagstage	28.212	28.433	28.357	22.829	21.066	
	stationäre Aufnahmen	5.267	5.314	5.314	4.999	4.796	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	7	9	9	9	11	
Krankenhaus St. Josef	systemisierte Betten	58	58	58	58	58	938
	tatsächliche Betten	58	50	41	41	41	
	Belagstage	9.564	9.097	8.914	8.825	9.598	
	stationäre Aufnahmen	1.848	1.836	1.786	1.999	2.151	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	0	0	0	0	0	

Krankenanstalten und Spezialambulanzen	Indikator	1994	1995	1996	1997	1998	GH-Fälle 1998*)
Wilhelminenspital Hormonambulanz Schwangerenambulanz Ultraschallambulanz Risikoamb., Stillamb., u. a. m.	systemisierte Betten	77	77	77	77	77	1.601
	tatsächliche Betten	74	77	77	76	76	
	Belagstage	20.881	21.931	22.693	21.296	20.633	
	stationäre Aufnahmen	4.286	4.221	4.545	4.218	4.373	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	14	14	14	14	14	
Sammelweis Frauenklinik Schwangerengymnastik	systemisierte Betten	93	93	93	93	93	2.950
	tatsächliche Betten	93	78	83	87	73	
	Belagstage	18.949	17.620	17.955	17.965	16.633	
	stationäre Aufnahmen	5.240	4.916	5.242	5.344	5.312	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	15	16	16	15	16	
Krankenhaus Göttlicher Heiland	systemisierte Betten	51	51	51	50	50	920
	tatsächliche Betten	66	57	57	53	50	
	Belagstage	17.101	14.030	12.865	12.458	12.074	
	stationäre Aufnahmen	2.609	2.248	2.162	2.244	2.442	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	0	0	0	0	4	
SMZ Ost/Donauspital Hormonambulanz Schwangerenambulanz Sterilität, US-Risikoamb., Risikoambulanz	systemisierte Betten	64	64	64	64	64	2.029
	tatsächliche Betten	64	65	65	65	65	
	Belagstage	19.059	19.501	19.536	18.943	19.499	
	stationäre Aufnahmen	4.386	4.478	4.877	4.891	4.678	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	14	17	16	16	16	
alle relevanten Wiener Krankenanstalten	systemisierte Betten	970	951	906	856	853	17.459
	tatsächliche Betten	926	881	852	792	765	
	Belagstage	231.860	225.235	218.223	204.113	200.651	
	stationäre Aufnahmen	49.323	48.382	49.560	48.805	49.749	
	Untersuchungs-/Behandlungsplätze	200	261	221	173	182	
	Durchschnittliche Belagsdauer	4,7	4,7	4,4	4,2	4,0	
	% Auslastung (syst. Betten)	65,5	64,9	66,0	65,3	64,4	
	% Auslastung (tats. Betten)	68,6	70,0	70,2	70,6	71,9	

*) Geburten und mit Geburtshilfe im weitesten Sinne assoziierte Fälle im Jahr 1998

GH: Geburtshilfe

Anm: Weitere Geburtshilfe assoziierte Fälle in Nicht-Fonds-KA: KH Goldenes Kreuz 997, Sanatorium Hera 338, Rudolfinerhaus 465, Privatklinik Döbling 316

Quelle: BMSG – Kostenstellenstatistik 1994–1998, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 1998; ÖBIG-eigene Berechnungen

Inanspruchnahme gynäkologisch-geburtshilflicher Einrichtungen

Die Anzahl der jährlichen stationären Aufnahmen im gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich hat sich zwischen 1994 und 1998 kaum verändert und ist mit knapp 50.000 annähernd konstant geblieben. Nur rund ein Drittel dieser Aufnahmen (ca. 17.500) beziehen sich jedoch auf die Geburtshilfe bzw. Schwangerschaftskomplikationen im weitesten Sinne. Die mit Abstand meisten dieser Fälle werden im AKH, in der Sammelweisklinik und im SMZ Ost/Donauspital versorgt, aber auch das Wilhelminenspital und die Rudolfstiftung spielen mit rund 1.600 solcher Patientinnen noch eine wichtige Rolle (vgl. Tabelle 10.7, letzte Spalte).

Die durchschnittliche Belagsdauer in den gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen ist zwischen 1994 und 1998 von 4,7 auf 4,0 Tage gesunken, wodurch sich das Belagstagevolumen bei annähernd gleicher Fallzahl von rund 230.000 auf rund 200.000 reduziert hat. Da jedoch die Bettenanzahl in einem vergleichbaren Ausmaß gesenkt wurde, blieb die durchschnittliche Auslastung der tatsächlich verfügbaren Betten mit rund 70 Prozent annähernd konstant (vgl. Tabelle 10.7, letzte Zeile).

Aufgrund der vorausgeschätzten demographischen Entwicklung (rückläufige Geburtenanzahl) dürfte der stationäre Versorgungsbedarf in Bezug auf Entbindungen in der Zukunft weiter stagnieren bzw. leicht abnehmen.

Spezielle Angebote im geburtshilflichen Bereich

In Wien gibt es wie erwähnt derzeit 15 geburtshilfliche Einrichtungen, teils in öffentlichen, teils in Privatspitälern. Eine weitere Entbindungsmöglichkeit bietet das Geburtshaus Nußdorf. Das Zusammensein von Mutter und Neugeborenem (Rooming-In) ist heute zwar eine Selbstverständlichkeit, kann aber in unterschiedlichem Ausmaß angeboten sowie genutzt werden. Das für die Beziehung von Mutter und Kind als ideal angesehene 24-Stunden-Rooming-In ist nicht die Regel (siehe Kap. 5.1.1). Einen Überblick über die geburtshilflichen Einrichtungen mit Adressen und Telefonnummern bietet Tabelle 10.A1 im Anhang.

Auf die Wünsche der Frauen bezüglich Geburtsposition und Geburtsart wird – abhängig vom Angebot eines Spitals – so weit wie möglich eingegangen. Die Möglichkeiten reichen von Entbindungen im Liegen, im Sitzen, in der Hocke, auf dem „Roma Rad“ (Geburtsrad) bis zur Entbindung in der Badewanne. Die Angebote eines Spitals erfährt man am besten im Spital selbst oder im Internet. Viele geburtshilfliche Abteilungen verfügen auch über Informationsblätter, die angefordert werden können oder bei niedergelassenen Gynäkologinnen aufliegen.

In den öffentlichen Spitälern werden die Routinekontrollen in der Schwangerenambulanz mit speziellen Angeboten wie Ultraschall, Schwangerengymnastik, Geburtsvorbereitung, Stillberatung (siehe Kap. 5.1.1), Sozialberatung, Amniozentese (Fruchtwasserpunktion), Betreuung von Risikoschwangerschaften (siehe Kap. 4.2.1) usw. durchgeführt. Wer sich für die Geburt in einem privaten Spital bzw. für eine Hausgeburt entscheidet, wird während der Schwangerschaft vom/von der niedergelassenen GynäkologIn und einer Hebamme mit Niederlassungsbewilligung betreut.

Hausgeburten

Knapp zwei Prozent aller Babys kommen in Wien zu Hause auf die Welt. Bei einer Hausgeburt werden die Frauen vor, während und in den ersten Wochen nach der Geburt von „ihrer“ Hebamme betreut. Sollten während der Geburt schwerwiegende Komplikationen auftreten - was auch bei problemlos verlaufenden Schwangerschaften nicht ausgeschlossen werden kann - ist das Hinzuziehen einer Fachärztin/eines Facharztes oder im Falle der Erfordernis eines operativen Eingriffes die Verlegung in eine Krankenanstalt erforderlich. Die nahe und rasche Verfügbarkeit entsprechender medizinischer Infrastrukturen ist in solchen Fällen von besonderer Wichtigkeit.

Bei ambulant oder zu Hause geborenen Babys müssen die Routineuntersuchungen von einem/einer niedergelassenen Arzt oder Ärztin durchgeführt werden.

Hebammen

Die Betreuung bei der Geburt – sowohl im Spital, im Geburtshaus als auch zu Hause – erfolgt überwiegend durch Hebammen. Bei unvorhersehbaren Komplikationen kann aber jederzeit ein/e Arzt/Ärztin hinzugezogen werden.

Bei einer geplanten Hausgeburt kann man sich rechtzeitig „seine“ freipraktizierende Hebamme aussuchen und auch schon die Geburtsvorbereitung bei ihr besuchen. Bei einer Spitalsgeburt wird man in der Regel von der diensthabenden Hebamme betreut. In einigen Spitälern besteht allerdings die Möglichkeit, eine „Wahlhebamme“ zur Geburt mitzunehmen.

Entscheidet man sich für eine Hausgeburt, eine ambulante Geburt oder für eine Wahlhebamme, so sollte möglichst frühzeitig in der Schwangerschaft Kontakt mit einer Hebamme aufgenommen werden. Hilfestellung bei der Suche nach der idealen Hebamme bietet die Landesgeschäftsstelle des Österreichischen bzw. des Wiener Hebammengremiums.

Seit 1986 gibt es in Wien „Familienhebammen“ (siehe auch Kap. 5.1.1). Anlaufstellen für Beratungen und Informationen sind die Stützpunkte in den Bezirken 11, 15, 20 und 22. Die derzeit elf Wiener Familienhebammen betreuen Frauen und Paare aus ganz Wien. Ihre Aufgabe ist die Geburtsvorbereitung der schwangeren Frauen und deren Partner sowie die Beratung in allen Fragen, die mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu tun haben. Diese Vorbereitung und Beratung ist in Form von Einzel- und Gruppengesprächen möglich (inklusive Schwangerenturnen). Weiters werden sogenannte „Babytreffs“ abgehalten. Sie dienen dem Erfahrungsaustausch der Frauen untereinander, der Stillinformation und Stillberatung sowie der Beantwortung diverser Fragen zu Ernährung, Pflege, Partnerschaft und anderen Themen.

Die Familienhebammen machen aber auch Hausbesuche, z. B. bei einer Frau mit einer Risikoschwangerschaft oder bei drohender Frühgeburt, zur medizinischen Überwachung und Kontrolle, zu Gesprächen oder zur Geburtsvorbereitung zu Hause. Nach der Geburt sind ebenfalls Hausbesuche durch die Familienhebamme möglich. Dabei werden praktische Anleitungen zum Stillen und zur Babypflege vermittelt oder Gespräche über geänderte Familiensituation, körperliche und/oder seelische Krisen im Wochenbett geführt.

Um den schwangeren Frauen wohnortnahe Beratung oder Geburtsvorbereitung zu ermöglichen, sind die Familienhebammen zu bestimmten Zeiten in den Eltern-Kind-Zentren der MA 11 zu erreichen. In einigen geburtshilflichen Ambulanzen der städtischen Krankenanstalten dienen die Familienhebammen zu bestimmten Zeiten als Ansprechpartnerinnen für Schwangere.

Die Familienhebammen sind außer zu ihren fixen Dienstzeiten auch telefonisch privat bei Problemen und Notfällen erreichbar.

In Wien gibt es (Stand 1. Jänner 2000) 313 Hebammen. Davon haben 134 eine Niederlassungsbewilligung und können sowohl als Wahlhebamme als auch für die Betreuung nach einer ambulanten Geburt ausgewählt werden. 43 der 134 Hebammen mit Niederlassungsbewilligung arbeiten ausschließlich in freier Praxis, 91 haben sowohl die Niederlassungsbewilligung als auch eine Anstellung in einem Spital. Sowohl die Familienhebammen als auch Heb-

ammen mit Niederlassungsbewilligung bieten oft eine große Palette von zusätzlichen Betreuungsangeboten an, die von der Geburtsvorbereitung für Frauen bzw. Paare über Betreuung bei der Geburt, Stillberatung, Nachbetreuung zu Hause, Rückbildungsgymnastik und Babymassagen bis hin zu Shiatsu-Massage und Bachblüten-Beratung reicht. Viele Hebammen bieten ihre Betreuung auch in einer Fremdsprache an.

Die Hilfe einer Hebamme kann von jeder schwangeren Frau in Anspruch genommen werden. Hebammenhilfe ist nicht unentgeltlich, aber eine Leistung der Krankenkassen. Vertragshebammen (Hebammen, die einen Vertrag mit den Krankenkassen haben) verrechnen direkt mit den Krankenkassen, wenn ihre Hilfe in Anspruch genommen wird. Hebammen, die keinen Vertrag mit den Krankenkassen haben, müssen vorerst von der Inanspruchnehmerin bezahlt werden. Auf Antrag werden 80 Prozent der tariflich vereinbarten Leistungen von der Krankenkasse rückvergütet. Die Tarifordnung umfasst Hausbesuche, Untersuchungen in der Hebammenordination und die Hausgeburt.

Informationen

Informationen über die geburtshilflichen Abteilungen sowie über Hebammen, Familienhebammen (siehe auch Kap. 5.1.1) und ihre Angebote erhält man entweder aus Broschüren, die in den Spitälern aufliegen, oder aus dem Internet.

Resümee

Von jährlich rund 15.500 Geburten in Wien erfolgen fast 98 Prozent in Krankenhäusern. Insgesamt führen zwölf Fonds-Krankenhäuser in Wien Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe. Zwei dieser Abteilungen beschränken sich auf die Gynäkologie, sodass zehn Fonds-Spitäler verbleiben, die in der Geburtshilfe aktiv sind. Hinzu kommen noch vier Sanatorien und ein Geburtshaus. Daneben gibt es rund 180 Untersuchungs- und Behandlungsplätze in Ambulanzen, darunter auch eine Reihe von „Spezialambulanzen“, die sich mit der mit Schwangerschaft und Entbindung assoziierten Diagnostik und Therapie befassen.

Die Anzahl der jährlichen stationären Aufnahmen im gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich ist zwischen 1994 und 1998 mit knapp 50.000 konstant geblieben. Rund ein Drittel dieser Aufnahmen (ca. 17.500) beziehen sich auf die Geburtshilfe. Die durchschnittliche Belagsdauer in den gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen ist zwischen 1994 und 1998 von 4,7 auf 4,0 Tage gesunken, wodurch die Bettenanzahl bei annähernd konstanter Auslastung von rund 70 Prozent reduziert werden konnte. Aufgrund der vorausgeschätzten demographischen Entwicklung (rückläufige Geburtenanzahl) dürfte der stationäre Versorgungsbedarf in Bezug auf Entbindungen in der Zukunft weiter stagnieren bzw. leicht abnehmen.

10.5 Sonstige Gesundheitseinrichtungen für Kinder

10.5.1 Mutter-Kind-Pass

Mit der Einführung des Mutter-Kind-Passes (siehe Kap. 9.1) wurde Ende der 70er Jahre vom Gesetzgeber angestrebt, mit finanziellen Anreizen das Ausmaß der Inanspruchnahme wichtiger präventivmedizinischer Angebote für Schwangere und Kleinkinder zu erhöhen. Dies erfolgte dadurch, dass die Auszahlung eines Teils der staatlichen Geburtenbeihilfe an die Bestätigung der Durchführung einer Reihe von terminlich festgelegten medizinischen Untersuchungen gebunden wurde („Mutter-Kind-Pass-Bonus“). Derzeit ist die Auszahlung dieses Bonus – neben der Bedingung der Nichtüberschreitung einer Obergrenze des zu versteuernden Familieneinkommens – an die ärztlicherseits bestätigte Durchführung folgender Maßnahmen gebunden:

Während der Schwangerschaft: Untersuchungen in der 16., 17. bis 20., 25. bis 28., 30. bis 34. und 35. bis 38. Schwangerschaftswoche, wobei beim ersten und dritten Termin Blutanalysen, beim zweiten Termin eine interne Untersuchung durchzuführen sind;

Am geborenen Kind: Untersuchungen in der ersten Lebenswoche, in der 4., 5. oder 6. Woche (mit orthopädischer Untersuchung), im 3. bis 5. Lebensmonat (einschließlich Hals-Nasen-Ohren-Untersuchung), während des 7. bis 9. Lebensmonates sowie eine Untersuchung nach dem 9. und vor dem 15. Lebensmonat, die auch eine Augenuntersuchung inkludiert.

Darüber hinausgehend sind im Untersuchungsprogramm des Mutter-Kind-Passes weitere Untersuchungen – wie etwa Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft und Untersuchungen am Kind nach dem 14. Lebensmonat – vorgesehen; die Auszahlung des „Mutter-Kind-Bonus“ ist aber nicht abhängig von der Inanspruchnahme dieser zusätzlichen Angebote. Sämtliche im Mutter-Kind-Pass angeführten Untersuchungen an Mutter und Kind werden unentgeltlich durchgeführt, die Kosten werden aus Mitteln des Familienlastenausgleichsfonds gedeckt (siehe Kap. 9.1.).

10.5.2 Schulärztlicher Dienst

Für Schüler und Schülerinnen öffentlicher Schulen ist gemäß Schulunterrichtsgesetz 1986 jährlich eine Untersuchung in der Schule durch eigens ausgebildete SchulärztInnen³² vorgesehen (siehe auch Kap. 4.2.6.2). Untersuchungen der Schüler und Schülerinnen der städtischen Volks-, Haupt- und Sonderschulen, Polytechnischen Lehrgänge und Berufsschulen fallen in den Zuständigkeitsbereich der MA 15, jene der SchülerInnen der übrigen Schulen in die Zuständigkeit des Unterrichtsministeriums. Primärer Zweck der Untersuchungen ist die Beurteilung der körperlichen Eignung der Kinder und Jugendlichen für die Teilnahme am Unterricht oder an speziellen Fächern. Weiters erfüllen SchulärztInnen wesentliche präventiv-medizinische Aufgaben, etwa in der Überwachung der biologischen Entwicklung der Schuljugend, in der Mitwirkung bei vorbeugenden Maßnahmen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit. Zu ihren weiteren Aufgaben zählt die Feststellung von Ursachen von Fehlleistungen und Entwicklungsstörungen (siehe Kap. 4.2.2; Kap. 1).

Grundsätzlich ist an jeder öffentlicher Schule Wiens ein Schularzt/eine Schulärztin tätig, das Ausmaß der wöchentlichen Anwesenheit in der Schule richtet sich nach der Anzahl der Schüler und Schülerinnen (bei Bundesschulen je 60 SchülerInnen eine Anwesenheitsstunde wöchentlich, bei Pflichtschulen eine Anwesenheitsstunde wöchentlich je 90 SchülerInnen). Derzeit sind an Wiener Pflichtschulen ca. 90 ÄrztInnen, an Wiener Bundesschulen ca. 130 ÄrztInnen tätig (BEER und WEBER, 2000).

Von Anfang der 70er Jahre bis zum Schuljahr 1994/95 wurden die Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen in einheitlich dokumentierter Form an das Österreichische Statistische Zentralamt übermittelt, dort erfolgte für die Jahrgänge der 1., 4., 8. und 12. Schulstufe jährlich eine auf Stichprobe basierende statistische Auswertung, die wichtigsten Ergebnisse wurden periodisch publiziert. (Wegen unklarer rechtlicher und finanzieller Situation wurde diese statistische Aufbereitung 1995 eingestellt.) Neben anamnestischen Angaben (über asthmatische Erkrankungen, Diabetes und Allergien), die in einem Elternfragebogen erhoben wurden, umfasste die Dokumentation Befunde über Seh- und Hörvermögen, Sprachfehler, Tonsillen, Zähne und Gebissstellung, Schilddrüse, Haut, Herz und Gefäße, Lunge, Bauch, Wirbelsäule und Brustkorb, Extremitäten und Nervensystem, wobei nicht detaillierte Befunde dargestellt wurden, sondern lediglich angegeben wurde, ob ein Normalzustand oder eine (definierte) Abweichung vom Normalzustand vorlag.

Mit der Einstellung der standardisierten Dokumentation der schulärztlichen Erhebungen ging eine wertvolle statistische Grundlage für epidemiologische Untersuchungen, die sowohl regionale als auch temporäre Vergleiche des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen ermöglichte, verloren. Angesichts der zunehmenden Bedeutung möglichst früh im Lebenszyklus anzusetzender präventiver Maßnahmen im Gesundheitsbereich erscheint es empfehlenswert, die legislativen und finanziellen Voraussetzungen für eine Wiederaufnahme einer möglichst umfassenden Dokumentation von schulärztlichen Befundungen so rasch wie möglich zu schaffen. Derzeit wird von Seiten des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur eine Wiederaufnahme und bundesweite Vereinheitlichung der Dokumentation angestrebt. Für die Wiener Pflichtschulen erfolgt zwischenzeitlich eine Auswertung der Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen eines Jahres durch das Ludwig-Boltzmann-Institut für Frauenforschung (siehe auch Kap. 4.2.6.2).

10.5.3 Jugendzahnkliniken

Die Jugendzahnkliniken des Gesundheitsamtes der Stadt Wien (MA 15) erfüllen Aufgaben sowohl im Prophylaxe- als auch im kurativen Bereich. Die Jugendzahnklinik wurde 1921 von Julius Tandler als Institution der Stadt Wien begründet. Die Zentrale der Jugendzahnklinik befindet sich im 9. Bezirk. Es werden derzeit noch zwei Außenstellen (Favoriten, Floridsdorf) sowie eine Expositur im 18. Bezirk in einer Behindertenschule geführt. 1999 waren dort insgesamt 26 Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie 17 zahnärztliche Assistentinnen tätig (siehe auch Kap. 4.2.3.14).

Im Rahmen der prophylaktischen Aktivitäten sollen alle Kinder, die eine städtische Volks-, Haupt- oder Sonderschule besuchen (seit 1990 sind auch fast 90 Prozent der Kinder in Privatschulen einbezogen), mindestens einmal jährlich in der Schule untersucht werden. Wird ein zahnärztlicher Bedarf (bezüglich Karies oder Gebissfehlstellung) festgestellt, werden die Eltern schriftlich informiert.

Im Rahmen der kurativen Aufgaben werden Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr, welche die Jugendzahnklinik aufsuchen, kostenlos behandelt (nur für kieferorthopädische Behandlungen wird ein Kostenbeitrag eingehoben).

Zusätzlich werden im Auftrag der MA 12 – Sozialamt Anträge auf prothetische Leistungen begutachtet.

³² Die Ausbildung zum Schularzt/zur Schulärztin umfasst nach Erwerb des ius practicandi ein dreisemestriges Weiterbildungsseminar mit Praktika über pädagogische Grundlagen, Heilpädagogik, Ernährungsgrundlagen, Essstörungen, Drogen, Schulstress, STD, Aids, Präventionsängste, Schlafstörungen, Hygiene, Gewalt, Legasthenie, Vorsorgemedizin usw.

Inanspruchnahme der Jugendzahnkliniken

Im Rahmen der Prophylaxeaktivitäten werden jährlich ca. 90.000 Kinder in den Schulen auf Karies und Gebissfehlstellungen untersucht. Pro Jahr wird bei ca. einem Drittel der Kinder Behandlungsbedarf festgestellt.

Im Rahmen der kurativen Tätigkeit in den Jugendzahnkliniken werden jährlich durchschnittlich 25.000 Behandlungssitzungen durchgeführt (siehe Tabelle 10.8). Ein Drittel entfällt dabei auf Behandlungen in der kieferorthopädischen Station. Die Anzahl der Behandlungen in Vollnarkose ist mit Einführung von Dormicum, das ohne vollständig zu betäuben die Schmerzempfindungen unterbindet, an Stelle des bislang verwendeten Lachgases von 2.200 im Jahr 1993 auf knapp 200 im Jahr 1994 gesunken.

Tabelle 8: Inanspruchnahme der Einrichtungen der Jugendzahnklinik 1990–1999

Jahr	Behandlungssitzungen												gesamt
	Allgemeine Station					Narkosestation				KFO-Station			
	Σ^1	F	ZR	ExM	ExB	Σ^1	N.Beh	F	Ex	Σ^1	Ex	Bera	
1990	16.493	9.906	1.222	1.978	429	2.983	1.359	671	3.357	7.579	30	989	27.476
1991	16.210	9.283	1.726	2.108	352	3.399	1.539	676	3.544	7.678	36	1.306	28.178
1992	16.077	8.612	2.188	2.047	528	4.798	2.094	599	4.045	7.460	16	1.185	28.558
1993	16.062	8.859	3.154	1.675	354	4.743	2.244	452	3.915	7.771	18	1.179	28.576
1994	16.143	8.363	1.696	3.658	511	540	170	618	932	8.016	17	1.516	24.750
1995	14.901	9.214	1.596	3.903	423	771	261	1.141	1.298	7.711	17	1.392	23.663
1996	15.857	9.461	1.717	4.436	453	676	253	1.108	1.364	7.600	21	1.418	24.334
1997	15.827	8.662	1.095	4.511	456	795	245	1.216	1.388	8.535	5	1.488	25.421
1998	15.917	8.846	1.344	4.484	463	908	207	1.143	1.297	8.985	4	1.443	26.431
1999	14.564	7.779	1.336	4.383	506	949	192	842	1.216	8.758	8	1.333	24.848

1) Summe aller Behandlungssitzungen in der jeweiligen Einheit; restliche Spalten sind ausgewählte Einzelleistungen, deren Summe nicht die Gesamtsumme ergeben muss bzw. bei mehreren Einzelleistungen pro Behandlungssitzung übersteigen kann.

F = Füllungen; ZR = Zahnreinigungen; Ex = Extraktionen, ExM = Extraktion von Milchzähnen, ExB = Extraktion von bleibenden Zähnen; N.Beh = Behandlungen in Vollnarkose; KFO = Kieferorthopädie; Bera = kieferorthopädische Beratungen

Quelle: MA 15 – Jugendzahnklinik

10.5.4 Elternberatungsstellen

In den Wiener Gemeindebezirken besteht ein dichtes Netz an Elternberatungsstellen (siehe Kap. 5.1.1), das aus den ehemaligen Mutterberatungsstellen hervorgegangen ist. Als Träger fungiert das Amt für Jugend und Familie in Wien. Das Leistungsangebot dieser Einrichtungen ist vorwiegend auf Eltern und AlleinerzieherInnen von Kindern bis zum sechsten Lebensjahr ausgerichtet, es umfasst Beratung betreffend Stillen, Babypflege und -ernährung sowie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen (siehe Kap. 9.2) entsprechend dem Mutter-Kind-Pass (siehe Kap. 9.1). Im Krankheitsfall werden Kinder zur medizinischen Abklärung und Weiterbehandlung an die FachärztInnen oder in eine Krankenanstalt überwiesen. Eltern werden auch in Fragen der Pflege, der Erziehung und der Entwicklung des Kleinkindes informiert.

Die Elternberatungsstellen dienen auch als Anlaufstelle im Falle des Vorliegens sozialer Probleme, für die mit Unterstützung eines/einer Sozialarbeiters/in nach Lösungsmöglichkeiten gesucht wird. Weiters bestehen Kommunikationsmöglichkeiten mit anderen Müttern und Vätern. Die Arbeitsteams der Elternberatungsstellen setzen sich aus ÄrztInnen, SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen zusammen.

Insgesamt gibt es 55 derartige Einrichtungen. Bis auf den 1. Bezirk ist in jedem Bezirk mindestens eine Beratungsstelle situiert. Bezogen auf EinwohnerInnen im Kindesalter weisen die Bezirke 11, 12, 19 und 23 die dichteste Versorgung mit Elternberatungsstellen auf, die geringste Versorgungsdichte ist in den Bezirken 13, 14, 16, 17 und 18 gegeben.

Die Einrichtungen zeichnen sich durch leichte Zugänglichkeit aus, ihre Leistungen können unentgeltlich in Anspruch genommen werden und sie sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. In 14 Einrichtungen erfolgt die Beratung und Betreuung auch für MigrantInnen in serbischer, bosnischer, kroatischer und türkischer Sprache.

10.5.5 Eltern-Kind-Zentren

Wien weist neun Eltern-Kind-Zentren (siehe auch Kap. 5.1.1) in den Bezirken 2, 10, 11, 12, 16, 21, 22 und 23 auf. Die Trägerschaft obliegt dem Amt für Jugend und Familie (MA 11). Die Eltern-Kind-Zentren sind entsprechend ihrer Aufgaben personell ausgestattet. Unter den Mitarbeiterinnen stellen die 24 Sozialarbeiterinnen (20 Vollzeitbeschäftigte und vier Teilzeitbeschäftigte) die größte Beschäftigtengruppe dar. Stundenweise sind auch Ärztinnen, Familienhebammen (siehe auch Kap. 5.1.1), Psychologinnen und mobile Kinderpflegerinnen in den Einrichtungen tätig.

Der vielfältige Leistungskatalog ist auf Kinder, Eltern und Alleinerziehende zugeschnitten. Die niederschweligen Einrichtungen zeichnen sich durch eine leichtere Zugänglichkeit aus, ihre Leistungen werden unentgeltlich angeboten, sie sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar.

Die Beratungsangebote zielen auf werdende Eltern ab, im Mittelpunkt der Beratungen stehen Fragen zur Geburt, zur Pflege und Ernährung des Säuglings, bezüglich Erziehungshilfen usw. Überdies werden Kommunikationsmöglichkeiten geschaffen, damit ein Erfahrungsaustausch mit anderen Eltern und Elternteilen möglich ist. Andere Gruppen-, Kurs- und Vortragsangebote sind auf Alltagsbewältigung und Freizeitaktivitäten ausgerichtet. Im Bedarfsfall kann der/die BesucherIn auch soziale und psychologische Beratung in Anspruch nehmen.

Hervorzuheben ist, dass das Leistungsspektrum in einigen Bezirksstellen (2., 10., 16.) auch Beratungen in Türkisch, Serbisch, Bosnisch und Kroatisch umfasst. Ein weiterer Teil des Leistungsangebots besteht darin, dass Kinderpflegerinnen Hausbesuche vornehmen, um kranke Kinder zu versorgen, deren Eltern oder AlleinerzieherInnen keinen Pflegeurlaub mehr erhalten (siehe auch Kap. 10.5.10).

Das rege Interesse an den Beratungsangeboten und der medizinischer Betreuung belegen die BesucherInnenzahlen, die ungefähr bei 58.300 Personen liegen. Zwangsläufig führt der große BesucherInnenstrom zu längeren Wartezeiten, wovon in erster Linie die Vormittagsangebote der SozialarbeiterInnen und -pädagogInnen betroffen sind. Von Besucherseite wird speziell im Freizeitbereich sowie in der Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen auf eine Leistungserweiterung der Eltern-Kind-Zentren gedrängt. Steigende Nachfrage zeichnet auch die mobile Kinderpflege aus.

Neben den Eltern-Kind-Zentren der Gemeinde Wien bieten auch privatrechtlich organisierte Institutionen ähnliche Dienstleistungen an. Die Beratungsstelle NANAYA mit Standort im 7. Wiener Gemeindebezirk arbeitet eigenen Angaben zufolge als Eltern-Kind-Zentrum. Der gemeinnützige Verein erhält als selbstverwaltete Einrichtung sowohl vom Familienministerium als auch von der MA 11 finanzielle Zuwendungen. Gegenwärtig beschäftigt der Verein 14 MitarbeiterInnen, darunter drei Psychologinnen. Überdies sind jeweils eine Ärztin, Pädagogin, Sozialarbeiterin, Hebamme und Psychotherapeutin anzutreffen.

Als Zielgruppe werden sowohl Eltern und Alleinerziehende als auch deren Babys und Kinder angesehen. Während die Beratung unentgeltlich erfolgt, werden in den offenen und geschlossenen Gruppenveranstaltungen geringe Kursbeiträge erhoben.

Zum Leistungsangebot zählen neben Familienberatung auch Veranstaltungen wie Babymassage, Mutter-Baby-Tanz und Eltern-Kind-Cafe. Für Gespräche zwecks Erfahrungsaustausch zwischen Müttern und Vätern werden Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt.

Das bunte Beratungs-, Veranstaltungs- und Kursangebot wurde im Jahre 1999 von 9.021 BesucherInnen in Anspruch genommen. Davon waren 5.039 Frauen, 3.476 Kinder und 506 Männer.

10.5.6 Kinder- und jugendpsychologische Beratung

In Wien praktizieren mehr als 300 PsychologInnen und mehrere hundert PsychotherapeutInnen. Wie viele von ihnen Kinder beraten und behandeln, in welchem Umfang und mit welchen Methoden dies erfolgt, ist nicht bekannt. Gemäß Angaben des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie sind etwa 60 ihrer Mitglieder auf die Behandlung von Kindern spezialisiert. Die Kosten der Leistungen dieser PsychologInnen und PsychotherapeutInnen werden den InanspruchnehmerInnen nur zu einem Teil und nur bei Vorliegen bestimmter Diagnosen durch den/die PsychologIn oder PsychotherapeutIn von der Krankenkassa refundiert.

Um Kindern und Jugendlichen – aber auch deren Eltern – einen raschen und unbürokratischen sowie vor allem unentgeltlichen Zugang zu psychologischer Beratung zu ermöglichen, wurden von der Gemeinde Wien (MA 11) eigene Beratungsstellen des psychologischen Dienstes eingerichtet, deren Ziel das Angebot qualifizierter und differenzierter psychologischer Hilfe für Kinder, Jugendliche und deren Familien im ambulanten und stationären Bereich der Jugendwohlfahrt ist. Derzeit betreuen wienweit 30 PsychologInnen mit unterschiedlichen Ausbildungs- und Arbeitsschwerpunkten Ratsuchende in 33 Beratungsstellen. Die räumliche Verteilung der Beratungsstellen und deren Leistungsspektren sind so organisiert, dass für sechs definierte Wiener Großregionen³³ annähernd die glei-

³³ Region 1 = Bezirke 1, 4–9 und 20; Region 2 = Bezirke 21 und 22; Region 3 = Bezirke 2, 3, und 11; Region 4 = Bezirke 10 und 23; Region 5 = Bezirke 12–14; Region 6 = Bezirke 15–19.

che Versorgungsqualität gewährleistet ist. Das Aufgabenfeld der PsychologInnen in den Beratungsstellen reicht von reiner Beratungstätigkeit über Hilfestellung im Falle schwieriger Obsorgerechtsfragen, bei Verwahrlosung und Vernachlässigung und bei Erziehungsfragen bis zum Erstellen von klinisch-psychologischen Diagnosen und von Gutachten. Die Leistungen werden grundsätzlich unentgeltlich angeboten, erst wenn länger dauernde Therapien erforderlich sind, wird ein Kostenbeitrag eingehoben.

1999 wurden in den Wiener kinder- und jugendpsychologischen Beratungsstellen der MA 11 mehr als 4.000 Kinder und Jugendliche durch PsychologInnen betreut, wobei mehr als die Hälfte der Betreuten (55 Prozent) Kinder im schulpflichtigen Alter waren, etwa ein Drittel Kleinkinder und ca. 13 Prozent Jugendliche. Darüber hinausgehend wurde in eigenen Beratungsstellen mehr als 300 Paaren mit Kindern und/oder Jugendlichen psychologische Hilfestellung in Krisensituationen im Zusammenhang mit Trennungen oder Scheidungen geboten. Ein weiteres Tätigkeitsfeld der PsychologInnen der Wiener Beratungsstellen ist die Betreuung und Behandlung von Kindern im Fremdunterbringungsbereich (MIKOSZ, 2000).

Resümee

Vorwiegend die Einrichtung der kinder- und jugendpsychologischen Beratungsstellen der MA 11 gewährleistet aufgrund der räumlich nahen Verfügbarkeit, der unbürokratischen und unentgeltlichen – fallweise auch anonymen – Möglichkeit der Leistungsanspruchnahme eine hochwertige Versorgung mit psychologischem Beratungs- und Behandlungsangebot für Kinder und Jugendliche. Darüber hinaus gibt es noch eine Vielzahl an praktizierenden PsychologInnen und PsychotherapeutInnen sowie sonstige – auch privatrechtlich organisierte – Institutionen, die psychologische Hilfestellung für Kinder und Jugendliche anbieten (z. B. Kinderfreunde, Institut für Erziehungshilfe usw., siehe auch Abschnitt 10.5.7). Insgesamt kann demnach die Versorgungssituation in Wien als sehr gut eingeschätzt werden. Zu bedenken ist allerdings, dass sich – nicht zuletzt aufgrund eines Imagewandels hinsichtlich der Inanspruchnahme psychologischer Hilfe – sowohl die Anzahl der NachfragerInnen tendenziell erhöht hat und weiter erhöhen wird als auch die Komplexität der behandelten Fälle zunimmt, was einen längeren Zeitaufwand pro Fall bedingt (MIKOSZ, 2000). Bereits in naher Zukunft könnte daher eine Ausweitung des Angebots erforderlich werden. Aus diesem Grunde wären präzise und wissenschaftlich fundierte Bedarfserhebungen sinnvoll.

10.5.7 Kinderschutzzentren

Gewalt gegen Kinder (siehe auch Kap. 6) kann sich in Vernachlässigung, körperlicher und seelischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch u. ä. äußern. Hilfe für betroffene Kinder und Erwachsene bieten in Wien zahlreiche Einrichtungen:

Das **Wiener Kindertelefon** mit Standort im 3. Gemeindebezirk ist eine niederschwellige Einrichtung, die sich direkt an Kinder richtet. Träger der Einrichtung ist das Amt für Jugend und Familie der Stadt Wien (MA 11). Im Team sind zwei Psychologinnen sowie jeweils eine/n FamilientherapeutIn, SozialpädagogIn und ein/e StudentIn der Psychologie als Teilzeitkräfte tätig.

Als Zielgruppe werden in erster Linie Kinder aller Altersgruppen angesehen, wobei die Anlaufstelle auch für Erwachsene offen steht. Alle Leistungen können unentgeltlich und anonym in Anspruch genommen werden.

Das Leistungsangebot, das Beratung, Information und Kommunikation umfasst, kann telefonisch oder schriftlich (E-Mail oder Brief) in Anspruch genommen werden. Außerdem kann nach vorheriger Vereinbarung im Kindertelefon-Büro ein persönliches Gespräch erfolgen. Die Beratungen beziehen sich meist auf Themen wie Erziehung, Schule, Sexualität, Recht und Freizeit. Bei Bedarf können Informationen über weiterführende Hilfen und Kontaktstellen gegeben werden. In Notfällen kann das Kindertelefon auch eine Krisenintervention einleiten. Diese inkludiert neben der Möglichkeit einer ambulanten Beratung auch eine kurzfristige stationäre Unterbringung.

Nach ÖBIG-Erhebungen (ÖBIG, 1999) wurden im Jahr 1998 rund 4.000 telefonische Erstkontakte verzeichnet.

Die **Beratungsstelle für sexuell missbrauchte Mädchen** und Frauen ist ein gemeinnütziger Verein im 7. Bezirk, der von unterschiedlichen Trägern (MA 11, BMUJF, BMAGS, BMUK, BKA, BMI, „Licht ins Dunkel“) finanziert wird. Dem Team gehören zwei Sozialarbeiterinnen, zwei Psychotherapeutinnen sowie eine Psychologin und eine Koordinatorin an.

Bei der definierten Zielgruppe handelt es sich um Mädchen und Frauen, die sich mit dem Problem des sexuellen Missbrauchs, den sie akut erleben oder in der Vergangenheit erlebt haben, auseinandersetzen wollen. Die Beratung erfolgt nach Voranmeldung, die Wartezeit beträgt vier Wochen.

Das Leistungsangebot umfasst Diagnostik, Krisenintervention, Beratung, Begleitung zu Polizei, ÄrztInnen, Jugendwohlfahrtsträgern, Gericht usw. Kurz- und mittelfristige Therapien werden für Kinder und Jugendliche, bei denen sexueller Missbrauch vermutet wird oder bekannt ist, durchgeführt. Es gilt zunächst, Sprachlosigkeit, Scham- und

Schuldgefühle zu überwinden und über den Missbrauch zu sprechen. Beratungsangebote bestehen auch für die betroffenen Mütter, die Geschwister und andere Familienmitglieder, um die aktuelle Situation zu klären und die Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs zu bewältigen.

Dem ÖBIG-Befragungsergebnis (ÖBIG, 1999) zufolge erfolgten im Jahre 1998 etwa 350 Erstkontakte. 172 Kinder und Jugendliche – mehrheitlich Mädchen (168) – wurden beraten, behandelt, betreut und therapiert.

Der gemeinnützige Verein **„Unabhängiges Kinderschutzzentrum Wien“** hat seinen Standort im 7. Bezirk. Die Finanzierung erfolgt durch den Magistrat der Stadt Wien, das BMUJF, die Niederösterreichische Landesregierung und durch Spendengelder. Der MitarbeiterInnenstab besteht aus zwei SozialarbeiterInnen, drei PsychologInnen, zwei KoordinatorInnen und einer Sekretärin.

Das Beratungsangebot richtet sich an die Zielgruppe Kinder, Jugendliche und Eltern, die aktuell oder in der Vergangenheit Gewalt (seelische und körperliche Misshandlung, Vernachlässigung und sexuelle Übergriffe) erlebt haben. Zudem werden Personen, die in ihrem Berufsleben mit diesem Themenkomplex konfrontiert sind, als InteressentInnen angesprochen.

Das Leistungsspektrum umfasst die unentgeltliche Beratung und Psychotherapie von „gewalterfahrenden“ Kindern und Jugendlichen, wobei deren Schutz und die Klärung der aktuellen Situationen im Vordergrund stehen. In Notsituationen werden Krisengespräche mit den Eltern durchgeführt, wobei es neben der Klärung einer zeitlich begrenzten Unterbringungsmöglichkeit um die Entwicklung weitergehender Perspektiven für das Kind geht. Überdies werden für andere Berufsgruppen, die mit „Gewalt gegen Kinder“ zu tun haben, Fallsupervisionen und Fortbildungen angeboten.

Das Angebot der Einrichtung haben im Jahre 1998 laut ÖBIG-Erhebung 394 Kinder und Jugendliche in Anspruch genommen. Mit 218 stellt die Gruppe der 6–15-Jährigen die zahlenmäßig größte Gruppe dar.

„Die MÖWE“ Wien ist ein gemeinnütziger Verein, der vom Magistrat der Stadt Wien, dem BMUJF, dem BMUK sowie von „Licht ins Dunkel“ finanziert wird. In der Beratungsstelle sind acht PsychotherapeutInnen, drei LehrerInnen und jeweils ein/e SozialarbeiterIn, KoordinatorIn, PressereferentIn, JuristIn, Sonder- und HeilpädagogIn, BuchhalterIn und eine Pflegeperson als Teilzeitkräfte tätig.

Die MÖWE richtet ihr Angebot an psychisch, physisch und/oder sexuell misshandelte Kinder, Jugendliche und deren Angehörige. Als Zielgruppe werden auch Erwachsene aus dem sozialen Umfeld wie KindergartenpädagogInnen, LehrerInnen und ErzieherInnen definiert.

Das Leistungsangebot der MÖWE ist unentgeltlich. Neben einer ersten telefonischen Information können Kinder und Jugendliche auch eine persönliche Beratung und eine weitergehende Psychotherapie in Anspruch nehmen. Das Spektrum umfasst die Systemische Familientherapie, Existenzanalyse, Spieltherapie usw. Außerdem wird Beratung, Fortbildung und Psychotherapie für ErzieherInnen, KindergartenpädagogInnen und LehrerInnen im Sinne einer erweiterten Erziehungskompetenz angeboten. Ferner steht die juristische und soziale Beratung bzw. Hilfe auf dem Einrichtungsprogramm.

In der „MÖWE“ werden nach ÖBIG-Erhebungen (ÖBIG, 1999) jährlich etwa 350 KlientInnen beraten, behandelt oder betreut.

„Selbst-Laut“ ist ein gemeinnütziger Verein zur Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch, der vom Frauenbüro der Stadt Wien (MA 57), dem BMUJF, dem Bundesministerium für Frauenangelegenheiten und dem BMUK subventioniert wird. Im Verein, der seit 1991 besteht, sind sechs Mitarbeiterinnen, darunter eine Psychologin/Psychotherapeutin, Psychologin, Sozialpädagogin, Kindergarten- und Horterzieherin, SchauspielerIn/Autorin und eine Regisseurin/Autorin auf Honorarbasis tätig.

Als Zielgruppe werden Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern genannt. Daneben werden auch alle Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen im pädagogischen oder psychosozialen Bereich arbeiten, die Beratung, Weiterbildung oder Supervision wünschen, angesprochen. Selbst-Laut arbeitet hauptsächlich in Wien, wird aber auf Anfrage auch im naheliegenden Umland tätig.

Zum Leistungsangebot gehört die praktische Präventionsarbeit mit Kindern und Jugendlichen, die in Workshops an Schulen und Jugendzentren stattfindet. Unter Einsatz von Rollenspiel, Gruppendiskussion und kreativen Techniken lernen Mädchen und Buben präventive Verhaltensstrategien. Darüber hinaus werden in den Schulen reine Mädchen-Gesprächsrunden initiiert, die Themenkreise wie Körper, Sexualität, Gewalterfahrungen, Grenzverletzungen usw. in den Vordergrund rücken. Parallel dazu stehen Kurse, Vorträge, Schulungen und Einzelsitzungen für Eltern und alle im pädagogischen, sozialpädagogischen, psychosozialen Bereich Arbeitenden auf dem Programm. Einen weiteren Punkt stellt die Öffentlichkeitsarbeit dar.

Die Beratungsstelle **„Tamar“** für misshandelte und sexuell missbrauchte Frauen und Mädchen ist seit zehn Jahren aktiv. Subventionen für den gemeinnützigen Verein kommen vom Frauenbüro der Stadt Wien (MA 57), dem BMUJF, dem Büro der Frauenministerin, dem BMUK, dem BMAGS sowie von „Licht ins Dunkel“. Das siebenköp-

fige Team setzt sich aus einer Geschäftsführerin, einer Lebens- und Sozialberaterin, einer Sozialarbeiterin, zwei Psychologinnen/Psychotherapeutinnen sowie einer Gruppenanalytikerin/Psychotherapeutin zusammen.

Zur Zielgruppe werden Kinder, Jugendliche und Frauen gezählt, die durch sexuellen Missbrauch bedingte körperliche und seelische Gewalt erfahren haben.

Die Spannbreite des Leistungsangebotes in der Beratungsstelle ist beachtlich. Kinder und Jugendliche mit Missbrauchserfahrung können Telefonberatung, Einzelberatung, Beratungsreihen oder eine Therapie in Anspruch nehmen. In akuten Fällen leistet Tamar auch Krisenintervention. Ebenso wird den Betroffenen die Begleitung durch die Institutionen angeboten. Müttern und schützenden Angehörigen wird Unterstützung bei der Aufdeckung, Beendigung und Aufarbeitung von sexueller Gewalt an Kindern angeboten. Frauen haben die Möglichkeit, eine psychoanalytische Therapiegruppe und/oder Selbsthilfegruppe zu besuchen. Professionelle HelferInnen wie SozialarbeiterInnen, LehrerInnen, SozialpädagogInnen u. a. können im Bedarfsfall mit Beratungsgesprächen, Supervision und Fortbildungskursen rechnen.

In der Zeit von Jänner 1989 bis Ende Juni 1999 sind 5.803 Frauen, Kinder und Jugendliche sowie Personen, die professionell mit Opfern sexuellen Missbrauchs arbeiten, beratend und therapeutisch unterstützt worden (TAMAR, 1999).

Das „Krisenzentrum Columbusgasse“ bietet als „Clearingstelle“ Kindern und Jugendlichen in akuten familiären Krisensituationen vorübergehende stationäre Aufnahme. Träger der Einrichtung ist der Magistrat der Stadt Wien. Dem Team gehören sechs SozialpädagogInnen, ein Koordinator und eine Wirtschaftshelferin an.

Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche im Alter von 2–15 Jahren, mit Problembereichen wie psychische, physische und sexuelle Gewalt, allgemeine Entwicklungskrisen, subjektive Ausweglosigkeit, kulturell bedingte Konflikte, kurzfristiger Ausfall einer Pflegeperson. Aufgenommen werden nur KlientInnen aus dem 10. und dem 23. Wiener Gemeindebezirk.

Das Leistungsangebot umfasst die schnelle und unbürokratische Aufnahme der Kinder und Jugendlichen nach telefonischer Ankündigung durch Jugendämter, Polizei oder andere Institutionen. Das folgende Erstgespräch dient der Problemfindung. Während des Aufenthaltes, der auf sechs Wochen begrenzt ist, wird das Kind dabei unterstützt, einen Abstand zur Krise zu gewinnen. Durch die Unterbringung und die zahlreichen Einzelgespräche mit den SozialarbeiterInnen soll das Kind lernen, eigene Wünsche, Interessen und Bedürfnisse zu entdecken und zu formulieren. Gleichzeitig werden dem Kind neue Verhaltensweisen und Instrumentarien aufgezeigt, um ein angenehmeres Zusammenleben zu ermöglichen. Parallel dazu finden zahlreiche Beratungsgesprächen mit den Kindern und deren Eltern sowie zuständigen Institutionen statt, um konstruktive Lösungen für alle Beteiligten zu finden. Ob ein Kind wieder in die Herkunftsfamilie zurückkehren kann oder nicht, wird vom Jugendamt im Einvernehmen mit dem Krisenzentrum entschieden. Bei der Organisation von ambulanten Hilfen wie sozialpädagogischen Beratungen, Familientherapien, Familienintensivbetreuung usw. für die Eltern, sind die MitarbeiterInnen des Krisenzentrums ebenfalls behilflich.

Im Krisenzentrum stehen acht stationäre Plätze für Kinder und Jugendliche bereit. Laut ÖBIG-Erhebung (ÖBIG, 1999) sind von 111 untergebrachten Kindern des Jahres 1998 die größte Klientengruppe die 6–15-Jährigen.

10.5.8 Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich sind – überwiegend als Vereine organisierte – Vereinigungen von Menschen, die von gleichen oder gleichartigen, meist schweren und/oder chronischen Erkrankungen oder Behinderungen betroffen sind und/oder von deren Angehörigen. Ziele dieser Gruppen sind der Austausch von Erfahrungen, das Organisieren von Vorträgen und sonstigen Informationsveranstaltungen, gegebenenfalls auch die Realisierung oder Initiierung von Maßnahmen im Gesundheitswesen oder in anderen Bereichen des öffentlichen Lebens, die eine Erleichterung der Situation der Betroffenen herbeizuführen vermögen. Durch Einbringen der Betroffenenkompetenz und gemeinschaftliches Vorgehen der Gruppe kann zuweilen ein wertvoller Beitrag zur Lösung von Problemen – auch ohne professionelle Hilfe oder diese unterstützend – geleistet werden. Die Finanzierung der Aktionen der Selbsthilfegruppen erfolgt meist über Mitgliedsbeiträge und Spenden, Einnahmen aus Veranstaltungen sowie in vielen Fällen teilweise auch durch Förderungen durch die öffentliche Hand.

Die Zahl der Selbsthilfegruppen dürfte in den letzten Jahren stark zugenommen haben: Waren im Jahre 1995 (SIGS-VERZEICHNIS, 1995) in Wien 71 derartige Organisationen im Verzeichnis „Österreichische Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich“ aufgelistet, so waren es 1999/2000 (SIGS-VERZEICHNIS) bereits fast doppelt so viele (138). Naturgemäß sind Kinder selbst nicht in der Lage, sich in derartigen Betroffenenengemeinschaften zu organisieren, es gibt aber auch – meist von Eltern initiierte – Selbsthilfegruppen speziell für erkrankte oder behinderte Kinder und/oder deren Angehörige. Derzeit (SIGS-VERZEICHNIS, 1999/2000) gibt es in Wien Selbsthilfegruppen von und für Eltern von anfallskranken, behinderten, am Down-Syndrom erkrankten, drogenabhängigen, hörgeschä-

digten, sehgeschädigten, überaktiven Kindern, von an Krebs erkrankten, muskelkranken, nierenkranken, herzkranken sowie von rheumakranken Kindern; weiters für Eltern von Kindern mit Speiseröhrenfehlbildungen sowie den Verein „Kind im Krankenhaus“, dessen Hauptaugenmerk auf die Möglichkeiten der Begleitung von Kindern durch vertraute erwachsene Begleitpersonen im Falle der stationären Aufnahme des Kindes gerichtet ist.

10.5.9 Rehabilitation: Angebot und Bedarf

Für die stationäre medizinische Rehabilitation von Kindern wurden in Österreich keine speziellen Einrichtungen geschaffen, wie sie etwa im Ausland bestehen. Einzig das als Sonderkrankenanstalt genehmigte Rehabilitationszentrum Ederhof in Iselsberg-Stronach (bei Lienz in Osttirol) ist Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen nach Organtransplantationen gewidmet. Rehabilitationsaufenthalte von Kindern finden daher in den bestehenden – grundsätzlich auf die Behandlung von Erwachsenen ausgerichteten – Rehabilitationszentren und vereinzelt in speziellen Rehabilitationseinrichtungen für Kinder im angrenzenden Ausland (Deutschland, Schweiz) statt. Darüber hinaus werden Rehabilitationsleistungen auch in Akut-Krankenanstalten im Anschluss an den Akutaufenthalt erbracht.

Inanspruchnahme von Rehabilitationseinrichtungen

Die Ermittlung der Anzahl der Wiener RehabilitationspatientInnen erfolgt auf Basis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten für die Jahre 1992–1998. Die PatientInnen wurden dabei in folgenden Erkrankungsgruppen zusammengefasst:

Unfallchirurgie (UC): Unfälle und Unfallfolgen, v. a. Frakturen an Skelett und Extremitäten, innere Verletzungen, Komplikationen nach Verletzungen, Rippen- und Thoraxverletzungen.

Orthopädie (OR): Orthopädische Erkrankungen, v. a. Luxationen, Kontrakturen, Osteoarthritis, Arthritis.

Neurologie (NEU): Neurologische Erkrankungen, v. a. Lähmungen, Schädel-Hirn-Trauma, cerebrale Schädigungen.

Kongenitale Störungen (KON): v. a. Kongenitale Infektionen, kongenitale Anomalien der Atmungsorgane, von Extremitäten, Muskeln und Skelettsystem, der Harn- und Verdauungsorgane, Spina bifida, Asphyxie.

Sonstige Erkrankungen (SON): v. a. Entwicklungsverzögerungen, funktionelle Verdauungsstörungen, Muskelschwäche/Myopathien, Poliomyelitis.

Über die in ausländischen Einrichtungen untergebrachten Kinder mit Wohnsitz Wien liegen keine Informationen vor.

Kinder in Rehabilitationszentren

Im Jahr 1998 waren insgesamt 33 Kinder mit Wohnsitz Wien in einem österreichischen Rehabilitationszentrum untergebracht. Zu über achtzig Prozent handelte es sich dabei um eine neurologische (13 Kinder), orthopädische (neun Kinder) oder unfallchirurgische (fünf Kinder) Indikation. Sechs Kinder wiesen Diagnosen aus den Bereichen kongenitale bzw. sonstige Erkrankungen auf.

Die Anzahl der in Rehabilitationszentren untergebrachten Kinder hat sich im Beobachtungszeitraum von zehn Kindern im Jahr 1992 auf 32 Kinder 1998 verdreifacht.

Frequentierte wurden hauptsächlich Einrichtungen mit postoperativem oder unfallchirurgisch-orthopädischem Schwerpunkt (RZ Weißer Hof Klosterneuburg, SKA Zicksee St. Andrä) sowie die auf neurologische Rehabilitation spezialisierte LSKA Hermagor.

Eine detaillierte Darstellung der zwischen 1992 und 1998 frequentierten Rehabilitationszentren und der Indikationen findet sich in Tabelle 10.A2 im Anhang.

Kinder in Akutkrankenanstalten

In den österreichischen Krankenanstalten konnten im Jahr 1998 insgesamt 73 „Rehabilitations“-PatientInnen³⁴ ermittelt werden, die zum überwiegenden Teil Diagnosen aus dem unfallchirurgischen, orthopädischen oder neurologischen Bereich aufwiesen.

Die Anzahl der „Rehabilitations“-PatientInnen in Akutkrankenhäusern ist im Beobachtungszeitraum stark rückläufig und hat sich im Jahr 1998 auf den halben Wert des Jahres 1992 reduziert.

Die Aufenthalte erfolgten in erster Linie in Wiener Akutkrankenhäusern (insbes. AKH, SMZ Ost, Orthopädisches Spital Speising, NKH Rosenhügel und Preyer'sches Kinderspital) und nur vereinzelt (ca. fünf Prozent der Fälle) in Krankenanstalten außerhalb Wiens.

³⁴ Auswahlkriterien: rehabilitationsrelevante Diagnose, über die Akutphase hinausgehende Aufenthaltsdauer

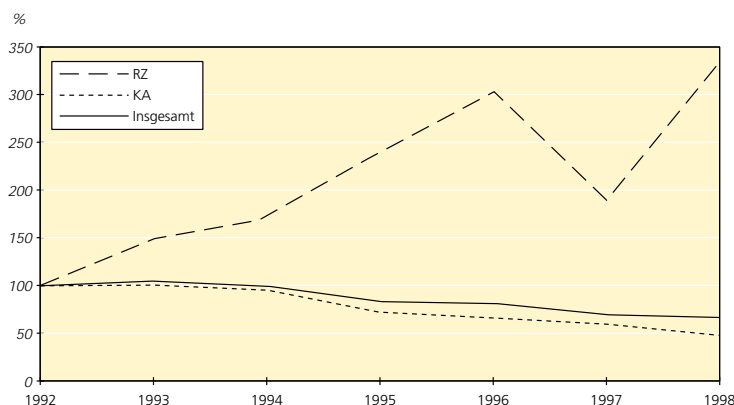
Eine detaillierte Darstellung der Akutkrankenanstalten sowie der Indikationsgruppen findet sich für die Jahre 1992–1998 in Tabelle 10.A3 im Anhang.

RehabilitationspatientInnen insgesamt

1998 konnten insgesamt 106 Kinder zwischen ein und 15 Jahren und mit Wohnsitz Wien ermittelt werden, die entweder einen Rehabilitationsaufenthalt in einem Rehabilitationszentrum verbrachten oder aber Leistungen mit rehabilitativem Charakter in einer Akutkrankenanstalt im Anschluss an die Akutphase erhielten.

Im Beobachtungszeitraum hat sich die Zahl der RehabilitationspatientInnen von 158 im Jahr 1992 auf 106 im Jahr 1998 reduziert, wobei sich die Zahlen in den Rehabilitationseinrichtungen gegenläufig zu denjenigen in Akuteinrichtungen entwickelten (vgl. Abbildung 10.2).

Abbildung 2: Entwicklung der Wiener RehabilitationspatientInnen (1–15 Jahre) in Rehabilitationszentren und Krankenanstalten 1992–1998 (indexiert: 1992 = 100 %)



Quellen: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1992–1998; ÖBIG-eigene Berechnungen

Bedarf an Rehabilitation

Indikationsgruppen Unfallchirurgie, Orthopädie, Neurologie, kongenitale, internistische und sonstige Erkrankungen

Der zukünftige Bedarf nach Rehabilitationsleistungen kann auf Basis der Inanspruchnahme im Beobachtungszeitraum (in Rehabilitationseinrichtungen bzw. in Akutkrankenanstalten) abgeschätzt werden. Unter Zugrundelegung der für die Jahre 1992–1998 ermittelten durchschnittlichen jährlichen Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen und der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung kann für das Jahr 2005 von einem Bedarf an Rehabilitation für etwa 130 Kinder zwischen ein und 15 Jahren ausgegangen werden.

Indikationsgruppe Krebs

Neben den Indikationen, die eine „klassische“ Rehabilitation nach sich ziehen, die sich auf die körperliche Wiederherstellung konzentriert, besteht bei Kindern nach einer Krebserkrankung ein Bedarf an spezifischen Rehabilitationsleistungen, die im Rahmen eines eigenen Behandlungskonzeptes der familienorientierten Nachsorge zu erbringen sind. In diese Rehabilitation werden neben dem/der PatientIn alle Familienmitglieder einbezogen. Behandelt werden physische und psychische Aspekte des/der PatientIn und der Familienmitglieder.

Auf der Grundlage der Krebsneuerkrankungen und der stammzelltransplantierten Kinder kann unter Berücksichtigung der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung für das Jahr 2005 ein Bedarf an Rehabilitation für rund 30 Kinder ermittelt werden.

Resümee

Im Bereich der Rehabilitation von Kindern bestehen in Österreich keine gesonderten Strukturen. Zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgung von Kindern bestehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten, nämlich

- die Schaffung (Errichtung) einer spezifischen Rehabilitationseinrichtung für Kinder und Jugendliche, in der alle österreichischen PatientInnen rehabilitiert werden, oder aber

- die Nutzung und der Ausbau bestehender Strukturen (in Rehabilitationseinrichtungen und Akutkrankenhäusern).

Eine diesbezügliche Entscheidung steht noch aus.

Die familienorientierte Rehabilitation von Kindern nach Krebs erfolgt gegenwärtig in spezialisierten Einrichtungen in Deutschland. Aufgrund des – auch österreichweit – eher geringen Bedarfs und der in den ausländischen Einrichtung bestehenden Erfahrung sollten diese Kapazitäten weiter genützt werden.

10.5.10 Kinderhauskrankenpflege: Angebot und Bedarf

Unter Kinderhauskrankenpflege ist ein spitalersetzendes Angebot mit medizinischer Pflege und Betreuung, die nur von diplomiertem Krankenpflegepersonal (Kinder- und Jugendkrankenpflegepersonen) durchgeführt werden darf, zu verstehen. Die Kinderhauskrankenpflege ist von der „Kinderbetreuung daheim“, die ausschließlich Betreuung im Sinne von Beaufsichtigung anbietet, zu unterscheiden. Das Ziel der Kinderhauskrankenpflege ist die Reduktion von Anzahl bzw. Dauer von Spitalsaufenthalten von Kindern und die Etablierung einer für Eltern und Kinder gleichermaßen attraktiven wie auch kostengünstigeren Versorgungsform.

Nach Angaben von ExpertInnen ist die Kinderhauskrankenpflege in Wien – anders als in anderen Nationen – bisher kaum etabliert und wird auch wenig nachgefragt (wahrscheinlich auch deswegen, weil diese Versorgungsform in der Bevölkerung noch wenig bekannt ist). Im Bereich der „Mobilen Schwestern“ sind einige wenige Kinder- und Jugendkrankenpflegepersonen aktiv. Es gibt bisher nur ein Projekt, das sich auf die medizinische Betreuung chronisch kranker Kinder in deren Wohnumgebung bezieht. Der „Externe onkologische Pflegedienst des St. Anna Kinderspitals (EOK)“ wurde 1994 eingerichtet und sollte ursprünglich betroffenen Eltern Sterbebegleitung anbieten. Inzwischen hat sich das Betreuungsangebot des EOK gewandelt, und es werden auch Kinder mit sehr guten Heilungschancen betreut. Seit 1998 wird der EOK von der Gemeinde Wien finanziert.

Bedarfsschätzung

Es gibt bislang keine auf breiter Basis durchgeführte Bedarfserhebung für die Kinderhauskrankenpflege. Eine solche Erhebung sollte nach Ansicht von ExpertInnen über die Krankenanstalten durchgeführt werden. Hier wäre zu hinterfragen, wie viele Belagstage durch die Vermeidung der stationären Aufnahme bzw. durch die Verkürzung der Belagsdauer in den Bereich der Kinderhauskrankenpflege ausgelagert werden könnten. Auf Basis dieser Angaben könnten die bedarfsnotwendigen diplomierten Kinder- und Jugendkrankenpflegepersonen abgeschätzt werden.

Resümee

Die Kinderhauskrankenpflege ist in Wien bisher kaum etabliert und wird auch wenig nachgefragt. Zur Abschätzung des tatsächlichen Bedarfs sollte eine Bedarfserhebung über Befragungen in den Krankenanstalten durchgeführt werden. Durch den Ausbau der Kinderhauskrankenpflege könnten die Krankenanstalten entlastet werden.

Anhang zum Kapitel 10 – Versorgungssysteme für Kinder

Tabelle A1: Krankenhäuser in Wien mit geburtshilflichen Abteilungen sowie Geburtshaus

Bezeichnung	Straße	PLZ	Ort	Telefon
Universitäts-Frauenklinik AKH	Währinger Gürtel 18-20	1090	Wien	404 00-2927
Sanatorium DÖBLING	Heiligenstädterstr. 57–63	1190	Wien	360 66-450
Geburtshaus NUSSDORF	Heiligenstädterstr. 217	1190	Wien	370 49 37
Sanatorium GOLDENES KREUZ	Lazarettg. 16–18	1190	Wien	401 11-3100
Öffentliche KA GÖTTLICHER HEILAND	Dornbacherstr. 20–28	1170	Wien	486 56 31-236
Öffentliche KA HANUSCH-Krankenhaus	Heinrich Collinstr. 30	1140	Wien	910 21-2180
Sanatorium HERA	Löblichg. 14	1090	Wien	313 50-326
Öffentliche KA KAISER-FRANZ-JOSEF-SPITAL	Kundratstr. 3	1100	Wien	601 91-47 26
Öffentliche KA LAINZ	Wolkersbergenstr. 1	1130	Wien	801 10-2303
Sanatorium RUDOLFINERHAUS	Billrothstr. 78	1190	Wien	360 36-6150
Öffentliche KA RUDOLFFSTIFTUNG	Juchg. 25	1030	Wien	711 65-5223
Öffentliche KA SEMMELWEIS-FRAUENKLINIK	Bastieng. 36–38	1180	Wien	476 15
Öffentliche KA SMZ-Ost	Langobardenstr. 122	1220	Wien	288 02-3822 KRZ
Öffentliche KA ST.JOSEF	Auhofstr. 189	1130	Wien	87 84 40-180
Öffentliche KA WILHELMINEN-SPITAL	Montleartstr. 37	1160	Wien	491 50-2555 (KRZ)

Kontaktadressen betreffend die in Kapitel 10. 4 beschriebenen Einrichtungen:

- Österreichisches Hebammen-Gremium (ÖHG), Postfach, A-1060 Wien, Tel: 597 14 04, Fax: 597 14 04, E-Mail: oehg@hebammen.at
- Präsidentin des ÖHG: Hebamme Renate Großbichler, E-Mail: grossbichler@hebammen.at
- Familienhebammen: 1110 Wien, Lorystraße 40–42, Telefon 749 68 50, Montag bis Freitag 8.30 bis 11.30 Uhr

Internet:

- Informationen über Hebammen: www.wien.hebammen.at
- Informationen über Entbindungsabteilungen: www.magwien.gv.at/kav/spital.htm

Tabelle A2: RehabilitationspatientInnen (1–15 Jahre) in Rehabilitationszentren nach Indikationsgruppen 1992–1998

KA-Nr	Krankenanstalt	Unfallchirurgie	Kongenitale Stör.	Orthopädie	Sonstige Erkrank.	Neurologie	Interne	insgesamt
1992								
109	SKA St Andrä	-	-	-	-	1	-	1
204	LSKA Hermagor	1	-	-	1	-	-	2
369	RZ Weißer Hof, Klosterneuburg	-	-	2	-	2	-	4
371	RZ Alland	-	-	-	-	-	1	1
701	RZ Bad Häring	-	-	-	-	1	-	1
945	RZ Wien Meidling	-	-	1	-	-	-	1
Summe 1992		1	-	3	1	4	1	10
1993								
101	RZ Bad Tatzmannsdorf	-	-	-	-	-	1	1
204	LSKA Hermagor	1	-	-	-	1	-	2
328	RZ Laab im Walde	-	1	-	-	-	-	1
369	RZ Weißer Hof, Klosterneuburg	-	-	3	-	7	-	10
945	RZ Wien Meidling	-	-	-	-	1	-	1
Summe 1993		1	1	3	-	9	1	15

KA-Nr	Krankenanstalt	Unfall- chirurgie	Kongeni- tale Stör.	Ortho- pädie	Sonstige Erkrank.	Neuro- logie	Interne	insgesamt
1994								
101	RZ Bad Tatzmannsdorf	-	-	-	-	-	1	1
204	LSKA Hermagor	2	-	-	-	3	-	5
318	RZ Hohegg	-	-	-	-	-	1	1
369	RZ Weißer Hof, Klosterneuburg	-	-	2	-	6	-	8
701	RZ Bad Häring	-	-	-	-	1	-	1
945	RZ Wien Meidling	-	-	-	-	1	-	1
Summe 1994		2	-	2	-	11	2	17
1995								
109	SKA St Andrä	2	-	1	-	1	-	4
204	LSKA Hermagor	1	-	-	-	1	-	2
318	RZ Hohegg	-	-	-	-	-	1	1
328	RZ Laab im Walde	-	-	-	1	-	-	1
355	HEILA Waidhofen/Ybbs	-	-	-	-	-	1	1
359	SKA Baden	-	-	1	-	-	-	1
369	RZ Weißer Hof, Klosterneuburg	-	-	2	-	8	-	10
603	RZ Bad Aussee	-	-	-	-	-	1	1
701	RZ Bad Häring	-	-	-	-	2	-	2
729	SKA Iselsberg-Stronach	-	1	-	-	-	-	1
Summe 1995		3	1	4	1	12	3	24
1996								
109	SKA St Andrä	1	-	1	-	-	-	2
204	LSKA Hermagor	6	-	-	-	1	-	7
365	SKA Groß Gerungs	-	-	-	-	-	1	1
369	RZ Weißer Hof, Klosterneuburg	-	-	4	1	9	-	14
371	RZ Alland	-	-	-	-	-	2	2
442	RZ Bad Ischl	-	-	-	-	-	1	1
701	RZ Bad Häring	-	-	-	-	2	-	2
945	RZ Wien Meidling	-	-	-	-	1	-	1
Summe 1996		7	-	5	1	13	4	30
1997								
109	SKA St Andrä	1	-	1	-	-	-	2
204	LSKA Hermagor	2	-	-	1	-	-	3
359	SKA Baden	-	-	1	-	-	-	1
369	RZ Weißer Hof, Klosterneuburg	-	-	2	-	8	-	10
701	RZ Bad Häring	-	-	-	-	1	-	1
729	SKA Iselsberg-Stronach	-	1	-	-	-	-	1
945	RZ Wien Meidling	-	-	-	-	1	-	1
Summe 1997		3	1	4	1	10	-	19
1998								
109	SKA St Andrä	1	1	1	-	-	-	3
204	LSKA Hermagor	3	-	-	-	4	-	7
359	SKA Baden	-	1	-	-	-	-	1
369	RZ Weißer Hof, Klosterneuburg	-	-	8	1	8	-	17
671	SKA Bad Radkersburg	1	-	-	-	-	-	1
729	SKA Iselsberg-Stronach	-	3	-	-	-	-	3
945	RZ Wien Meidling	-	-	-	-	1	-	1
Summe 1998		5	5	9	1	13	-	33

Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1992–1998

Tabelle A3: „Rehabilitations“-PatientInnen in Akutkrankenhäusern 1992–1998

KA-Nr	Krankenanstalt	Unfall- chirurgie	Kongenitale Störungen	Ortho- pädie	Sonstige Erkrank.	Neurologie	Summe
1992							
106	LKH Oberpullendorf	-	-	-	-	1	1
335	KH Mistelbach	-	-	-	-	1	1
336	LKH Mödling	2	-	1	-	-	3
524	LKA Salzburg	-	1	-	-	-	1
536	KH Zell/See	1	-	-	-	-	1
612	LKH Graz	-	-	-	-	-	1
648	LKH Stolzalpe	-	-	1	-	-	1
706	LKH Innsbruck	-	-	2	-	-	2
901	AKH Wien	9	5	8	2	2	26
912	Hanusch KH	1	-	-	-	-	1
916	KH Lainz	1	-	-	-	-	1
920	UKH Wien	7	-	-	-	1	8
921	Wilhelminenspital	4	1	2	-	2	9
928	Orth. Spital Gersthof	-	-	1	-	-	1
929	Glanzing KIKL	-	-	1	1	1	5
930	Preyer KISP	13	2	2	3	-	20
940	Lor. Böhler UKH	2	-	-	-	1	3
942	Maut-Mark. KISP	6	-	1	-	5	16
943	Orth. Spital Speising	-	2	25	-	2	29
948	NKH Wien Rosenhügel	-	1	-	-	9	10
952	St Anna KISP	3	-	-	-	1	4
956	SMZ Ost	3	-	1	-	-	4
Summe 1992		52	19	45	6	26	148
1993							
205	LKH Klagenfurt	1	-	-	-	-	1
325	KH Korneuburg	1	-	-	-	-	1
336	LKH Mödling	1	-	-	-	-	1
338	KH Neunkirchen	1	-	-	-	-	1
706	LKH Innsbruck	-	-	2	-	-	2
901	AKH Wien	11	5	10	-	3	29
908	Evang. KH	-	-	1	-	-	1
920	UKH Wien	10	-	-	-	-	10
921	Wilhelminenspital	3	-	2	-	-	5
929	Glanzing KIKL	-	2	-	-	-	2
930	Preyer KISP	9	3	3	1	-	16
931	PFH Haus d. Barmh.	-	-	-	-	1	1
940	Lor. Böhler UKH	5	-	-	-	-	5
942	Maut-Mark. KISP	7	3	2	-	1	13
943	Orth. Spital Speising	1	6	18	-	4	29
948	NKH Wien Rosenhügel	-	2	1	-	12	15
952	St Anna KISP	-	-	4	-	2	6
954	Poliklinik	-	-	-	-	1	1
956	SMZ Ost	7	2	-	-	1	10
963	Privatkl. Döbling PK	-	-	1	-	-	1
Summe 1993		57	23	44	1	25	150

KA-Nr	Krankenanstalt	Unfall- chirurgie	Kongenitale Störungen	Ortho- pädie	Sonstige Erkrank.	Neurologie	Summe
1994							
106	LKH Oberpullendorf	1	-	-	-	-	1
315	LKA/HST Grimmenstein	-	1	-	-	-	1
336	LKH Mödling	-	-	1	-	-	1
347	KH Scheibbs	1	-	-	-	-	1
534	KH Schwarzach/St Veit	1	-	-	-	-	1
612	LKH Graz	-	1	-	-	2	3
706	LKH Innsbruck	-	-	1	-	-	1
901	AKH Wien	19	10	8	8	2	47
912	Hanusch KH	2	-	-	-	-	2
920	UKH Wien	4	-	-	-	1	5
921	Wilhelminenspital	1	-	1	-	1	3
929	Glanzing KIKL	-	2	-	2	-	4
930	Preyer KISP	6	4	1	-	-	11
931	PFH Haus d. Barmh.	-	-	-	-	1	1
940	Lor. Böhler UKH	1	-	-	-	-	1
942	Maut.-Mark. KISP	5	1	-	-	-	6
943	Orth. Spital Speising	1	3	10	-	1	15
948	NKH Rosenhügel	-	1	-	-	12	13
949	Rudolfinerhaus	-	-	1	-	-	1
952	St Anna KISP	1	-	1	-	1	3
954	Poliklinik	-	-	-	-	1	1
956	SMZ Ost	14	2	3	-	-	19
Summe 1994		57	25	27	10	22	141
1995							
346	KH St Pölten	2	-	-	-	-	2
606	LKH Bruck/Mur	1	-	-	-	-	1
648	LKH Stolzalpe	-	1	-	-	-	1
706	LKH Innsbruck	-	-	-	-	1	1
901	AKH Wien	7	7	7	2	3	26
920	UKH Wien	6	-	-	-	2	8
921	Wilhelminenspital	-	-	-	1	1	2
929	Glanzing KIKL	-	-	-	1	-	1
930	Preyer KISP	2	4	4	2	1	13
940	Lor. Böhler UKH	4	-	1	-	-	5
942	Maut.-Mark. KISP	-	2	1	-	1	4
943	Orth. Spital Speising	-	4	6	-	1	11
948	NKH Rosenhügel	1	-	-	-	9	10
952	St Anna KISP	-	-	-	-	2	2
956	SMZ Ost	9	6	2	-	2	19
Summe 1995		32	24	21	6	23	106
1996							
205	LKH Klagenfurt	-	1	-	-	-	1
346	KH St Pölten	1	-	-	-	1	2
901	AKH Wien	6	10	2	2	5	25
920	UKH Wien	6	-	-	-	-	6
921	Wilhelminenspital	1	1	-	-	-	2
928	Orth. Spital Gersthof	-	-	1	-	-	1
929	Glanzing KIKL	1	-	-	-	2	3
930	Preyer KISP	9	1	1	1	-	12
940	UKH Lorenz Böhler	2	-	-	-	-	2
942	Maut.-Mark. KISP	-	1	1	-	3	5
943	Orth. Spital Speising	-	1	3	-	2	6
948	NKH Rosenhügel	1	2	-	-	6	9
952	St Anna KISP	-	1	2	2	1	6
956	SMZ Ost	7	2	5	1	2	17
Summe 1996		34	20	15	6	22	97

KA-Nr	Krankenanstalt	Unfall- chirurgie	Kongenitale Störungen	Ortho- pädie	Sonstige Erkrank.	Neurologie	Summe
1997							
315	LKA/HST Grimmenstein	-	-	1	-	-	1
346	KH St Pölten	1	-	-	-	-	1
706	LKH Innsbruck	-	-	1	-	-	1
901	AKH Wien	5	6	8	6	2	27
920	UKH Wien	4	-	-	-	-	4
921	Wilhelminenspital	-	-	4	1	-	5
929	Glanzing KIKL	-	-	-	-	2	2
930	Preyer KISP	5	1	2	1	-	9
940	Lor. Böhler UKH	3	-	-	-	-	3
942	Maut.-Mark. KISP	1	-	-	2	5	8
943	Orth. Spital Speising	1	-	3	-	-	4
948	NKH Rosenhügel	3	-	-	-	4	7
952	St Anna KISP	-	-	-	-	3	3
956	SMZ Ost	5	2	-	1	4	12
Summe 1997		28	9	19	11	20	87
1998							
107	LKH Oberwart	1	-	-	-	-	1
207	UKH Klagenfurt	1	-	-	-	-	1
336	LKH Mödling	1	-	-	-	-	1
527	KH BBR Salzburg	1	-	-	-	-	1
901	AKH Wien	8	8	4	1	1	22
916	KH Lainz	-	-	-	1	-	1
920	UKH Wien	5	-	-	-	-	5
921	Wilhelminenspital	3	-	-	-	1	4
929	Glanzing KIKL	-	2	-	-	1	3
930	Preyer KISP	5	-	4	1	1	11
940	Lor. Böhler UKH	1	-	-	-	-	1
948	NKH Rosenhügel	1	-	-	-	3	4
952	St Anna KISP	-	-	-	1	3	4
956	SMZ Ost	6	1	1	-	3	11
Summe 1998		33	11	9	4	13	70

Quelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 1992–1998

Anhang zum Kapitel 10 – Entwicklungsdiagnostische Ambulanzen

1. Beratungsstellen

● **Kinder- und Jugendberatungsstellen des Psychologischen Dienstes (MA 11) der Stadt Wien**
Etwa 30 Klinische und GesundheitspsychologInnen sind in den Beratungsstellen des Psychologischen Dienstes tätig. In Tabelle 10 A4 findet sich eine Auflistung der verschiedenen Beratungsstellen³⁵. 80 Prozent der MitarbeiterInnen haben eine zusätzliche psychotherapeutische Ausbildung. KlientInnen der Altersstufe 0–18 Jahre werden in den unterschiedlichen Institutionen betreut. Etwas über die Hälfte des Klientels (56 Prozent) besteht aus Schulkindern, den nächst größten Anteil bildet die Gruppe der Kleinkinder mit 29 Prozent und etwa 15 Prozent der Betreuten sind Jugendliche. Das Verhältnis zwischen betreuten Buben und Mädchen ist bei den Schulkindern relativ ausgewogen, im Kindergartenbereich werden aber etwa doppelt soviel Buben wie Mädchen betreut. Die KlientInnen kommen entweder aus Eigeninitiative bzw. über Mundpropaganda. Hier bemüht sich die MA 11 über Eltern-Kind-Zentren, Elternschulungen und Beratungsstellen niederschwellig Angebote bereitzustellen. Weiters werden Kinder von der zuständigen **Regionalen Einheit für soziale Arbeit mit Familien** (ehemaliges Jugendamt) und von SozialarbeiterInnen oder sonstigen sozialen Diensten zugewiesen. In Abhängigkeit von der Zugangsform unterscheiden sich auch die Fragestellungen. Insgesamt reicht die Palette der Problemstellungen, bei denen in den Beratungsstellen Hilfe geleistet wird, von Themen wie Obsorge und Besuchsregelungen (26 Prozent), bis zu Erziehungsfragen (25 Prozent), Verhaltensauffälligkeiten (15 Prozent), schulischen und Ausbildungsfragen (acht Prozent), Gefährdung und Vernachlässigung (neun Prozent), sexuellem Missbrauch und Misshandlung (acht Prozent), Behinderung (ein Prozent) und mehr. Je nach Fragestellung und Problem werden unterschiedlich viele Termine für Gespräche, Begutachtungen und Testsitzungen vereinbart. In der psychologischen Diagnostik werden nach einer eingehenden Anamnese Verhaltensbeobachtung, standardisierte psychologische Tests und projektive Verfahren verwendet. Danach erfolgen ausführliche Abschlussgespräche mit den Erziehungsberechtigten und eine Auseinandersetzung mit den Ergebnissen. Bei Inanspruchnahme entstehen keine Kosten, und die Wartezeiten sind relativ gering (im Durchschnitt 2–3 Wochen).

Tabelle A4: Beratungsstellen der MA 11

Kinder- und Jugendpsychologische Beratungsstellen			
Bezirk	Adresse	Telefon	Anmeldungszeiten
1., 4., 5.	4., Favoritenstraße 18	502 34-04343	Montag, Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr Donnerstag Nachmittag
2.	2., Karmelitergasse 9	211 06-02343	Montag, Donnerstag, Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr Donnerstag Abendberatung
3.	3., Sechskrügelgasse 11	711 34-03343	Dienstag, Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr
6., 7., 8., 9.	9., Währinger Straße 39	400 34-09343	Montag, Dienstag, Donnerstag 8 bis 16 Uhr
10.	10., Van-der-Nüll-Gasse 20	605 34-10343	Dienstag, Mittwoch, Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr
10.	10., Ada-Christen-Gasse 2/H/1	688 55 88-68	Dienstag Nachmittag Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr Freitag Abendberatung
11.	11., Enkplatz 2	740 34-11343	Montag, Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr
12.	12., Schönbrunnerstraße 259	811 34-12343	Montag, Dienstag, Donnerstag 8 bis 14 Uhr
13., 14.	13., Eduard-Klein-Gasse 2	878 34-13343	Montag, Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr Donnerstag Vormittag
13., 14.	14., Felbigergasse 45	914 22 38	Abendberatung Montag 16 bis 19.30 Uhr
15.	15., Gasgasse 8–10	891 34-15343	Donnerstag, Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr
16.	16., Arnehtgasse 84	491 96-16343, -16344	Montag, Dienstag, Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr Donnerstag Abendberatung
17., 18., 19.	17., Röttergasse 6	401 19-17343	Dienstag, Mittwoch, Donnerstag 7.30 bis 15.30 Uhr

³⁵ Quelle: <http://www.magwien.gv.at/ma11/seiten/erzfrag/psychber.htm>

Beratungsstellen für Kleinkinder von 0–6 Jahren			
Bezirk	Adresse	Telefon	Anmeldungszeiten
20.	20., Brigittaplatz 10	331 34-20343	Donnerstag, Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr Mittwoch Nachmittag
21.	21., Am Spitz 1	277 34-21343	Montag, Mittwoch, Donnerstag 7.30 bis 15.30 Uhr Mittwoch Abendberatung
21.	21., Herzmanovsky-Orlando-Gasse 9/30	259 83 12	Montag, Mittwoch 7.30 bis 15.30 Uhr
22.	22., Schrödingerplatz 1	211 23-22343	Dienstag, Donnerstag, Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr Dienstag Abendberatung
22.	22., Kapellenweg 35/1A	211 23-22344	Montag, Mittwoch 7.30 bis 15.30 Uhr Donnerstag 14-tägig 7.30 bis 15.30 Uhr Abendberatung
23.	23., Haeckelstraße 4	863 34-23343	Montag, Dienstag 7.30 bis 15.30 Uhr Mittwoch Vormittag Montag Abendberatung
23.	23., Wohnpark Alt Erlaa, Anton Baumgartner-Straße 44	863 34-23376	Mittwoch 8 bis 15 Uhr Donnerstag 8 bis 14 Uhr
2.,3.,11.	2., Engerthstraße 249	729 39 31	Dienstag, Donnerstag 7.30 bis 15.30 Uhr
1., 4., 5., 6., 7., 8., 9.	9., Lustkandlgasse 50/3. Stock	4000-85575	Dienstag, Donnerstag 7.30 bis 15.30 Uhr
10.	10., Otto-Probst-Platz 2/4	616 04 40	Montag, Donnerstag 7.30 bis 15.30 Uhr
11.	Eltern-Kind-Zentrum 11., Rosa Jochmann-Ring 5/13	768 86 60	Dienstag 7.30 bis 15.30 Uhr Mittwoch Nachmittag
12., 13., 14.	Eltern-Kind-Zentrum 12., Längenfeldgasse 28/8	815 37 99	Mittwoch, Donnerstag 8 bis 15 Uhr Freitag 8 bis 12 Uhr
15., 16., 17., 18., 19.	19., Billrothstraße 42–48	368 41-37	Montag, Dienstag 8 bis 16 Uhr
21.	Eltern-Kind-Zentrum 21., Ocwigkgasse 3	290 60 62	Dienstag, Freitag 7.30 bis 15.30 Uhr
22.	Eltern-Kind-Zentrum 22., Langobardenstraße 128	211 23-22344	Dienstag, Mittwoch 8 bis 16 Uhr
23.	Eltern-Kind-Zentrum 23., Pfarrgasse 32–34	615 28 06	Dienstag 7.30 bis 12.30 Uhr Mittwoch, Donnerstag 7.30 bis 15 Uhr
Spezielle Beratungsstellen			
Beratungsstellen für Trennungs- und Scheidungsfragen für alle Bezirke			
Adresse		Telefon	Anmeldungszeiten
9., Sobieskigasse 31		4000-85690	Dienstag 16 bis 19 Uhr
10., Otto-Probst-Platz 2/4		616 04 40	Mittwoch Nachmittag Mittwoch Abendberatung
Beratungsstelle für Mediation und Konfliktregelung für alle Bezirke			
Adresse		Telefon	Anmeldungszeiten
14., Felbigergasse 45		914 22 38	Mittwoch Nachmittag
22., Schrödingerplatz 1		211 23-22343	Freitag 13.30 bis 16.30 Uhr

Entwicklungsdiagnostik unter der Trägerschaft der MA 15 (Gesundheitswesen) der Stadt Wien**• Entwicklungsdiagnostik – 10**

1100 Wien, Gellertgasse 4–48
Tel.: 605 34-10860 oder 10861

• Entwicklungsdiagnostik – 18

1180 Wien, Währinger Gürtel 141
Tel.: 369 55 50 oder 369 56 50

Beide entwicklungsdiagnostischen Stellen des MA 15 bieten die Möglichkeit der Überprüfung der kindlichen Entwicklung und der Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen bei Kindern von 0–6 Jahren (Schuleintritt). Weiters werden Säuglinge aus Risikoschwangerschaften und -geburten im Rahmen des Wiener Risikokinderprogrammes zur regelmäßigen Überprüfung des Entwicklungsstandes eingeladen. Das Team besteht aus KinderfachärztInnen, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, Sonder- und HeilpädagogInnen und PhysiotherapeutInnen. Beide Stellen sehen mehr Buben als Mädchen zur Begutachtung. Die Eltern kommen aufgrund von Mundpropaganda, Hinweisen von frei praktizierenden ÄrztInnen und Krankenhäusern und auf Anraten von KindergartenpädagogInnen und VorschullehrerInnen. Typische Fragestellungen sind, neben der Abklärung von Entwicklungsverzögerungen, Wahrnehmungsstörungen, Teilleistungsstörungen und Verhaltensauffälligkeit. Den diagnostischen Prozess leitet eine Anamnese und eine medizinische Abklärung ein. Innerhalb von 2–5 Terminen erfolgt dann eine psychologische Begutachtung mittels psychologischen Testverfahren und Beobachtung bei Spiel und Interaktion. Die Mitteilung der Ergebnisse erfolgt in einem ausführlichen Gespräch mit den Erziehungsberechtigten und diese erhalten auch einen schriftlichen Befund. Psychotherapeutische, ergotherapeutische, logopädische und physiotherapeutische Interventionen werden ebenfalls angeboten. Für die KlientInnen entstehen keine Kosten. Die Wartezeiten für die Diagnostik betragen 3–4 Monate, bei Therapien länger.

**Mobiler Beratungsdienst für Kinder und Jugendliche
(in Zusammenarbeit mit der ARGE Frühförderung)**

1110 Wien, Grillgasse 18/7
Tel.: 749 65 71 oder 749 65 72

Das Team, bestehend aus KinderfachärztInnen, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, Sonder- und HeilpädagogInnen, FrühförderInnen und einer Sozialarbeiterin beschäftigt sich mit der Überprüfung der kindlichen Entwicklung, Früherkennung von Entwicklungsverzögerungen und frühzeitiger Förderung bei Kindern und Jugendlichen von 0–19 Jahren. Es werden mehr Buben als Mädchen zur Begutachtung vorgestellt. Die Eltern kommen aufgrund von Empfehlungen von LehrerInnen, KindergartenpädagogInnen oder MitarbeiterInnen des Jugendamtes. Typische Fragestellungen sind die Abklärung von Teilleistungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität, Konzentrationsstörungen und Interaktionsfragen. Der diagnostische Prozess wird vom interdisziplinären Team gemeinsam geplant und gliedert sich in eine Anamnese, eine medizinische Abklärung und eine psychologische Begutachtung mittels standardisierter Testverfahren. Die Mitteilung der Ergebnisse erfolgt in einem ausführlichen Gespräch mit den Erziehungsberechtigten, an welche auch ein schriftlicher Befund geht. Auf Wunsch nimmt die Institution auch Kontakt mit Schule und Kindergarten auf. Psychotherapeutische, ergotherapeutische, logopädische und physiotherapeutische Interventionen werden neben der Frühförderung ebenfalls angeboten. Für die KlientInnen entstehen keine Kosten. Wartezeiten für die Diagnostik gibt es keine, bei Therapien betragen sie etwa sechs Wochen.

Vereinigung zugunsten körper- und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher für Wien, Niederösterreich und das Burgenland

Die Vereinigung führt in Wien zwei Ambulatorien, nämlich:

• Ambulatorium Märzstraße

Entwicklungsdiagnostik – Frühförderung – Behandlung und Betreuung behinderter Kinder
1150 Wien, Märzstraße 122
Tel.: 982 61 54 oder 985 45 91

• Ambulatorium Strebersdorf

Entwicklungsdiagnostik – Behandlung und Betreuung behinderter Kinder und Jugendlicher
1210 Wien, Jara-Benes-Gasse 16
Tel.: 292 14 77 oder 292 65 55

Das Team, bestehend aus KinderfachärztInnen, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, Sonder- und HeilpädagogInnen, FrühförderInnen, MusiktherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen und FamilientherapeutInnen, beschäftigt sich mit der Überprüfung der Entwicklung und frühzeitiger Förderung und Betreuung behinderter Kinder und Jugendlicher von 0–18 Jahren. Es werden mehr Buben als Mädchen zur Begutachtung vorgestellt, allerdings hängt das auch von der Fragestellung ab. Die Eltern kommen durch Zuweisungen von Kinderspitälern, frei praktizierenden ÄrztInnen, aufgrund von Empfehlungen von LehrerInnen, KindergartenpädagogInnen, MitarbeiterInnen des Jugendamtes und auf Eigeninitiative. Typische Fragestellungen sind die Untersuchung von Risikogeborenen, die Abklärung von Entwicklungsstörungen und -verzögerungen, Teilleistungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität, Konzentrationsstörungen, psychosomatische Störungsbilder und Interaktionsfragen (z. B. Schrei-, Schlaf- und Fütterungsstörungen) bei körper- und mehrfachbehinderten Kindern und Jugendlichen. Der diagnostische Prozess beginnt mit einer Anamnese, einer medizinisch-neurologischen Abklärung und fährt mit einer psychologischen Begutachtung mittels standardisierter Testverfahren fort. Falls erforderlich schließt noch eine ergotherapeutische und/oder logopädische Begutachtung an. Zu Beginn und am Ende der Diagnostik erfolgt ein ausführliches Gespräch mit den Erziehungsberechtigten, und sie erhalten auch einen schriftlichen Befund. Psychotherapeutische, ergotherapeutische, logopädische, musiktherapeutische und physiotherapeutische Interventionen werden ebenso wie regelmäßige Entwicklungskontrollen und Frühförderung angeboten. Für die KlientInnen entstehen keine Kosten. Sie benötigen einen Kranken- bzw. Überweisungsschein. Wartezeiten für die Diagnostik belaufen sich auf 2–6 Monate, bei Therapien betragen sie mindestens ein Jahr.

Zentrum für Entwicklungsförderung (ZEF)

Entwicklungsdiagnostik, Beratung, Begleitung, Therapie

1220 Wien, Langobardenstraße 189

Tel.: 288 15

Das Team besteht aus KinderfachärztInnen, PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen, MusiktherapeutInnen, Sonder- und HeilpädagogInnen und einem Sozialarbeiter. Die Institution beschäftigt sich mit Diagnostik und Förderung im Bereich der Entwicklung bei Kindern von 0–6 Jahren. 60 Prozent der KlientInnen sind Buben, 40 Prozent Mädchen. Die Eltern kommen aufgrund von Empfehlungen von KindergartenpädagogInnen, MitarbeiterInnen des Jugendamtes sowie durch Zuweisung von frei praktizierenden Ärzten. Ungefähr ein Drittel der Eltern kommt auf Eigeninitiative. Typische Fragestellungen sind die Abklärung von Teilleistungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, kognitiven Schwächen und neurologischen Störungen. Der diagnostische Prozess wird vom interdisziplinären Team gemeinsam geplant und gliedert sich in eine Anamnese, eine medizinische Abklärung, eine psychologische Begutachtung mittels standardisierten Testverfahren und Beobachtungen des Kindes. Die Mitteilung der Ergebnisse erfolgt in einem Gespräch mit den Erziehungsberechtigten sowie durch einen schriftlichen Befund. Neben psychotherapeutischen, ergotherapeutischen, logopädischen und physiotherapeutischen Interventionen werden auch psychomotorische oder erlebnispädagogische Gruppen und therapeutische Elterngruppen angeboten. Für die KlientInnen entstehen keine Kosten, sie benötigen einen Kranken- bzw. Überweisungsschein. Wartezeiten für die Diagnostik betragen 2–3 Wochen, bei Therapien etwa ein Jahr.

Zentrum für Kinder-, Jugend- und Familienpsychologische Intervention (Träger: Abteilung für Entwicklungspsychologie des Institutes für Psychologie der Universität Wien)

1010 Wien, Liebiggasse 5

Tel.: 4277 478 67 oder 4277 478 61

Die Beratungsstelle besteht aus Klinischen PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, LogopädInnen, LehrerInnen, KindergartenpädagogInnen, einem Kinderarzt und einer Ergotherapeutin. Es wird Diagnostik, Beratung und Unterstützung für Kinder und Jugendliche von 0–19 Jahren und ihre Eltern angeboten. Den Großteil des Klientels machen Schulkinder aus. Es werden mehr Buben als Mädchen zur Begutachtung vorgestellt. Die Eltern kommen aufgrund von Mundpropaganda oder auf Anraten von LehrerInnen, KindergartenpädagogInnen oder ÄrztInnen. Typische Fragestellungen sind die Abklärung von Teilleistungsstörungen, Lernschwierigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen, Hochbegabung und motivationale Probleme. Der Erstkontakt erfolgt telefonisch. Der diagnostische Prozess beginnt mit einer Anamnese und fährt mit einer psychologischen Begutachtung mittels standardisierter Testverfahren fort. Verhaltensbeobachtungen erfolgen bei kleineren Kindern und auch in Problemsituationen im Kindergarten oder in der Schule. Im Anschluss an die Diagnostik erfolgt eine Besprechung der Ergebnisse und ein ausführliches Beratungsgespräch mit den Erziehungsberechtigten. An Intervention wird neben Beratung auch psychologische Behandlung (Lerntherapie) angeboten. Für die KlientInnen entstehen für Diagnostik und Beratung keine Kosten. Wartezeiten für die Diagnostik betragen für Klein- und Vorschulkinder bis zu einem Monat, für Schulkinder und Jugendliche 2–6 Monate.

Institut für Erziehungshilfe – Child Guidance Clinic (Träger: Verein Österreichische Gesellschaft für Psychische Hygiene der Gemeinde Wien)

1050 Wien, Margareten Gürtel 100-110/6/1
Tel.: 544 13 20 oder 544 27 51

1100 Wien, Sahulkastraße 5/1/35
Tel.: 616 16 75 oder 616 16 74

1140 Wien, Mühlbergstraße 7
Tel.: 979 22 34 oder 979 15 70

1190 Wien, Heiligenstädterstraße 82/14
Tel.: 368 12 35 oder 368 31 12

1210 Wien, Patrizigasse 2
Tel.: 271 63 28 oder 271 62 55

Das Team, bestehend aus PsychologInnen, ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen, bietet Diagnostik, Beratung und Unterstützung für Kinder und Jugendliche von 0–18 Jahren und ihre Eltern an. Es werden deutlich mehr Buben als Mädchen zur Begutachtung vorgestellt, allerdings hängt das auch von der Fragestellung ab. Die Eltern kommen aufgrund von Mundpropaganda, Überweisung durch ÄrztInnen und Krankenhäuser, Empfehlungen von MitarbeiterInnen des Jugendamtes, LehrerInnen oder KindergartenpädagogInnen. Typische Fragestellungen sind Erziehungsfragen, Schulschwierigkeiten, psychosomatische Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und Interaktionsprobleme. Der diagnostische Prozess beginnt mit einer Anamnese und fährt mit einer psychologischen Begutachtung mittels standardisierter Testverfahren fort. Im Anschluss an die Diagnostik erfolgt ein ausführliches Gespräch mit den Erziehungsberechtigten und, falls sie es wünschen, erhalten sie auch einen schriftlichen Befund. Kernangebot sind langfristige tiefenpsychologisch orientierte Therapien für Kinder und Beratungsgespräche mit den Eltern. Für die KlientInnen entstehen keine Kosten im Rahmen der Diagnostik, aber, nach Einkommen gestaffelt, für Therapien. Wartezeiten für die Diagnostik belaufen sich auf 14 Tage für das Erstgespräch und mindestens sechs Wochen für die Testbegutachtung, für die Therapien ein Jahr.

2. Spitäler und Kliniken

Universitätsklinik für HNO-Krankheiten, Abteilung Phoniatrie-Logopädie (Allgemeines Krankenhaus)

1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
Tel.: 40 400-3368

Die Abteilung umfasst zwei Psychologinnen, vier Ärzte und 16 LogopädInnen. Betreute KlientInnen sind zwischen 0 und 19 Jahre alt, gegebenenfalls auch älter. Es werden deutlich mehr Knaben vorgestellt. Die KlientInnen werden hauptsächlich von FachärztInnen zugewiesen, kommen aber auch auf Empfehlung von Kindergärten oder Schulen und aus Eigeninitiative. Im Rahmen eines umfassenden diagnostischen Prozesses, der mit einer organischen und einer phonologisch-logopädischen Abklärung beginnt und gegebenenfalls mit einer pädiatrisch-audiologischen und/oder einer psychologischen Begutachtung fortgesetzt wird, werden hauptsächlich Stimmstörungen, Störungen des Gehörs, operative Behandlung hörgeschädigter PatientInnen (Cochlearimplantate), postoperative Rehabilitation, Sprachentwicklungsstörungen, Sprachentwicklungsverzögerungen, Sprechablaufsstörungen und auch Teilleistungsstörungen oder Verhaltensproblematiken, die eng mit den Störungsbildern zusammenhängen, erfasst und teilweise auch behandelt. Je nach Fragestellung und Problem werden Termine für Gespräche, Begutachtungen und Testsitzungen vereinbart. Danach erfolgen ausführliche Abschlussgespräche und Erklärungen der Ergebnisse. Bei Inanspruchnahme entstehen, außer einem Krankenschein, keine Kosten. Die Wartezeiten belaufen sich für Erstbegutachtungen auf etwa drei Wochen und bei Therapien, außer im Akutfall, auf 2–3 Monate im Durchschnitt.

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Station und Ambulanz für Heilpädagogik und Psychosomatik (Allgemeines Krankenhaus)

1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
Tel.: 40 400-3271

Das Team der Abteilung, bestehend aus PsychologInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen und SonderkindergartenpädagogInnen beschäftigt sich mit der diagnostischen Abklärung und Behandlung von Entwicklungsstörungen sowie psychosomatischen und psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3–19 Jahren. Es werden mehr Buben als Mädchen

zur Begutachtung vorgestellt, etwa in einem Verhältnis von drei zu eins. Die Zuweisung der Kinder erfolgt durch Ambulanzen im AKH, durch frei praktizierende ÄrztInnen, oder die Eltern kommen auf Empfehlung von LehrerInnen, KindergartenpädagogInnen, MitarbeiterInnen des Jugendamtes und auf Eigeninitiative. Zu den häufigen Fragestellungen gehören Auffälligkeiten im sozialen und Leistungsverhalten, Teilleistungsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Abklärung bei Verdacht auf Hyperkinetisches Syndrom und psychosomatische Störungsbilder. Der diagnostische Prozess beginnt mit einer ausführlichen Anamnese, gefolgt von Verhaltensbeobachtung und Interaktionsbeobachtung. Neben einer medizinisch-neurologischen Abklärung werden in der psychologischen Begutachtung standardisierte Testverfahren und projektive Verfahren eingesetzt. Im Anschluss werden die Kinder einem/r Logopädin und/oder ErgotherapeutIn vorgestellt. Am Ende der Diagnostik erfolgt ein Abschlussgespräch, wobei dies für Kinder ab acht Jahren auch ohne Beisein der Erziehungsberechtigten erfolgen kann, wenn das Kind dies möchte. Dann werden die Erziehungsberechtigten zu einem getrennten Gespräch geladen. An der Ambulanz erfolgt im Rahmen des Abschlussgesprächs eine ausführliche Besprechung notwendiger Fördermaßnahmen und Möglichkeiten der Eltern. Therapien werden jedoch nur nach stationärer Aufnahme angeboten. Für die KlientInnen entstehen keine Kosten, sie benötigen eine Kranken- bzw. Überweisungsschein. Wartezeiten für die Diagnostik belaufen sich auf 2–3 Monate, und eine Voranmeldung ist notwendig.

Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters (Allgemeines Krankenhaus)

1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
Tel.: 40 400-3011

Insgesamt 25 PsychologInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen und ErzieherInnen beschäftigen sich an dieser Abteilung mit Kindern im Alter von 0–19 Jahren. Auch hier übertrifft die Anzahl der untersuchten Buben die der Mädchen mit einem Verhältnis von drei zu eins. Die Zuweisung der Kinder erfolgt durch Ambulanzen im AKH, durch frei praktizierende ÄrztInnen, MitarbeiterInnen des Jugendamtes oder von Heimen, oder die Eltern kommen auf Empfehlung von LehrerInnen, KindergartenpädagogInnen, MitarbeiterInnen des Jugendamtes und sehr oft auch aus Eigeninitiative. Die Fragestellungen, mit denen die Kinder vorgestellt werden haben hauptsächlich neurologischen (Anfallsleiden, Kopfschmerzen, Muskelerkrankungen) oder psychiatrischen (neurotische Reaktionen, pathologische Erlebnisreaktionen, Persönlichkeitsstörungen) Inhalt. Daneben werden Teilleistungsstörungen diagnostiziert und behandelt. Der diagnostische Prozess nimmt im Durchschnitt fünfmal eineinhalb Stunden in Anspruch und besteht aus einer Anamnese, gefolgt von einer medizinisch-neurologischen Abklärung und psychologischen Begutachtung mittels standardisierter Tests und projektiver Verfahren. Für die KlientInnen entstehen keine Kosten, sie benötigen einen Kranken- bzw. Überweisungsschein. Wartezeiten für die Diagnostik belaufen sich auf 3–6 Wochen und eine Voranmeldung ist notwendig.

Wilhelminenspital der Stadt Wien Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde mit Neonatologie und Psychosomatik (ehemalige Kinderklinik Glanzing), Entwicklungsdiagnostische und neurologische Ambulanz

1160 Wien, Montleartstraße 37
Tel.: 491 50-2908

Die Ambulanz besteht aus Neuropädiatern, Kinderkrankenschwestern, PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen, einem Ergotherapeuten und einer Logopädin. Es wird Entwicklungsdiagnostik und Unterstützung routinemäßig für Kinder von 0–6 Jahren bzw. gegebenenfalls auch für Jugendliche bis etwa 18 Jahren angeboten. Es werden ungefähr gleich viele Buben wie Mädchen zur Begutachtung vorgestellt, allerdings hängt das auch von der Fragestellung ab. Die KlientInnen kommen entweder direkt von der Neonatologie, aufgrund von Überweisung durch niedergelassene ÄrztInnen oder auf Empfehlung von LehrerInnen, KindergartenpädagogInnen oder aus Kinderkrippen. Auch durch Mundpropaganda kommen immer wieder Eltern mit ihren Kindern. Typische Fragestellungen sind Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten (Hyperaktivität), Spracherwerbsstörungen, Teilleistungsschwächen, psychosomatische Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und Interaktionsfragen. Der diagnostische Prozess beginnt mit einer medizinischen Abklärung und fährt mit einer psychologische Begutachtung mittels standardisierter Testverfahren und ausführlicher Gespräche fort. Im Anschluss erfolgt gegebenenfalls eine Begutachtung durch Ergo- und PhysiotherapeutInnen. Nach einer Teambesprechung bekommen die Eltern eine Gesamtrückmeldung. An Interventionen werden Musiktherapie, psychologische Behandlung und Psychotherapie sowie auch Teilleistungsschwächetrainings und sensorische Integrationstrainings angeboten. Für die KlientInnen entstehen im Rahmen der Diagnostik keine Kosten, man benötigt allerdings einen Krankenschein. Wartezeiten für die Diagnostik betragen 14 Tage, für die Therapien bis zu drei Monaten.

Gottfried von Preyer' sches Kinderspital

1100 Wien, Schrankenberggasse 31
Tel.: 601 13-0

In der Abteilung gibt es drei PsychologInnen. Es wird Diagnostik und Therapie für Kinder und Jugendliche von 0–19 Jahren angeboten. Die Verteilung von Mädchen und Burschen ist, je nach Station und Fragestellung, unterschiedlich. Der Zugang ist nur durch Überweisung vom Arzt/von der Ärztin und nur für hauseigene PatientInnen möglich. Es gibt keine eigenständige entwicklungsdiagnostische Ambulanz, da Entwicklungsdiagnostik nur in Zusammenhang mit anderen Störungen erfolgt. Die Fragestellungen hängen oft mit (chronischen) Krankheiten zusammen. Häufig treten Einnässen, Einkoten oder Medikamentenintoxikationen als Problemstellungen auf. Der diagnostische Prozess ist, je nach Fragestellung und KlientIn, individuell verschieden. Neben einem ausführlichen Anamnesegegespräch werden auch Familieninteraktionsdiagnostik und standardisierte Testverfahren durchgeführt. Im Anschluss erfolgt ein Beratungsgespräch mit den Eltern sowie die mündliche Weiterleitung der Ergebnisse an die Station. Das Interventionsangebot umfasst Krisenintervention, psychologische Beratung, Begleitung und auch Psychotherapie. Für die KlientInnen entstehen im Rahmen der Diagnostik keine Kosten, man benötigt einen Kranken- bzw. Überweisungsschein. Wartezeiten gibt es keine, weil nur stationär aufgenommene PatientInnen psychologisch betreut werden.

Krankenanstalt Rudolfstiftung**Abteilung für Kinder und Jugendheilkunde, Kinderneurologische Ambulanz**

1030 Wien, Juchgasse 25
Tel.: 711 65

In der Kinderneurologischen Ambulanz bieten PsychologInnen und FachärztInnen neurologische Diagnostik, Beratung und Behandlung für Kinder und Jugendliche von 0–18 Jahren. Die Zuweisung der Kinder erfolgt durch andere Abteilungen der Rudolfstiftung, vor allem der Neonatologie und durch frei praktizierende ÄrztInnen. Die Fragestellungen, mit denen die Kinder vorgestellt werden, haben hauptsächlich Bezug zu neurologischen Störungen (Anfallsleiden, Kopfschmerzen, Muskelerkrankungen, Trauma nach Unfällen). Ebenfalls häufig werden Kinder aufgrund von Teilleistungsstörungen, Konzentrationsstörungen, Verhaltensstörungen und Verdacht auf minimale cerebrale Dysfunktion (MCD) behandelt. Der diagnostische Prozess beginnt mit einem Anamnesegegespräch mit Eltern und Kind. Danach werden neurologische Funktionen abgeklärt und psychologische Tests und projektive Verfahren eingesetzt. Nach erfolgter Diagnose werden die Eltern zu einer Besprechung der Ergebnisse und weiterer notwendiger Maßnahmen eingeladen. Sie erhalten einen schriftlichen Befund. Falls erwünscht wird auch mit der Schule des Kindes Kontakt aufgenommen. Es besteht die Möglichkeit, an regelmäßigen Kontrolluntersuchungen teilzunehmen. Für die KlientInnen entstehen keine Kosten, sie benötigen einen Kranken- bzw. Überweisungsschein. Wartezeiten für die Diagnostik betragen 1–2 Wochen, nicht jedoch für Akutfälle, die nach Möglichkeit innerhalb von wenigen Tagen untersucht werden. Eine Terminvereinbarung für die Untersuchung an der Ambulanz ist notwendig.

Krankenanstalt Rudolfstiftung**Abteilung für Kinder und Jugendheilkunde, Entwicklungsdiagnostik**

1030 Wien, Juchgasse 25
Tel.: 711 65

Die Ambulanz führt bei Kindern von 0–2 Jahren allgemeine Entwicklungsdiagnostik durch, mit dem Ziel, Störungen und Auffälligkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Besonderes Augenmerk gilt den Kindern aus Risikoschwangerschaften und -geburten. Die betreuten Kinder kommen vor allem von der Abteilung für Neonatologie, aber auch aus anderen Abteilungen, durch frei praktizierende ÄrztInnen oder durch Mundpropaganda. Fragestellungen beziehen sich auf den allgemeinen Entwicklungsstand des Kindes, z. B. bei Kindern mit Down-Syndrom oder Risikokindern. Häufig geht es um die Abklärung von motorischen Entwicklungsstörungen. Aufgrund des Alters der Kinder spielen beim diagnostischen Prozess Beobachtungen der Kinder und Gespräche mit den Eltern eine besonders wichtige Rolle. Die Eltern sind meist auch während der Untersuchungen anwesend und werden nach deren Abschluss ausführlich informiert. Für die KlientInnen entstehen keine Kosten, sie benötigen einen Kranken- bzw. Überweisungsschein. Ambulanztermine können relativ kurzfristig vergeben werden.

**Neurologisches Krankenhaus Rosenhügel
Ambulanz der Neuropsychiatrischen Abteilung für Kinder und Jugendliche mit Behinderterzentrum**

1130 Wien, Riedelgasse 5
Tel.: 88 000-339

An der Neurologischen Ambulanz bieten PsychologInnen und FachärztInnen, z. T. mit psychotherapeutischer Ausbildung, neben der Diagnose von Entwicklungsstörungen, auch Beratung und Behandlung bei Epilepsien, geistiger Behinderung, psychischen Erkrankungen u. v. m. für Kinder und Jugendliche von 0–19 Jahren an. Die Inanspruchnahme ist nur durch Überweisung vom/von der praktischen Arzt/Ärztin oder NeurologIn möglich. Die Fragestellungen beziehen sich meist auf einen der folgenden vier Bereiche: allgemeines Intelligenzniveau, Teilleistungsschwächen, Interaktionsproblematik oder Persönlichkeitsentwicklung. Der diagnostische Prozess beginnt mit dem Anamnesegespräch, welches, je nach Thematik, entweder vom Arzt/von der Ärztin oder vom Psychologen/von der Psychologin geführt wird. Die Testdiagnostik besteht üblicherweise aus zwei Terminen, wobei immer eine Mischung von Intelligenztests und Persönlichkeitstests oder projektiven Verfahren durchgeführt wird. Auch Beobachtungen werden vor allem bezüglich des Verhaltens in der Testsituation durchgeführt. Nach erfolgter Diagnose werden die Eltern zu einer Besprechung der Ergebnisse und weiterer notwendiger Maßnahmen eingeladen. Sie erhalten einen schriftlichen Befund, falls dies erwünscht ist. Interventionen sind im Rahmen verschiedener Spezialambulanzen im Krankenhaus Rosenhügel möglich. Für die KlientInnen entstehen keine Kosten, man benötigt einen Überweisungsschein. Wartezeiten betragen 2–4 Wochen, nicht jedoch für Akutfälle, die nach Möglichkeit innerhalb von wenigen Tagen untersucht werden.

**Sozialmedizinisches Zentrum Ost
Kinderinterne Abteilung**

1220 Wien, Langobardenstraße 122
Tel.: 288 02-4350

Auf der Abteilung gibt es drei PsychologInnen. Es wird Diagnostik und Therapie für Kinder und Jugendliche von 0–18 angeboten. Es werden eher mehr Mädchen zur Begutachtung vorgestellt. Der Zugang für KlientInnen ist nur durch Überweisung von ÄrztInnen möglich. Typische Fragestellungen sind Abklärung psychosomatischer Erkrankungen, Suizidalität, Abklärung von sexuellem Missbrauch, Testung von EpilepsiepatientInnen und von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen. Der diagnostische Prozess umfasst eine Anamneseerhebung und eine psychologische Begutachtung mittels standardisierter Testverfahren. Im Anschluss erfolgt ein Beratungsgespräch. Auf Wunsch gibt es auch einen schriftlichen Befund für die Eltern. Im stationären Bereich und vereinzelt bei ambulanter Betreuung wird Psychotherapie angeboten. Für die KlientInnen entstehen im Rahmen der Diagnostik keine Kosten, man benötigt einen Kranken- bzw. Überweisungsschein. Wartezeiten belaufen sich auf etwa einen Monat.

**St. Anna Kinderspital (Träger: Rotes Kreuz)
Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologische Ambulanz**

1090 Wien, Kinderspitalgasse 6
Tel.: 40 170-277

Die Ambulanz besteht aus ÄrztInnen, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen, einer EEG-Assistentin, einer Sozialarbeiterin und einer Psychologin. Es wird Diagnostik, Beratung und Unterstützung für Kinder und Jugendliche von 0–18 Jahren angeboten. Es werden ungefähr gleich viele Buben wie Mädchen zur Begutachtung vorgestellt. Die KlientInnen kommen entweder durch Überweisung von niedergelassenen ÄrztInnen, auf Empfehlungen von LehrerInnen und KindergartenpädagogInnen oder aus Eigeninitiative. Typische Fragestellungen sind Entwicklungsverzögerungen, Konzentrationsstörungen, Leistungsproblematiken und auch Verhaltensauffälligkeiten. Der diagnostische Prozess umfasst eine Anamneseerhebung und eine Exploration und fährt, je nach Problemstellung, mit einer medizinischen und/oder psychologischen Begutachtung mittels standardisierter Testverfahren fort. Auch Verhaltensbeobachtungen werden durchgeführt. Im Anschluss erfolgt ein ausführliches Beratungsgespräch. Physiotherapie, Logopädie sowie auch Beratung im medizinischen, psychologischen und sozialen Bereich werden angeboten. Für die KlientInnen entstehen im Rahmen der Diagnostik keine Kosten, man benötigt einen Kranken- bzw. Überweisungsschein. Die Wartezeiten belaufen sich auf etwa 14 Tage bis 3 Wochen.

LITERATUR

LITERATURE

LITERATUR

- ACKER, N. (1998): Evaluation des Wiener Projekts „Spielzeugfreier Kindergarten“. Europäische Woche der Suchtprävention. Tagungsband zur Enquete vom 19. – 20. November 1998.
- AIDS HILFE WIEN (1997): HIV-betroffene Kinder im Kindergarten – Informationen für Mitarbeiter. Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e.V., 5. Auflage.
- AIDS HILFE WIEN (2000): AIDS-Statistik der Aids Hilfe Wien. Aids in Österreich 31.3.2000.
- AINSWORTH, M. D. S.; BLEHAR, M. C.; WATERS, E.; WALL, S. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ.: Erlbaum.
- AMA (2000): Österreichweite Werbe- und PR-Maßnahmen für Schulmilch, Mag. M. BAUERNFRIED. In: Tagungsband Österreichische Schulmilchtagung 2000.
- AMATO, P. R. (1987): Family processes in one-parent, stepparent, and intact families: The child's point of view. *Journal of marriage and the family*, 49, 327–337.
- AMATO, P. R.; KEITH, B. (1991): Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 26–46.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (1993): Diagnostic and Treatment Guidelines on Child Sexual Abuse. *Arch Fam Med* 2 (Jan): 19–27.
- ANDERSEN, F.; SONDERBERG, U.; PETERS, J. (2000): Windel-Dermatitis. (www.Netdokter.at).
- ANDERSEN, F.; SONDERBERG, U.; ESCHE, G. (2000): Seborrhoische Dermatitis (Milchschorf). (www.Netdokter.at).
- APA-Journal 29/9/99: Warum trinken Jugendliche Alkohol?
- ARGE (Arbeitsgemeinschaft) FRÜHFÖRDERUNG (1999): Frühe Hilfen. Für Behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder in Wien. Ein Überblick über institutionelle Angebote.
- ASHER, M.I.; KEIL, U.; ANDERSON, H. R.; BEASLEY, R.; CRANE, J.; MARTINEZ, F.; MITCHELL, E. A.; PEARCE, N.; SIBBLAD, B.; STEWART, A. W.; et al. (1995): International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC): rationale and methods. *Eur Respir J* 8: 483–491.
- AYLWARD, G. P.; PFEIFFER, S. I.; WRIGHT, A.; VERLHUST, S. J. (1989): Outcome studies of low birth weight infants published in the last decade: a meta-analysis. *J Pediatr* 115:515–520.
- BAACKE, D. (1993): Die 13- bis 18-Jährigen. Einführung in die Probleme des Kindesalters. Weinheim und Basel: Beltz Grüne Reihe.
- BAACKE, D. (1994): Die 6- bis 12-Jährigen. Einführung in die Probleme des Kindesalters. Weinheim und Basel: Beltz Grüne Reihe.
- BAACKE, D. (1993): Jugend und Jugendkulturen. Weinheim und München: Beltz.
- BAETHGE, M.; HANTSCHE, B.; PELLUL, W.; VOSKAMP, U. (1997): Jugend: Arbeit und Identität. Lebensperspektiven und Interessensorientierungen von Jugendlichen. Opladen.
- BAUER, R. (2000): Institut Sicher Leben – Datenanforderung über Kinderunfälle in Österreich und Wien.
- BAUMRIND, D. (1971): Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4, 1-101.
- BEER, G. (MA 15, Referat IV/4, schulärztlicher Dienst): Telefonische Mitteilung, 9. Mai 2000.
- BEHAM, M.; SCHRAMM, B. (1995): Familie und Beruf – eine ungleiche Wechselbeziehung? In Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten (Hrsg.), *Familie und Arbeitswelt* (S. 60–81). Wien: Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten.
- BEHAM, M.; DENK, G.; LUTZ, W.; NOWAK, V.; PFLEGERL, J. (1997): Statistik aus der Kinderperspektive. Kinderspezifische Auswertung der Volkszählung 1991. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung.
- BEHAM, M. (1998): Was tun Familien gemeinsam? Essen und Fernschauen. *Beziehungsweise* 7/98. Erstellt vom Institut für Familienforschung. <http://www.oif.ac.at/presse/bzw/artikel>.
- BEHAM, M. (1999): Nach 35 noch ein Kind? *Beziehungsweise* 5/99. Institut für Familienforschung, Wien.
- BENDER, D.; LÖSEL, F. (1998): Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In: MARGRAF, J.; SIEGRIST, J. & NEUMER, S. (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 117–145). Berlin: Springer-Verlag.
- BERDEL, D.; VON BERG, A. (1996): Prävention allergischer Krankheiten durch diätetische Maßnahmen. In: *Nahrungsmittel und Allergie* (WÜTRICH, D., Hrsg.). Dusterl-Verlag Dr. Karl Feistle, Seite 341 – 351.
- BERGER, E. (2000): Interview zur Situation behinderter Kinder in Wien, am NKH Rosenhügel, vom 9. Mai 2000.
- BERGLUND, B.; LINDVALL, T. (1995): Community Noise. *Archives of the Center for Sensory Research, University and Karolinska Institut Stockholm*. In: MASCHKE, C.; HARDER, J. (1998): Umweltmedizinischer Handlungsbedarf bei der Lärmexposition. *Gesundheitswesen* 60:661–668.
- BERICHT ZUR DROGENSITUATION (1999): Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- BERNDT, T. J. (1989): Obtaining support from friends during childhood and adolescence. In: D. BELLE (Ed.), *Children's social networks and social supports* (pp. 308–331). New York: Wiley.

- BEZIRKSJOURNAL-OTTAKRING (6/2000): Wo die Kids „ihre“ Betreuer finden. Die Super-Sommer-Idee – in allen Parks kümmern sich Experten um die Kinder.
- BIEGLER-VITEK, G. (1998): Suchtprävention in Integrationsgruppe und Frühförderung. Europäische Woche der Suchtprävention. Tagungsband zur Enquete vom 19. – 20. November 1998.
- BIGENZAHN, W. (2000): Gesprächsprotokoll vom 22.5.2000 durchgeführt von Frau Eva SZIGETVARI und Patricia SÖLLHAMMER, Institut für Psychologie (Univ.-Prof. Dr. B. ROLLETT).
- BM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (HRSG.) (1997): Das Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen und das Setting Schule. (Erstellt vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie – Projektleitung: W. DÜR). Wien: Autor.
- BM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (1998): Kann Gesundheitsförderung Schule machen? Eine Analyse am Beispiel des „Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen“.
- BM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (1999): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends 1999.
- BM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES, Abteilung VIII/D/2 (2000): AIDS bei Kindern. Österreichische AIDS-Statistik 28.1.2000.
- BM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES, Abteilung VIII/D/2/01 (o. J.): Information über die Impfung gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis); Information über die Impfungen Masern, Mumps und Röteln; Information über die Impfung gegen Hepatitis B. Hausdruckerei BMAGS, Wien.
- BM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (o. J.): Nur Impfen schützt – Wichtige Empfehlungen.
- BM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES (o. J.): Gesundheitsförderungsnetzwerke. In: <http://www.bmags.gv.at/gesund/gesundheitsfoerderung.htm>.
- BM FÜR INNERES, Referat II/12/a (1998): Opferstatistik 1998.
- BM FÜR INNERES, Referat II/12/a (1998): Gerichtliche Kriminalstatistik 1998.
- BM FÜR JUGEND UND FAMILIE (Hrsg.) (1995): Wo kommt unsere Zeit hin? Beruf – Familie – Freizeit. Das Zeit-Budget der österreichischen Familien. Wien: Autor.
- BM FÜR UMWELT, JUGEND UND FAMILIE (1997): (K)ein sicherer Ort. Sexuelle Gewalt an Kindern. Handbuch, Wien.
- BM FÜR UMWELT, JUGEND UND FAMILIE (1997): Vortrag an den Ministerrat. Wien.
- BM FÜR UMWELT, JUGEND UND FAMILIE UND BM FÜR JUSTIZ (1997): Familienberatung bei Gericht – Mediation – Kinderbegleitung bei Trennung oder Scheidung der Eltern. Wien: Verlag Österreich.
- BM FÜR UMWELT, JUGEND UND FAMILIE (Hrsg.) (1999): 4. Österreichischer Familienbericht: Familie – zwischen Anspruch und Alltag. Zur Situation von Familie und Familienpolitik in Österreich. Wien: Autor.
- BM FÜR UNTERRICHT UND KULTURELLE ANGELEGENHEITEN (1997): Grundsatzlerlaß Gesundheitserziehung für Schulen. Zitiert in: Gesundheitsförderungsnetzwerke. In: <http://www.bmags.gv.at/gesund/gesundheitsfoerderung.htm>.
- BM FÜR UNTERRICHT UND KULTURELLE ANGELEGENHEITEN: Das österreichische Sonderschulwesen; § 8 Schulpflichtgesetz. (www.cisonline.at).
- BM FÜR WISSENSCHAFT UND VERKEHR (1998): Verkehrssicherheit und Schule. Neue Maßnahmen auf dem Gebiet der Verkehrssicherheit. (www.bmv.gv.at/vk/4strasse/vsicher/schueler.htm).
- BM FÜR WISSENSCHAFT UND VERKEHR (1999): Bilanz der Österreichischen Radhelminitiative. (www.bmv.gv.at/vk/4strasse/vsicher/radhelm.htm).
- BORCHERT, J.; MASENDORF, F. (1975): Zum Bedingungsverhältnis von Sozialstatus, Erziehungsstil der Mutter und des Lehrers und affektiven Schülvvariablen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 22, 137–147.
- BODENMANN, G. (1997): Streß und Partnerschaft. Gemeinsam den Alltag bewältigen. Bern: Huber.
- BOHRN, K. (1996): Drogenkonsum von Jugendlichen. Forschungsbericht, Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- BOHRN K., BOHONNEK, A. (1998): Substanzenkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter. Erstellt vom Institut für Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- BOSSONG, B. (1995): Lehrerurteile über Scheidungskinder in der Grundschule: Defizite und Reaktionen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 42, 270–277.
- BOURDIEU, P. (1986): The Forms of Capital. In: RICHARDSON, J. (Hg.): *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*.
- BRANDT, I. (1983): Griffiths Entwicklungsskalen (GES) zur Beurteilung der Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren. Weinheim: Beltz.
- BRAININ, E. (2000): Das Institut für Erziehungshilfe – ambulante Kinderpsychotherapie in Wien. Vortrag auf der 21. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie 5.–6. Mai 2000.
- BRONFENBRENNER, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- BRONFENBRENNER, U.; CECCI, S. J. (1994): Nature-nurture reconceptualized: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568–686.
- BRONNEBERG, G.; FRANK, W. (1998): Stillen in Österreich. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

- BRUCH, H. (1991): Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Fischer Taschenbuchverlag GmbH, Frankfurt am Main, 1991. In: ROBOTKA, E. (1994): Ernährungserziehung – ein Gegenwartserfordernis. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.
- BRUGNER, M. (1994): Vitamin- und Mineralstoffaufnahme österreichischer Kinder und Jugendlicher im Alter von 4-18 Jahren. Diplomarbeit am Institut für Ernährungswissenschaften, Wien.
- BRUNN, H. (1994): Vorkommen und Bewertung polychlorierter Biphenyle wiederholt in Frauenmilch. In: Akt. Ernährungsmedizin 19.
- BÜHLER, K. (1934): Sprachtheorie. Jena: Fischer.
- BULLINGER, M. (1995): Die Münchner Fluglärmstudie. Ein Kurzbericht über die Studienergebnisse. Institut für Medizinische Psychologie, Maximilian Universität München. In: MASCHKE, C.; HARDER, J. (1998): Umweltmedizinischer Handlungsbedarf bei der Lärmexposition. Gesundheitswesen 60:661–668.
- BUNDESKANZLERAMT – BM FÜR FRAUENANGELEGENHEITEN (1993): Test the West. Geschlechterdemokratie und Gewalt. BKA, Wien.
- BUNDESKANZLERAMT – BM FÜR FRAUENANGELEGENHEITEN (1994): Gegen sexuelle Gewalt an Kindern handeln. BKA, Wien.
- BUNDESKANZLERAMT – BM FÜR FRAUENANGELEGENHEITEN (1997): Gegen Gewalt an Frauen und Kindern handeln. BKA, Wien.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG – BZgA (1998): Jugendsexualität und AIDS. Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Köln.
- BURR, M. L.; BUTLAND, B. K.; KING, S.; VAUGHAN, W. E. (1989): Changes in asthma prevalence: Two surveys 15 years apart. Arch Dis Child 64: 1452–1456.
- BUTOLLO, W. (1997): Traumatherapie: Die Bewältigung schwerer posttraumatischer Störungen. München: CIP-Medien.
- CAESAR, G. (1996): Akzeptanz der Schulmenüs von Wiener Schulkindern im Alter von 6–13 Jahren. Diplomarbeit am Institut für Ernährungswissenschaften, Wien.
- CAMP, R. W.; KOZLESKI, E. (1993): Developmental Disorders. In: HATHAWAY, W. E.; HAY, W. W.; GROOTHUIS, J. R. & PAISLEY, J. W. (Eds.), Current: Pediatric Diagnosis & Treatment (pp. 139–163). East Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange medical book.
- CAREY, S.; BARTLETT, E. (1978): Acquiring a single new word. Papers and Reports on Child Language Development, 15, 17–29.
- CERMAK, H. (o. J): Die Entwicklung des Stillens – Trends und Ursachen. In: Stillen – ein guter Beginn. Schriftenreihe Gesundheit des Bundeskanzleramtes, Band 10.
- CHLEBECEK, B. (1998): Die Lebenssituation von Kindern mit Behinderungen. In: KRÄNZL-NAGEL, R.; RIEPL, B.; WINTERSBERGER, H.: Kindheit in Gesellschaft und Politik. Eine multidisziplinäre Analyse am Beispiel Österreich. Campus Verlag Frankfurt/New York.
- CLARK, R.; HYDE, J. S.; ESSEX, M. L.; KLEIN, M. H. (1997): Length of maternal leave and quality of mother-infant interactions. Child Development, 68, 364–383.
- CLEMENT, W.; KOLB, W. (1999): Durchschnittspreisvergleich der Europäischen Arzneimittelmärkte – Endbericht. Industriewissenschaftliches Institut, Wien.
- COHEN, S.; EVANS, G.; KRANTZ, D. S.; STOKOLS, D. (1980): Psychological, Motivational and Cognitive Effects of Aircraft Noise on Children. American Psychologist 35:231–245. In: MASCHKE, C.; HARDER, J. (1998): Umweltmedizinischer Handlungsbedarf bei der Lärmexposition. Gesundheitswesen 60: 661–668.
- COOKE, R. W. I. (1994): Factors affecting survival and outcome at 3 years in extremely preterm infants. Arch Dis Childhood, 71: F28–31.
- COPPENS, N. M. (1986): Cognitive characteristics as predictors of children's understanding of safety and prevention. Journal of Pediatric Psychology, 11/2, 189–202.
- CSITKOVICS, M. (1995): „Wunschloses Unglück“. Objektiver Gesundheitszustand und subjektive Krankheitseinschätzung ausländischer Kinder. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.
- CSITKOVICS, M. et al. (1997): Die gesundheitliche Situation von MigrantInnen in Wien. Hrsg.: MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung
- CURRIE, C. et al., (2000): Health and health behaviour among young people. WHO policies series: Health policy for children and adolescents, issue 1, Copenhagen.
- DACHS, M. L. (1994): Erprobung eines Computerspiels zur Frühtherapie von optischen Teilleistungsschwächen im Vorschulalter. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Wien.
- DAMKÖHLER, J. (1997): Die Wirkung von Verstärkung und Selbstkontrolle auf hyperaktive Kinder. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Wien.
- DAVIDSEN, O.; HOIBY, N. (2000): Zystische Fibrose (Mukoviszidose). www.NetDoktor.at.
- DAVIES, J.; MacDONALD, G. (1998): Quality, evidence and effectiveness. Striving certainties, Routledge, London.
- DEIXLER-HÜBNER, A. (1999): Das neue Eherecht. Wien: WUV.
- DER STANDARD (2000): Wien plant anonyme Abgabestelle für ungewollte Babys. Chronik, 21.4. 2000, Seite 12.
- DEUTSCHER BUNDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN (1993): Zitiert nach ÖBIG 1996.

- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (1996): Rückstände in Frauenmilch. Beschluß der Nationalen Stillkommission vom 20.11.1995. In: FORSCHUNG, KLINIK, PRAXIS, April 1996. http://www.dge.de/Pages/navigation/fach_infos/.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (DGE), ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (ÖGE), SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNGSFORSCHUNG (SGE), SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (SVE), (2000): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 1. Auflage. Umschau Verlag, Frankfurt am Main.
- DHONT, J.L.; FARRAUX, J.P.; SAILLY, J.C.; LEBRUN, T. (1991). Economic evaluation for cost-benefit ratio of neonatal screening procedure of phenylketonuria and hypothyroidism. *J Inher Metab Dis* 14: 663-639.
- DICHTL, M. (1990): Adipositas beim Kind und beim Jugendlichen – Auswirkungen einer Gewichtsreduktion auf den Stoffwechsel. Diplomarbeit an der Univ. Kinderklinik, Wien.
- DIEDRICHSEN, I. (1990): Ernährungspsychologie (Psychologische Basiskonzepte). Springer Verlag, Berlin Heidelberg.
- In: ROBOTKA, E. (1994): Ernährungserziehung – ein Gegenwartserfordernis. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.
- DIEDRICHSEN, I. (1993): Ernährungsberatung. Verlag für Angewandte Psychologie Göttingen, Verlagsgruppe Hogrefe. In: ROBOTKA, E. (1994): Ernährungserziehung – ein Gegenwartserfordernis. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.
- DIE PRESSE (1999): Das moderne Kind hat zwei Kinderzimmer, acht Großeltern“. Die Seite Drei vom 18. Oktober 1999 von Erich WITZMANN.
- DILLING, H.; MOMBOUR, W.; SCHMIDT, M. H. (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Bern: Huber.
- DOLTO, F. (1993): Scheidung. Wie ein Kind sie erlebt. Stuttgart: Klett-Cotta.
- DÜMMLER, F.D. (1997): Kindliche Bewältigungsformen von Scheidung. Regensburg: Roderer.
- DÜR, W.; HAAS, S.; PELIKAN, J. M. (1990): AIDS-Aufklärung bei Jugendlichen. Eine Untersuchung der Bedingungen und Möglichkeiten von AIDS-Aufklärung bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 19 Jahren. Forschungsbericht, Wien.
- DÜR, W. (1993): Sexualität im Jugendalter und AIDS. Sexuelle Lebensstile von Jugendlichen zwischen Kommunikationsanforderungen und Kommunikationsbarrieren. Wien.
- DÜR, W. (1994): Health Behavior in School-Aged Children (hbsc/4): Auswertung des Wiener Samples der österreichischen Erhebung. Erstellt vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Im Auftrag der MA 15, Wien.
- DÜR, W.; HUTER, D. (1997): Das Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen und das Setting Schule. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie mit Unterstützung des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien
- DÜR, W. (1998): zitiert in: Gesundheitsbericht für Wien 1998. Erstellt von der MA-L/Gesundheitsplanung.
- EAPN (1998): Poverty in Europe, European Anti-Poverty Network, March 1998, p.18.
- EDER, F. (1989): Der Übergang von der Hauptschule auf weiterführende Schulen – eine Pilot-Untersuchung. *Empirische Pädagogik*, 3, 311–338.
- EDER, F.; FELHOFER (1994): Schule als Lebenswelt. In: WILK, L. & BACHER, J. (Hrsg.), *Kindliche Lebenswelten* (Kindheitsforschung, Bd. 4) (S. 197–251). Opladen: Leske + Budrich.
- EDER, F. (1995): Das Befinden von Schülerinnen und Schülern in den öffentlichen Schulen – Ergebnisse der Repräsentativerhebung. In: EDER, F. (Hrsg.), *Das Befinden von Kindern und Jugendlichen in der Schule*. Forschungsbericht im Auftrag des BMUK (S. 24–168). Innsbruck: Studienverlag.
- EDER, F.; KRÄNZL-NAGL, R. (1998): Die Schule: Arbeits- und Lebenswelt von Kindern. In: KRÄNZL-NAGL, R., RIEPL, B. & WINTERSBERGER, H. (Hrsg.), *Kindheit in Gesellschaft und Politik*. Eine multidisziplinäre Analyse am Beispiel Österreichs (S. 209–248). Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- EDER, W.; GAMPER, A.; OBERFELD, G.; RIEDLER, J. (1998): Prävalenz und Schweregrad von Asthma bronchiale, allergischer Rhinitis und atopischer Dermatitis bei Salzburger Schulkindern. *Wien klin Wschr* 11: 669–677.
- EINSPIELER, C.; LOSCHER, W. N.; KURZ, R. et al., (1992): The Graz SIDS risk questionnaire: prospective study of 6000 infants. *Klein Paediatr* 204: 88–91.
- EISENBACH-STANGL, I. (1995): Geschlechtsspezifischer Umgang mit dem Körper, mit Gesundheit und Krankheit. In: *BERICHT ZUR DROGENSITUATION, 1999*. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- EISERT, H.G.; EISERT, M. (1992): Multimodale Intervention – Verhaltenstherapeutische, pädagogische Ansätze und medikamentöse Behandlung beim hyperkinetischen Syndrom. In: STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.), *Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind – Ergebnisse aus Klinik und Forschung*. Stuttgart.
- EINSIEDLER, W.; BOSCH, E. (1986): Bedingungen und Auswirkungen des Phantasiespiels im Kindesalter. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 33, 86–98.
- ELMADFA, I.; LEITZMANN, C. (1998): Ernährung des Menschen. 3. Auflage. Ulmer Verlag, Stuttgart.
- ELSTNER, T.; FIALA-PREINSPERGER, S.; SCHUCH, B.; FISCHER, G.; LANGER, M.; WENINGER, M.; BERGER, E. (2000): Erfahrungen in der Betreuung von Kindern substanzabhängiger Mütter im Rahmen eines Comprehensive Care Programms und Entwicklung von Kindern substanzabhängiger Mütter – vorläufige Ergebnisse einer longitudinalen Studie. Zusammenfassungen der Vorträge zur 21. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie in Wien. 5. – 6. Mai 2000.

- EMERY, R.E. (1982): Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92 (2), 310–330.
- EMES, C. E. (1997): Is Mr. Pac Man eating our children? A review of the effect of video games on children. *Canadian Journal of Psychiatrie*, 42:409–414. In: KOLLER, D. (1999): Auswirkungen von Bildschirmspielen auf Kinder und Jugendliche. Seminararbeit am Institut für Psychologie der Universität Wien unter der Leitung von Frau Dr. HARTMANN.
- EPA (Environmental Protection Agency) (1992): Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders. EPA 66/6–90/006F, Washington DC.
- ERIKSON, E. (1950, 1963): *Childhood and society*. New York.
- ERNÄHRUNG AKTUELL 1/99: Funktionelle Muttermilch. Informationsdienst der Gesellschaft für zeitgemäße Ernährung – Zweiggeseellschaft der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung, Zaunergasse 1–3, 1030 Wien.
- ESCOBAR, G. J.; LITTENBERG, B.; PETITTI, D. B. (1991): Outcome among surviving very low birth weight infants: a meta-analysis. *Arch Dis Childhood*, 66:204–211.
- ESPENSCHADE, A. (1960): Motor development. In: JOHNSON, W.R. (Ed.), *Science and medicine of exercise and sports*. New York: Harper & Row.
- ESSER, G.; SCHMIDT, M. H. (1993): Die langfristige Entwicklung von Kindern mit Lese- und Rechtschreibschwäche. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22: 100–116.
- ESSER, G.; SCHMIDT, M. H. (1993): Children with specific reading retardation – early determinants and long-term outcome. *Acta paedopsychiatrica*, 56: 229–238.
- FEENSTRA, O.; PRIDNIG, G.; SCHMIDT, D.; MARTH, E. (1995): Bathing water related diseases: the Carinthian Sentinel Project as the source of epidemiological data. *Zentral Hyg Umweltmed* 198(2): 165–71.
- FEINBÖCK, (2000): Scharlach. ÖRK-Pressestelle 13. März.
- FEND, H. (1999): Sozialgeschichte des Aufwachsens. Bedingungen des Aufwachsens und Jugendgestalten des zwanzigsten Jahrhunderts. Frankfurt/Main.
- FESSEL+GfK-INSTITUT (1987): Medikamentenkonsum von Kindern. Im Auftrag der Späth Ges.m.b.H.
- FETUS AND NEWBORN COMITEE, CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY (1992): The infant home monitoring dilemma. Position statement. *Can Med Assoc J* 147/11:1661–1664.
- FEUERSTEIN, T. J.; JURNA, I. (1998): Antikonvulsiva, Konvulsiva. Pharmakotherapie der Epilepsie. In: FORTH, W.; HENSCHLER, D.; RUMMEL, W.; STARKE, K. (Hrsg.): *Allgemeine Pharmakologie und Toxikologie*. 7. Aufl., Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg, Berlin, 1. korrigierter Nachdruck.
- FIGDOR, H. (1998): *Scheidungskinder – Wege der Hilfe*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- FIGDOR, H. (1991): *Kinder aus geschiedenen Ehen: zwischen Trauma und Hoffnung; eine psychoanalytische Studie*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- FINDL, P. (1996): Die demographische Situation Österreichs im Jahr 1995. In: Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), *Demographische Informationen 1995/96* (S. 93–106). Wien: Österreichische Akademie der Wissenschaften.
- FINKELHOR, D. (1979): *Sexually victimised children*. New York: Free Press.
- FINKELHOR, D. (1984): *Child sexual abuse. New Theory and research*. New York: Free Press.
- FLAVELL, J. H.; WELLMAN, H. M. (1977): Metamemory. In: KAIL, R. V. & HAGEN, J. W. (Hrsg.), *Perspectives on the development of memory and cognition*. Hillsdale: Erlbaum.
- FONDS GESUNDES ÖSTERREICH (1997): Projektdokumentation, Gesundheitsförderung in Österreich.
- FONDS GESUNDES ÖSTERREICH (1998): Geförderte Projekte. Bearbeitungsstand 25. 11. 1999.
- FREUD, S. (1969): *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Und neue Folge*. Frankfurt: Fischer, Studienausgabe Band 1.
- FRIEDRICH, M. H. (1999): *Irrgarten Pubertät. Elternängste*. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt.
- FRIEDRICH, M.; AKKYA, T.; DERVIC, K. (1999): Schwierigkeiten bei der Betreuung von Migrantenkindern und – jugendlichen – Eine empirische Studie mit in Österreich lebenden aus der Türkei und Ex-Jugoslawien stammenden Familien im Zeitraum 1998–1999.
- FRIEDRICH, M. (2000): Zur Verfügung gestellter Beitrag zum Kindergesundheitsbericht 2000 über forensische Kinder- und Jugendneuropsychiatrie; Diagnostik und Therapie jugendrelevanter psychiatrischer Phänomäne in gesellschaftlich aktuellen Präventionsbereichen.
- FRISCHER, Th. (o. J.): *Ozonwirkungen*. In: *Gesunde Kids*. Norika Zeitungsverlag Ges.m.b.H.
- FRITH, U. (1989): *Autism. Explaining the enigma*. Oxford: Basil Blackwell.
- FRITZ, J.; MISEK-SCHNEIDER (1995): Warum Computerspiele faszinieren: Empirische Annäherung an Nutzen und Wirkung von Bildschirmspielen (Hrsg.). Kap.: *Computerspiele aus der Perspektive von Kindern und Jugendlichen*. In: KOLLER, D. (1999): *Auswirkungen von Bildschirmspielen auf Kinder und Jugendliche*. Seminararbeit am Institut für Psychologie der Universität Wien unter der Leitung von Frau Dr. HARTMANN.
- FROST, A. K.; PAKIZ, B. (1990): The Effects of Marital Disruption on Adolescents: Time as a Dynamic. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 544–555.
- FTHENAKIS, W. E. (1995a): Kindliche Reaktionen auf Trennung und Scheidung. *Familiendynamik*, 20, 127–154.
- FTHENAKIS, W. E. (1995b): Ehescheidung als Übergangsphase (Transition) im Familienentwicklungsprozess. In: PERREZ, M. (Hrsg.), *Familie im Wandel = Famille en transition* (S. 63–95). Bern: Huber.

- FTHENAKIS, W. E. (2000): Kommentar zu Ulrich Schmidt-Denters „Entwicklung von Trennungs- und Scheidungsfamilien“. In: SCHNEEWIND, K. A. (Hrsg.), Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis (S. 222–229). Göttingen: Hogrefe.
- FÜLÖP, G.; KADI, U.; OFNER, P. (1998): Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). Zitiert in: Gesundheitsbericht Wien, 1998.
- FURSTENBERG, F. F.; CHERLIN, A. J. (1993): Geteilte Familien. Stuttgart: Klett-Cotta.
- GASSER, A. (1991): Anstrengungsvermeidungsverhalten in der Schule unter besonderer Berücksichtigung der vorschulischen Fördermaßnahmen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Wien.
- GAVOTOS, L.A. (1959): Relationships and age differences in growth measures and motor skills. *Child Development*, 30, 333–340.
- GERHARDT, U. (1989): Krankheit und Familie. In: NAVE-HERZ, R. & MARKEFKA, M. (Hrsg.), Handbuch der Familien- und Jugendforschung. Band I: Familienforschung (S. 559–575). Neuwied: Luchterhand.
- GEPPERT, U.; HECKHAUSEN, H. (1990): Ontogenese und Emotionen. In: SCHERER, K. R. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie (Bd. C/IV/3: Psychologie der Emotion, S. 115–213). Göttingen: Hogrefe.
- GESUNDHEITSBRICHT DER WIENER KINDER (1993): Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen. Referat III/I – Gesundheitsberichterstattung.
- GESUNDHEITSBERICHTE FÜR WIEN (1990–1996): Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen der Stadt Wien. Dezernat III-Gesundheitsplanung.
- GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN (1997): Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen der Stadt Wien. Dezernat III-Gesundheitsplanung.
- GESUNDHEITSBERICHT FÜR WIEN (1998): Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion. Dezernat II-Gesundheitsplanung.
- GILPIN, E.; LEE, L.; EVANS, N.; PIERCE, J. (1994): Smoking initiation rates in adults and minors: United States, 1944–1988. *Am J Epidemiol* 140(6): 535–543.
- GISSER, R.; HOLZER, W.; MÜNZ, R.; NEBENFÜHR, E. (1995): Familie und Familienpolitik in Österreich. Wissen, Einstellungen, offene Wünsche, internationaler Vergleich. Wien: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie.
- GODENZI, A. (1994): Gewalt im sozialen Nahraum. Basel und Frankfurt am Main.
- GOLDBRUNNER, H. (1990): Arbeit mit Problemfamilien (Systemische Perspektiven für Familientherapie und Sozialarbeit). 2. Auflage. Mathias-Grünewald-Verlag, Mainz. In: ROBOTKA, E. (1994): Ernährungserziehung – ein Gegenwartserfordernis. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.
- GORDON, T. (1993): Familienkonferenz. Die Lösung von Konflikten zwischen Eltern und Kindern. 12. Auflage. Heyne Verlag, München. In: ROBOTKA, E. (1994): Ernährungserziehung – ein Gegenwartserfordernis. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.
- GÖTZ, W. (1993): Einfluß des Passivrauchens auf die Gesundheit von Kindern. In: Gesundheitsbericht der Wiener Kinder 1993. Erstellt im Auftrag der Magistratsabteilung 15.
- GÖTZ, M. (1998): Childhood asthma is a worldwide concern. *Wien klin Wschr* 11: 657 – 659.
- GÖTZ, M.; ZACHARASIEWICZ, A.; ZWICK, H.; LUCIUS, Ch.; SVITIL, T. (2000): Asthma bronchiale und Allergie bei Kindern in Wien – aktuelle Daten und Perspektiven.
- GREDLER, B. (1984): Gesundheit Krankheit Lebensstil (Hrsg.). Daten zur epidemiologischen Situation in Österreich sowie Anmerkungen zur Intervention. *Facultas Verlag, Wien*.
- GREDLER, B.; KUNZE, U.; LANGGASSNER, J.; KUNZE, M. (1996): Daten zum Gesundheitszustand von Kleinkindern in Österreich oder „Vom Risiko, als Mann geboren zu sein“. *Mitt. öst. Sanit Verwalt.* 97: 337.
- GREDLER, B.; SCHOBERBERGER, R.; KUNZE, U.; MITSCHKE, N. (1996): Unfälle im Vorschulalter. Wieviel Risiko braucht ein Kind? Jubiläumssondensprojekt Nr. 5724 der österreichischen Nationalbank. Institut für Sozialmedizin, Wien 1996, Bericht 60 Seiten, Anhang/Forschungsdokumentation und Kurzfassung.
- GREDLER, B.; SCHOBERBERGER, R.; KUNZE, U.; MITSCHKE, N. (1997): Unfälle bei Kindern im Vorschulalter. Analyse der Unfallsituation nach Alter und Geschlecht sowie daraus resultierenden Konsequenzen für die Prävention. *Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung.* 98. Jahrgang, Heft 11–12:430–436.
- GREDLER, B.; SCHMEISER-RIEDER, A. (1998): Gesundheitsrisiken der Österreicherin. Vom Risiko, als Frau geboren zu sein. In: *Mitteilungen der Sanitätsverwaltung* 6/98.
- GRIEVE, R.; WILLIAMS, A. (1985): Young children's perception of danger. *British Journal of Developmental Psychology*, 3, 385–394.
- GRILLMAYER, H. (2000): Fünfmal täglich „piksen“. Zuckerkrankte Kinder müssen häufig Blutzucker messen und Insulin spritzen. Zitiert in: *Gesund und Reisen* vom 8. April 2000.
- GRIMM, H. (1994): Sprachentwicklung – allgemeintheoretisch und differentiell betrachtet. In: OERTER, R. & MONTADA, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 705–757). Weinheim: PVU.
- GRUBER, M. (1992): In: Stichwort: Kinderunfälle – eine Literaturanalyse im Auftrag des Institutes Sicher Leben. *Literas Universitätsverlag, Wien*.
- GRUBER, C.; LEGL, T.; PERNHaupt, G. (o. J.): Die Beziehung drogenabhängiger Mütter zu ihren Kindern. Eine Kurzstudie von Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit in der Einrichtung Grüner Kreis. Unveröffentlichtes Manuskript. Zitiert in: *BERICHT ZUR DROGENSITUATION*, 1999. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Im Auftrag der europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

- GRÜNDL, M. (1995): Gemeinsames Sorgerecht. Erfahrungen geschiedener Ehen. Freiburg/Br.: Lambertus.
- GROEBEL, J. (1998): Medienkompetenz: universell und unmittelbar. *Television* 11(1): 36–42.
- GROSSMANN, K. E.; GROSSMANN, K. (1991): Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in longitudinal perspective. In: PARKES, C. M.; STEVENSON-HINDE, J. & MARRIS, P. (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 93–114). London: Tavistock.
- GROSSMANN, K. (1995): Kontinuität und Konsequenzen der frühen Bindungsqualität während des Vorschulalters. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 191–202). Stuttgart: Klett-Cotta.
- GRUNOW, D. (1994): Die Bedeutung der Familie für das Gesundheitsverhalten ihrer Mitglieder. In: GRUNOW, D.; HURRELMANN, K. & ENGELBERT, A. (Hrsg.), *Gesundheit und Behinderung im familialen Kontext* (S. 9–66). München: DJI-Verlag.
- GYLER, L.; DUDLEY, M.; BLINKHORN, S.; BARNETT, B. (1993): The relationship between psychosocial factors and developmental outcome for very low and extremely low birth weight infants: a review. *Australian and New Zealand J of Psychiatry*, 27: 62–73.
- HAHNREICH, I. (1998): Essen und Trinken im Säuglingsalter. Verlag Hahnreich, Wien.
- HALL, E. G.; LEE, A. M. (1984): Sex differences in motor performance of young children: Fact or fiction? *Sex Roles*, 10, 217–230.
- HANEWINKEL, R.; FERSTL, R.; BUROW, F. (1993): Merkmale von Situationen, in denen Jugendliche rauchen. *Sucht* 39(4): 232–235.
- HARTMANN, W.; STOLL, M.; CHISTÉ, N.; HAJSZAN, M. (Hrsg.) (2000): *Bildungsqualität im Kindergarten*. Wien: öbv & hpt.
- HASCHKE, F.; THUN-HOHENSTEIN, L.; SCHILLING, R (1993): In: *Gesundheitsbericht der Wiener Kinder 1993*. Magistratsabteilung 15.
- HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (1997): Richtwerte für die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte, unveröffentlichter Entwurf, Wien.
- HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER, WStW, MA 3 UND MA 12 (1998): Anzahl der Ausgleichs- und PflegegeldbezieherInnen jeweils am 31. 12.
- HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (1998): Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen 1998 nach Bundesländern, Veränderungen gegenüber 1997.
- HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (1999): Heilmitteldaten 1998. Trends und Informationen über den Medikamentenverbrauch in Österreich.
- HAYDE, M. (o. J.): Tätigkeitsmerkmale Nachsorgeambulanz für Neugeborene mit congenitaler Toxoplasmoseinfektion und Tätigkeitsmerkmale Toxoplasmoselabor. In: <http://www.akh-wien.ac.at/kikli/neonat/jb/toxo/toxo-ind.htm>.
- HAVIGHURST, R. J. (1948, 1972): *Developmental tasks and education*. New York: Davis McKay.
- HECKHAUSEN, H. (1974a): *Motivationsanalysen*. Berlin: Springer.
- HECKHAUSEN, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- HELMKE, A. (1992): *Selbstvertrauen und schulische Leistungen*. Göttingen: Hogrefe.
- HELMKE, A.; WEINERT, F.E. (1999): Schooling and the development of achievement differences. In: WEINERT, F.E. & SCHNEIDER, W., *Individual development from 3 to 12. Findings from the Munich Longitudinal Study* (pp. 176–192). Cambridge: University Press.
- HEROLD, (2000): *Innere Medizin* (Hrsg.). Dr. med. Herold Versand, Köln.
- HETHERINGTON, E. M. (1989): Coping with family transitions: Winners, losers and survivors. *Child Development*, 60, 1–14.
- HETHERINGTON, E. M. (1993): An overview of the Virginia Longitudinal Study of Divorce and Remarriage with a focus on early adolescence. *Journal of Family Psychology*, 7, 39–56.
- HLAVA, A; BRONNEBERG, G.; FÜLÖP, G.; NEMETH, C.; SAX, G.; SCHLEICHER, B.(2000): Versorgungssysteme für Kinder. Im Auftrag der Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion, Dezernat II-Gesundheitsplanung.
- HOELSCHER, G. R. (1994): *Kind und Computer: Spielen und Lernen am PC* (Hrsg.). Springer Verlag Heidelberg, Berlin.
- In: KOLLER, D. (1999): Auswirkungen von Bildschirmspielen auf Kinder und Jugendliche. Seminararbeit am Institut für Psychologie der Universität Wien unter der Leitung von Frau Dr. HARTMANN.
- HOHENAUER, L.; LEODOLTER, S.; SCHWARZ, R. (o. J.): Fremdstoffe in der Muttermilch. In: *Stillen – ein guter Beginn*. Schriftenreihe Gesundheit des Bundeskanzleramtes, Band 10.
- HOLTMEIER, H. J. (1995): *Gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung des Cholesterinstoffwechsels*. 3. Auflage. Springer Verlag Berlin Heidelberg.
- HOLZAPFEL, K. (1989): *Dokumentation Sporterziehung im Elementarbereich 1985–1988*. München: Bayerische Sportjugend.
- HOVKORA (1990): zitiert in: CHLEBECEK, B. (1998): Die Lebenssituation von Kindern mit Behinderungen. In: KRÄNZL-NAGEL, R.; RIEPL, B.; WINTERSBERGER, H.: *Kindheit in Gesellschaft und Politik. Eine multidisziplinäre Analyse am Beispiel Österreich*. Campus Verlag Frankfurt/New York.
- HURRELMANN, K. (1994): *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim und München: Beltz.

- HURRELMANN, K.; MANSEL, J. (1998): Gesundheitliche Folgen wachsender schulischer Leistungserwartungen. Ein Vergleich von identisch angelegten repräsentativen Schülerbefragungen der Jahre 1986 und 1996. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 18, 168–182.
- HUTH; KLUTH (1996): zitiert in: CAESAR, G. (1996): Akzeptanz der Schulmenüs von Wiener Schulkindern im Alter von 6–13 Jahren. Diplomarbeit am Institut für Ernährungswissenschaften, Wien.
- IBM-JUGENDSTUDIE – Institut für empirische Psychologie (Hrsg.): „Wir sind O.K.“. Stimmen, Einstellungen, Orientierungen der Jugend in den 90er-Jahren. Köln.
- INDINGER, M. (2000): Kinderneuropsychiatrie und Entwicklungsräume Schule und Kindergarten. Vortrag auf der 21. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie 5.–6. Mai 2000.
- IFES (1996): Leben in Wien. Basisergebnisse aus einer Bevölkerungsbefragung für die Gemeinde Wien in Text und Graphik.
- INFORMATIONSSTELLE GEGEN GEWALT – Aktionsgemeinschaft der autonomen österreichischen Frauenhäuser (1998): Erfahrungen zum Gewaltschutzgesetz. Presseinformation. Wien.
- INSTITUT SICHER LEBEN (1997): Kinderunfälle in Wien nach Lebensbereichen. Auf der Basis der Daten des Österreichischen Statistischen Zentralamts 1997.
- INSTITUT SICHER LEBEN (1998): Gesundheitsförderungsplan Wien. Programm Unfallprävention „Wien – Sichere Stadt“.
- INSTITUT SICHER LEBEN (1998): Tödliche Badeunfälle: Junge Männer, Kindern und Senioren besonders gefährdet. Medieninfo 07–23.
- INSTITUT SICHER LEBEN (1998): Jährlich 1.000 Vergiftungen bei Kindern. Medieninfo 09–15.
- INSTITUT SICHER LEBEN (1998): Häusliche Unfälle häufigste Todesursache bei Kleinkindern. Medieninfo 09-02.
- INSTITUT SICHER LEBEN (1998): Jährlich 3.000 Kinderunfälle mit Spielplatz-Geräten. Medieninfo 04-04.
- INSTITUT SICHER LEBEN (1998): Entwicklung der Kinderunfälle in Österreich und Wien seit 1990. Auf der Basis der Daten des Statistik Österreich 1998.
- INSTITUT SICHER LEBEN (1998): Kinderunfälle in Heim, Freizeit und Sport nach Unfallart in Österreich. Auf der Basis der Daten des ELHASS 1998.
- INSTITUT SICHER LEBEN (1998): Tödliche Kinderunfälle in ausgewählten europäischen Staaten (0–14) pro 100.000 Kinder. Auf der Basis der Daten des Österreichischen Statistischen Zentralamts 1998.
- INSTITUT SICHER LEBEN (1998): Entwicklung der tödlichen Kinderunfälle in Österreich und Wien seit 1990. Auf der Basis der Daten des Österreichischen Statistischen Zentralamts 1998.
- INSTITUT SICHER LEBEN (1998): Tödliche Unfälle von Kindern (0–14) in Österreich und Wien. Auf der Basis der Daten des Österreichischen Statistischen Zentralamts 1998.
- INSTITUT SICHER LEBEN (1999): Jedes zweite Spielplatzgerät verstößt gegen die Sicherheitsnorm. Medieninfo 08–25.
- INSTITUT SICHER LEBEN (1999): 52.000 verletzte Kinder: Macht unsere Wohnungen endlich sicherer! Medieninfo 04-08.
- INSTITUT SICHER LEBEN (o. J.): Sicherheitserziehung in Volksschulen. (www.sicherleben.at/erziehung.htm).
- INSTITUT SICHER LEBEN (o. J.): Inline-Skating-Kurse für Schulen. (www.sicherleben.at/skater/htm).
- INTERNATIONAL STUDY OF ASTHMA AND ALLERGIES IN CHILDHOOD (ISAAC) STEERING COMMITTEE (1998): World-wide variations in the prevalence of asthma symptoms: The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Eur Respir J* 12: 315–335.
- IPSIROGLU, O.S.; FATEMI, A.; WERNER, I.; URSCHITZ, M. S.; SCHWARZ, B. (2000): Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 11–15 Jahren – eine Umfrage. Tagung Pädiatrische Schlafmedizin, 24–26. Februar 2000, Schloß Wilhelminenberg Wien.
- IPSIROGLU, O. S.; LISCHKA, A.; SACHER, M.; STÖGMANN, W.; POLLAK, A. (2000): Sicheres Schlafen – Die SIDS-Präventionskampagne der Wiener Kinderspitäler. *Wien Klin Wochenschrift* 112/5:185–186.
- IPSIROGLU, O. S.; KERBL, R.; URSCHITZ, M. S.; KURZ, R. (2000): 4. Österreichisches SIDS-Konsensus-Gespräch anlässlich der Wiener SIDS-Präventionskampagne „Sicheres Schlafen“. *Wien Klin Wochenschrift* 112/5:187–192.
- IPSIROGLU, O. S.; STEKEL, H.; POLLAK, A.; KASPAR, L. (2000): Die Wiener SIDS-Präventionskampagne als Qualitätsmanagementprojekt. *Wien Klin Wochenschrift* 112/5:221 – 225.
- ISP (Informationsstelle für Suchtprävention) (o. J.): „Alles okay?“, Suchtvorbeugung im Kindergartenalter.
- ISP (Informationsstelle für Suchtprävention) (o. J.): Verwaltungsbericht 1998 und 1999. Magistrat der Stadt Wien, MA 15 Referat V/1.
- JAHNKE, K.; NIEHUES, S. (1995): *Echt abgedreht. Die Jugend der 90er-Jahre*. München.
- JENSEN, T. S.; BOGGILD-ANDERSEN, B.; SCHMIDT, J.; ANKERHUS, J.; HANSEN, E. (1988): Perinatal risk factors and first-year vocalizations: Influence on preschool language and motor performance. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 30, 153–161.
- JESIONEK, U. (1994): Der Umgang der Rechtsordnung mit dem Phänomen des sexuellen Missbrauchs am Kind. In: DIE MÖWE (Hrsg.): *Leben ohne Gewalt. Sexueller Missbrauch im Vorschulalter*. Enquete-Zusammenfassung der MÖWE in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Jugend und Familie. Informationsbroschüre für KindergärtnerInnen, Wien.
- KABESCH, M.; SCHAAL, W.; NICOLAI, T.; MUTIUS VON, E. (1999): Lower prevalence of asthma and atopy in Turkish children living in Germany. *Eur Respir J* 13: 577–582.

- KAGAN, J. (1966): Body build and conceptual impulsivity in children. *Journal of Personality*, 34, S. 118–128.
- KALKER, U.; HÖVELS, O. (1991): Eßstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Ernährungs-Umschau* 38 (1991) Heft 11.
- KAPAUN, H.; BOGYI, G.; PILZ, E. (1986): Wiener Entwicklungsstudie 1. Teil. Ein Vergleich von (6 und 17 Monate alten) Risikokindern mit Kindern gleichen Alters, deren Schwangerschaft und Geburt regelrecht verliefen.
- KAPAUN, H.; BOGYI, G.; PILZ, E. (1989): Wiener Entwicklungsstudie 2. Teil. Ein Vergleich von 43 und 60 Monate alten Risikokindern (mit Risiken bei der Geburt) mit Kindern gleichen Alters, deren Schwangerschaft und Geburt regelrecht verliefen. (Fortsetzung des 1. Teiles der Wiener Entwicklungsstudie).
- KAPELLA, O. (1997): Familie und Migration – eine Herausforderung für Gesellschaft und Wissenschaft. Beziehungsweise 20/97, Herausgegeben vom Institut für Familienforschung.
- KARASEK, R.; THEORELL, T. (1990): *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*, N.Y., Basic Books.
- KARDAS, J.; LANGENMAYR, A. (1996): Familien in Trennung und Scheidung. Ausgewählte psychologische Aspekte des Erlebens und Verhaltens von Scheidungskindern. Stuttgart: Enke.
- KARLSSON, I. (1998): Österreichische und internationale Strategien zur Prävention von Gewalt. Männergewalt gegen Frauen und Kinder. Forschungsprojekt gefördert vom Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank. Aktionsgemeinschaft der autonomen österreichischen Frauenhäuser, Forschungsbericht, Wien.
- KARWAUTZ, A. (1999): Ess-Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Collegium Publicum* 6, November 1999.
- KASTEN, H. (1998): *Geschwister: Vorbilder, Rivalen, Vertraute* (2. aktualisierte Aufl.). München: Reinhardt.
- KASTNER-KOLLER, U.; DEIMANN, P. (1998): *Der Wiener Entwicklungstest*. Göttingen: Hogrefe.
- KAUR, B.; ANDERSON, H. R.; AUSTIN, J.; BURR, M.; HARKINS, L. S.; STRACHAN, D. P.; WARNER, J. O. (1998): Prevalence of asthma symptoms, diagnosis, and treatment in 12–14 year old children across Great Britain, *BMJ* 316: 118–124.
- KAYSER, F.; BIENZ, K.; ECKERT, J.; ZINKERNAGEL, R. (1998): *Medizinische Mikrobiologie*. 9. Aufl. (Hsrg.). Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.
- KERBL, R. (2000): SIDS und Polygraphie. *Wien Klin Wochenschrift* 112/5: 204 – 208.
- KERBL, R.; KYTIR, J.; KURZ, R. et al., (1995): Der plötzliche Säuglingstod in Österreich, wie verlässlich ist die Diagnose? *Wien Klin Wochenschrift* 107/8:237–241.
- KERN, A. (1951): *Sitzenbleiberelend und die Schulreife*. Freiburg.
- KERSTING, M.; NESS, B.; SCHÖCH, G. (1993): Nährstoffbedarf von Kindern und Jugendlichen.
- KERSTING, M.; SCHÖCH, G. (1996): *Ernährungsberatung für Kinder und Familien*. Gustav Fischer Verlag, Jena.
- KETZ, H-A. (1990): Grundriß der Ernährungslehre. Steinkopff Verlag Darmstadt. In: BRUGNER (1994): *Vitamin- und Mineralstoffaufnahme österreichischer Kinder und Jugendlicher im Alter von 4–18 Jahren*. Diplomarbeit am Institut für Ernährungswissenschaften, Wien.
- KIENZEL, J. F.; BIEBEL, W. G. (1993): Sexueller Missbrauch in der Kindheit und Jugend. Prävalenz und Risikofaktoren. *Zeitschrift für Sexualmedizin* 22:80–84.
- KISSER, R.; BAUER, R. (1998): *Institut Sicher Leben – Unfallstatistik 1997*. Verletzte nach Heim-, Freizeit und Sportunfällen in Österreich.
- KLAAR, H. (1999): Was tue ich, wenn es zur Scheidung kommt? Rechtsratgeberin für Frauen in Ehekrisen. (6. Auflage). Wien: Bundesministerium für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz.
- KLAUER, K. J. (1993): Training des induktiven Denkens. In: KLAUER, K.J. (Hrsg.), *Kognitives Training* (S. 141–163). Göttingen: Hogrefe.
- KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. (1987): *Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung*. München: dtv.
- KLICPERA, C. (1985): *Leistungsprofile von Kindern mit spezifischen Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten*. Heidelberg: Edition Schindele.
- KLICPERA, C.; GASTEIGER- KLICPERA, B (1993): *Lesen und Schreiben. Entwicklung und Schwierigkeiten. Entwicklung, Ursachen, Förderung*. Weinheim: Beltz.
- KOHLHAUSER-VOLLMUTH, C. (o. J.): Zu früh geboren – reif für die Schule? In: *Gesunde Kids*. Norika Zeitschriftenverlag Ges.m.b.H.
- KOHLHAUSER, C.; FUIKO, R. (2000): Entwicklungsverlauf von Risikogeborenen in den ersten zwei Lebensjahren. *Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 2000/1, MA-L/Gesundheitsplanung* (Hrsg.)
- KÖCK, Ch.; KYTIR, J.; MUNZ, R. (1988): Risiko „Säuglingstod“. Plädoyer für eine gesundheitspolitische Reform. Wien.
- KOLLER, D. (1999): Auswirkungen von Bildschirmspielen auf Kinder und Jugendliche. Seminararbeit am Institut für Psychologie der Universität Wien unter der Leitung von Frau Dr. HARTMANN.
- KOPERA, D. (o. J.): Atopische Dermatitis. In: www.netdokter.at/krankheiten/.
- KRAML, P.; TICHATSCHKEK, E. (2000): Mandelentzündung (akute Tonsillitis, Angina tonsillaris) bei Kindern. www.netdokter.at.
- KRÄNZL-NAGL, R. (1997): Kinder in Österreich – Gewinner oder Verlierer der Modernisierung? Aspekte einer generationalen Analyse österreichischer Kindheit. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 22, 28–50.
- KRAPPMANN, L. (1988): Über die Verschiedenheit der Familien Alleinerziehender – Ansätze zu einer Typologie. In: LÜSCHER, K.; SCHULTHEIS, F. & WEHRSPAUN, M. (Hrsg.), *Die ‚postmoderne‘ Familie. Familiäre Strategien und Familienpolitik in einer Übergangszeit* (S. 131–142). Konstanz: Universitätsverlag.

- KRAUSE, M. P. (1999): Wirkungen elterlicher Responsivität in dyadischen Spielsituationen auf das Interaktionsverhalten von Vorschulkindern mit mentaler Entwicklungsverzögerung. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 46, 110–125.
- KREMZAR, K. (1993): Ausländerpädagogik. *Erziehung und Unterricht*, 143, 275–279.
- KREPPNER, K.; ULLRICH, M. (1999): Partner oder Widerpart. Zwei Modelle mütterlicher Kommunikationsgestaltung mit jugendlichen Kindern in geschiedenen und ungeschiedenen Familien. Vortrag, gehalten auf der 14. Tagung für Entwicklungspsychologie, Fribourg.
- KREPPNER, K. (2000): Entwicklung von Eltern-Kind-Beziehungen. In: SCHNEEWIND, K. A. (Hrsg.): *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis* (S. 174–195). Göttingen: Hogrefe.
- KRÜGER, D. (1998): Lebenssituationen von Alleinerziehenden – ein Einblick in die Pluralität der Lebensform mit Kindern. In: VASKOVICS, L. A. & SCHATTOVITS, H. (Hrsg.), *Lebens- und Familienformen – Tatsachen und Normen* (Materialiensammlung, Heft 4, S. 153–159). Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung.
- KUBINGER, K.; WURST, E. (1991): AID – Adaptives Intelligenz-Diagnostikum. Weinheim: Beltz.
- KUNZ, T. (1989): Voraussetzungen und Möglichkeiten der Sicherheitserziehung im Kindergarten (GUV 57.1.32). München: Bundesverband der Unfallversicherungsträger der Öffentlichen Hand.
- KURATORIUM FÜR VERKEHRSSICHERHEIT (1997): VEInfo. Informationsdienst Folge 9. Institut für Verkehrserziehung, Mai 1997.
- KURZ, R.; PRECHTL, H. F. R. (1995): Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes. 2. Österreichisches SIDS-Konsus-Gespräch am 12. Juni 1994 in Gößl/Grundsee. *Paediatr Paedol* 30:33 – 35.
- KURZ, R.; STERNISTE, W.; HAIDMAYER, R.; LISCHKA, A. (1996): Bericht vom 3. Österreichischen SIDS-Konsensus-Gespräch. Graz, 8. März 1996. *Paediatr Paedol* 31:197–199.
- KWIZDA-GREDLER, B.; SCHOBERBRGER, R.; MITSCHKE, N. (1999): Unfallforschung und –verhütung im Vorschulalter unter besonderer Berücksichtigung von Persönlichkeitseigenschaften. Jubiläumsfondsprojekt Nr. 6872 der Österreichischen Nationalbank. Institut für Sozialmedizin, Wien. Bericht und Anhang.
- KYTIR, J.; KÖCK, C. (1995): Säuglingssterblichkeit in Wien. Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien. Forschungsbericht 16. Im Auftrag der Gemeinde Wien, Magistratsabteilung 15.
- KYTIR, J.; MÜNZ, R. (1999): Vom Geburtenschwund zum Kindermangel. Fakten, Thesen und Gegenthesen zur kinderarmen Gesellschaft. In: Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), *Demographische Informationen 1997/1999* (S. 5–10). Wien: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften.
- LABURDA (1981): zitiert in: CHLEBECEK, B. (1998): Die Lebenssituation von Kindern mit Behinderungen. In: KRÄNZL-NAGEL, R.; RIEPL, B.; WINTERSBERGER, H.: *Kindheit in Gesellschaft und Politik. Eine multidisziplinäre Analyse am Beispiel Österreich*. Campus Verlag Frankfurt/New York.
- LADD, G. W. (1990): Having friends, keeping friends, making friends, and being liked by peers in the classroom: Predictors of children's early school adjustment? *Child Development*, 61, 1081–1100.
- LANDLER, F. (1997): Das österreichische Bildungswesen in Zahlen. Analyse und Computersimulation des Schulsystems und der Qualifikationsstruktur der Bevölkerung. Wien: WUV Universitätsverlag.
- LANG-LOIDOLT, D. (2000): Erkältung. www.Netdokter.at.
- LANG-LOIDOLT, D. (2000): Nasenpolypen. www.Netdokter.at.
- LANG-LOIDOLT, D. (2000): Nasennebenhöhlenentzündung (Sinusitis). www.Netdokter.at.
- LAUTH, G.W.; SCHLOTTKE, P.F. (1997): Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern. Weinheim: Beltz.
- LEBOYER, F. (1995): *Geburt ohne Gewalt*. München: Kösel.
- LEIBOLD, G. (1992): Magersucht – Ursachen, Verlauf und neue Behandlungsmethoden. Verlagsunion Erich Pabel-Arthur Moewig KG, Rastatt. In: ROBOTKA, E. (1994): *Ernährungserziehung – ein Gegenwartserfordernis*. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.
- LEHMKUHL, G. (1997): Scheidung, Trennung, Kindeswohl – Eine Einführung. In: LEHMKUHL, G. & LEHMKUHL, U. (Hrsg.), *Scheidung – Trennung – Kindeswohl* (S. 7–12). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- LEHMKUHL, U.; HUSS, M. (1997): Folgen von Trennung und Scheidung. In: LEHMKUHL, G. & LEHMKUHL, U. (Hrsg.), *Scheidung – Trennung – Kindeswohl* (S. 13–25). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- LEIXNERING, W.; POPOW, C. Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde (Vorstand: o. Univ.-Prof. Dr. A. POLLAK) Klinische Abteilung für Allgemeine Pädiatrie, Bereich Heilpädagogik & Psychosomatik (Leiter: o.Univ.-Prof. Dr. R. URBANEK) (2000): *Kinderneuropsychiatrie – heilpädagogische Tagesbetreuung von Kindern im vorschulpflichtigen Alter*. Vortrag auf der 21. Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie 5.–6. Mai 2000.
- LERCHER, L. (1998): Gewaltprävention in Theorie und Praxis – Begriffsklärung, Systematik, Präventionsschwerpunkte in Österreich. In: KARLSSON, I. (Hrsg.), *Österreichische und internationale Strategien zur Prävention von Gewalt. Männergewalt gegen Frauen und Kinder*. Forschungsprojekt gefördert vom Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank. Aktionsgemeinschaft der autonomen österreichischen Frauenhäuser, Forschungsbericht, Wien.
- LEWIS, S. (1998): ISAAC – a hypothesis generator for asthma? (International Study of Asthma and Allergies in Childhood [comment]) *Lancet* 351: 1220–1221.
- LINDSCHINGER, M. (o. J.): Zitiert in: *Diabetes: Übergewichtige Kinder erkranken an „Alterszucker“* (<http://extra.kurier.at/appl/netautor/>).

LITERATUR

- LIU, X.; UCHIYAMA, M.; OKAWA, M.; KURITA, H. (2000): Prevalence and correlates of self-reported sleep problems among Chinese adolescents. *Sleep* 23:1, 27–34.
- LÖFFLER, I.; MEYER-SCHEPERS, U. (1984): Richtig lesen und schreiben durch Lautanalyse. Eine systematische Therapie für Lese-Rechtschreib-Schwache. Bochum: Winkler.
- LONGFELLOW, C. (1979): Divorce in context: Its impact on children. In: LEVINGER, G. & MOLES, O. C. (Hrsg.). *Consequences*. S. 287–306. New York.
- LÖSEL, F.; BENDER, D. (1999): Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In: OPP, G.; FINGERLE, M. & FREYTAG, A (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 39–58). München: Reinhardt.
- LUDWIG BOLTZMANN INSTITUT FÜR MEDIZIN- UND GESUNDHEITSSOZIOLOGIE (1998): Health behavior in school-aged children: Auswertung des Wiener Samples der österreichischen Erhebung von 1994. (Im Auftrag der MA 15 „Gesundheitswesen“ der Stadt Wien. Wien: Autor.
- LUTZ, B. (o. J.): Stillförderung durch die Hebamme – Erfahrungsbericht aus dem Krankenhaus der Landeshauptstadt Bregenz. In: *Stillen – ein guter Beginn. Schriftenreihe Gesundheit des Bundeskanzleramtes*, Band 10.
- MAIN, M.; SALOMON, J. (1986): Discovery of an insecure, disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings, and implications for the classification of behavior. In: YOGMAN, M. & BRAZELTON, T. B. (Eds.), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- MA-LANDESSANITÄTSDIREKTION, DEZERNAT FÜR GESUNDHEITSPLANUNG (2000): Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 2000/1. Entwicklungsverlauf risikogeborener Kinder. Eine Studie der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Wien, 1994–1997, in Zusammenarbeit mit Univ.-Prof. Dr. KOHLHAUSER und Mag. FUIKO, Berichterstellung Frau Mag. Sabine STRASSER.
- MA 11 (Amt für Jugend und Familie der Stadt Wien) (1999): Verwaltungsbericht.
- MA 15 (Gesundheitswesen), Dezernat IV/Referat 2 (1998): Auswertung der Untersuchungsbögen – Untersuchungen in den Kindergärten Wiens 1985, 1991 und 1997/98. In Zusammenarbeit mit der MA 11.
- MA 15 (Gesundheitswesen), Referat VI/3 (1999): Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen in den Schuljahren 1997/98 und 1998/99.
- MA 15 (Gesundheitswesen) (1999): Statistik vom Jahr 1999 – Entwicklungsdiagnostik. MA15 – Gesundheitswesen, Dez. IV/Ref.2.
- MA 15 (Gesundheitswesen), Ref. I/2-Infektionskrankheiten, Seuchenbekämpfung, Schutzimpfungen (1999): IMPFPLAN erstellt nach den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrates vom 21. März 1997 (erweitert mit 16. April 1999).
- MA 15 (Gesundheitswesen), Ref. I/2-Infektionskrankheiten, Seuchenbekämpfung, Schutzimpfungen (2000): Durchgeführte Impfungen bei Kindern (ohne Schulen), Wien 1999.
- MA 15 (Gesundheitswesen), Ref. I/2-Infektionskrankheiten, Seuchenbekämpfung, Schutzimpfungen (2000): Außerhalb des Wiener Impfkonzepes durchgeführte Impfungen, 1999.
- MA 15 (Gesundheitswesen), Ref. I/2-Infektionskrankheiten, Seuchenbekämpfung, Schutzimpfungen (2000): In Schulen durchgeführte Impfungen, 1999.
- MA 22 (Umweltschutz) (o. J.): Lärmfibel der MA 22 – Umweltschutz.
- MARMOT, M., BOBAK, M., SMITH, G.D. (1995): Explanations for Social Inequalities in Health. In: AMICK, B. C. I., LEVINE, S., TARLOV, A. R., WALSH, D.C. (Hg.): *Society and Health*. New York, Oxford, S. 172 – 210.
- MASCHKE, C.; HARDER, J. (1998): Umweltmedizinischer Handlungsbedarf bei der Lärmexposition. *Gesundheitswesen* 60: 661–668.
- MASCHL-HAAS, L. (2000): Schriftlicher Situationsbericht der Heimleiterin über die Lage der Kinder im Integrationskindertagesheim Kaiserebersdorf.
- MAYRINGER, H.; WIMMER, H. (1998): Das Lernen neuer phonologischer Wortformen bei Lese-Rechtschreibschwäche. In: GLÜCK, J.; VITOUCH, O.; JIRASKO, M.; ROLLETT, B. (Hrsg.): *Perspektiven psychologischer Forschung in Österreich*. Band 2:207–210. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- McCARTON, C. M.; WALLACE, I. F.; DIVON, M.; VAUGHAN, H. G. (1996): Cognitive and neurological development of the premature, small for gestational age infant through age 6: Comparison by birth weight and gestational age. *Pediatrics*, 98, 1167–1178.
- McCRAE, R. R.; COSTA, P. T. Jr. (1985): Updating Norman's „Adequate Taxonomy“: Intelligence and personality dimensions in natural language and in questions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49:710–721.
- MIKOSZ, B. (Leiterin des Psychologischen Dienstes der Stadt Wien, MA 11): Telefonische Mitteilung, 11. Mai 2000.
- MEHLER, J.; JUSCZYK, P.; LAMBERTZ, G.; HALSTED, N.; BERTONCINI, J.; AMIEL-TISON, C. (1988): A precursor of language acquisition in young infants. *Cognition*, 29, 143–178.
- MEICHENBAUM, D. (1979): *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München: Urban & Schwarzenberg.
- METTERNICH, F. U.; BRUSIS, T. (1999): Akute Gehörschäden und Tinnitus durch überlaute Unterhaltungsmusik. *Laryngo-Rhino-Otol.* 78 (614 – 619). Georg Thieme Verlag Stuttgart.
- MORTIMORE, P. (1998): *The road to improvement: Reflections on school effectiveness*. Lisse, Swets u. Zeitlinger.
- MOSS, E.; STRAYER, F.F. (1990): Interactive problem-solving of gifted and non-gifted preschoolers with their mothers. *International Journal of Behavioral Development*, 13(2), S. 177–197.
- MÜLLER, M. (1997): *Die kleinen Könige der Warenwelt. Kinder im Visier der Werbung* (Hrsg.). Campus Verlag Frankfurt/New York.

- MÜNZ, R. (1985) (Hrsg.): *Leben mit Kindern. Wunsch und Wirklichkeit*. Wien 1985. In: *Frauengesundheitsbericht Wien 1996*.
- MUSSEN, P.H.; CONGER, J.J.; KAGAN, J. (1976): *Lehrbuch der Kinderpsychologie*. Stuttgart: Klett.
- MUTSCHLER, E. (1991): *Arzneimittelwirkungen. Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.
- NAPP-PETERS, A. (1992): Die Familie im Prozeß von Trennung, Scheidung und neuer Partnerschaft. In: HAHN, J.; LOMBERG, B. & OFFE, H. (Hrsg.), *Scheidung und Kindeswohl* (S. 13–23). Heidelberg: Asanger.
- NAPP-PETERS, A. (1995): *Familien nach der Scheidung*. München: Kunstmann.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (1987): Consensus statement of infantile apnea and home monitoring. *Pediatrics* 79:292 – 299.
- NAVE-HERZ, R. (1990): Ziel und theoretisches Konzept der empirischen Erhebung. In: DAUM-JABALLAH, M.; HAUSER, S.; MATTHIAS, H.; NAVE-HERZ, R. & SCHELLER, G. (Hrsg.), *Scheidungsursachen im Wandel* (S. 33–46). Bielefeld: Kleine Verlag.
- NAVELET, Y. (1996): *Insomnia in the child and adolescent*. *Sleep* 19:3 (Suppl), 23–28.
- NEBENFÜHR, E. (1995): *Familie und Familienpolitik in Wien. Forschungsbericht 14 des Institutes für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien*. In: *Frauengesundheitsbericht Wien 1996*.
- NEUBAUER, R.; WILLINGER, U.; EISENWORT, B.; VÖLKL-KERNSTOCK, S.; ROLLETT, B. (1998): Sprach- und Lesefähigkeit bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. In: GLÜCK, J.; VITOUCH, O.; JIRASKO, M. & ROLLETT, B. (Hrsg.), *Perspektiven psychologischer Forschung in Österreich, Band 2* (S. 211–214). Wien: WUV Universitätsverlag.
- NEUBAUER, R. (2000): *Sprach- und Lesefähigkeiten sprachentwicklungsgestörter Kinder unter Berücksichtigung neuropsychologischer Grundlagen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Wien.
- NEUBERGER, M. (1993): Einfluß des Passivrauchens auf die Gesundheit von Kindern. In: *Gesundheitsbericht der Wiener Kinder, Wien 1993*. Erstellt im Auftrag der Magistratsabteilung 15.
- NEUHÄUSER, G.; HEUBROCK, D. (2000): *Neuropsychologische Störungen*. In: PETERMANN, F. (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S. 337–357). Göttingen: Hogrefe.
- NICKEL, H.; PETZOLD, M. (1993): Sozialisierungstheorien unter ökologisch-psychologischer Perspektive. In: MARKEFKA, M. & NAVE-HERZ, R. (Hrsg.), *Handbuch der Kindheitsforschung* (S. 79–90). Neuwied: Luchterhand.
- NORMAN, W. T. (1963): Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, S. 574–583.
- NÖSTLINGER, Ch. (1988): *Schwangerschaft in der Adoleszenz. Eine Vergleichsstudie von Interruptio und Geburt*. Unveröffentlichte Dissertation, Wien.
- NÖSTLINGER, Ch.; WIMMER-PUCHINGER, B. (1994): *Geschützte Liebe. Jugendsexualität und AIDS. Eine internationale Studie*. Wien.
- NOVAK, V.; SCHIFFER, R. K. (1998): *Familien in Zahlen (working paper 9–1998)*. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung.
- OERTER, R.; DREHER, M. (1995): Entwicklung des Problemlösens. In: OERTER, R. & MONTADA, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 561–621). Weinheim: PVU.
- OERTER, R.; DREHER, E. (1995): Jugendalter. In: OERTER, R. & MONTADA, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 310–395). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- OERTER, R. (1995): Kindheit. In: OERTER, R. & MONTADA, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 249–309). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- OFFE, H. (1992): *Empirische Scheidungsfolgen-Forschung: Ein Überblick über neuere Ergebnisse*. In: HAHN, J.; LOMBERG, B. & OFFE, H. (Hrsg.), *Scheidung und Kindeswohl* (S. 25–53). Heidelberg: Asanger.
- OTT, M. (1997): *Aktuelle und zeitabhängige Belastung von aus Mittelhessen stammender Frauenmilch mit chlor- und bromorganischen Pestiziden, polychlorierten Biphenylen und Nitromoschusverbindungen*. Diplomarbeit an der Justus-Liebig Universität, Gießen.
- OWENS, J.; MAXIM, R.; MCGUINN, M.; NOBILE, C.; MSALL, M.; ALARIO, A. (1999): Television-viewing habits and sleep disturbance in school children. *Pediatrics* 104:3, 27.
- OWENS, J. A.; SPIRITO, A.; MCGUINN, M.; NOBILE, C. (2000): Sleep habits and sleep disturbances in elementary school-aged children. *J Dev Behav Pediatrics* 21(1):27–36.
- OYEN, A.-S.; BEBKO, J. M. (1996): The Effects of Computer Games and Lesson Contexts on Children's Mnemonic Strategies. *J of Experimental Child Psychology*, 62: 173–189. In: KOLLER, D. (1999): *Auswirkungen von Bildschirmspielen auf Kinder und Jugendliche*. Seminararbeit am Institut für Psychologie der Universität Wien unter der Leitung von Frau Dr. HARTMANN.
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 1996): *Ärztliche Versorgung in Österreich 1995–2015, Endbericht, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien*.
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 1999): *Versorgung entwicklungsgestörter Kinder und Jugendlicher, im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien*.
- ÖSTERREICHISCHE AMTSKALENDER: Jahrgänge 1990/91–1998/99.
1. ÖSTERREICHISCHER ERNÄHRUNGSBERICHT (1998): Herausgegeben vom Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien (o. Univ.-Prof. Dr. I. ELMADFA). Im Auftrag des Bundesministeriums für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz sowie des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

- ÖSTERREICHISCHER FAMILIENBERICHT (1999): Familie – zwischen Anspruch und Alltag. Zur Situation von Familie und Familienpolitik in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie.
- ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR FAMILIENFORSCHUNG (1999): Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für die Gesundheit. Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 1998/2. Wien: MA 15 – Gesundheitswesen der Stadt Wien.
- ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR JUGENDFORSCHUNG (1995): Abschied von der Kindheit? Die Lebenswelten der 11- bis 14-jährigen Kids. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend und Familie, Wien.
- ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR JUGENDFORSCHUNG (1999): 3. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich. Thementauszug: Ausmaß und Entwicklung jugendlichen Drogenkonsums unter besonderer Berücksichtigung von Ecstasy. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie. In: Bericht zur Drogensituation, 1999.
- ÖSTERREICHISCHER UMWELT- UND GESUNDHEITSAKTIONSPLAN, (o. J.): Erstellt im Auftrag des BM für Umwelt, Jugend und Familie, des BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie des BM für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz.
- PAAVONEN, E.J.; ARONEN, E. T.; MOILANEN, I.; PIHA, J.; RÄSÄNEN, E.; TAMMINEN, T.; ALMQVIST, F. (2000): Sleep problems of school-aged children: a complementary view. *Acta Paediatr* 89:223–228.
- PADITZ, E.; GRÄTHER, M.; KOCH, R.; ERLER, T.; HOCH, B.; SCHÄFER, T.; STUTE, H.; WIATER, A. (1999): Häufigkeit von OSAS – Symptomen im Kleinkindesalter- Vorstudie, Multizenterstudie der AG Pädiatrie DSGM. *Somnologie* 3:1–6.
- PANZHAUSER, E. (1985): Luftqualität in Innenräumen. In: Gesundheitsbericht der Wiener Kinder 1993. Erstellt im Auftrag der Magistratsabteilung 15.
- PAPILE, L. A.; BURSTEIN, R.; KOFFLER, H. (1978): Incidence and evaluation of subependymal intraventricular hemorrhage: a study of infants with birthweights less than 1500 grams. *J Pediatr*, 92:529–534.
- PAUL, U. (1999): Schwerpunkt: Jugend – AIDS-Prävention und Sexualerziehung in Schulen. PlusMinus (Informationsmagazin der AIDS-Hilfen Österreichs) 4/99.
- PAWLOW, I. P. (1927): *Conditioned reflexes* (G. V. Anrep. Trans.). London. Oxford University Press.
- PEDERSON, C.; SCHAFFALITZKY DE MUCKADELL, O.; MASEK, S. (2000): Hepatitis. (www.Netdokter.at).
- PELIKAN, M.; DÜR, W. (1990): AIDS-Aufklärung bei Jugendlichen. Eine Untersuchung der Bedingungen und Möglichkeiten von AIDS-Aufklärung und Sexualerziehung bei Jugendlichen im Alter von 14 bis 19 Jahren. Wien.
- PEKRUN, R.; HELMKE, A. (1993): Schule und Kindheit. In: MARKEFKA, M. & NAUCK, B. (Hrsg.), *Handbuch der Kindheitsforschung* (S. 567–576). Neuwied: Luchterhand.
- PEKRUN, R. (1994): Schule als Sozialisationsinstanz. In: SCHNEEWIND, K. A. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Pädagogische Psychologie. Bd. 1 (Psychologie der Erziehung und Sozialisation)* (S. 465–493). Göttingen: Hogrefe.
- PENN, C. (1996): Zur Entwicklung des Sicherheitsbewußtseins bei Vorschulkindern. Unveröffentl. Diplomarbeit, Universität Wien.
- PETERMANN, F. (1997): Bewältigung der Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. In: SCHWARZER, R. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 405–429). Göttingen: Hogrefe.
- PETERMANN, F. (Hrsg.) (2000): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- PETRI, H. (1989): *Erziehungsgewalt: Zum Verhältnis von persönlicher und gesellschaftlicher Gewaltausübung in der Erziehung*. Fischer, Frankfurt.
- PETZOLD, M. (1998): The concept of „the family“. In: L'ABATE, L. (ed.), *Family psychopathology. The relational roots of dysfunctional behavior* (pp. 60–74). New York: Guilford Press.
- PIAGET, J. (1976): *Psychologie der Intelligenz*. Zürich: Rascher.
- PIAGET, J. (1983): *Das moralische Urteil beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- PILZ, E.; BOGYI, G. (1992): Wiener Entwicklungsstudie 3. Teil. Ein Vergleich von 78 Monate alten „Risikokindern“ mit Kindern gleichen Alters, deren Schwangerschaft und Geburt regelrecht verliefen. (Fortsetzung der Wiener Entwicklungsstudie).
- PILZ, E.; BOGYI, G. (1999): Wiener Entwicklungsstudie 4. Teil. Ein Vergleich von 13 Jahre alten „Risikokindern“ mit Kindern gleichen Alters, deren Schwangerschaft und Geburt regelrecht verlief. (Fortsetzung der Wiener Entwicklungsstudie).
- PINK, E.; MÜLLER-BRUCKSCHWAIGER, K. (1994): Zahngesundheitsförderung in Oberösterreich. Bericht 1993/94. Durchgeführt vom Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit. Finanzierung durch den Fonds Gesundes Österreich.
- PLOMIN, R. (1994): *Genetics and experience. The interplay between nature and nurture*. Thousand Oaks: Sage.
- PÖCHHACKER, F. (1997): Kommunikation mit Nichtdeutschsprachigen in Wiener Gesundheits- u. Sozialeinrichtungen. Hrsg.: MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung
- POETS, C. F. (1997): Polygraphic sleep studies in infants and children. *Eur Respir Mon* 5:179 – 213.
- POETS, C. F.; PADITZ, E. (1998): Obstruktives Schlaf-Apnoe Syndrom. *Monatsschr Kinderheilkd* 146: 826–836.
- POLLAK, A. (1997): Projekt „Department für Neonatologie an der Krankenanstalt Rudolfstiftung“. Tätigkeitsbericht von 1.1. 1997 bis 31. 12. 1997.

- PRINZ, C. (1998): Lebensgemeinschaften mit Kindern in europäischer Perspektive: Ausgewählte demographische und gesellschaftliche Aspekte. In: VASKOVICS, L. A. & SCHATTOVITS, H. A. (Hrsg.), *Lebens- und Familienformen – Tatsachen und Normen* (Materialiensammlung, Heft 4, S. 135–142). Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung.
- PROFIL (2000): Die Turbo-Kindheit. Heft 17, 22. April 2000, S. 104 ff.
- RABENSCHLAG, U. (2000): Parasomnien im Kindesalter – Epidemiologie und klinische Bedeutung. *Wien Klin Wochenschr* 112/5 (Suppl. 2): 3–5.
- RASHED, M.S.; OZAND, P.T.; BUCKNALL, M.P.; LITTLE, D. (1995). Diagnosis of inborn errors of metabolism from blood spots by acylcarnitines and amino acids profiling using automated electrospray tandem mass spectrometry. *Pediatr Res* 38: 324–331.
- RAUH, H. (2000): Bindungsforschung im deutschsprachigen Raum. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 47, 81–86.
- REISEL, B. (1986): Scheidung aus der Perspektive des Kindes. Unveröffentlichte Dissertation, Institut für Psychologie, Universität Wien.
- REYNOLDS, R. E.; SHEPARD, Ch.; LAPAN, R.; KREEK, C.; GOETZ, E. T. (1990): Differences in the use of selective attention by more successful tenth-grade readers. *Journal of Educational Psychology*, 82:4:749–759.
- RICE, M. L. (1990): Preschooler's QUIL: Quick incidental learning of words. In: CONTI-RAMSDEN, G. & SNOW, C. (Eds.), *Children's language*. (Vol. 7, pp. 171–194). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- RIEDE, U. N.; SCHAEFER, H. E. (1995): Herpesviridae. In: RIEDE, U. N.; SCHAEFER H. E. (Hrsg.). *Allgemeine und spezielle Pathologie*. 5. Aufl. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.
- RIEDLER, J.; GAMPER, A.; EDER, W.; OBERFLED, G. (1998): Prevalence of bronchial hyperresponsiveness to 4.5% saline and its relation to asthma and allergy symptoms in Austrian children. *Eur Respir J* 11: 355–360.
- ROBINSON, N.; KILLEN, J. (1997): Do cigarette warning labels reduce smoking? *Arch Peidatr Adolesc Med* 151:267–272.
- ROBOTKA, E. (1994): Ernährungserziehung – ein Gegenwartserfordernis. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.
- ROLLETT, B. (1993): Die integrativen Leistungen des Gehirns und Konzentration. Theoretische Grundlagen und Interventionsprogramme. In: KLAUER, K. J. (Hrsg.), *Kognitives Training* (S. 257–272). Göttingen: Hogrefe.
- ROLLETT, B.; WERNECK, H. (1993): Die Bedeutung von Rollenauffassung junger Eltern für den Übergang zur Elternschaft. Unveröffentlichter Projektbericht, Universität Wien.
- ROLLETT, B.; KASTNER-KOLLER, U. (1994): *Praxisbuch Autismus*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- ROLLETT, B. (1994): Die Lerntherapie als Integrationsfeld von Psychologie und Pädagogik: Ein neues pädagogisch-psychologisches Berufsfeld. In: OLECHOWSKI, R.; ROLLETT, B. (Hrsg.), *Theorie und Praxis. Aspekte empirisch-pädagogischer Forschung*. Frankfurt: Lang.
- ROLLETT, B. (1997): *Lernen und Lehren*. Wien: Wiener Universitätsverlag WUV.
- ROLLETT, B.; BARTRAM, M. (1997): *Der Anstrengungsvermeidungstest. Manual und Test*. Braunschweig: Westermann.
- ROLLETT, B. (1998): Anstrengungsvermeidung. In: ROST, D. H. (Hrsg.), *Handwörterbuch Pädagogische Psychologie* (S. 6–9). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- ROLLETT, B.; BARTRAM (1998): *Der Anstrengungsvermeidungstest (AVT). Handanweisung* (3. erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- ROLLETT, B. (o. J.): *Allgemeine Sicherheitserziehung in Volksschulen. Theoretische Grundlagen, empirische Ergebnisse und Anregungen für eine curriculare und didaktische Umsetzung*. Institut für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie. Institut für Psychologie der Universität Wien.
- ROSSMANN, P. (1996): *Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters*. Bern: Huber.
- ROTFELUH, E. (1989): *Gesundheitserziehung in den Schulen*. Verlag Sauerländer, Aarau-Frankfurt am Main-Salzburg 1989. Zitiert in: WAKA, Ch. (1995): *Gesundheitserziehung im Primärschulbereich*. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.
- ROWE, D. C.; JACOBSON, K. C. (2000): Familieneinflüsse: Anlage und Umwelt. In: SCHNEEWIND, K. A. (Hrsg.), *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis* (S. 32–46). Göttingen: Hogrefe.
- SADEH, A.; HAYDEN, R. M.; MCGUIRE, J. P.; SACHS, H.; CIVITA, R. (1994): Somatic, cognitive and emotional characteristics of abused children in a psychiatric hospital. *Child Psychiatry Hum Dev* 24:3, 191–200.
- SALETU, B.; BRANDSTÄTTER, N.; FREY, R. et al., (1997): *Klinik von Schlafstörungen – Erfahrungen über 817 Patienten einer Schlafambulanz*. *Wien Klin Wochenschr* 109/11: 390–399.
- SAMDAL, O.; DÜR, W. (2000): The school environment and the health of adolescents. In: CURRIE, C.; HURRELMANN, K.; SETTERTOBULTE, W.; SMITH, R. & TODD, J. (Eds.), *Health and health behaviour among young children. Health behaviour in school-aged children: a WHO Cross-National Study (HBSC). International Report (Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA) Series No. 1)* (pp. 49–64). Copenhagen: WHO.
- SANDER, E. (1988): Überlegungen zur Analyse fördernder und belastender Bedingungen in der Entwicklung von Scheidungskindern. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogischer Psychologie*, 20 (1), 77–95.
- SANDER, E. (1989): Kinder alleinerziehender Eltern. In: MARKEFKA, M. & NAVE-HERZ, R. (Hrsg.), *Handbuch der Kindheitsforschung* (S. 419–427). Neuwied: Luchterhand.

- SASZ, S.; WITTCHEH, H.-U.; ZAUDIG, M. (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- SAX, G.; FRANK, W.; THEUER, W. (1997): Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Zahnstaturerhebung 1996 bei fünf- bis sechsjährigen Kindergartenkindern. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- SAX, G.; FRANK, W. (1998): Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Zahnstaturerhebung 1997 bei 12-jährigen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
- SCARR, S. (1992): Developmental theories for the 1990s: Development and individual differences. *Child Development*, 63, 1–19.
- SCARR, S. (1993): Biological and cultural diversity: The legacy of Darwin for development. *Child Development*, 64, 1333–1353.
- SCHECHTER, M. D.; ROHBERGE, L. (1976): Sexual exploitation. In: HELFER, R. E.; KEMPE, C. H.: *Child abuse and neglect: The family and the community*, 127–142. Cambridge, Massachusetts.
- SCHENK-DANZINGER, L. (1984): *Legasthenie. Zerebralfunktionelle Interpretation, Diagnose und Therapie*. München: Reinhardt.
- SCHENK-DANZINGER, L. (1991): *Entwicklung – Sozialisation – Erziehung (Von der Geburt bis zur Schulfähigkeit)*. Verlag Klett-Cotta Stuttgart. In: ROBOTKA, E. (1994): *Ernährungserziehung – ein Gegenwartserfordernis*. Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien.
- SCHENK, S. (1998): *Klassenklima und Befindlichkeit beim Schulübertritt von der Volksschule in die weiterführende Schule (AHS, HS)*. Unveröff. Diplomarbeit, Universität Wien.
- SCHIE, E. G. M. VAN; WIEGMANN, O. (1997): Children and Videogames: Leisure Activities, Aggression, Social Integration and School Performance. *J of Applied Social Psychology* 27:1175–1194. In: KOLLER, D. (1999): *Auswirkungen von Bildschirmspielen auf Kinder und Jugendliche*. Seminararbeit am Institut für Psychologie der Universität Wien unter der Leitung von Frau Dr. HARTMANN.
- SCHLEIFFER, R. (1991): *Elternverluste. Eine explorative Datenanalyse zur Klinik und Familiendynamik*. Berlin: Springer.
- SCHMEISER-RIEDER, A.; SCHOBERBERGER, R.; GREGLER, B.; KUNZE, M. (1994): *Interventionsprogramm Rauchen*. WMW Heft 7, 1994.
- SCHMEISER-RIEDER, A. (o. J.): Zitiert in: *Diabetes: Übergewichtige Kinder erkranken an „Alterszucker“* (<http://extra.kurier.at/appl/netautor/>).
- SCHMEISER-RIEDER, A.; KAPFHAMMER, G.; BOLITSCHEK, J.; HOLZINGER, B.; SKROBAL, A.; KUNZE, M.; LECHNER, H.; SALETU, B.; ZEITLHOFER, J. (1995): Self-reported prevalence and treatment of sleep disorders in Austria. *J Epidemiol Community Health* 49: 645–646.
- SCHMEISER-RIEDER, A.; KUNZE, U.; MITSCHKE, N.; SCHWARZ, B.; SCHOBERBERGER, R.; KUNZE, M. (1997): *Gesundheitsmonitor (SERMO-Studie) – Konzept, Methodik und ein beispielhaftes Ergebnis zur subjektiv erlebten Morbidität von Kopfschmerz*. *Das Gesundheitswesen* 59, 3, 144–149.
- SCHMEISER-RIEDER, A.; KUNZE, U.; MITSCHKE, N.; ROSENBERGER, A.; KUNZE, M. (1998): *Report Technical: Gesundheitsmonitor: SERMO-Studie – Bedeutung für das Impfwesen*. *Wien Med. Wschr.* 8/9 Themenheft: „Impfen“.
- SCHMIDT, G. (Hrsg.) (1993): *Jugendsexualität. Sozialer Wandel, Gruppenunterschiede, Konfliktfelder*. Enke Verlag, Stuttgart.
- SCHMIDT, G. (1996): *Das Verschwinden der Sexualmoral (Hrsg.)*. Fischer, Frankfurt.
- SCHMIDT-DENTER, U.; BEELMANN, W. (1997): *Kindliche Symptombelastungen in der Zeit nach einer ehelichen Trennung – eine differentielle und längsschnittliche Betrachtung*. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 29 (1), 26–42.
- SCHMIDT-DENTER, U. (2000): *Entwicklung von Trennungs- und Scheidungsfamilien: Die Kölner Längsschnittstudie*. In: SCHNEEWIND, K. A. (Hrsg.), *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis* (S. 203–221). Göttingen: Hogrefe.
- SCHMITT, A.; FUNK, S. (im Druck): *Zwischen Alltäglichkeit und Sensation (Beitrag zum 11. Österreichischen Familienbericht)*. Zitiert nach dem Jahresbericht 1999 des Unabhängigen Kinderschutzzentrums Wien, S 38 – 39.
- SCHMITZBERGER, R. (2000): *Stellv. Fachgruppenobmann der Wiener Kinderärzte. Schriftliche Stellungnahme der niedergelassenen Kinderärzte für den Kindergesundheitsbericht*.
- SCHNEEWIND, K. A. (1995): *Familienentwicklung*. In: OERTER, R.; MONTADA, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 128–166). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- SCHNEEWIND, K. A. (1999): *Familienpsychologie (2., überarbeitete Aufl.)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHNEEWIND, K. A. (Hrsg.). (2000): *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- SCHNEIDER, N. F.; ROSENKRANZ, D.; LIMMER, R. (1998): *Nichtkonventionelle Lebensformen. Entstehung. Entwicklung. Konsequenzen*. Opladen: Leske + Budrich.
- SCHOBERBERGER, R.; FAGERSTRÖM, K. O.; KUNZE, M. (1995): *Physiologische und psychologische Abhängigkeit bei Rauchern und deren Einfluß auf die Entwöhnungsmotivation*. *Wien. med. Wschr.* 4:70–73.
- SCHOBERBERGER, R.; SCHOBERBERGER, Ch.; KIEFER, I.; ZWIEAUER, K.; FLEIß, O.; KUNZE, M. (1997): *„Schlank ohne Diät“ für Kinder*. Kneipp Verlag Leoben, Wien und Stuttgart.
- SCHOBERBERGER, R.; KUNZE, M.; BAYER, P.; BERNHARD, G.; BÖHM, G.; GROMAN, E.; KUNZE, U.; SCHMEISER-RIEDER, A. (1999): *Nikotinabhängigkeit. Diagnostik und Therapie*. Springer Verlag Wien, New York.

- SCHREDL, M. (2000): Behandlung von Alpträumen. *Wien Klin Wochenschr* 112/5 (Suppl. 2): 5- 6.
- SCHUBERT, E.; STRICK, R. (1996): Spielzeugfreier Kindergarten. Ein Projekt zur Suchtprävention für Kinder und mit Kindern. Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern, München.
- SCHWABE, U.; PAFFRATH, D. (1996): *Arzneiverordnungs-Report '96* (Hsrg.). Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Kapitel 45: Arzneiverordnungen im Kindesalter. Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). Band 12. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm.
- SCHWARZ, B.; SCHMEISER-RIEDER, A. (1996): Epidemiologie der Gesundheitsstörungen durch Passivrauchen. *Wien Klin Wochenschr* 108/18:565 – 569.
- SCHWARZER, R. (1996): *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (Hsrg.). Hogrefe, Göttingen.
- SCHWARZ, B. (1999): *Die Entwicklung Jugendlicher in Scheidungsfamilien*. Weinheim: Beltz.
- SIGIS-VERZEICHNIS (1995): *Österreichische Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich*, herausgegeben vom Fonds Gesundes Österreich, Wien.
- SIGIS-VERZEICHNIS (1999/2000): *Österreichische Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich*, herausgegeben vom Fonds Gesundes Österreich, Wien.
- SIRSCH, U. (1996): *Der Schulübertritt – Herausforderung oder Bedrohung? Die subjektive Bedeutung des bevorstehenden Schulübertritts von der Volksschule in weiterführende Schulen*. Unveröff. Diss., Universität Wien.
- SKINNER, B. E. (1953): *Science and human behavior*. New York: MacMillan.
- SLATIN, H. P. (1999): *Meningitis – beim ersten Verdacht zum Arzt*. Gesundheitsredaktion. ÖRK Pressestelle, November 1999.
- SLATIN, H. P. (1999): *Schuppenflechte (Psoriasis)*. Gesundheitsredaktion. ÖRK Pressestelle, Mai 1999.
- SLATIN, H. P. (2000): *Röteln – Impfung schützt Schwangere*. ÖRK-Pressestelle vom 3. April.
- SNATER et al. (o. J.): zitiert in: CAESAR, G. (1996): *Akzeptanz der Schulmenüs von Wiener Schulkindern im Alter von 6–13 Jahren*. Diplomarbeit am Institut für Ernährungswissenschaften, Wien.
- SORA- (Institute for Social Research and Analysis) Studie (1998): *Durchimpfungsraten bei Vorschulkindern*. Im Auftrag der MA 15 – Gesundheitswesen Ref. I/2-Infektionskrankheiten, Seuchenbekämpfung, Schutzimpfungen. In: *Gesundheitsbericht für Wien, 1998*. Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion. Dezer-nat II-Gesundheitsplanung.
- SPIEL, C.; SIRSCH, U. (in Druck): *Denk- und Gefühlswelt des Schulkindes – Kognitive Fähigkeiten, Selbstkonzept und Angst*. In: ZAPOTOCZKY, H.G. & FISCHHOF, P. (Hsrg.), *Psychiatrie der Lebensabschnitte*. Berlin: Springer.
- SPIEL, G., BOGYI, G.; JUSNER, G. M. (1996): *Children at-risk: Are there differential effects of diverse risks or risk combinations?* In: HAREL, S. & SHONKOFF, J. P. (Eds.), *Early childhood intervention and family support programs: Accomplishments and challenges* (pp. 243–276). Jerusalem: JDC-Brookdale Institute.
- SPIEL, C. (1996a): *Effekte leichter biologischer und leichter sozialer Risiken auf Leistungsverhalten im Schulalter – Ergebnisse der Wiener Entwicklungsstudie (WES)*. In: SPIEL, C.; KASTNER-KOLLER, U. & DEIMANN, P. (Hsrg.), *Motivation und Lernen aus der Perspektive lebenslanger Entwicklung* (S. 41–59). Münster: Waxmann.
- SPIEL, C. (1996b): *Long-term effects of minor biological and psychosocial risks on cognitive competence, school achievement, and personality traits*. In: HAREL, S. & SHONKOFF, J. P. (Eds.), *Early childhood intervention and family support programs: Accomplishments and challenges* (pp. 223–242). Jerusalem: JDC-Brookdale Institute.
- SPIEL, C.; WITTICH, E.; SPIEL, G. (1999): *Leistungsorientierung im Familienklima Jugendlicher im Zusammenhang mit leichter biologischer und sozialer Risikobelastung*. *psychomed*, 11/3, 159–162.
- SPIEL, G.; KORFF, C.; LICHTENEGGER, U. (1997): *Zur Differentialdiagnostik von Teilleistungsstörungen*. In: FÖRSTER, C. & MERKENSCHLAGER, A. (Hsrg.), *Aktuelle Neuropädiatrie* (S. 59–71). Nürnberg: Novartis Pharma Verlag.
- SPIEB, S.; STRASSER, B. (1995): *Projekt im Rahmen einer Seminararbeit „Gesundheitsförderung im Kindergarten“*. Unter der Leitung von Univ.-Prof. R. SCHÖBERBERGER, Institut für Sozialmedizin der Universität Wien.
- SPANGLER, G.; SCHIECHE, M. (1995): *Psychobiologie der Bindung*. In: SPANGLER, G. & ZIMMERMANN, P. (Hsrg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 297–310). Stuttgart: Klett-Cotta.
- SPRENG, M. (1998): *Lärm und seine Auswirkungen auf Wahrnehmung und Sprache*. In: MASCHKE, C.; HARDER, J. (1998): *Umweltmedizinischer Handlungsbedarf bei der Lärmexposition*. *Gesundheitswesen* 60:661–668.
- SPRINGER, A.; UHL, A.; WIDENSKY, K. (1996): *Schüler und Drogen in Österreich: Wissen, Erfahrungen, Einstellungen*. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 19(1/2):3–21.
- STADTSCHULRAT FÜR WIEN (o. J.): *Tätigkeitsbericht der Abteilung V/Referat 1: Schulpsychologische Beratungsstelle für allgemeinbildende Pflichtschulen des Stadtschulrates für Wien, Schuljahr 1998/99*. Unpublizierter Bericht.
- STATISTISCHES AMT DER STADT WIEN (1998): *Bestandsstatistik*.
- STATISTISCHES AMT DER STADT WIEN (1999): *Einwohnerzahlen nach Bezirken, Veränderungen zwischen 1981–1999*. Bestandsstatistik.
- STATISTISCHES AMT DER STADT WIEN (1999): *Altersstruktur der Wiener Bevölkerung und Ausländeranteil nach Bezirken, 1999*. Bestandsstatistik.
- STATISTISCHES AMT DER STADT WIEN (1999): *Wiener Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Altersklassen*. Eigene Datenanforderung.
- STATISTISCHES AMT DER STADT WIEN (1999): *Ausländische Wohnbevölkerung in Wien. Entwicklungstrend 1987–1999*. Eigene Datenanforderung.

LITERATUR

- STATISTISCHES JAHRBUCH DER STADT WIEN (1998): Erstellt von der Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt.
- STATISTISCHE NACHRICHTEN (1/1999): Wohnungswesen in Österreich.
- STATISTISCHE NACHRICHTEN (5/1999): Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung, Mikrozensus Dezember 1997.
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1992): Gesundheitszustand der Schuljugend im Schuljahr 1990/91. Statistische Nachrichten 47(10):777–780.
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1994): Gesundheitszustand der Schuljugend im Schuljahr 1991/92. Statistische Nachrichten 49(1): 6–9.
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1995): Gesundheitszustand der Schuljugend im Schuljahr 1992/93. Statistische Nachrichten 50(3): 176–179.
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1995): Mikrozensus 1995.
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1996): Gesundheitszustand der Schuljugend im Schuljahr 1993/94. Statistische Nachrichten 51(4): 253–255.
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1996): Krebs bei Kindern und Jugendlichen in Österreich 1996.
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1997): Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 1997 (Hrsg.).
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1997): Mikrozensushebung 1997a.
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1998): Volkszählungen, 1981 und 1991.
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1998): Angeborene Missbildungen in Österreich und Wien. Eigene Datenanforderung
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1998): SIDS-Sterbefälle (ICD9–798.0).
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1998): Demographisches Jahrbuch Österreichs 1998. Wien.
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1999): Säuglingssterblichkeit nach Alter in Wien 1961–1998. Eigene Datenanforderung.
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1999): Spitalsentlassungsstatistik für Wiener Kinder im Alter von 0–15 Jahren. Eigene Datenanforderung.
- STATISTIK ÖSTERREICH* (1999): Einkommen der Haushalte von unselbstständig Erwerbstätigen nach dem Haushalts- und Familientyp, Mikrozensus 1997, Statistische Nachrichten 5/1999.
- STATISTIK ÖSTERREICH* (Hrsg.). (1999): Demographisches Jahrbuch Österreichs 1997 (Beiträge zur österreichischen Statistik, Heft 1.288). Wien: Österreichische Staatsdruckerei.
- STATISTIK ÖSTERREICH (2000a): Bevölkerung und soziale Bedingungen. Bevölkerung. http://www.oestat.gv.at/fachbereich_03/bevoelkerung_txt.htm [20. 5. 2000].
- STATISTIK ÖSTERREICH (2000b): Bevölkerung und soziale Bedingungen. Haushalte, Familien. http://www.oestat.gv.at/fachbereich_03/haushalt_txt.htm [20. 5. 2000].
- STATISTIK ÖSTERREICH (2000c): Presseinformation. http://www.oestat.gv.at/presse/2000083_txt.htm [20. 5. 2000].
- STATISTIK ÖSTERREICH (2000d): Presseinformation. URL: http://www.oestat.gv.at/presse/2000101_txt.htm [8. 6. 2000].
- STATISTISCHES TASCHENBUCH DER STADT WIEN (1998): Erstellt von der Magistratsabteilung 66 – Statistisches Amt.
- STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.) (1995): Hyperkinetische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart.
- STERN, C.; STERN, W. (1995): Die Kindersprache. Eine psychologische und sprachtheoretische Untersuchung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- STIER (1999): APA-Pressemeldung vom 15/3/99. www.supro.at/supro/html-texte/news/.
- STÖCKLER-IPSIROGLU, S. (o. J.): Neugeborenen-Screening zur Erfassung von angeborenen Stoffwechselerkrankungen. Für die Gesundheit Ihres Babys. BMAGS (Hrsg.).
- STOLL, M.; HARTMANN, W. (1994): Zusammenhänge zwischen den Rahmenbedingungen im Kindergarten und den Verhaltensweisen der Kinder im Tagesablauf. In: Charlotte Bühler-Institut für praxisorientierte Kleinkindforschung, Öffnungszeiten und Aufenthaltsdauer im Kindergarten – Erforschung von entwicklungsfördernden bzw. entwicklungshemmenden Rahmenbedingungen – Forschungsprojekt (S. 129). Wien: Charlotte Bühler-Institut.
- SWEETMAN, L. (1996). Newborn screening by tandem mass spectrometry (MS-MS). *Clinical Chemistry* 42: 345-346 (Editorial).
- TAMAR (1999): Zehn Jahres Bericht (Hrsg.), Wien.
- TANNOCK, R. (1998): Attention deficit hyperactivity disorder advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 65–99.
- TEPLIN, S. W.; BURCHINAL, M.; JOHNSON-MARTIN, N.; HUMPHRY, R. A.; KRAYBILL, E. N. (1991): Neurodevelopmental health and growth status at age 6 years of children with birth weight less than 100 grams. *J Pediatr*, 118, 768–777.
- TEWES, U. (Hrsg.) (2000): HAWIK-III – Hamburg Wechsler-Intelligenztest für Kinder. Bern: Huber.
- THOMAS, A.; CHESS, S. (1968): Temperament and behavior disorders in Children. New York: New York University Press.
- THOMAS, A.; CHESS, S. (1977): Temperament and development. New York: Brunner/Mazel.

* Vor 2000: Österreichisches Statistisches Zentralamt

- TICHATSCHEK, E.; TOEPFER, C. (2000): Mittelohrentzündung bei Kindern. www.Netdoktor.at.
- TICHATSCHEK, E. (2000): Grippe (Influenza). www.Netdoktor.at.
- TOMBLIN, J.B., HARDY, J.C.; HEIN, H.A. (1991): Predicting poor-communication status in preschool children using risk factors present at birth. *Journal of speech and hearing research*, 34, 1096–1105.
- TRACY, R. (1994): Linguistische Grundlagen der Sprachtherapie. In: GRIMM, H. & WEINERT, S. (Hrsg.), *Intervention bei sprachgestörten Kindern. Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen* (S. 181–197). Stuttgart: Fischer.
- TUPES, E. C.; CHRISTAL, R. C. (1958): Stability of personality trait rating factors obtained under diverse conditions. (Research Report). Lackland Air Force Base, Texas: U.S. Air Force.
- TUPES, E. C.; CHRISTAL, R. C. (1961): Recurrent personality factors based on trait ratings. (Tech. Rep. No. ASD-TR-61-97). Lackland Air Force Base, Texas: U.S. Air Force.
- TUPPY, F. K. (o. J.): Zahngesundheit und -hygiene. In: *Gesunde Kids*. Norika Zeitungsverlag Ges.m.b.H.
- UHL, A.; SPRINGER, A. (1996): Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. Durchgeführt vom Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung und dem IMAS Institut. Im Auftrag der Sektion II des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz.
- UHL, A.; KOPF, N.; SPRINGER, A.; EISENBACH-STANGEL, I.; BEIGLBÖCK, W.; PREINSPERGER, W.; MADER, R. (1999): *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends*. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung und Anton-Proksch-Institut im Auftrag des BM f. Arbeit, Gesundheit und Soziales mit Unterstützung des Österreichischen Statistischen Zentralamtes..
- UNABHÄNGIGES KINDERSCHUTZZENTRUM WIEN (1996): *Fünf-Jahresbericht 1996*. Schriftreihe des Kinderschutzzentrums Wien. Band 5.
- UNABHÄNGIGES KINDERSCHUTZZENTRUM WIEN (1999): *Jahresbericht 1999*. Wien.
- VAN ROOSMALEN, E.; McDANIEL, S. (1992): Adolescent Smoking Intentions: Gender Differences in Peer Context. *Adolescence* 27(105):87–105.
- VANURA; HASCHKE, F.; PIETSCHNIK, B. (1993): In: *Gesundheitsbericht der Wiener Kinder 1993*. Magistratsabteilung 15.
- VASKOVICS, L. A.; SCHATTOVITS, H. (Hrsg.). (1998): *Lebens- und Familienformen – Tatsachen und Normen* (Materialiensammlung, Heft 4). Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung.
- VERDEL, I. (1991): *Zweisprachigkeit und ihre Sozialisationsbedingungen. Eine empirische Studie zur Situation zweisprachiger Vorschulkinder in Südkärnten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Wien.
- VÖLKL-KERNSTOCK, S. (1994): *Richterliche Entscheidungskriterien im Sorgerechtsverfahren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Wien.
- WACHTEL, U.; HILGARTH, R. (1995): *Ernährung und Diätetik in Pädiatrie und Jugendmedizin*. Band II Diätetik. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- WAG (1998): *Wiener Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Gesundheitspreis der Stadt Wien 1997*.
- WAG (1999): *Wiener Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Gesundheitspreis der Stadt Wien 1998*. März 1999.
- WAGNER, I. (1976): *Aufmerksamkeitstraining mit impulsiven Kindern*. Stuttgart: Klett.
- WAGNER, P.; SPIEL, C. (1999): *Arbeitszeit für die Schule – zu Variabilität und Determinanten*. *Empirische Pädagogik*, 13, 123–150.
- WALDHAUSER, F. (2000): Zitiert in: *PROFIL*, Heft 17, 22. April 2000, S. 104 ff.: *Die Turbo-Kindheit*.
- WALLERSTEIN, J. S.; BLAKESLEE, S. (1989): *Gewinner und Verlierer. Frauen, Männer, Kinder nach der Scheidung. Eine Langzeitstudie*. München: Droemer-Knauer.
- WALPER, S.; SCHWARZ, B. (Hrsg.). (1999): *Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien*. Weinheim: Juventa.
- WARNKE, A. (1990): *Legasthenie und Hirnfunktion*. Bern: Huber.
- WARNKE, A.; ROTH, E. (2000): *Umschriebene Lese-Rechtschreibstörung*. In: PETERMANN, F. (Hrsg.). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S 453 – 476). Göttingen: Hogrefe.
- WEBER, G. (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur): *Telefonische Mitteilung*, 9.5.2000.
- WEIDINGER, W.; GRÖPEL, W. (1992): *Das Übertrittsverhalten der Volksschulabgänger*. Wien: Stadtschulrat für Wien.
- WEILAND, S.; STOLPE, S.; KEIL, U. (1994): *Die Rauchgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen: Eine Herausforderung für die primäre Prävention*. *Soz Präventivmed* 39:239–298.
- WEINERT, F. E.; STEFANEK, J. (1997): *Entwicklung vor, während und nach der Grundschulzeit. Ergebnisse aus dem SCHOLASTIK-Projekt*. In: WEINERT, F. E. & HELMKE, A. (Hrsg.), *Entwicklung im Grundschulalter* (S. 423–451). Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- WERNECK, H.; ROLLETT, B. (in Druck): *Sozialer Wandel und Familienentwicklung in Österreich*. In: NICKEL, H. & QUAISER-POHL, C. (Hrsg.), *Junge Eltern im kulturellen Wandel. Eine Untersuchung zur Familiengründung in drei Kontinenten*. Weinheim: Juventa.
- WESTPORT, CT; HRADIL, S. (1994): *Neuerungen der Ungleichheitsanalyse und die Programmatik künftiger Sozialepidemiologie*. In: MIELCK, A. (Hg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialegpidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen, S. 375 – 392

- WGKK (o. J.): „Fit oder Nit“ – Ernährungsprogramm und „Spiel´ mit, mach´ mit, bewege´ dich“ – Bewegungsprogramm an Wiener Schulen – Wanderausstellung. Durchgeführt vom Wirtschafts- und Gesellschaftsmuseum.
- WHO-DATENBANK (Internet): www.who.dk
- WHO (1976): International classification of impairments, disabilities, and handicaps. Geneva: World Health Organization.
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion. November 17 – 21, Ottawa, Ontario, Canada.
- WHO-HBSC-Survey (1998). Diese Studie wurde vom BMAGS finanziert und von der Sektion VIII/a, Abteilung 20 fachlich betreut. Für die Ergebnisse siehe: DÜR, W. et al. (1999): Bericht zur Gesundheit der Jugendlichen in Österreich. Für die internationalen Daten siehe: CURRIE, C. et al. (Eds.) (2000): Health and Health Behaviour among young people. WHO, Kopenhagen.
- WIDHALM, K.; VIRMANI, K. (1994). Long term follow up of 58 patients with histidinemia treated with a histidine restricted diet: no effect of therapy. *Pediatrics* 94:861-866.
- WILK, L.; BACHER, J. (Hrsg.) (1994): Kindliche Lebenswelten (Kindheitsforschung, Bd. 4). Opladen: Leske + Budrich.
- WILK, L. (1995): Familie in Österreich – gestern und heute. In: Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten (Hrsg.), Familie und Arbeitswelt. (S. 13–34) Wien: Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten.
- WILKINSON, R. (1996): Unhealthy societies. The Afflictions of inequality. London and New York.
- WILLINGER, U.; EISENWORT, B.; VÖLKL-KERNSTOCK, S.; BIGENZAHN, W.; FRANK, F. (1996): Störungsbilder kindlicher Sprachentwicklung. In: JIRASKO, M.; GLÜCK, J. & ROLLETT, B. (Hrsg.), Perspektiven psychologischer Forschung in Österreich (S. 121–124). Wien: WUV Universitätsverlag.
- WIENER ERNÄHRUNGSBERICHT (1.) (1994). ELMADFA, I.; GODINA-ZARFL, B.; GRUBER, B.; MAYER, B.; DICHTL, M.; KLOIMÜLLER, I.; SZALLAI, M.; ERTL-HUEMER, C.: Dokumentationen des WHO-Projektes: „Wien Gesunde Stadt“. Erstellt vom Institut für Ernährungswissenschaften, Wien.
- WIENER FAMILIENBERICHT (1994): Herausgegeben vom Amt für Jugend und Familie der Stadt Wien.
- WIENER FRAUENGESUNDHEITSBERICHT (1996): Erstellt durch das Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitspsychologie der Frau. Im Auftrag der Magistratsabteilung 15, Dezernat für Gesundheitsplanung.
- WIENER INTEGRATIONSFOND (1996): zitiert in: FRIEDRICH, M.; AKKYA, T.; DERVIC, K. (1999): Schwierigkeiten bei der Betreuung von Migrantenkindern und -jugendlichen – Eine empirische Studie mit in Österreich lebenden, aus der Türkei und Ex-Jugoslawien stammenden Familien im Zeitraum 1998–1999.
- WIENER KRANKENANSTALTENGESETZ: § 44a.
- WIENER LÄRMBERICHT (1997): Erstellt von der Magistratsabteilung 22 – Umweltschutz/Referat für Lärmbekämpfung und Schallschutz.
- WIENER SUCHTMITTELSTUDIE (1995): Erstellt vom IFES (Institut für empirische Sozialforschung). Berichtband und Tabellenband 1995.
- WIENER UMWELTBERICHT (1998/99): Sonderausgabe 5a/1999. Im Auftrag der Magistratsabteilung 22 – Umweltschutz.
- WIMMER, H.; PERNER, J. (1983): Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103–128.
- WIMMER-PUCHINGER, B. (1982): Schwangerschaftsabbruch in der Adoleszenz. In: WIMMER-PUCHINGER, B., Motive zum Schwangerschaftsabbruch. Empirische Untersuchung zur sozialen und psychischen Situation der Frau. Abschlussbericht, gefördert vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, 1982.
- WIMMER-PUCHINGER, B. (1983): Empirische Untersuchung der Motive zum Schwangerschaftsabbruch. Soziale und psychische Situation der Frau. Herausgegeben vom BM für Wissenschaft und Forschung und BM für Finanzen. In: Frauengesundheitsbericht Wien 1996.
- WIMMER-PUCHINGER, B. (1986): Auswirkungen vorbereitender Stillinformation im Krankenhaus aus Stilldauer und Stillschwierigkeiten. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz.
- WIMMER-PUCHINGER, B. (1989): Pubertät und Adoleszenz. In: BECK, A.; JANDL-JAGER, E.; SPRINGER-KREMSER, M.; STARY, J.; WIMMER-PUCHINGER, B. (Hrsg.). Thema Nr. 1. Sexualität und Partnerschaft; Wien: Österreichischer Bundesverlag (S. 32–85).
- WIMMER-PUCHINGER, B.; NÖSTLINGER, Ch. (1991): Internationale Studie Jugendsexualität und AIDS 1990/1991. Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau, Wien.
- WIMMER-PUCHINGER, B.; REISEL, B.; LEHNER, M.-L.; ZEUG, M.; GRIMM, M. (1991): Gewalt gegen Kinder. Wissenschaftliche Analyse der sozialen und psychischen Bedingungen von gewalthaften Erziehungsstilen als Basis für Strategien von kurz- und langfristigen Präventivmaßnahmen. In: Gewalt in der Familie, Hrsg.: Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie, Wien.
- WIMMER-PUCHINGER, B., SCHMITZ, K. (1992). Effizienz und Effektivität der Sexualerziehung an Österreichs Schulen einschließlich der Durchführungsmöglichkeiten und Akzeptanz von Maßnahmen im Bereich der HIV/AIDS-Prävention. Theoretische Konzeptionen zu den Themen Sexualerziehung und AIDS-Prävention. Teil 1 und 2. Studie im Auftrag des BMUK, Wien.
- WIMMER PUCHINGER, B. (1992(a)): Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen. Berlin Heidelberg. In: Frauengesundheitsbericht Wien 1996.

LITERATUR

- WIMMER-PUCHINGER, B.; SCHMIDT, M. (1993): Zustandsanalyse der geburtshilflichen Betreuung aus der Sicht der betroffenen Frau (Endbericht).
- WIMMER-PUCHINGER, B.; PESCHL, U. (1993): Schwangerschaft und Rauchen. Im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich, Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitspsychologie der Frau. Wien, 1993.
- WIMMER-PUCHINGER, B.; HÖRNDLER, M. (1995): Austrian Women's Health Profile. Frauengesundheitsdaten Österreichs. Im Auftrag des BM für Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien 1995. Zitiert in: Frauengesundheitsbericht Wien 1996. Im Auftrag der Magistratsabteilung 15.
- WIMMER-PUCHINGER, B.; HÜBEL, U.; SCHMITZ, K. (1995): Evaluierung der AIDS-Kampagne 1994. Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau, Wien.
- WIMMER-PUCHINGER, B.; LACKNER, R. (1995): Gewalt in der Familie. Eine Bestandsaufnahme zu Einstellung, Problemhäufigkeit, Intervention und Bedarfsplanung von ÄrztInnen in freier Praxis und Klinik. Gefördert vom Bundesministerium für Jugend und Familie, Wien.
- WIMMER-PUCHINGER, B.; LACKNER, R. (1996): Gewalt in der Familie. Ausmaß, Intervention und Prävention. Eine Befragung von SchülertInnen. Gefördert vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie.
- WIMMER-PUCHINGER, B.; TRULS, U.; BUSCH, M. (1996): Evaluierung der AIDS-Kampagne 1995. Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau, Wien.
- WIMMER-PUCHINGER, B.; TRULS, U.; BUSCH, M. (1996): Sexualität und AIDS. Eine empirische Untersuchung in Wien. Im Auftrag des WHO-Projektes Wien – Gesunde Stadt, Wien.
- WIMMER-PUCHINGER, B.; LACKNER, R. (1997): Sexueller Mißbrauch in Kindheit und Jugendalter und seine gynäkologischen und sexuellen Kurz- und Langzeitfolgen. Eine österreichweite empirische Studie. Gefördert vom Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie.
- WIMMER-PUCHINGER, B.; FINK, B. (1998): Evaluation der Kampagne „Smoke Sucks“. Studie im Auftrag des Vereins Young and Non Smoker, Wien.
- WIMMER-PUCHINGER, B.; FINK, B. (1998): Jugend-HIV/AIDS-Studie 1997. Eine Studie über Wissen und Beurteilung der Jugend-HIV/AIDS-Aufklärung und Informationsbedürfnis. Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung, Wien.
- WIMMER-PUCHINGER, B. (2000): Ergebnisse einer Studie zur Häufigkeit von Störungen des Essverhaltens bei Wiener SchülerInnen. Schriftliche Befragung mittels Eating Disorder Inventory (EDI).
- WIMMER-PUCHINGER, B. (o. J.): Der Einfluß der Krankenhausroutine auf das Stillen. In: Stillen – ein guter Beginn. Schriftenreihe Gesundheit des Bundeskanzleramtes, Band 10.
- WIMMER-PUCHINGER, B. (o. J.): Psychosoziale Faktoren bei der Entscheidung zum Stillen. In: Stillen – ein guter Beginn. Schriftenreihe Gesundheit des Bundeskanzleramtes, Band 10.
- WILKEN, B.; CHALMERS, G. (1985). Reduced morbidity in patients with cystic fibrosis detected by neonatal screening. *Lancet* 2: 1319-1321.
- WILSON, J.M.G.; JUNGNER, G. (1968). Principles and practise of screening for disease. World Health Organisation, Public Health Paper 34, Geneve.
- WITKIN, H.A., GOODENAUGH, D.R.; KARP, S. (1967): Stability of cognitive style from childhood to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7, 291–300.
- WOLKE, D.; RATSCHINSKI, G.; ORTH, B.; RIEGEL, K. (1994): The cognitive outcome of very preterm infants may be poorer than often reported: an empirical investigation of how methodological issues make a big difference. *Eur J Pediatr*, 153:906–915.
- YUJI, H. (1996): Computer Games and Information-Processing Skills. Perceptual and Motor Skills, 83: 643–647. In: KOLLER, D. (1999): Auswirkungen von Bildschirmspielen auf Kinder und Jugendliche. Seminararbeit am Institut für Psychologie der Universität Wien unter der Leitung von Frau Dr. HARTMANN.
- ZEIHER, H. J.; ZEIHER, H. (1994): Orte und Zeiten der Kinder. Soziales Leben und Alltag von Großstadtkindern. Weinheim und München.
- ZENNER H.P (1997) (Hrsg.): Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Chapman & Hall. Weinheim, 1997. S. 40–42.
- ZINNECKER, J. (1991): Zur Modernisierung von Jugend in Europa. Adoleszente Bildungsschichten im Gesellschaftsvergleich. In: COMBE, A. & HELPER, W. (Hrsg.), Hermeneutische Jugendforschung (S.71–98). Opladen.
- ZWICK, H. (1993): Einfluß des Passivrauchens auf die Gesundheit von Kindern. In: Gesundheitsbericht der Wiener Kinder 1993. Erstellt im Auftrag der Magistratsabteilung 15.