



# Kinder und Jugend

Gesundheitsbericht Kärnten



# stab

des Ludwig Boltzmann Institutes  
für Medizin- und Gesundheitssoziologie

## Projektleitung

Mag. Dr. Wolfgang Dür

## Koordination des Projektes

Dr. Kristina Fürth

## Wissenschaftliche Mitarbeit

Mag. Christina Dietscher

Mag. Robert Griebler

Mag. Bea Kendlbacher

Mag. Silvia Schulz

Mag. Thomas Stidl

## Wissenschaftliche Beratung

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Pelikan

Dr. Karl Krajic

Mag. Peter Nowak

Mag. Dr. Ursula Karl-Trummer

## Finanzmanagement & Controlling

Ernst Steininger

## Administrative Mitarbeit

Gabriele Bocek

Johanna Bower

## Durchführung der Telefonbefragung

Dr. Richard Költringer, Fa. IPR, Wien

Im Auftrag der  
Abteilung 12 Sanitätswesen

## Landessanitätsdirektor

Dr. Gerhard Olexinski

## Koordination

Dr. Elisabeth Oberleitner

## Fachliche Mitarbeit

Dr. Barbara Drobesch

Dr. Michaela Brammer

Mag. Regina Steinhauser

## Administrative Mitarbeit

Isabella Podobnig

## Redaktionelle Betreuung

Mag. Andreas Schäfermeier



Ludwig Boltzmann Gesellschaft



universität  
wien

Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie



Leitung: UnivProf. Dr. Jürgen M. Pelikan  
A-1090 Wien, Rooseveltplatz 2

Telefon: +43/1/4277-48208 Fax: +43/1/4277-48290

E-Mail: [ibimgs.sociologie@univie.ac.at](mailto:ibimgs.sociologie@univie.ac.at) / [www.univie.ac.at/ibimgs](http://www.univie.ac.at/ibimgs)

# **Kinder und Jugend Gesundheitsbericht Kärnten**

Im Auftrag des Gesundheitsreferenten des Landes Kärnten

# Die Gesundheit Kinder ist unser wertvollstes Gut



Als Gesundheitsreferent des Landes Kärnten freut es mich, Ihnen den ersten Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Kärnten präsentieren zu können. Erstmals in Österreich wurden bundeslandweit Daten über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Kärntner Wohnbevölkerung im Alter von 10 bis 22 Jahren erhoben. Ich werde die Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheitsberichterstattung zum Anlass nehmen, schon laufende präventive und gesundheitsfördernde Projekte für diese Altersgruppe auf die neu gewonnenen Erkenntnisse abzustimmen bzw. auszuweiten.

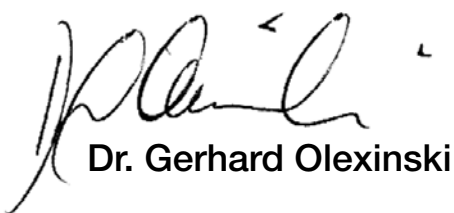
Der vorliegende Bericht soll jedoch vor allem Impulsgeber für eine koordinierte Weiterentwicklung und Umsetzung bedarfsgerechter, zielgenauer, lebensweltorientierter Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme und Aktionen sein. Im Gesundheitsland Kärnten soll es zu einer Bündelung vorhandener Kräfte und Maßnahmen im präventiven Bereich sowie zu einer stärkeren Vernetzung bestehender Strukturen kommen. Vor allem Sie als Adressaten des Berichtes sind wichtige Partner für die Schaffung von Interesse und Akzeptanz gegenüber der Gesundheitsförderung. Mein Dank gilt all jenen, die am Zustandekommen dieses ersten bundeslandweiten Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes beteiligt waren.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'W. Schantl'.

**LR Dr. Wolfgang Schantl**

Gesundheitsreferent des Landes Kärnten

Mit Stolz darf ich Ihnen als Vorstand der Abteilung 12 Sanitätswesen den ersten Spezialbericht zur Gesundheit der Kärntner Kinder und Jugendlichen präsentieren. Nachdem im Gesundheitsbericht des Landes Kärnten 2002 keine repräsentativen Daten betreffend den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen aufschienen, beauftragten wir als Fachabteilung auf Initiative des Gesundheitsreferenten des Landes Kärnten das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie mit der Durchführung dieses Spezialberichtes. Ziel dieser Berichterstattung war es, Daten über den Gesundheitszustand und die relevanten Einflussfaktoren der Kärntner Wohnbevölkerung im Alter von 10 bis 22 Jahren zu erarbeiten und mit diesen sozialwissenschaftlichen Analysen über die auf Bezirksebene heruntergebrochenen Zusammenhänge von Gesundheitszustand und gesundheitlichen Einflussfaktoren durchführen zu können. Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Berichterstattung können wir als Fachabteilung gezieltere Empfehlungen für politische und administrative Maßnahmen formulieren. Die Datenanalysen und Ergebnisse ermöglichen es, auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Bereichen Maßnahmen und Programme zur Verbesserung der Lebenssituation und der Gesundheit der jungen Kärntner Bevölkerung zu entwickeln, Allianzen für die Umsetzung zu schmieden und nachhaltige Entwicklungen einzuleiten. Mein besonderer Dank gilt all jenen, die beim Zustandekommen des vorliegenden Berichtes mitgewirkt haben.



**Dr. Gerhard Olexinski**  
Landessanitätsdirektor

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	10
Kinder und Jugendliche als Gegenstand der Gesundheitsberichterstattung .....	12
Internationale Kinderrechte.....	12
Wie wird Kindheit und Jugend soziologisch definiert? .....	13

## Teil A .....

<b>1. Kärnten und seine Bezirke als regionaler Kontext für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen .....</b>	<b>15</b>
<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>16</b>
1.1 Demografische Merkmale von Kärnten und seinen Bezirken.....	17
1.1.1 Kinder und Jugendliche in Kärnten: Verteilung nach Alter, Geschlecht und Bezirk ....	17
1.1.2 Staatsbürgerschaft der Befragten und Herkunftsland der Eltern .....	17
1.1.3 Status der Erwerbstätigkeit .....	18
1.1.4 Schulbesuch & Studium .....	19
1.1.5 Sozioökonomischer Status der befragten Population .....	21
1.1.5.1 Status bei nicht-erwerbstätigen Kindern und Jugendlichen .....	22
1.1.5.2 Erwerbstätigkeit bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen .....	23
1.1.5.3 Soziale Ungleichheit.....	24
1.2 Die Familie als Setting für die Gesundheit .....	25
1.2.1 Lebenswelt Familie: Wohnsituation.....	25
1.2.2 Erlebte Qualität der Eltern-Kind-Beziehung.....	26

1.3	Die Nachbarschaft als Setting für die Gesundheit .....	28
1.3.1	Qualität der Nachbarschaft.....	28
1.4	Die Schule als Setting für die Gesundheit .....	29
1.4.1	Weiterführende Ausbildungen (Studium etc.).....	30
1.5	Die Arbeitswelt als Setting für die Gesundheit.....	31
1.6	Peerkontakte .....	33
1.7	Jugendvereine als Setting für die Gesundheit.....	34
1.8	Bewertung des jugendspezifischen Angebotes in Kärnten und seinen Bezirken.....	36

## **Teil B .....** **38**

## **2. Die Gesundheit der Kärntner Kinder und Jugendlichen.....** **38**

### **Zusammenfassung .....** **39**

2.1	Die subjektiven Einschätzungen der Gesundheit der Kärntner Kinder und Jugendlichen ....	40
2.1.1	Die subjektiv empfundene Gesundheit.....	40
2.1.2	Die subjektive Einschätzung der physischen Gesundheit .....	41
2.1.3	Subjektiv wahrgenommene physische und psychische Beschwerden.....	42
2.1.4	Die Lebensqualität .....	45
2.2	Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen .....	46
2.2.1	Diagnosen mit stationären Aufenthalten .....	46
2.2.2	Chronische Krankheiten und körperliche Behinderungen .....	49
2.3	Unfälle und Verletzungen.....	51
2.4	Körpergewicht und Adipositas .....	52

# Inhaltsverzeichnis

2.5	Zusammenhänge zwischen den Gesundheitsoutcomes .....	54
-----	--	----

## **Teil B .....** **57**

### **3. Das Gesundheitsverhalten der Kärntner Kinder und Jugendlichen .....** **57**

#### **Zusammenfassung .....** **58**

3.1	Ernährungs- und Diätverhalten .....	58
3.1.1	Anzahl von Hauptmahlzeiten .....	59
3.1.2	Ernährungsverhalten und Übergewicht .....	59
3.1.3	Qualität der Ernährung .....	60
3.1.4	Ernährungsverhalten und Bewegung .....	62
3.1.5	Diätverhalten .....	62
3.1.6	Übergewicht & Diätverhalten.....	63
3.2	Bewegungsverhalten .....	64
3.3	Sitzendes Verhalten .....	65
3.3.1	Fernsehkonsument.....	65
3.3.2	Computernutzung.....	66
3.3.3	Freizeitverhalten & Bewegung .....	67
3.4	Suchtmittelgebrauch .....	67
3.4.1	Legale Suchtmittel .....	67
3.4.1.1	Tabakkonsum.....	67
3.4.1.2	Alkohol .....	69



3.4.2.	Illegale Suchtmittel .....	70
3.4.2.1	Cannabis.....	70
3.4.2.2	Halluzinogene (LSD oder Rauschpilze).....	71
3.4.2.3	Partydrogen bzw. Synthetische Drogen .....	71
3.4.2.4	Amphetamine (Speed) .....	71
3.4.2.5	Opiate (Heroin etc.).....	72
3.4.2.6	Kokain .....	72
3.4.2.7	Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum .....	74
3.5	Gewalthandlungen .....	75
3.5.1	Bullying/Mobbing .....	75
3.5.2	Körperliche Gewalt.....	78
3.6	Sexualität, Schwangerschaft, Verhütung und Safer Sex .....	79
3.6.1	Schwangerschaftsverhütung und Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten .....	80
3.6.2	Schwangerschaft und eigene Kinder.....	81
3.7	Zusammenhänge zwischen den einzelnen Gesundheitsverhaltensweisen .....	82
3.7.1	Ernährungsverhalten und Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum.....	82
3.7.2	Bewegung und Tabak-, Alkoholkonsum .....	82
3.7.3	Gesundheitsverhaltensindex.....	83
<b>4.</b>	<b>Nutzung des Gesundheitssystems.....</b>	<b>84</b>
	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>85</b>
4.1	Medikamentengebrauch.....	85
4.2	Kontakte zum Gesundheitssystem (Arztkontakte) .....	88

# Inhaltsverzeichnis

4.2.1	Krankenhausbehandlungen .....	89
4.2.2	Arztbesuche.....	89
4.2.3	Behandlungen im Krankenhaus.....	90

## **Teil C .....** **91**

<b>5.</b>	<b>Determinanten der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens .....</b>	<b>91</b>
	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>92</b>
5.1	Gesundheitsverhalten als Determinante der Gesundheit .....	93
5.1.1	Rauchen und Gesundheit .....	94
5.1.2	Bewegung und Gesundheit.....	95
5.1.3	Ernährung und Gesundheit.....	95
5.2	Settings als Determinanten der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens.....	96
5.2.1	Familie, Gesundheit und Lebensqualität.....	96
5.2.2	Schule und Ausbildung .....	98
5.2.3	Arbeitsplatz und Gesundheitsverhalten.....	101
5.2.4	Vereinsmitgliedschaft und Gesundheit .....	101
5.2.5	Nachbarschaft und Gesundheit .....	102
5.2.6	Peerbeziehungen und Gesundheit.....	102
5.3	Soziale Ungleichheit als Determinante der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens ...	103

## **6. Ansätze zur Maßnahmenplanung ..... 106**

6.1	Expertenworkshop.....	106
6.2	Arbeitsgruppe.....	106
6.3	Genderaspekte.....	106
6.4	Die Bedeutung von Bewegung und Sport für die Gesundheit.....	108
6.5	Die Bedeutung einer gesunden Ernährung für Kinder und Jugendliche .....	110
6.6	Suchtprävention .....	111

## **7. Daten und Methode ..... 113**

7.1	Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsurvey .....	114
7.1.1	Grundgesamtheit und Stichprobe.....	114
7.1.2	Studiendesign und Stichprobe .....	114
7.1.3	Statistisch-epidemiologische Datenanalyse.....	116
7.1.4	Indices und Typologien .....	116
7.1.5	Tabellendarstellung und Abbildungen .....	123
7.2	Ergänzende Gesundheitsdaten.....	123
7.3	Darstellung der gesundheits- und jugendbezogenen Infrastruktur .....	123

**Literatur ..... 124**

**Danksagung ..... 139**

**Abbildungsverzeichnis ..... 141**

# Einleitung

Viele Weichen für die Gesundheit und Lebensqualität im höheren Lebensalter werden bereits in der Kindheit und im Jugendalter gestellt. In dieser Lebensphase werden gesundheitsförderliche bzw. gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen entscheidend geprägt, psychische und physische Gesundheitsressourcen auf- und ausgebaut. Ein gesunder Start ins Leben ist daher eine wichtige Voraussetzung für die Wahrung von Zukunftschancen und für die Erreichung eines hohen Alters.

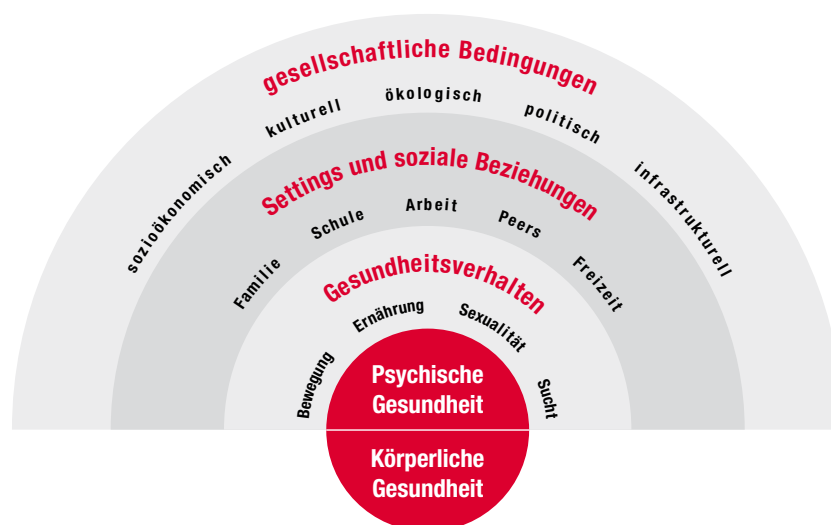
Das Anliegen des Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsberichtes ist die Erfassung und Beschreibung der Gesundheit in dem breiten Verständnis, das die WHO – die Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen – bereits bei ihrer Gründung 1948 entworfen hat, wonach Gesundheit „ein Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten oder Behinderung“ bedeutet (WHO 1948). In einer zeitgemäßen Interpretation lautet diese Definition: „Gesundheit ist die Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird“ (Badura, Hehlmann 2003). In diesem Verständnis umfasst Gesundheit das menschliche Leben insgesamt und ist eine wesentliche Ressource für einen dauerhaften positiven Entwicklungs- und Entfaltungsprozess des Individuums. Diese komplexe Definition von Gesundheit war seinerzeit unter dem Schock des Zweiten Weltkriegs entstanden und in der Hoffnung auf eine friedliche Welt. Sie war ausgesprochen visionär und ihrer Zeit und der wissenschaftlichen Forschung weit voraus. Heute ist durch die reichhaltige sozialmedizinische, epidemiologische, psychologische und soziologische Gesundheitsforschung jedoch eindrücklich nachgewiesen, wie sehr die Gesundheit des Menschen bzw. seine Wahrscheinlichkeit zu erkranken oder zu sterben – neben den individuellen genetischen Bedingungen – von den in dieses breite Verständnis eingeschlossenen Faktoren abhängt:

- von der **ökologischen Umwelt** einer Person, worunter alle physikalischen und chemischen Bedingungen des Lebens fallen, also etwa die Hygiene-Bedingungen in Städten und Gemeinden, die Wohnverhältnisse, die Qualität von Wasser, Luft und Ernährung, das Vorhandensein von Umweltgiften und Lärm;
- von der **Bildung** einer Person, womit alle kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten einer Person gemeint sind, die benötigt werden, um im Leben zurecht zu kommen, Probleme zu meistern, persönliche Ziele zu erreichen und dem Leben insgesamt einen Sinn zu geben; insbesondere ist hier auch alles Wissen um gesunde oder ungesunde Verhaltensweisen gemeint („health literacy“);
- vom **sozialen Status** einer Person, womit ihre Stellung in den sozialen Einheiten gemeint ist, an denen sie teilnimmt, also ihre berufliche Position, ihre ökonomische Lage, gegebenenfalls ihre Armut, sowohl absolut gesehen als Fehlen des Nötigsten als auch relativ im Sinne des Abstands zu den Reichen, aber auch ihre Äußerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten in den Hierarchien der sozialen Systeme;
- von den **sozialen Beziehungen** einer Person, was ihre Einbettung in Familie, Gruppen, Netzwerke meint und darauf abzielt, inwieweit eine Person von Einsamkeit, Isolation, Ausgrenzung und Feindseligkeit betroffen ist oder auf Anerkennung, Liebe, Freundschaft und Unterstützung zählen kann;
- von den allgemeinen **gesellschaftlichen Verhältnissen**, inwieweit also eine Person Gerechtigkeit, Frieden, Freiheit, Solidarität durch den Staat und seine Administration erfährt.

All dies zusammen genommen macht deutlich, dass Gesundheit nicht einfach angeboren oder in die Wiege gelegt ist, auch fliegt sie einem nicht zu, sondern sie muss durch konkrete Lebensvollzüge in konkreten Lebenskontexten entwickelt werden, und es müssen verschiedene Dinge zusammen kommen, damit Mann/Frau dabei erfolgreich sein kann. Das bedeutet zunächst, dass die in ihren Entscheidungen freien Individuen selber durch ihr konkretes Verhalten den ersten Beitrag zur Gesundheit leisten müssen, indem sie Verhaltensweisen vermeiden, die der Gesundheit unmittelbar

schaden (Rauchen, ungesunde Ernährung, bewegungsarmes Verhalten), und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen pflegen, wozu an erster Stelle die Fähigkeit gehört, wie es in der Ottawa Charter (WHO 1986) heißt, „für sich und andere zu sorgen“, oder anders ausgedrückt: sich für das Gelingen der sozialen Beziehungen in der unmittelbaren Lebenswelt, den so genannten Settings, einzusetzen. Diese aktive Rolle des Individuums ist allerdings überaus voraussetzungsreich: sie erfordert zum einen bestimmte persönliche Fähigkeiten, ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Verantwortlichkeit, zum anderen ein soziales Umfeld, das zu Teilnahme, Mitgestaltung und Involvierung einlädt, diese ermöglicht und benutzt. Das aber heißt, dass ein wesentlicher Beitrag zur Gesundheit eben auch von diesen Lebenswelten ausgehen muss, dass also in Familie, Schule, Arbeitsplatz, Betrieb, Gemeinde etc. entsprechende Bedingungen für ein gesundes Leben geschaffen werden müssen. Das ruft alle auf den Plan, die in diesen Settings tätig sind, insbesondere jene, die dort Führungsaufgaben ausüben, aber auch alle politisch-administrativen und parapolitischen Einrichtungen und Interessenvertretungen, die an einer Steigerung der Gesundheit der Menschen in ihrem Bereich Interesse haben müssen. Hier schließt sich dann der Kreis: die Investitionen in die Weiterentwicklung unserer Lebenswelten in gesundheitsförderliche Settings stärken die Individuen, die ihre Energien und Fähigkeiten wieder in das Zusammenleben, in welchem Kontext auch immer, einbringen und idealiter einen sich selbst verstärkenden Prozess auslösen und stabilisieren. Darin sind sich die Experten und Expertinnen der Gesundheitswissenschaften einig: Investitionen in die Gesundheit rechnen sich. Der Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsbericht ist diesem Denken verpflichtet und will mit seinen Daten, seinen Analysen und Ergebnissen dazu anregen, auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Bereichen Maßnahmen und Programme zur Verbesserung der Lebenssituation und der Gesundheit der jungen Kärntner Bevölkerung zu entwickeln, Allianzen für die Umsetzung zu schmieden und nachhaltige Entwicklungen einzuleiten. Der vorliegende Bericht will also Impulsgeber für eine koordinierte Weiterentwicklung und Umsetzung bedarfsgerechter, zielgenauer, lebensweltorientierter (Präventions-)Programme und Aktionen sein. Eine Bündelung vorhandener Kräfte und Maßnahmen im präventiven Bereich sowie eine stärkere Vernetzung bestehender Strukturen sind hierfür wichtige Zwischenschritte. Adressaten des Berichtes sind daher insbesondere politische Entscheidungsträger sowie Akteure und Multiplikatoren im lokalen Gesundheitswesen und in lokalen Settings wie Schulen und Betrieben. Aber auch die mediale Öffentlichkeit ist ein wichtiger Partner für die Schaffung von Interesse und Akzeptanz gegenüber der Gesundheitsförderung. In Anlehnung an den „Policy Rainbow“ von Dahlgren und Whitehead (1991) können die im Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsbericht behandelten Themenbereiche wie in Abbildung 1 geordnet werden. Die Anordnung greift die komplexe Abhängigkeitsstruktur der Gesundheit auf und benennt Felder für potenzielle politische Interventionen.

**Abbildung 1-1: Themen des Kärntner Jugendgesundheitsberichts und die zu verwendenden Daten im „Policy Rainbow“ (Dahlgren und Whitehead 1991)**



Zur Erklärung der Abbildung 1-1:

Im Zentrum steht die psychische und körperliche Gesundheit. Am Gesundheitsverhalten interessieren 4 Bereiche: Bewegung, Ernährung, Sexualität und Suchtverhalten. Die psychische Gesundheit wie auch das Gesundheits- und Suchtverhalten hängt im unterschiedlichen Maße von den sozialen Bedingungen und Beziehungen in der Familie, in der Schule, am Arbeitsplatz und in der Peergruppe ab, den sogenannten Settings. Schließlich wird die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten aber auch durch gesellschaftliche bzw. sogenannte makrosoziologische Aspekte beeinflusst. Makrosoziologische Aspekte sind in diesem Fall der sozioökonomische Status der Person, ihr Migrationstatus und das gesundheitsrelevante infrastrukturelle Umfeld in den Bezirken.

# Kinder und Jugendliche als Gegenstand der Gesundheitsberichterstattung

## Internationale Kinderrechte

Kinder sind eigenständige Persönlichkeiten mit spezifischen Bedürfnissen und Rechten, die besonders schutzbedürftig sind. Angesichts der massiven Beeinträchtigung von Lebenschancen und Verletzung von Kinderrechten an vielen Orten der Erde wurde 1959 als erster Schritt die „Erklärung der Rechte des Kindes“ verabschiedet. In der Präambel dieser Erklärung steht der richtungsweisende Satz:

**„Die Menschheit schuldet den Kindern das Beste, das sie zu geben hat“.**

1989 konnte die Kinderrechtskonvention mit 54 Artikeln von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet und mittlerweile von über 192 Staaten ratifiziert werden. Sie betrachtet die Kindheit als eine komplexe Lebensphase, zu deren Gelingen eine Vielzahl von Bedingungen notwendig sind. Der Leitbegriff der Konvention ist das „Wohl des Kindes“. Demgemäß zählen zu den so genannten Leistungsrechten des Kindes:

- Das Recht auf das größtmögliche Maß an Gesundheit sowie auf Gesundheitsvorsorge und medizinische Betreuung.
- Das Recht auf Erholung, Freizeit, Spiel und die Teilnahme an kulturellen und künstlerischen Aktivitäten.
- Das Recht auf Bildung, wobei die Bildung des Kindes darauf gerichtet sein muss, die Persönlichkeit, die Begabung und die geistigen und körperlichen Fähigkeiten des Kindes voll zur Entfaltung zu bringen.

Menschenrechte für Kinder - auch in ihrer Rolle als Schüler/innen - sind als öffentliches Diskussionsthema noch sehr neu. Dasselbe gilt für jenen „Sokratischen Eid“, den der deutsche Pädagoge Hartmut von Hentig schon 1993 vorgeschlagen hat: Eltern und Lehrer/innen sollten sich ausdrücklich verpflichten, die Eigenart und die Regungen jedes einzelnen Kindes zu achten, für seine körperliche und psychische Unversehrtheit zu sorgen, seine Anlagen zu fördern und seine Schwächen zu schützen. So wie Ärzte im hippokratischen Eid, sollten alle Erzieher/innen in einer Selbstverpflichtung versprechen:

- Kindern und Jugendlichen die Kunst der Verständigung und des Verstehens zu lehren,
- sie bereit zu machen, Verantwortung für die Gemeinschaft zu tragen, und
- sie erfahren zu lassen, wie das gute Leben ist.

Dem Eid entsprechend leben die Erzieher/innen vor,

- wie man mit Schwierigkeiten zurecht kommt,
- sich der Kritik von Schüler/innen und Sachkundigen stellt, und
- sich allen Verhältnissen widersetzt, auch Dienstvorschriften, die die humanen Vorsätze behindern.

Deklarationen und Eide sind das eine, die konkrete Umsetzung der Rechte des Kindes im Alltag braucht im Regelfall mehr. Die entscheidende Frage ist, welche Voraussetzungen in Familie, Nachbarschaft, Gleichaltrigengruppen, Schule und Betrieb gegeben sein müssen, damit die Wahrnehmung der Rechte auch gewährleistet ist. Zu diesen Bedingungen zählen insbesondere die Ressourcen, auf die Kinder und Jugendliche zurückgreifen können:

- das soziale Kapital der Familie
- das Ausmaß der familiären Unterstützung
- die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel
- die Integration im Freundeskreis
- die Integration und Partizipation in Schule und Betrieb
- die Qualität der Infrastruktur der Wohnumgebung.

Damit wird ein Rahmen bestimmt, der auch für die Beobachtung von Gesundheit und Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen in diesem Bericht maßgeblich ist.

### Wie wird Kindheit und Jugend soziologisch definiert?

Unter **Kindheit** verstehen wir den Zeitraum im Leben eines Menschen von der Geburt bis zur geschlechtlichen Entwicklung (Pubertät). Die **Pubertät** bezeichnet die sexuelle Reifung des Heranwachsenden. Die Altersgrenzen lassen sich nicht eindeutig bestimmen, da die sexuelle Reifung nicht bei allen zu einem ganz genauen Zeitpunkt einsetzt, bei manchen bereits im 11. Lebensjahr, bei anderen später. Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass sich ein Großteil der 13-Jährigen in der Phase der Pubertät befindet. Als Ende der Pubertät wird der Abschluss der biologischen Reifung genommen, der im Regelfall etwa mit dem 18. Lebensjahr erreicht wird. Pubertätsforschung ist daher üblicherweise auf die 13- bis 18-Jährigen konzentriert (vgl. Schäfers 1989).

Die **Adoleszenz** beschreibt die entwicklungspsychologische und soziale Dimension von Jugend. Adoleszenz bezeichnet eine Lebensphase, die durch die Einnahme einer bestimmten sozialen Position gekennzeichnet ist, mit der bestimmte psychische und soziale Entwicklungsaufgaben verbunden sind. Mit diesen auch bestimmte Probleme und Verarbeitungsweisen, die allerdings, was häufig nicht bedacht wird, historisch variabel, also veränderbar sind. Diese Lebensphase umfasst den Abschnitt zwischen der Pubertät und den Eintritt in ein eigenständiges Berufs- und Familienleben. In die Adoleszenz fällt das Ende der Schulzeit, der Beginn der Berufsausbildung, die Abnabelung vom Elternhaus, die Aufnahme einer Sexualrolle und die Identitätsfindung.

Damit sind die speziellen Herausforderungen der Adoleszenz benannt, die in der Spannung von Individuation und Integration bestehen, d.h. in der Entwicklung einer eigenständigen, von anderen differenzierten Identität auf der einen und in der Übernahme verantwortlicher sozialer Rollen auf der anderen Seite.

Wegen dieser großen bio-psycho-sozialer Umstellungen der Adoleszenz bei gleichzeitig hohen Anforderungen an schulische Bildungsleistungen und berufliche Qualifizierungen kann der Prozess im gesamten oder punktuell auch sehr krisenhafte Formen annehmen. Die moderne Sozialisationsforschung deutet diese typischen Krisen heute nicht mehr biologistisch als Ergebnis hormoneller Umstellungen, sondern als Resultat der misslungenen Vermittlung der widersprüchlichen Anforderungen, die durch Individuation und Integration gegeben sind (vgl. Hurrelmann 2003).

Der Individuations- und der Integrationsprozess folgen jeweils einer eigenen, voneinander abweichenden Dynamik und können zu mehr oder weniger großen Spannungen führen.

Zu deren Bewältigung benötigen die Jugendlichen ebenso persönliche Fähigkeiten wie die Unterstützung durch die wichtigsten Personen und Bezugsgruppen. Genau darin liegt eben auch die Chance des Jugendalters, die darin be-

steht, Problemlösungskompetenzen aufzubauen, zu erproben und in die eigene Persönlichkeit zu integrieren. Neben der Rolle von Familie, Schule und Freundeskreis scheinen aber auch bestimmte gesellschaftliche Bedingungen die Lösung dieser speziellen Entwicklungsaufgaben der Jugendphase erleichtern oder erschweren zu können.

Während der Ablösungsprozess von der Herkunftsfamilie und die Aufnahme sexueller Beziehungen verhältnismäßig früh in der Jugendphase stattfinden, sind der Ausstieg aus den Bildungssystemen, der Berufseinstieg und die Familiengründung heute zu zeitlich offenen Statuspassagen geworden, die bis zum 30. Lebensjahr und darüber hinaus dauern können. Für diese Verlängerung nach hinten hat sich der Terminus Postadoleszenz eingebürgert (Schäfers 1989), eine Phase, die bei den meisten das gesamte dritte Lebensjahrzehnt bestimmt.

Der Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsbericht hat als Zielgruppe die 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die sich zum Teil noch vor Einsetzen der Pubertät, zum Teil an deren Höhepunkt, zum Teil in der Adoleszenz und zum Teil in der Postadoleszenz befinden. Die untersuchte Population ist also sehr heterogen, kann aber gerade dadurch sehr schön sichtbar machen, mit welchen Wandlungen Gesundheit und Wohlbefinden im Heranwachsen in Kärnten verbunden sind und womit diese Wandlungen zusammenhängen.



# Teil A

## 1.

**Kärnten und seine Bezirke  
als regionaler Kontext für  
die Gesundheit von Kindern  
und Jugendlichen**

## Zusammenfassung

### Demografie und sozioökonomischer Status

Trotz Pluralisierung der Lebensformen wachsen in Kärnten 86% der Kinder und Jugendlichen mit ihren Eltern zusammen in einer Kernfamilie auf. 14% leben in einer Alleinerzieherfamilie.

Etwa ein Viertel der Kärntner Kinder und Jugendlichen hat keine Geschwister. In Kärnten wachsen 9% der befragten 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen in Familien auf, die aufgrund eines berechneten Schichtindex der Unterschicht und weitere 23% der unteren Mittelschicht zuzurechnen sind. 39% der Kinder und Jugendlichen gehören der Berechnung des Schichtindex zufolge der mittleren Mittelschicht an, 23% der oberen Mittelschicht. 6% der 10- bis 22-Jährigen stammen aus der Oberschicht.

### Schulbesuch

In Kärnten besuchen mehr als die Hälfte aller Kinder und Jugendlichen (57%) die Hauptschule. Etwa 47% der 15- bis 22-Jährigen besuchen eine BHS.

Etwa ein Drittel aller 10- bis 22-jährigen Schüler/innen in Kärnten besucht die AHS. 47% der Kärntner Kinder und Jugendlichen fühlen sich in ihrer Schule sehr wohl, weitere 42% fühlen sich wohl, 11% können das nur mit Einschränkungen von sich behaupten. Insgesamt bewerten die jüngeren Schüler/innen die Schule besser als die Älteren.

### Erwerbstätigkeit

15% der 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen üben bereits einen eigenen Beruf aus. 54% von ihnen sind als Angestellte, 39% als Arbeiter/innen tätig. 15% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind bereits berufstätig.

27% aller berufstätigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen fühlen sich an ihrem Arbeitsplatz sehr wohl, weitere 47% fühlen sich wohl. 20% der Arbeitnehmer/innen fühlen sich durchschnittlich wohl, aber 6% fühlen sich nicht wohl. Die jungen Frauen fühlen sich an ihrem Arbeitsplatz etwas wohler als die Männer.

### Qualität der Eltern-Kindbeziehung

72% der Kärntner Kinder und Jugendlichen schätzen die Qualität der Eltern-Kindbeziehungen als hoch ein, 5% der Befragten als eher.

Je jünger die Kinder sind, desto besser schätzen sie auch die Qualität in der Eltern-Kindbeziehung ein. Mit Einsetzen der Pubertät erfolgt offensichtlich ein Bruch und die Anzahl derer, die eine hohe Qualität in der Familie erleben, sinkt von 80% auf 70%.

### Peers

55% der befragten Kärntner/innen fühlen sich in ihrem Freundeskreis sehr wohl und sozial unterstützt. Weitere 38,8% fühlen sich wohl. Nur auf 6,7% trifft das mittelmäßig oder gar nicht zu.

### Vereinsmitgliedschaft

Knapp die Hälfte aller 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen sind Mitglied in einem Verein, wobei die am häufigsten besuchten Vereine mit Abstand Sportvereine sind. Die jüngeren Kinder und Jugendlichen sind häufiger in Vereinen aktiv als die älteren und die Burschen häufiger als die Mädchen. Die Mitgliedschaft in Vereinen hängt auch deutlich von der Schichtzugehörigkeit ab.

Die Kinder und Jugendlichen, die den unteren sozialen Schichten zuzurechnen sind, sind deutlich seltener Mitglieder in einem Verein als die Kärntner/innen aus den oberen sozialen Schichten (33% zu 62%).

## 1.1 Demografische Merkmale von Kärnten und seinen Bezirken

### 1.1.1 Kinder und Jugendliche in Kärnten: Verteilung nach Alter, Geschlecht und Bezirk

In Kärnten lebten im Jahr 2001 **89.381** Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 22 Jahren (Statistik Austria 2003). Dies entspricht einem Anteil von rund **16%** an der Kärntner Gesamtbevölkerung. Jede/r sechste Kärntner/in ist demnach Gegenstand dieses Gesundheitsberichts. Die Bevölkerungspyramide des Bundeslandes zeigt, dass dieser Anteil gegenüber den Jahrgängen der heute 30- bis 50-Jährigen deutlich abgenommen hat und dass die nachrückenden Jahrgänge zahlenmäßig noch einmal wesentlich schwächer sind. Wie viele andere Bundesländer und europäische Staaten weist Kärnten damit eine ungünstige Bevölkerungsentwicklung auf (vgl. Grafik 1-1).

**Grafik 1-1: Bevölkerungspyramide in Kärnten**



Quelle: Statistik Austria 2003

Das Geschlechterverhältnis ist in Kärnten und seinen Bezirken für diese Alterspopulation ausgeglichen (51% männlich, 49% weiblich)<sup>1</sup>. Die untersuchten Geburtenjahrgänge sind in den einzelnen Bezirken mit rund 7% etwa gleich verteilt und weisen keine nennenswerte Variation auf (s. Anhang A). Alter und Geschlecht haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit und die Lebensqualität auch schon von Kindern und Jugendlichen. Wenn im Weiteren von Alter und Geschlecht die Rede ist, so wird darunter aber weniger ein Set von biologischen Gegebenheiten verstanden, sondern vielmehr eine soziale Konstruktion, die sich aus speziellen Rollen und Rollenanforderungen, Erwartungen, Aufgaben und Lebensmöglichkeiten in einer konkreten Gesellschaft zusammensetzt. Geschlecht und Alter konfrontieren die Menschen - neben den körperlichen Unterschieden und Veränderungen – vor allem mit einer spezifischen Lebenssituation.

### 1.1.2 Staatsbürgerschaft der Befragten und Herkunftsland der Eltern

In Kärnten liegt der Anteil von Bürger/innen mit ausländischer Staatsbürgerschaft über alle Altersgruppen hinweg bei rund 6% (Statistik Austria 2003). Der Anteil der Personen aus Bosnien-Herzegowina ist dabei mit 1,6% am höchsten,

<sup>1</sup> **Notiz:** Im Bericht werden in der überwiegenden Mehrheit gerundete Prozentwerte angeführt, was unter Umständen dazu führen kann, dass sich die Prozentwerte nicht genau auf 100% summieren!

1.

gefolgt von den Gruppen mit deutscher (1%) und kroatischer Staatsbürgerschaft (0,9%). In den erhobenen Daten liegt der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit österreichischer Staatsbürgerschaft bei 98%. 2% der Befragten haben eine andere Staatsbürgerschaft und kommen ebenfalls überwiegend aus Deutschland, Kroatien oder Bosnien-Herzegowina. Der Anteil der ausländischen Kinder und Jugendlichen dürfte daher im Vergleich zur Volkszählung 2001 den tatsächlichen Anteil mit anderer Staatsbürgerschaft unterschätzen. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass für die Teilnahme an der telefonischen Befragung ausreichende Deutschkenntnisse vorausgesetzt waren. Der ermittelte Anteil an Kindern und Jugendlichen mit anderer Staatsbürgerschaft erweist sich unabhängig vom Alter und Geschlecht. Auch die Verteilung über die Bezirke hinweg weist keine signifikanten Unterschiede auf, wengleich der höchste Anteil in den Städten zu finden ist (Klagenfurt und Villach). Dies deckt sich mit dem Ausländeranteil der Gesamtbevölkerung in diesen Bezirken (9% in Klagenfurt und 10% in Villach).

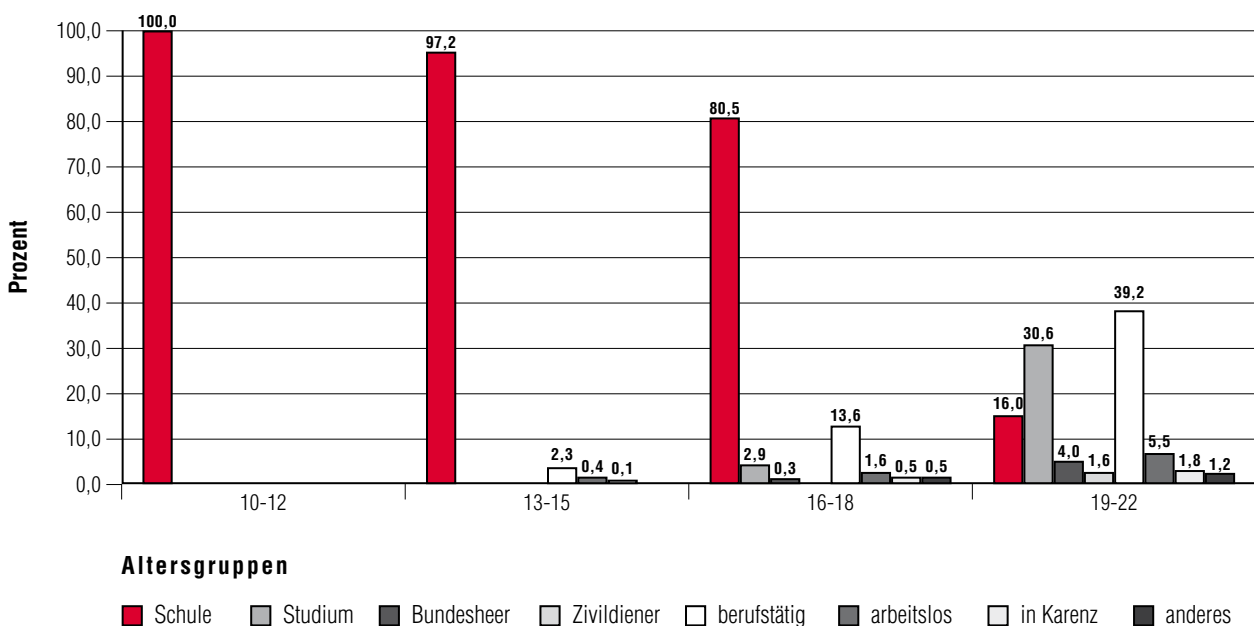
96% der Väter und Mütter der Kinder und Jugendlichen haben eine österreichische Staatsbürgerschaft. Als häufigstes anderes Herkunftsland wurde Deutschland (0,8% bzw. 1,2%) angegeben, gefolgt von Bosnien-Herzegowina. Der Anteil der Väter mit österreichischer Staatsbürgerschaft liegt zwischen 92% in Villach und 99% in Völkermarkt. Bezogen auf die Mutter reicht diese Spannweite von 95% (Klagenfurt) bis 98% in Wolfsberg.

Migration und Integration sind komplexe Prozesse, die nicht reibungslos vonstatten gehen. Migrationshintergründe wirken sich oftmals negativ auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen aus. Dies gilt vor allem für Kinder und Jugendliche, die bzw. deren Eltern aus nicht-westlichen Ländern nach Österreich emigriert sind. Zum einen liegt das an den Sprachproblemen und an der mangelnden Integration, zum anderen an den ungünstigen kulturellen Voraussetzungen der Migrantinnen und Migranten für ein Leben in modernen Gesellschaften. Die Erfassung derartiger Hintergründe kann also wichtige Aufschlüsse über etwaige Gesundheitsdefizite geben.

### 1.1.3 Status der Erwerbstätigkeit

70% aller befragten 10- bis 22-Jährigen besuchen die Schule, weitere 10% eine Hochschule oder Universität. 15% der Kärntner/innen sind bereits berufstätig, wohingegen 2% zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos waren. Dieser Wert liegt bei den 15- bis unter 25-Jährigen unter der offiziellen Arbeitslosenquote von rund 7% (Statistik AMS Kärnten für das 2. Halbjahr 2004). Auch hier muss angenommen dass die arbeitslosen Jugendlichen schwerer erreichbar waren. Weitere 2% aller befragten jungen Männer leisteten zum Zeitpunkt der Befragung ihren Wehrdienst oder aber ersatzweise den Zivildienst ab. 1,4% der jungen Frauen waren in Karenz (vgl. Grafik 1-2).

**Grafik 1-2: Status der Erwerbstätigkeit bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach Altersgruppen (n = 3.215, p < 0,01)**



### 1.1.4 Schulbesuch & Studium

Die 2.240 Schüler/innen (70% der Befragten) besuchen die in Tabelle 1-1 dargestellten Schultypen.

**Tabelle 1-1: Kärntner Schüler/innen, dargestellt nach den besuchten Schultypen**

*In welche Schule gehst Du/gehen Sie?*

Prozent	10		11-14		15-22		gesamt	
	w	m	w	m	w	m	w	m
Volksschule	40,6	40,0	0,2	1,0	0,0	0,0	4,8	5,3
Hauptschule	37,5	38,5	54,0	60,5	0,8	2,4	28,5	33,8
Polytechnische Schule	0,0	0,0	1,0	1,2	0,6	1,7	0,7	1,3
Berufsschule	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8	14,6	3,9	6,0
BMS	0,0	0,0	2,2	1,4	7,4	5,4	4,3	2,9
BHS	0,0	0,0	5,8	4,1	48,2	46,0	23,9	20,9
AHS: Unter- und Oberstufe	21,9	20,0	36,2	31,9	31,8	28,1	32,6	28,9
Sonderschule	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,4	0,1	0,2
andere	0,0	1,5	0,2	0,0	2,4	1,3	1,2	0,7
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
n =	128	135	500	517	500	459	1.128	1.111

In Kärnten besuchen fast doppelt so viele Kinder und Jugendliche die Hauptschule wie die AHS, dieses gilt nochmals verstärkt für die Burschen: 61% der 11- bis 14-jährigen Buben sind in der Hauptschule und 32% in der AHS, bei den Mädchen besuchen 54% die Hauptschule und 36% eine AHS.

Ähnliches gilt für die BHS bei den 15- bis 22-Jährigen: hier sind 48% der Mädchen bzw. 46% der Burschen in der BHS und 32% der Mädchen bzw. 28% der Buben in der AHS.

Von den Berufsschülern/Berufschülerinnen üben 22% einen Lehrberuf im Bereich der Metallarbeit und Mechanik aus. 18% machen eine Berufsausbildung im Dienstleistungssektor. 12% der Schüler/innen absolvieren eine Ausbildung als technische Fachkraft, 11% als Bürokräft (vgl. Tabelle 1-2). Die Verteilung der Berufsschüler/innen auf die einzelnen Lehrberufe ist für alle Bezirke in etwa gleich.

1.

**Tabelle 1-2: Ergriffene Lehrberufe bei den 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für die Geschlechter (n = 112, p < 0,01)**

**Welchen Lehrberuf erlernst Du/erlernen Sie?**

Prozent	w	m	gesamt
technische Fachkraft	2,3	17,6	11,6
biowissenschaftliche und Gesundheitsfachkraft	2,3	1,5	1,8
Verkauf- und Verwaltungsfachkraft	11,4	4,4	7,1
Bürokräft	22,7	2,9	10,7
Dienstleistungsberuf	40,9	2,9	17,9
Fachkraft in Land- und Forstwirtschaft	4,5	1,5	2,7
Mineralgewinnung – und Bauberufe	0,0	5,9	3,6
Metallarbeits, Mechanik und verwandte Bereiche	2,3	35,3	22,3
Präzisionsarbeits, Kunsthandwerk und Druck und verwandte Berufe	0,0	2,9	1,8
sonstige Handwerk- und verwandte Berufe	0,0	11,8	7,1
Bediener, Stationärer und verwandte Berufe	0,0	0,0	0,0
Maschinenbediener und Montierer	0,0	2,9	1,8
Fahrzeugführer und Bediener mobiler Anlagen	0,0	0,0	0,0
andere	13,6	10,3	11,6
<b>gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
n =		112	

26% der 18- bis 22-jährigen Kärntner/innen sind Studierende, 66% von ihnen besuchen eine Universität, 14% eine Akademie, 14% eine Fachhochschule und 6% einen Kolleg oder Abiturientenlehrgang (vgl. Tabelle 1-3).

Insgesamt studieren etwa 2,7% der Kärntner Bevölkerung an einer Österreichischen Universität oder Fachhochschule. Etwa die Hälfte aller studierenden Kärntner/innen übersiedeln wegen des Studiums in eine andere Stadt innerhalb Österreichs.

Im Wintersemester 2003/04 waren 6.706 Studierende an der Universität Klagenfurt eingeschrieben und weitere 1.119 Studierende an den Fachhochschulen in Kärnten (Statistik Austria 2005, Hochschulstatistik).

**Tabelle 1-3: Weiterführende Ausbildungen bei den 18- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für die Geschlechter (n = 319, p < 0,01)**

*Welches Studium bzw. welche Ausbildung machst Du/machen Sie?*

Prozent	w	m	gesamt
Kolleg, Abiturientenlehrgang	6,4	6,1	6,3
Berufs- und Lehrerbildende Akademie, Fachschule (z.B. Krankenpflege)	17,4	9,5	13,8
Fachhochschule	9,9	17,7	13,5
Universität	v	65,3	65,5
andere	0,6	1,4	0,9
<b>gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
n =	319		

### 1.1.5 Sozioökonomischer Status der befragten Population

Viele Studien haben in den letzten Jahren auf den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit hingewiesen (Richter 2005; Mackenbach et al. 2002; Mielck 2001; Moon et al. 1999; Starfield et al. 2002a; Starfield et al. 2002b).

Für Kinder und Jugendliche kann sich ein schlechter sozioökonomischer Status besonders auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten auswirken. Schon vor der Einschulung werden bei Kindern aus sozial schwächeren Familien vermehrt Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen festgestellt. Sie sind außerdem häufiger von Unfallverletzungen und zahnmedizinischen Problemen betroffen. Im Jugendalter lässt sich ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem psychosozialen Wohlbefinden sowie dem Gesundheitsverhalten herstellen.

Jedoch muss Armut nicht zwangsläufig mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden sein. Es hängt auch entscheidend davon ab, wie die Armutslage in der Familie verarbeitet wird, welche Formen von Unterstützung den Kindern und Jugendlichen seitens der Familie, der Schule oder der Gleichaltrigengruppe zur Verfügung stehen. Ein stabiles und unterstützendes soziales Umfeld fördert die Entwicklung von Kompetenzen, die einen besseren und „gesünderen“ Umgang mit belastenden Lebensbedingungen ermöglichen. Sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen, die zum Ziel haben, die Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit abzuschwächen, müssen hier ansetzen.

Wenn in Österreich oder in anderen europäischen Ländern von Armut die Rede ist, dann ist damit nicht notwendigerweise das Fehlen von unbedingt lebensnotwendigen Grundlagen gemeint. Diese lebensbedrohliche Form von Armut wird auch als absolute Armut definiert, die durch eine Kumulation von Nöten gekennzeichnet ist: schlechte Ernährung, schlechte Wohnverhältnisse, Fehlen von Sozialkapital etc.. Im Gegensatz dazu bezeichnet die so genannte relative Armut eine soziale und sozioökonomische Benachteiligung im Verhältnis zu einem mittleren Lebensstandard der Gesellschaft. Es konnte gezeigt werden, dass diese relative Armut – der Unterschied zwischen arm und reich – einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit hat, und zwar unabhängig vom absoluten Niveau der Armut (Wilkinson 1997).

Die Messung von sozialer Ungleichheit wirft gerade bei Kindern und Jugendlichen große Schwierigkeiten auf. Grundsätzlich lässt sich der sozioökonomische Status an vier Indikatoren erkennen:

Einkommen, Beruf und Berufsposition, Bildungsniveau und Lebensstandard (Hoffmeyer-Zlotnik 1998; Geißler 1994).

1.

Mithilfe dieser Indikatoren kann eine Population in unterschiedliche Statusgruppen (Schichten) eingeteilt werden in dem Sinn, dass Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status einen einflussreicheren und prestigereichereren Beruf ausüben sowie über mehr Bildung und ein höheres Einkommen verfügen (Richter 2005).

Es bedarf keiner Erläuterungen, dass Kinder und Jugendliche, selbst ältere, sofern sie über den Status ihrer Eltern definiert sind, über drei der vier Indikatoren nicht zuverlässig Bescheid geben können. Einzig der Lebensstandard der Familie ist erhebbar. Aufgrund dessen wurde in Kärnten sozioökonomische Status anhand der Familienwohlstandskala der HBSC-Studie (Currie et al. 2004) gemessen.

### 1.1.5.1 Status bei nicht-erwerbstätigen Kindern und Jugendlichen

#### Erwerbstätigkeit des Vaters

91% der Kärntner/innen geben an, dass ihr Vater erwerbstätig ist (vgl. Tabelle 1-4). Das niedrige Ergebnis von rund 1% Arbeitslosigkeit unter den Vätern scheint im Vergleich zur Statistik des AMS zu niedrig zu sein: laut AMS waren im 2. Halbjahr 2004 7% der Kärntner arbeitslos gemeldet.

Das mag damit zusammenhängen, dass besonders die jüngeren Kinder unter Umständen nicht wirklich über die Arbeitslosigkeit des Vaters Bescheid wissen und andere Angaben machen („Vater ist zuhause“ oder „Vater ist krank“) oder am Telefon die korrekte Angabe verweigern. Von den 91% beschäftigten Vätern sind 43% als Angestellte, 25% als Arbeiter und 15% als Beamte tätig (vgl. Tabelle 1-4).

**Tabelle 1-4: Erwerbstätigkeit der Eltern bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die keinen eigenen Beruf ausüben oder in Karenz sind**

#### Hat Dein/Ihr Vater/Mutter eine Arbeit?

Prozent	Mutter	Vater
ja, sie/er hat eine Arbeit	67,6	90,8
nein, sie/er ist arbeitslos	1,5	1,1
nein, sie/er ist krank, in Pension oder er studiert	1,9	5,2
nein, sie/er ist zu Hause und kümmert sich um die Familie oder andere (Hausmann / Karenz)	28,3	0,5
anderes	0,4	0,9
habe keine/n Mutter/Vater oder sehe sie/ihn nicht	0,4	1,6
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
n =	1.821	2.695



**Ist Deine/Ihre Mutter / Dein/Ihr Vater von Beruf Arbeiter(in), Angestellte(r), Beamter(in), selbständig oder Landwirt(in)?**

Prozent	Mutter	Vater
Arbeiter/in	13,4	24,8
Angestellte/r	64,6	42,7
Leitende/r Angestellte/r	1,4	5,4
Beamter/in	14,0	14,7
Leitende/r Beamter/in	0,1	1,0
Selbstständig mit weniger als 10 Angestellten	4,8	8,5
Selbstständig mit 10 oder mehr Angestellten	0,4	1,4
Landwirt/in mit kleiner oder mittlerer Landwirtschaft (>= 40 Hektar)	0,8	0,7
Landwirt/in mit großer Landwirtschaft (< 40 Hektar)	0,3	0,5
anderes	0,1	0,3
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
n =	517	2.439

**Erwerbstätigkeit der Mütter**

68% der Kinder und Jugendliche haben eine erwerbstätige Mutter. Bei 28% ist die Mutter als Hausfrau tätig. Weitere 2% der Mütter waren nach Auskunft der Kinder und Jugendlichen zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos. Auch bei den Müttern ist dieser Anteil unterschätzt worden, hier lag er laut AMS im 2. Halbjahr 2004 bei etwa 8%.

Der Anteil der berufstätigen Mütter variiert signifikant zwischen 60% (Hermagor, Spittal an der Drau) und 79% (Klagenfurt), der Anteil der Mütter, die als Hausfrauen tätig sind, dementsprechend zwischen 17% (Klagenfurt Stadt) und 38% (Hermagor, Spittal an der Drau). Von den 68% erwerbstätigen Mütter sind 65% Angestellte, 14% Beamtinnen und 13% Arbeiterinnen (vgl. Tabelle 1-4).

**1.1.5.2 Erwerbstätigkeit bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen**

15% der 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen üben bereits einen eigenen Beruf aus. 54% von ihnen sind als Angestellte, 39% als Arbeiter/innen und 3% als Kleinunternehmer/innen mit bis zu 10 Mitarbeitern und Mitarbeiter/innen tätig (vgl. Tabelle 1.5).

1.

**Tabelle 1-5: Berufliche Stellung der 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die einen eigenen Beruf ausüben oder in Karenz sind, dargestellt für die Geschlechter (n = 517, p < 0,01)**

**Bist Du/Sind Sie von Beruf Arbeiter(in), Angestellte(r), Beamter(in), selbständig oder Landwirt(in)?**

Prozent	w	m	Gesamt
Arbeiter/in	16,5	58,5	38,9
Angestellte/r	74,8	35,3	53,8
Leitende/r Angestellte/r	0,4	0,0	0,2
Beamter/in	0,8	1,1	1,0
Leitende/r Beamter/in	0,0	0,0	0,0
Selbstständig mit weniger als 10 Angestellten	4,1	1,8	2,9
Selbstständig mit 10 oder mehr Angestellten	0,0	0,0	0,0
Landwirt/in mit kleiner oder mittlerer Landwirtschaft (>= 40 Hektar)	0,4	0,0	0,2
Landwirt/in mit großer Landwirtschaft (< 40 Hektar)	0,0	0,7	0,4
anderes	2,9	2,5	2,7
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
n =	517		

Bei der Erwerbstätigkeit lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen. Während die jungen Frauen etwa doppelt so häufig als Angestellte beschäftigt sind (75% zu 35%), sind 59% der Kärntner als Arbeiter tätig, im Vergleich dazu nur 17% der Kärntnerinnen.

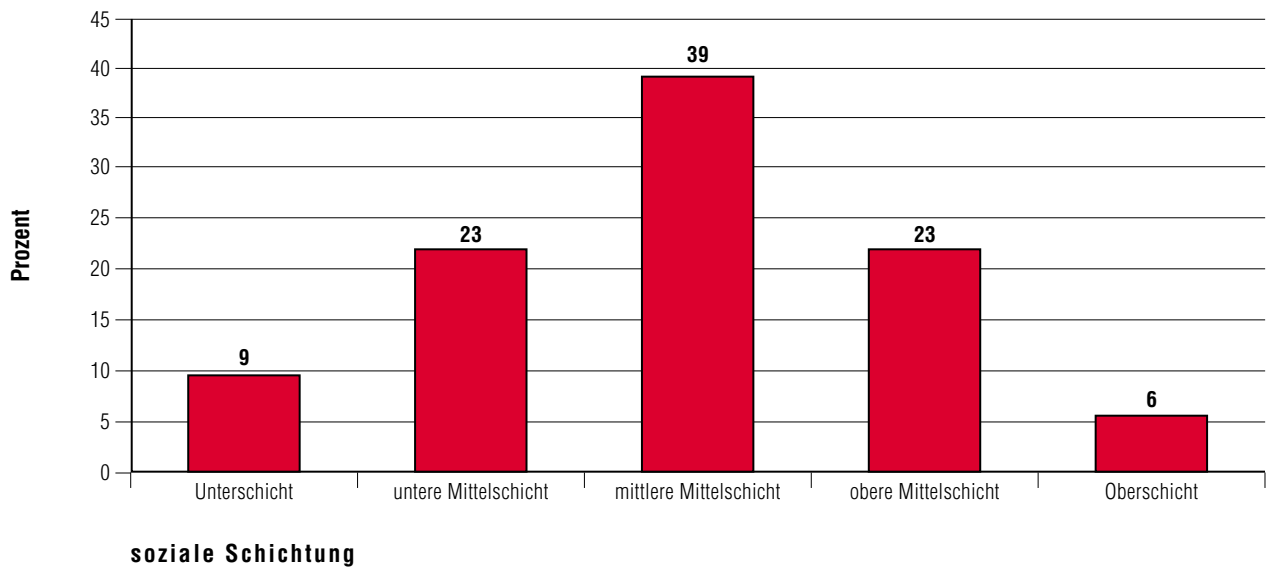
Der größte Anteil der Arbeiter/innen ist mit 49% in Wolfsberg zu finden, der niedrigste mit 24% in Sankt Veit. Bei den Angestellten verhält es sich mit 71% (Sankt Veit) und 37% (Wolfsberg) genau umgekehrt.

### 1.1.5.3 Soziale Ungleichheit

Aus der Berufsposition der Eltern bzw. des Befragten, dem Familienwohlstand und der subjektiv eingeschätzten Geldsituation wurde ein Schichtindex gebildet, der das Ausmaß an sozialer Ungleichheit in Kärnten ausdrücken soll (s. Index 2). Dieser Index teilt die Population fünf Schichten zu: 9% der Unterschicht, 23% der unteren Mittelschicht, 39% der mittleren Mittelschicht, 23% der oberen Mittelschicht und 6% der Oberschicht (vgl. Grafik 1-3).

Wie das auch für ganz Österreich gelten würde, sind die extreme vergleichsweise dünn, die Mitte vergleichsweise stark besetzt, was heißt, dass das Maß an Ungleichheit im Vergleich mit anderen Gesellschaften nicht übermäßig stark ausgeprägt ist. Dennoch leben knapp 10% der 10- bis 22-jährigen Kärntnerinnen und Kärntner in Armut und zumindest ein großer Teil der 23% untere Mittelschicht ist davon bedroht. Das entspricht recht gut auch offiziellen Schätzungen.

**Grafik 1-3: Verteilung der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen hinsichtlich des Schichtindex (s. Index 2)**



## 1.2 Die Familie als Setting für die Gesundheit

### 1.2.1 Lebenswelt Familie: Wohnsituation

92% der Kinder und Jugendlichen wohnen mit einem oder beiden Elternteilen zusammen. 6% leben bereits in einem eigenen Haushalt. Rund 1% der Kärntner/innen wohnen bei einem Erziehungsberechtigten oder aber bei Verwandten und rund 1% sind in einem Heim untergebracht (vgl. Tabelle 1-6).

**Tabelle 1-6: Wohnsituation der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach den Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.215)**

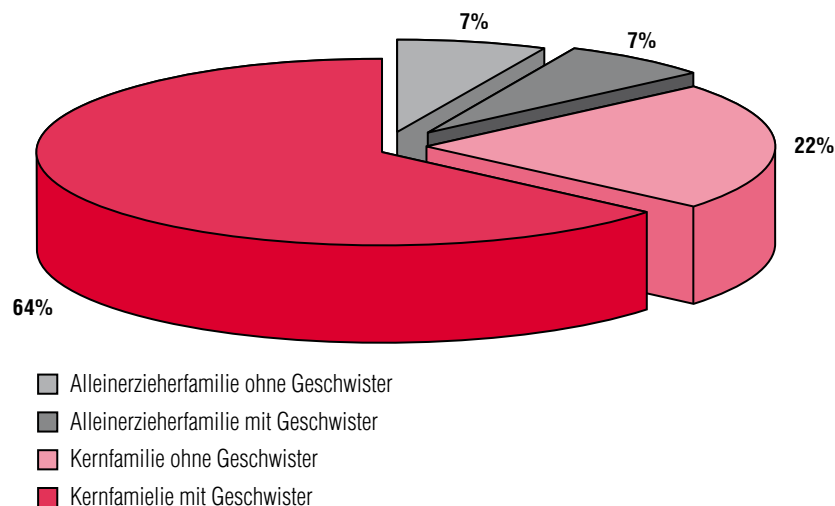
#### Lebst Du/Leben Sie ... ?

Prozent	10-12	13-15	16-18	19-22	w	m	Gesamt
mit beiden Eltern oder einem Elternteil	99,7	98,9	97,0	77,2	91,4	92,9	92,1
bei anderen Verwandten/Erziehungsberechtigten	0,1	0,7	1,4	0,5	0,8	0,5	0,7
in einem Heim	0,1	0,3	0,5	1,0	0,8	0,3	0,5
in einem eigenen Haushalt	0,0	0,0	1,1	20,5	6,8	6,1	6,4
anderes	0,0	0,1	0,0	0,7	0,3	0,2	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
n =	3.215						

Erwartungsgemäß nimmt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die mit ihren Eltern zusammenleben, mit dem Alter ab. So leben die Jüngeren zu etwa 99% mit ihren Eltern zusammen. Bei den 19- bis 22-Jährigen liegt dieser Anteil mit 77% immer noch hoch. Jede/r fünfte Kärntner/in zwischen 19 und 22 Jahren lebt bereits in einem eigenen Haushalt. Von den 92% Kindern und Jugendlichen, die mit ihren Eltern zusammenwohnen, leben 86% in der Kernfamilie mit beiden Elternteilen, 14% leben in Alleinerzieherfamilien mit nur einem Elternteil (vgl. Grafik 1-4).

1.

**Grafik 1-4: Familienzusammensetzung (s. Typologie 3) bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die mit ihren Eltern oder mit Erziehungsberechtigten zusammen wohnen (n = 2.674)**



Der Anteil der Kärntner/innen, die in Kernfamilien leben, ist in den ländlichen Bezirken mit 91% (Villach Land, Völkermarkt) besonders hoch. Am niedrigsten ist dieser Anteil mit 79% in Klagenfurt. 49% der Kinder und Jugendlichen haben ein Geschwister, weitere 23% haben zwei oder mehr Geschwister und 28% haben keine Geschwister. Auch diese Anteile variieren nach ländlichen und städtischen Bezirken. In den Städten sind kleinere Familien mit einem oder höchstens zwei Kindern die Regel. 38% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in einem eigenen Haushalt leben, wohnen dort allein. 23% wohnen mit ihrer Partnerin/ihrem Partner zusammen. Weitere 23% wohnen mit einem Freund oder einer Freundin, 7% in einer Wohngemeinschaft und 8% mit eigenem Kind oder Kindern zusammen.

### 1.2.2 Erlebte Qualität der Eltern-Kind-Beziehung

Die Beziehung zwischen Eltern und Kindern zählt - neben der zwischen Geschwistern - zu den am längsten währenden und wichtigsten eines Menschen. So hängen der Aufbau von persönlichen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen und die Bewältigung von Entwicklungsprozessen entscheidend von den erlebten zwischenmenschlichen Beziehungen und deren Qualität ab. Diese Qualität hat einen bedeutenden Einfluss auf die persönliche und soziale Entwicklung des Kindes (Moen et al. 1997; Acock & Bengtson 1980; Boyum & Parke 1995). In problembelasteten Familien ist die verbale Kommunikation zumeist qualitativ und quantitativ unzureichend, die Botschaften sind undeutlich, vage und amorph, enthalten viele Annahmen und Verallgemeinerungen und übermitteln oft fehlerhafte oder unvollständige Informationen, sind für andere disqualifizierend, sarkastisch und rechthaberisch. Wenig oder schlecht funktionierende Kommunikation kann die Entstehung von emotionalen Problemen und Problemverhalten (Helsen et al. 1997) und die Entstehung von Suchtverhalten (Engels 1998) nach sich ziehen.

#### Itembox 1-1

**Für die folgenden Fragen denke/denken Sie bitte daran, wie es letzte Woche war. Haben Deine/Ihre Mutter bzw. Dein/Ihr Vater genug Zeit für Dich/Sie gehabt?**

nie, selten, gelegentlich, oft, immer

**Haben Deine/Ihre Mutter bzw. Dein/Ihr Vater Dich/Sie gerecht behandelt?**

nie, selten, gelegentlich, oft, immer

**Konntest Du/Konnten Sie mit Deiner/Ihrer Mutter bzw. mit Deinem/Ihrem Vater reden, wann Du/Sie wolltest/wollten?**

nie, selten, gelegentlich, oft, immer

Quelle: KIDSCREEN-Survey 2003

Gelingt es der Familie andererseits in der Adoleszenz eine neue Balance in der Eltern-Kind-Beziehung zu schaffen, mit beidseitiger Achtung, so kann sich aus der ursprünglichen abhängigen Beziehung eine ausgewogene und tragfähige, auf Gegenseitigkeit bezogene Beziehung entwickeln. Da sowohl die Qualität der Kommunikation als auch die Quantität für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen eine wichtige Rolle spielen, werden folgende Aspekte behandelt:

- das Ausmaß an Zeit, das die Eltern für ihre Kinder aufwenden,
- das Maß an gerechter Behandlung durch die Eltern, und
- die Möglichkeit, mit den Eltern „über alles reden“ zu können (vgl. Itembox 1-1).

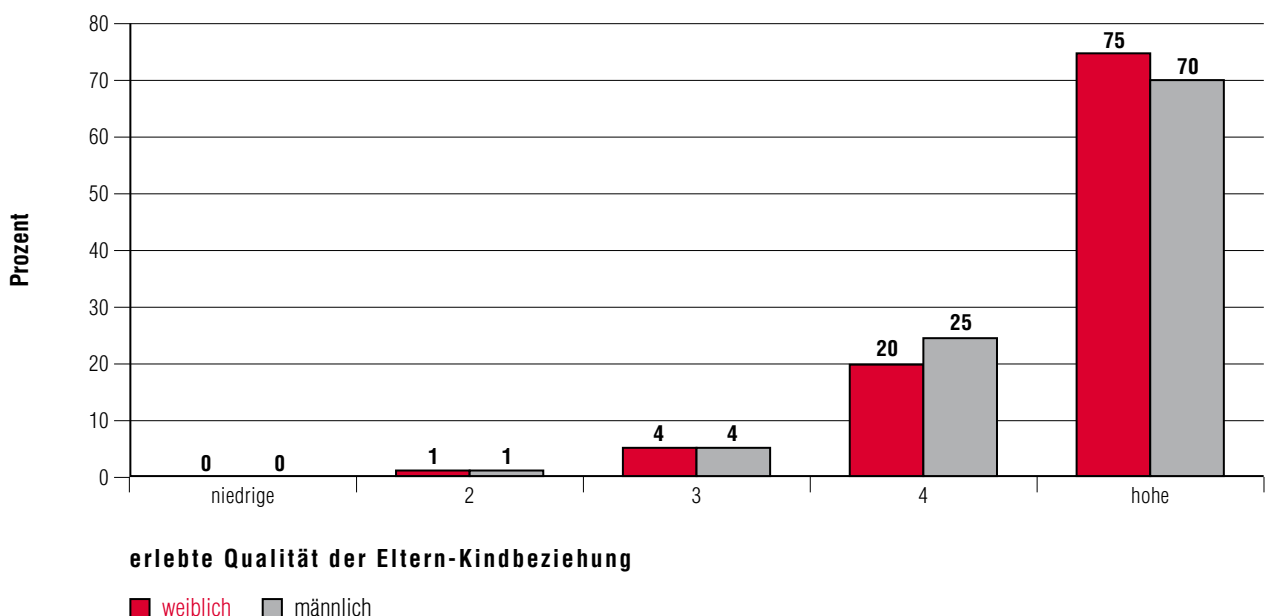
Bei 67% der Befragten haben die Eltern immer genug Zeit für ihre Kinder; bei 22% ist das zumindest oft der Fall. Bei 8% kommt das jedoch nur gelegentlich, insgesamt bei 4% sogar nie vor: deren Eltern haben offenbar keine Zeit für sie. Dieser Anteil liegt bei den 10- bis 12-Jährigen, die besonders hohen Bedarf an elterlicher Unterstützung haben, leider besonders hoch 7%.

Je älter die Jugendlichen werden, desto geringer ist freilich der Bedarf an elterlicher Kommunikation, weshalb diese Anteile abnehmen. Aber immerhin noch 84% der 19- bis 22-Jährigen geben an, dass ihre Eltern oft oder immer genug Zeit für sie haben.

Die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen scheinen auch mit dem elterlichen Verhalten zufrieden sein: 76% geben an, dass sie von ihren Eltern immer gerecht behandelt werden, 80% können immer mit ihren Eltern reden. Die Problemgruppe, für die beides nie oder nur selten zutrifft, umfasst etwa 5%.

Zu einem Index „Eltern-Kind-Beziehung“ zusammengefasst, kann für knapp drei Viertel (72%) der Kinder und Jugendlichen eine hohe Qualität der Familienbeziehungen konstatiert werden, wohingegen 5% unter offenbar schwierigen Verhältnisse aufwachsen. Die Geschlechter unterschieden sich diesbezüglich kaum (vgl. Grafik 1-5).

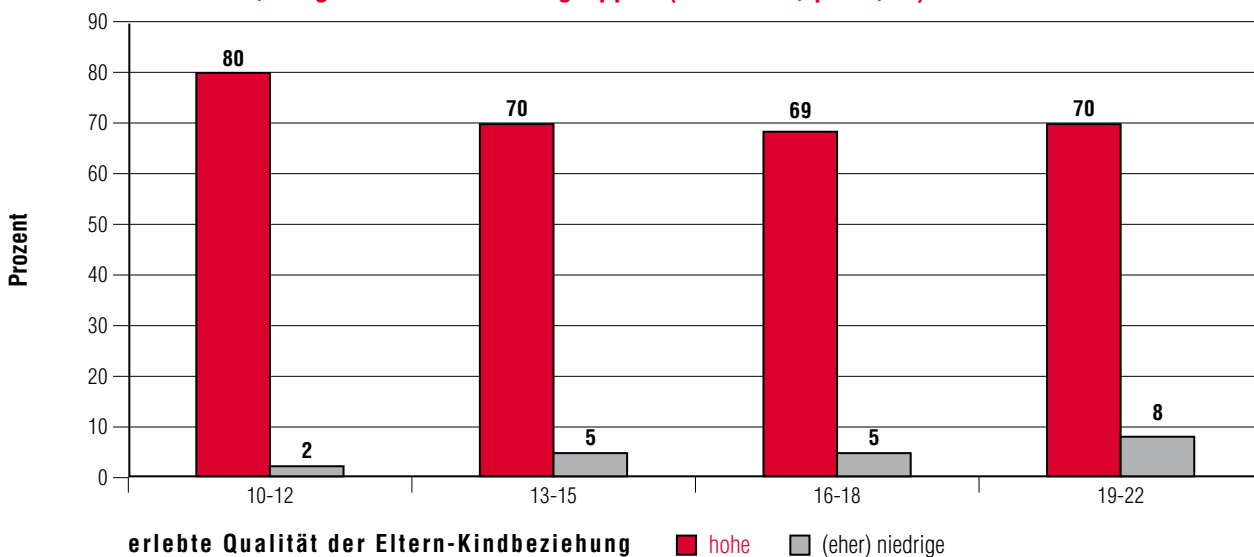
**Grafik 1-5: Erlebte Qualität der Eltern-Kindbeziehung der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen (s. Index 3), dargestellt für die Geschlechter (n = 2.960, p < 0,01)**



Durchschnittlich bewerten die 10- bis 12-Jährigen ihr Verhältnis zu den Eltern besser als die restlichen Altersgruppen. Mit Einsetzen der Pubertät erfolgt offensichtlich ein Bruch und die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung nimmt drastisch ab. Offenbar ist die Pubertät nach wie vor ein Phänomen, mit dem Familien nicht so recht umzugehen wissen (vgl. Grafik 1-6).

1.

**Grafik 1-6: 10- bis 22-jährige Kärntner/innen, die die erlebte Qualität der Eltern-Kindbeziehung (s. Index 3) als hoch oder eher niedrig (Wertebereich 1 bis 3 zusammengefasst) einschätzen, dargestellt nach Altersgruppen (n = 2.957, p < 0,01)**



### 1.3 Die Nachbarschaft als Setting für die Gesundheit

Gute Nachbarschaft ist für eine gute Wohn- und Wohlfühlqualität sehr entscheidend, denn Nachbarn sind mehr als Menschen, die nur neben einem wohnen, sondern auch ein Garant für Hilfe in Notfällen und für gegenseitige Unterstützung. Gute Nachbarschaft ist ein wirksames Mittel gegen Isolation und Vereinsamung. Die Nachbarschaft kann sich auf das kognitive und emotionale Wohlbefinden, sowie auf das (Gesundheits-)Verhalten von Kindern und Jugendlichen auswirken (Curtis et al. 2004). So kann eine „gute Nachbarschaft“ zum Teil dazu beitragen, dass gewisse Defizite – wie zum Beispiel Verhaltensauffälligkeiten - bei sozioökonomisch schlechter gestellten Kindern und Jugendlichen ausgeglichen werden (Jones 2003). Die Qualität einer Nachbarschaft drückt sich im nachbarschaftlichen Zusammenhalt aus, in der Unterstützung in Notfällen und im Ausmaß an erlebter Sicherheit bzw. im Vorhandensein an Problemsituationen wie Gewalttätigkeit, Drogen- oder Alkoholmissbrauch (Curtis et al. 2004).

#### 1.3.1 Qualität der Nachbarschaft

84% der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen fühlen sich in ihrer Wohngegend sehr, weitere 12% ziemlich sicher. Lediglich 5% fühlen sich nur mittelmäßig, wenig oder gar nicht sicher. Sowohl für beide Geschlechter als auch für die einzelnen Altersgruppen fällt diese Verteilung in etwa gleich aus. Vergleicht man die Kärntner Bezirke miteinander, so fühlen sich die Kinder und Jugendlichen in Sankt Veit und Wolfsberg am sichersten (vgl. Anhang).

#### Itembox 1-2

**Fühlst Du Dich/Fühlen Sie sich in der Gegend, in der Du wohnst/Sie wohnen sicher?**  
gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

**Kennst Du/Kennen Sie einige Deiner/Ihrer Nachbarn persönlich?**  
ja, nein

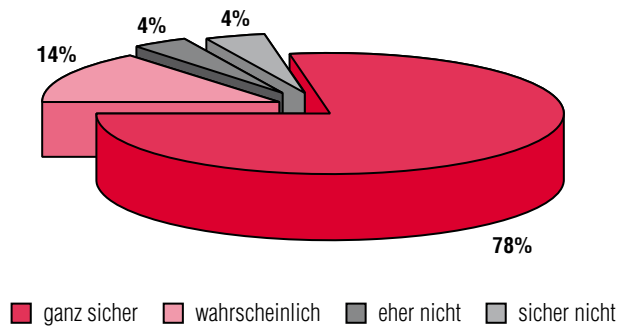
**Nimm an/Nehmen Sie an, Du hättest/Sie hätten den Hausschlüssel verloren und niemand wäre zu Hause, um Dir/Ihnen zu öffnen. Könntest Du/Könnten Sie in so einem Fall vorübergehend zu Deinen/Ihren Nachbarn gehen?**  
ganz sicher, wahrscheinlich ja, eher nicht, sicher nicht

Quelle: LBIMGS 2004

94% der Kärntner Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen kennen einige ihrer Nachbarn persönlich. Nur 6% können das nicht von sich behaupten. Die Kinder in den ländlichen Bezirken (Wolfsberg, Sankt Veit) kennen ihre Nachbarn etwas häufiger persönlich als die Kinder in den Städten (Klagenfurt, Villach).

78% sind sich ganz sicher, dass sie vorübergehend in der Wohnung der Nachbarn unterkommen könnten, wenn sie keinen Haustürschlüssel hätten. 14% halten dies für sehr wahrscheinlich. 8% glauben, dass dies eher oder sicher nicht der Fall sein könnte (vgl. Grafik 1-7).

**Grafik 1-7: Eingeschätzte Wahrscheinlichkeit der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, vorübergehend bei den Nachbarn unterkommen zu können, wenn sie ihren Haustürschlüssel vergessen haben (n = 3.193)**



## 1.4 Die Schule als Setting für die Gesundheit

Die Schule stellt – neben der Familie – sicher den einen wichtigsten Lebensraum für Kinder und Jugendlichen dar, für und in dem sie einen beachtlichen Teil ihrer Zeit verbringen, dabei Kompetenzen entwickeln und Unterstützung beim Lernen erhalten. Vielfältige Forschungen zeigen, dass Gesundheit, Wohlbefinden und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen signifikant mit den Erfahrungen zusammenhängen, die sie im Kontext der Schule machen. Dazu gehören Stress, Ängste, unerwünschte soziale Beziehungen und das Schulklima als solches (für eine Übersicht: Samdal/Dür 2002; Samdal et al. 2004). Die Belastungen durch die schulischen Aufgaben spielen dabei ebenso eine Rolle wie die Qualität der Beziehungen zu den Mitschülern/ Mitschülerinnen und Lehrkräften, das Ausmaß ihrer Hilfestellungen (Dür & Griebler 2004; Dür et al. 2001) und das Schulklima insgesamt (Ravens-Sieberer et al. 2001).

### Itembox 1-3

**Für die folgenden Fragen denke/denken Sie bitte daran, wie es letzte Woche war. Bist Du/Sind Sie in der Schule glücklich gewesen?**

gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

**Bist Du/Sind Sie in der Schule gut zurecht gekommen?**

gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

**Konntest Du/Konnten Sie gut aufpassen?**

gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

**Bist Du/Sind Sie gut mit Deinen/Ihren Lehrerinnen und Lehrern ausgekommen?**

gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

**Fühlst Du Dich/Fühlen Sie sich durch das belastet, was in der Schule von Dir/von Ihnen verlangt wird?**

gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich stark, sehr stark

Quelle: KIDSCREEN-Survey 2003

1.

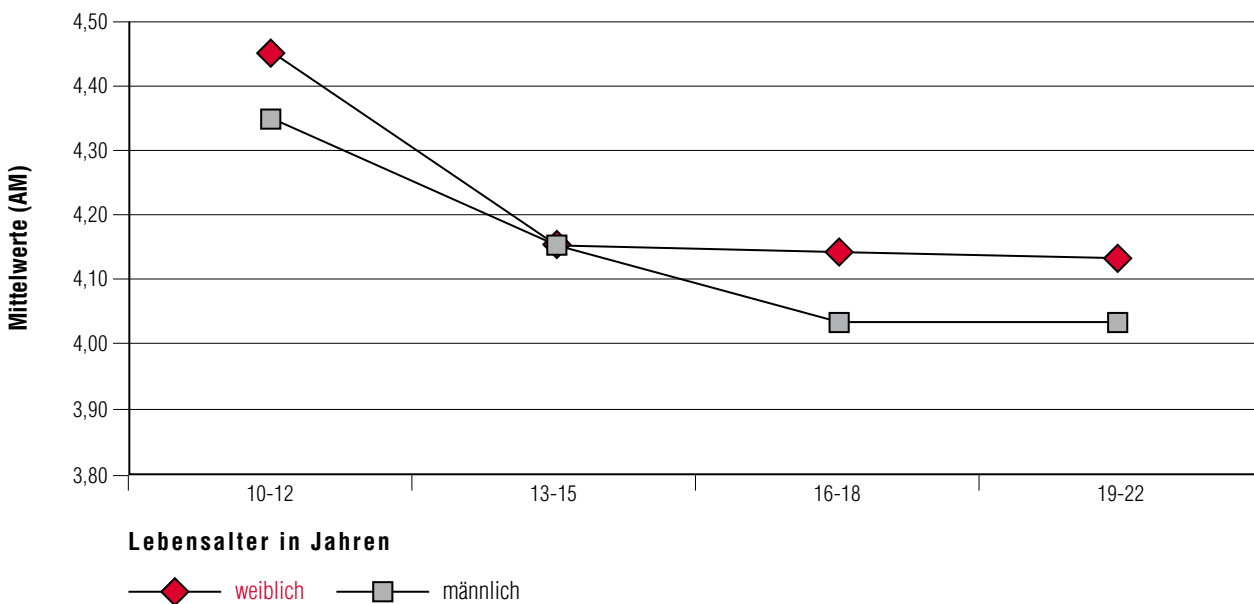
**Wie erleben die 70% der Kärntner Kinder und Jugendlichen, die noch Schüler/innen sind, ihre Schule?**

Große Mehrheiten verbinden mit ihrer Schule positive Gefühle und sind gut mit den gestellten Aufgaben zurecht gekommen. So sagen 39%, dass sie – bezogen auf die vergangene Woche - in der Schule sehr, 34% ziemlich glücklich gewesen sind; 85% sind sehr gut oder gut zurecht gekommen, 83% konnten sich gut konzentrieren, 70% fühlten sich nicht oder nur wenig belastet und ebenfalls 83% sind auch mit den Lehrerinnen und Lehrern gut ausgekommen. Für etwa 15% bis 17% trifft das alles jedoch in nur geringem Ausmaß oder gar nicht zu.

Für dieses Erleben der Schule besteht ein überaus klarer Alterseffekt, indem die 10- bis 12-Jährigen die Schule sehr positiver erleben als die Älteren, bei denen der Anteil derer mit unangenehmen Erfahrungen auf etwa ein Drittel ansteigt. Dieser Einbruch der positiven Schulerfahrungen tritt mit dem 13. Lebensjahr ein: auch hier schlägt also die „Pubertätsfalle“ zu, was anzeigt, dass auch die Schulen mit den pubertierenden Kindern nicht wirklich gut umzugehen weiß. Diese Entwicklung gilt für beide Geschlechter gleichermaßen.

Zu einem fünfstufigen Index „Qualität der Schulerfahrungen“ zusammengefasst, kann für knapp die Hälfte (47%) der Kärntner Kinder und Jugendlichen gesagt werden, dass die Schule ein positiv erlebtes, heraus-, aber nicht überforderndes soziales Umfeld darstellt. Für 42% trifft das mit Einschränkungen zu, für 11% kaum bis gar nicht. Als Durchschnittswert bei einem Range von 1 (niedrig) bis 5 (hoch) ausgedrückt: die Qualität der Schulerfahrungen in Kärnten liegt bei 4,22 (AM). Dieser Durchschnittswert nimmt mit dem Alter in der oben beschriebenen Weise ab und fällt auf den Tiefpunkt von 4,09 (AM) in der Altersgruppe der 16- bis 22-Jährigen (vgl. Grafik 1-8).

**Grafik 1-8: Qualität der Schulerfahrungen (s. Index 4) der 10- bis 22-jährigen Schüler/innen, dargestellt nach den Altersgruppen und für die Geschlechter (Mittelwerte)**  
 (n = 2.232, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p > 0,05)  
 Range des Index: 1 (niedrig) – 5 (hoch)

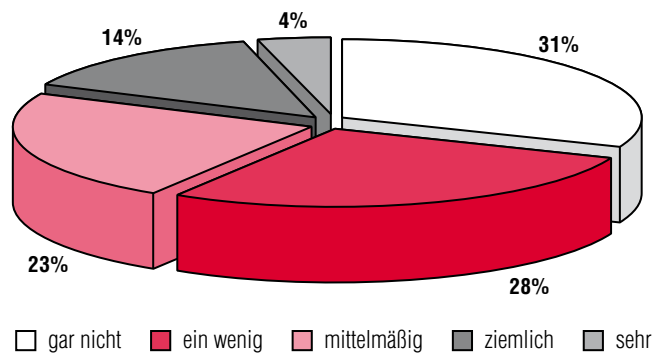


**1.4.1 Weiterführende Ausbildungen (Studium etc.)**

5% aller befragten Kärntner/innen studieren an einer Universität, Hochschule, Akademie etc.. Die Studierenden sind von den Bedingungen an den Hochschulen ähnlich beeinflusst wie die Schüler/innen. Aus diesem Grund wurden ihnen die gleichen Fragen gestellt wie den Schüler/innen. Interessanterweise erleben die Studenten und Studentinnen ihre Universität, Fachhochschule oder Akademie sehr ähnlich wie die Schüler/innen, also insgesamt überwiegend positiv (vgl. Anhang G). Die Belastung durch ein Studium scheint aber höher zu sein als durch die Schule. Nur rund ein Drittel der Studierenden (31%) fühlt sich durch die Ausbildung gar nicht belastet, 70% sehr wohl: 28% ein wenig, 23% mittelmäßig stark, 14% ziemlich und 4% sehr stark (vgl. Grafik 1-9).



**Grafik 1-9: Ausmaß der Belastung am Ausbildungsplatz (Hochschule, Akademie oder Kolleg) bei den 18- bis 22-jährigen Kärntner/innen (n = 317)**



## 1.5 Die Arbeitswelt als Setting für die Gesundheit

Zahlreiche Untersuchungen haben die Bedeutung der Arbeit für die Gesundheit bzw. für die Entstehung von Krankheiten nachgewiesen (Karasek & Theorell 1990; Greif, Bamberg et al. 1991; Rosenbrock 1993; Bödeker, Friedel et al. 2002). Man geht heute davon aus, dass 50% aller Erkrankungen bei der arbeitenden Bevölkerung durch Faktoren der Arbeitswelt bedingt sind. 60% aller Erwerbstätigen, die im Rahmen der Dritten Europäischen Umfrage über die Arbeitsbedingungen 2000 zu ihrem Gesundheitszustand befragt wurden (Merllié & Paoli 2002), führen Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit auf ihre Arbeit zurück.

### Itembox 1-4

**Insgesamt gesehen, wie zufrieden bist Du/sind Sie mit Deiner/Ihrer Arbeit – sei es im Beruf, beim Heer oder im Zivildienst?**

überaus zufrieden, sehr zufrieden, zufrieden, wenig zufrieden, gar nicht zufrieden

**Fühlst Du Dich/Fühlen Sie sich mit Deinem/Ihrem Unternehmen bzw. Deiner/Ihrer Institution verbunden?**

gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

**Kannst Du Dich Deinen/Können Sie sich Ihren Vorgesetzten anvertrauen?**

gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

**Achten Deine/Ihre Vorgesetzten auf die Gefühle der Mitarbeiter?**

gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

**Kannst Du Dich/Können Sie sich auf Deine/Ihre Arbeitskollegen verlassen, wenn in der Arbeit Probleme auftauchen?**

gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

**Wirst Du/Werden Sie von Deinen/Ihren Arbeitskollegen aktiv unterstützt, so dass Du/Sie es in der Arbeit leichter hast/haben?**

gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

Quelle: WEG 2003

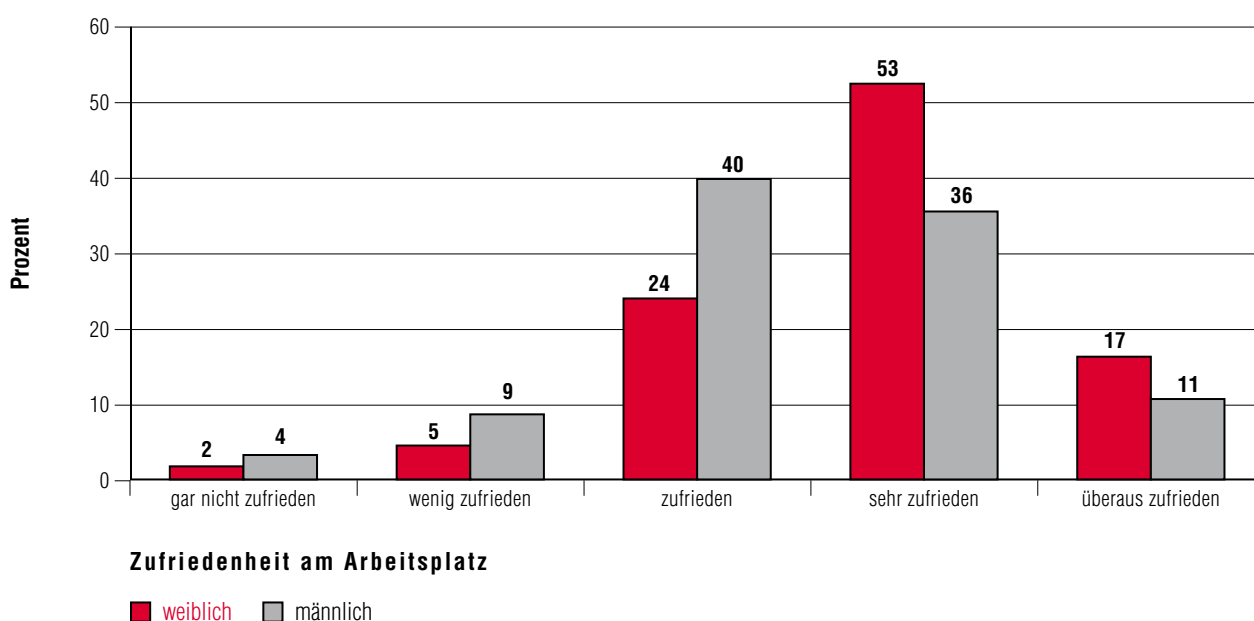
Die Arbeit kann aber auch eine Möglichkeit zur Persönlichkeitsentfaltung und eine Quelle von Sinn und Wohlbefinden im Leben sein. Ist dies der Fall, trägt die Arbeit zur Entstehung von Gesundheit („Salutogenese“) bei (Badura & Hehlmann 2003). Belastungen in der Arbeit sind nicht nur physischer Natur, sondern heute in noch größerem Umfang psychosozialer, wie zum Beispiel Mobbing durch Mitarbeiter/innen, Bossing durch die Vorgesetzte/n oder ein übermäßiger Leistungsdruck.

1.

Um die gesundheitsrelevante Qualität des Arbeitsplatzes zu erfassen, wurden folgende Dimensionen beobachtet: Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz als eine Art Gesamtbewertung, Identifikation mit dem Betrieb, Vertrauen in die Führung als Maßstab für die Qualität der Führung, Respektvoller Umgang gegenüber den Mitarbeiter/innen als Führungsqualität, soziale Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen als zentrale Ressource am Arbeitsplatz.

15% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind bereits berufstätig, 2% waren zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos. 14% der Berufstätigen sind mit ihrem Arbeitsplatz überaus, weitere 43% sehr zufrieden. Die jungen Frauen geben deutlich häufiger an, überaus oder sehr zufrieden mit ihrem Arbeitsplatz zu sein als die jungen Männern (vgl. Grafik 1-10).

**Grafik 1-10: Eingeschätzte Arbeitszufriedenheit der 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für die Geschlechter (n = 550, p < 0,01)**



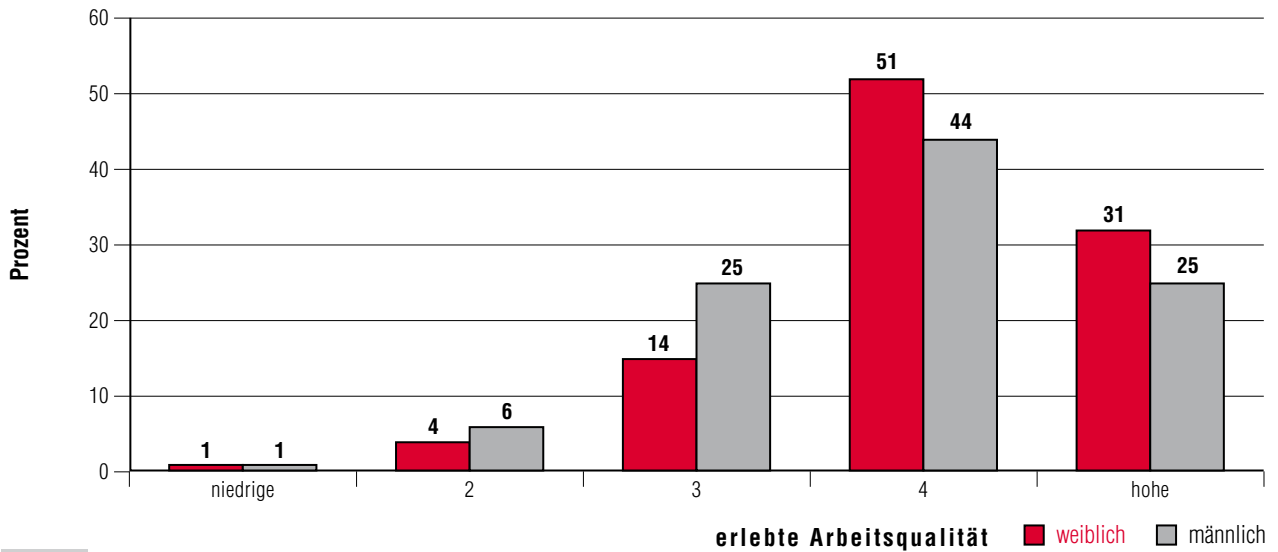
**Weitere Ergebnisse:**

- 27% der Arbeitnehmer/innen fühlen sich mit ihrem Unternehmen sehr verbunden, bei weiteren 36% trifft das ziemlich zu;
- 68% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind der Meinung, dass sie sich ihrem/ihrer Vorgesetzten anvertrauen können;
- 66% der Befragten denken, dass ihre Vorgesetzten sehr oder ziemlich auf die Gefühle ihrer Mitarbeiter/innen achten;
- 49% der Kärntner/innen haben das Gefühl, dass sie sich auf ihre Arbeitskollegen und -kolleginnen verlassen können, 36% sind sich dessen ziemlich sicher;
- 52% fühlen sich durch ihre Kollegen und Kolleginnen sehr, weitere 34% ziemlich unterstützt.

Für das Verhältnis zu den Vorgesetzten besteht ein deutlicher Geschlechtseffekt: die jungen Frauen sind mit 76% weit-aus häufiger der Meinung, dass ihre Vorgesetzten sehr oder ziemlich auf die Gefühle der Mitarbeiter/innen Rücksicht nehmen, bei den jungen Männern sind das „nur“ 59%. Inwieweit dieser Effekt durch das Geschlecht oder durch die Branchenzugehörigkeit bedingt, kann nicht gesagt werden (vgl. Grafik 1-11).

Insgesamt erleben ein Drittel der jungen Frauen und ein Viertel der jungen Männer eine hohe Qualität an ihrem Arbeitsplatz. Bei einem Drittel der Männer und einem Fünftel der Frauen ist diese aber doch deutlich eingeschränkt.

**Grafik 1-11: Erlebte Arbeitsplatzqualität (s. Index 6) der 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für die Geschlechter (n = 518, p < 0,01)**



## 1.6 Peerkontakte

Peers oder gleichaltrige Freunde und Freundinnen sind wichtige soziale Netzwerke der Jugendlichen. Sie konstituieren den sozialen Raum, in dem Normen und Werte geformt werden, soziale Unterstützung geboten wird und gesundheitsrelevante Verhaltensformen entwickelt werden. Peertreffen finden in der Freizeit statt und erfüllen eine wichtige Pufferfunktion gegenüber Familie und Schule (Dür et al. 2002). Junge Menschen schätzen die Beziehungen zu ihren Freundinnen/Freunden, mit denen sie die gleichen Werte und Probleme teilen und denen sie sich anvertrauen können (Bowlby 1984; Schultz & Moore 1989). Interaktionen mit Freunden verbessern die sozialen Fähigkeiten und den geeigneten Umgang mit stressigen Situationen (Berndt 1992); außerdem fungieren Freunde als wichtige Informationsquelle, wenn es um die Verbreitung von Wissen über Risiko- und Sexualverhalten geht (Millstein 1995). Auch die soziale Unterstützung durch Freundinnen/Freunden wird für die Gesundheit als sehr bedeutsam erachtet: so weisen zum Beispiel Personen, die nicht sozial integriert sind, weitaus mehr Probleme mit ihrer körperlichen und emotionalen Gesundheit auf (Page et al. 1994). Studien haben überdies gezeigt, dass die Funktion des Freundeskreises mit Alter und Geschlecht variiert (Fallon & Bowles 1997). So empfinden Mädchen etwa die Zugehörigkeit zu dem Freundeskreis wichtiger als Jungen (Brown et al., 1986).

Für die Quantität der Peerkontakte interessiert:

- die soziale Unterstützung, die die Befragten durch ihren Freundeskreis erfahren
- gemeinsam geteilte schöne Erlebnisse
- und die Verlässlichkeit der Freundinnen und Freunde.

### Itembox 1-5

**Für die folgenden Fragen denke/denken Sie bitte daran, wie es letzte Woche war. Hast Du/Haben Sie Zeit mit Deinen/Ihren Freunden verbracht?**

nie, selten, gelegentlich, oft, immer

**Hast Du/Haben Sie mit Deinen/Ihren Freunden Spaß gehabt?**

nie, selten, gelegentlich, oft, immer

**Haben Du/Haben Sie und Deine/Ihre Freunde Euch/sich gegenseitig geholfen?**

nie, selten, gelegentlich, oft, immer

**Hast Du Dich/Haben Sie sich auf Deine/Ihre Freunde verlassen können?**

nie, selten, gelegentlich, oft, immer

Quelle: KIDSCREEN-Survey 2003

1.

70% der Kinder und Jugendlichen verbringen häufig Zeit mit ihren Freunden und Freundinnen, 20% nur gelegentlich, 11% tun dies nur selten oder nie. Die Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren verbringen am meisten Zeit mit den Freunden und Freundinnen. In dieser Lebensphase spielen die Peerkontakte eine besonders wichtige Rolle im Ablösungsprozess vom Elternhaus. Besonders in der Altersgruppe der 13- bis 15-Jährigen - in dieser Hochphase der Pubertät - sind einerseits Freundschaften sehr wichtig und andererseits die Bedeutung der Beziehungspartner/innen noch nicht so groß. Wenn die Jugendlichen älter werden, treten die Peers ein bisschen mehr in den Hintergrund und machen für Arbeitskolleginnen und -kollegen und vor allem für den/die Partner/in Platz.

Die 13- bis 15-Jährigen beurteilen ihren Freundeskreis auch am positivsten, 58% bescheinigen ihm eine hohe Qualität, nur 3% können das nicht von ihren Freunden oder Freundinnen sagen. Bei den jüngeren und auch bei den älteren Kärntner/innen ist dies etwas seltener der Fall.

## 1.7 Jugendvereine als Setting für die Gesundheit

Einrichtungen wie Jugendzentren oder -vereine haben eine wichtige Netzwerkfunktion (Noam et al. 2002) und können einen bedeutenden Beitrag für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen leisten (Behrman 1999). Sie bieten ihnen einen schützenden Rahmen für außerschulische Aktivitäten und fördern Peerkontakte. Die Verfügbarkeit von grundlegenden infrastrukturellen Gesundheitseinrichtungen ist daher ein wichtiger Faktor für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Je besser diese für sie verfügbar sind, umso besser ist auch ihre Gesundheit (Fay et al. 2005). 39% der befragten Kärntner Kinder und Jugendlichen sind in einem Verein und 10% in zwei oder mehreren Vereinen aktiv, was unabhängig von dem Bezirk ist, in dem die Jugendlichen wohnen. 51% der jungen Kärntner/innen sind indes in keinem Verein Mitglied (vgl. Tabelle 1-7).

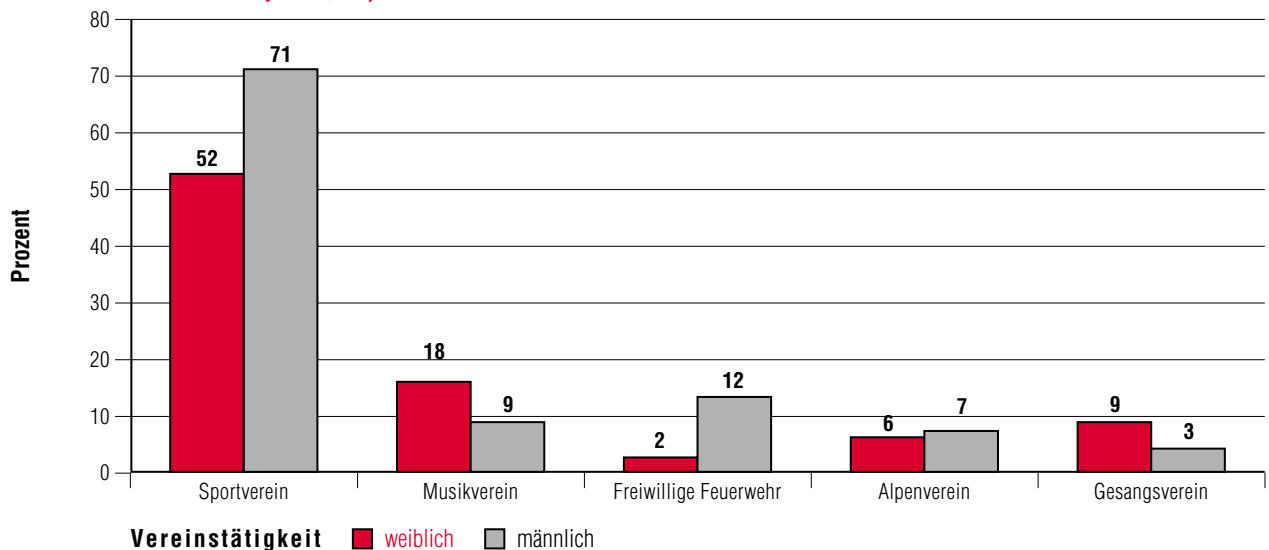
**Tabelle 1-7: Vereinsmitgliedschaft der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach den Altersgruppen und für die Geschlechter**

***Bist Du/Sind Sie Mitglied in einem der folgenden Vereine oder nimmst Du/nehmen Sie regelmäßig an dessen Aktivitäten teil?***

Prozent	10-12	13-15	16-18	19-22	w	m	gesamt	n =
Alpenverein	2,5	2,3	4,0	3,3	2,2	3,8	3,0	3.211
Freiwillige Feuerwehr	1,3	3,5	5,0	5,4	0,8	6,8	3,9	3.212
Gesangsverein	3,0	2,8	2,0	2,4	2,6	1,5	2,5	3.213
Jugendarbeit einer politischen Partei	0,0	0,5	1,5	1,7	0,7	1,2	0,9	3.211
Jungschar	3,0	1,2	0,4	0,4	1,7	0,8	1,2	3.211
Musikverein	8,5	6,1	5,5	4,7	7,3	4,9	6,1	3.210
Naturfreunde	0,6	1,9	1,8	0,6	1,0	1,5	1,2	3.211
Pfadfinder	1,0	0,8	0,3	0,4	0,3	1,0	0,7	3.210
Sportverein	37,3	35,2	27,3	24,9	21,0	40,2	30,8	3.211
Trachtenverein	1,2	0,5	1,1	1,8	1,4	0,9	1,2	3.211
Volkstanzgruppe	1,8	1,1	2,0	2,7	2,6	1,4	2,0	3.211
in einem anderen Verein	3,9	5,7	7,0	10,7	8,1	6,0	7,1	3.210
bin nirgends Mitglied	46,6	49,6	54,3	54,5	59,9	43,3	51,4	3.210

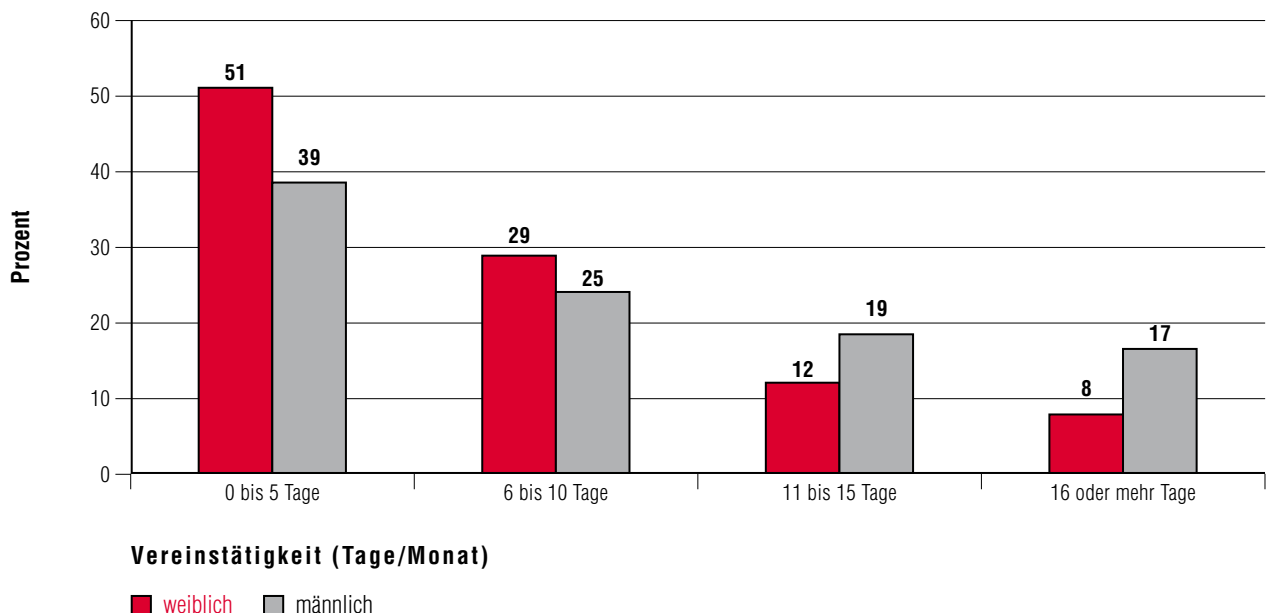
Von den 49% der Befragten, die in einem Verein engagiert sind, die meisten in einem Sportverein engagiert (67%) oder in einem Musikverein (13%) (vgl. Grafik 1-12).

**Grafik 1-12: Vereinsmitgliedschaft der 10- bis 22-jährigen vereinsaktiven Kärntner/innen, dargestellt für ausgewählte Vereine und für die Geschlechter (n = 1.560, p < 0,01 außer für den Alpenverein p > 0,05)**



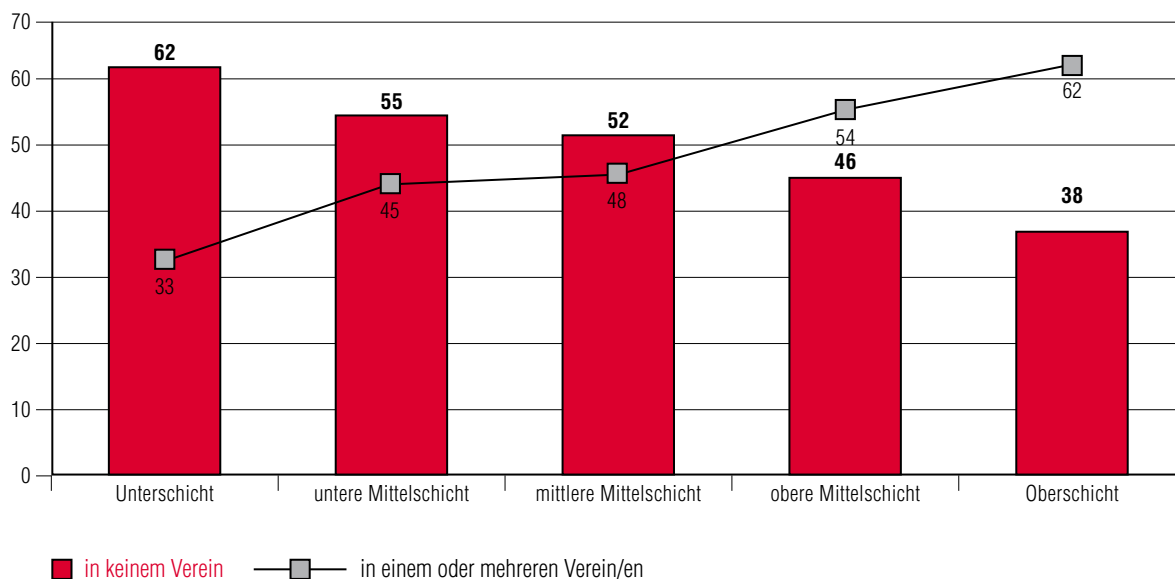
41% der jugendlichen Vereinsmitglieder sind an einem bis fünf Tag/en im Monat in ihrem Verein aktiv. 3% sind nicht besonders aktiv und verbringen gar keinen Tag im Monat mit Vereinsaktivitäten, was zu der Vermutung Anlass gibt, dass es sich hierbei um sogenannte „Karteileichen“ handelt. 27% der Kinder und Jugendlichen sind hingegen sechs bis zehn Tage im Monat im Verein aktiv und 14% der Jugendlichen sogar an 16 oder mehr Tagen. (vgl. Grafik 1-13).

**Grafik 1-13: Ausmaß an Vereinsaktivität (Tage/Monat) der 10- bis 22-jährigen vereinsaktiven Kärntner/innen, dargestellt für das Geschlecht (n = 1.556, p < 0,01)**



Die Mädchen und jungen Frauen sind dabei signifikant seltener Mitglied im Verein und entsprechend weniger aktiv als die Burschen. Die Altersgruppe der 19- bis 22-Jährigen engagiert sich deutlich weniger in Vereinen. Möglicherweise liegt das an der beruflichen Tätigkeit, an zunehmenden anderen Verpflichtungen und am sinkenden Interesse. Die Mitgliedschaft in Vereinen hängt neben dem Alter und dem Geschlecht auch deutlich von der Schichtzugehörigkeit der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen ab (vgl. Grafik 1-14).

**Grafik 1-14: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die in keinem Verein oder in einem oder mehreren Verein/en Mitglied sind, dargestellt nach ihrer Schichtzugehörigkeit (Index 2) (n=3.156, p < 0,01)**



Durch den insgesamt sehr hohen Anteil an Kindern und Jugendlichen, die in Kärnten in einem Verein engagiert sind (49%), ist die Erreichbarkeit der jungen Kärntner/innen über die Vereine sehr gut gegeben. Das heißt, dass zum Beispiel Gesundheitsförderung bei der Jugend nicht nur über die Schule möglich ist, sondern auch über die Vereine. Hier wären gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen sinnvoll und würden eine große Zielgruppe erreichen.

## 1.8 Bewertung des jugendspezifischen Angebotes in Kärnten und seinen Bezirken

Die Bewertung des jugendspezifischen Angebotes<sup>2</sup> erfolgt anhand von fünf Kriterien: der Erreichbarkeit, der Qualität der Angebote, der eingeschätzten Akzeptanz bei den Kindern und Jugendlichen, anhand des Ausmaßes und der Größe des Angebotes in Relation zur Anzahl der Kinder und Jugendlichen und zum Bedarf, der bei den jungen Menschen an diesen Angeboten existiert.

Über alle fünf Bewertungsdimensionen wurde außerdem eine Gesamtbewertung ermittelt. Der Bereich, in dem sich die Bewertungen bewegen, reicht - dem Schulnotensystem folgend - von eins (sehr gut) bis fünf (nicht genügend).

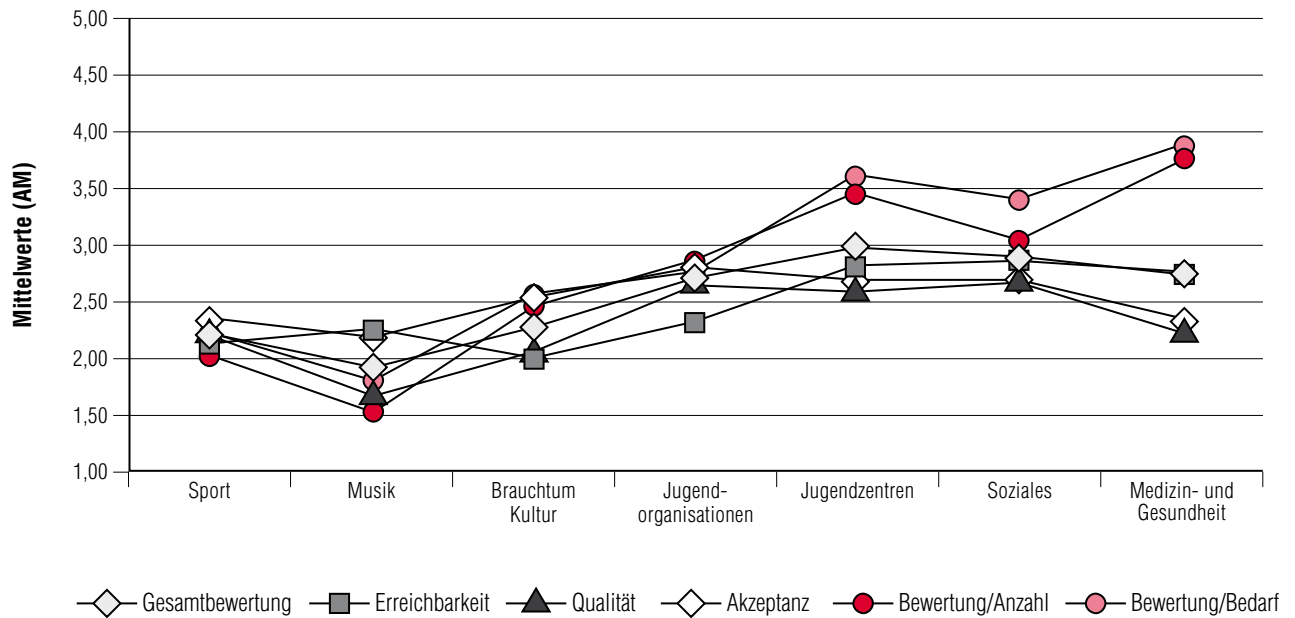
Die folgende Grafik zeigt die durchschnittliche Bewertung des bzw. Einschätzung (Mittelwerte) der kinder- bzw. jugendspezifischen Angebote in den Bereichen Sport, Musik, Brauchtum/Kultur, Jugendorganisationen, Jugendzentren, Soziales sowie Medizin und Gesundheit durch Experten und Expertinnen für Kärnten. Die bezirksspezifischen Bewertungen für die einzelnen Dimensionen finden sich im Anhang (vgl. Anhang B).

Die Bewertung des Sport-, des Musik- und des Brauchtums- bzw. Kulturangebotes für Gesamtkärnten liegt deutlich im positiven Bereich (vgl. Grafik 1-15). Dies gilt im übrigen auch für die einzelnen Kärntner Bezirke. Die Bewertung der Jugendzentren, der politischen und kirchlichen Jugendorganisationen, der Angebote im sozialen Bereich und im Medizin- und Gesundheitsbereich fällt im Vergleich dazu deutlich negativer aus.

<sup>2</sup> Die Bewertung des kinder- und jugendspezifischen Angebotes in Kärnten und seinen Bezirken erfolgt in Form einer Expertinnen-/Expertenbefragung. Dabei handelt es sich um eine relativ weiche Form des Assessments, die zwar mit einer eher beschränkten Aussagekraft einhergeht, jedoch Unterschiede sichtbar machen kann, die dann durchaus ernst zu nehmen sind (vgl. Kap. 7.3).

Dies gilt vor allem für die Bewertungen des Ausmaßes an Angeboten sowie in Bezug auf den Bedarf, der für diese sozialen Angebote besteht. Betrachtet man die eher negativ bewerteten Bereiche für die einzelnen Kärntner Bezirke getrennt (vgl. Anhang B), so zeigt sich, dass es doch bedeutsame Variationen zwischen den einzelnen Bezirken gibt.

**Grafik 1-15: Bewertung des kinder- und jugendspezifischen sozialen Angebotes in Kärnten, dargestellt nach den Bereichen, denen diese Angebote zuzuordnen sind, und den fünf Bewertungsdimensionen sowie einer Gesamtbewertung (Mittelwerte) Spannweite: 1 (sehr gut) bis 5 (nicht genügend)**





# Teil B

## 2.

# Die Gesundheit der Kärntner Kinder und Jugendlichen



Im Sinne der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) entsteht „...Gesundheit (...) dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“

Gesundheit wird als ein dauerhafter Entwicklungs- und Entfaltungsprozess verstanden, der sich auf die individuelle Handlungsfähigkeit in konkreten sozialen Systemen bezieht. Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky stellte im Laufe seiner Forschungen fest, dass es im Grunde weniger verwunderlich ist, dass wir erkranken, viel erstaunlicher ist es, dass wir gesund bleiben, und dies oft unter widrigsten Umständen (vgl. Antonovsky 1979). Angestoßen durch diese Grunderfahrung kam es bei Antonovsky zu einer bedeutsamen Änderung der Blickrichtung von der pathogenetischen zur salutogenetischen Sicht. „Ich gehe davon aus, dass wir alle, bildlich gesprochen, während unseres Lebens in einem Fluss voller Gefahren schwimmen. Oder, um eine für den derzeitigen Winter in Deutschland passendere Metapher zu wählen, dass wir alle eine lange Skipiste herunterfahren, an deren Ende ein unumgänglicher und unendlicher Abgrund ist. Die pathogenetische Orientierung beschäftigt sich hauptsächlich mit denjenigen, die an einen Felsen gefahren sind, einen Baum, mit einem anderen Skifahrer zusammengestoßen sind oder in eine Gletscherspalte fielen. Weiterhin versucht sie uns davon zu überzeugen, dass das Beste ist, überhaupt nicht Ski zu fahren. Die salutogenetische Orientierung beschäftigt sich damit, wie die Piste ungefährlicher gemacht werden kann und wie man Menschen zu sehr guten Skifahrern machen kann“ (Antonovsky 1993, 11).

In diesem Sinn setzt Gesundheitsförderung immer sowohl an Wissen und Fähigkeiten des Individuums an als auch an den weiter oder enger gefassten sozialen, ökonomischen und ökologischen Bedingungen der Lebensverhältnisse an.

## Zusammenfassung

### Gesundheit & Beschwerden

Die **subjektiv empfundene Gesundheit** der jungen Kärntner/innen hängt deutlich mit dem Geschlecht zusammen. 37% der Burschen, aber nur 28% der Mädchen fühlen sich ausgezeichnet gesund. Bei den Mädchen nimmt die subjektive Gesundheit mit zunehmenden Alter ab.

Die **körperliche Gesundheit** der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen liegt höher als der Österreich-Durchschnitt, fällt allerdings mit zunehmendem Alter ab. Wieder ist diese Tendenz bei den Mädchen stärker ausgeprägt.

Etwa 21% der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen sind weitgehend beschwerdefrei. Rund 10% haben regelmäßig körperliche, weitere 25% regelmäßig psychischen Beschwerden. Eine Gruppe (15%) leidet ständig unter psychischen und physischen Beschwerden.

### Lebensqualität

51% der Kärntner Kinder und Jugendlichen schätzen ihre Lebensqualität sehr hoch ein. Einzig bei Mädchen ist mit zunehmendem Alter eine kleine Verschlechterung der Lebensqualität sichtbar.

### Diagnosen mit stationären Aufenthalten

50% aller Fälle stationär behandelter Erkrankungen bei den Kärntner Kindern und Jugendlichen werden von diesen vier Diagnosen abgedeckt: Verletzungen und Vergiftungen, psychische Erkrankungen, Krankheiten des Verdauungssystems und des Atmungssystems. In allen vier Diagnosegruppen wurden die 16- bis 18-Jährigen am häufigsten stationär behandelt.

### Chronische Krankheiten und körperliche Behinderungen

In Kärnten berichten 17% aller 10- bis 22-Jährigen, dass sie von mindestens einer chronischen Erkrankung betroffen sind, wobei Allergien in Kärnten das Hauptproblem darstellen. 28% der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen sind von einer körperlichen Behinderung betroffen, am häufigsten handelt es sich dabei um eine Sehschwäche.

### Unfälle und Verletzungen

Im Jahr 2002 wurden insgesamt 3.184 Fälle von Verletzungen und Vergiftungen in den Krankenanstalten in der Altersgruppe der 10- bis 22-Jährigen behandelt wurden. Davon entfielen 31% Mädchen bzw. jungen Frauen und 69% auf Buben und junge Männer.

### Körpergewicht und Adipositas

17% der 10- bis 15-jährigen Burschen bzw. 19% der Mädchen leiden an Übergewicht und 5% bzw. 6% an Adipositas. Mit zunehmenden Alter nimmt der Anteil der Übergewichtigen allerdings deutlich ab.

### Zusammenhänge zwischen den Gesundheitsoutcomes

Je schlechter die Jugendlichen ihre Gesundheit empfinden, desto häufiger gehen sie auch zu Arzt oder Ärztin und nehmen Medikamente ein. Es lässt sich ein starker Zusammenhang der körperlichen mit den psychischen Beschwerden finden, das zeigen die Daten über psychosomatische Beschwerden. Je höher die Lebensqualität ist, desto seltener sind psychosomatischen Beschwerden zu verzeichnen.

2.

## 2.1 Die subjektiven Einschätzungen der Gesundheit der Kärntner Kinder und Jugendlichen

### 2.1.1 Die subjektiv empfundene Gesundheit

In den vergangenen hundert Jahren konnten in den industrialisierten Ländern sehr große Fortschritte bei der Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit und bei der Beherrschung vieler Infektionskrankheiten gemacht werden, von denen vor allem Kinder betroffen waren. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen konnte ständig verbessert werden. In den letzten Jahren häufen sich jedoch auch Befunde, dass diese positive Entwicklung gebremst wurde: schon Kinder im Volksschulalter leiden vermehrt unter Stress und psychischen und psychosomatischen Beschwerden, psychosoziale Auffälligkeiten und Störungen (z.B. das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom). Chronische Erkrankungen (Allergien etc.) nehmen ebenfalls zu. Auch in Österreich ist dieser Trend beobachtbar und äußert sich unter anderem darin, dass sich das subjektive Gesundheitsempfinden von Kindern und Jugendlichen seit den achtziger Jahren und vor allem mit Einsetzen der Pubertät stetig verschlechtert (Dür et al. 2002). Diese Situation macht die systematische Beobachtung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als öffentliche Aufgabe so wichtig. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Gesundheit eines Menschen zu erfassen. Als ein besonders sensibles Messinstrument hat sich die selbst wahrgenommene oder subjektive Gesundheit erwiesen. Sie zeigt in einem ganz allgemeinen Sinn an, wie gesund, fit, leistungsfähig und „gut drauf“ sich jemand fühlt. Es hat sich gezeigt, dass die Frage nach der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit für das Auftreten von Krankheiten innerhalb der, dem Befragungszeitpunkt folgenden sieben Jahre einen sehr hohen Vorhersagewert besitzt, der zum Teil höher ist als der medizinischer Indikatoren (Stewart & Ware 1992; Idler 1992; Idler & Benyamini 1997).

#### Itembox 2-1

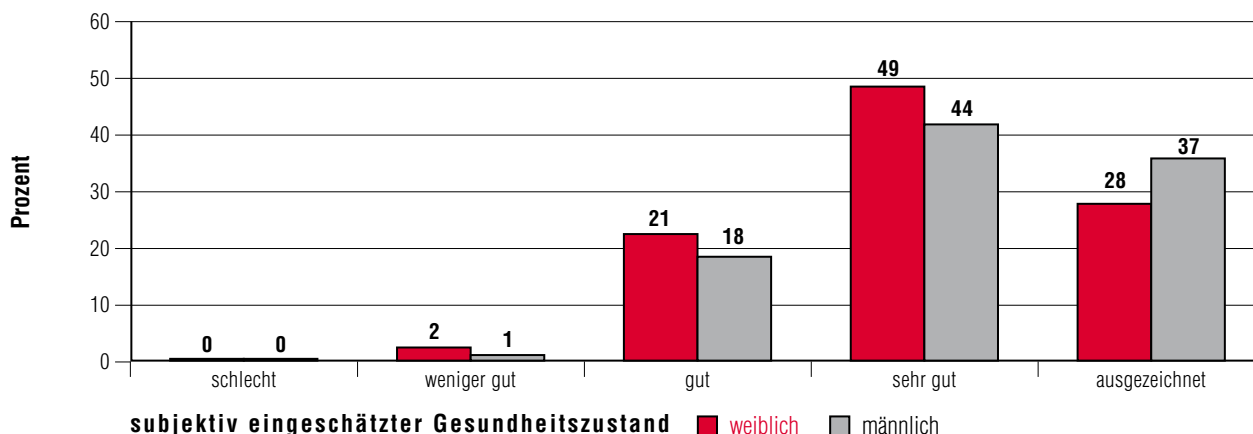
##### Wie würdest Du/würden Sie Deine/Ihre Gesundheit im allgemeinen beschreiben?

Ausgezeichnet, sehr gut, gut, weniger gut, schlecht

Quelle: WHO-HBSC-Survey 2002

Es lässt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gesundheit beobachten. Auch in Kärnten ist dieser bekannte Effekt vorzufinden, dass die Burschen sich gesünder fühlen als die Mädchen: 37% der Burschen und nur 28% der Mädchen fühlen sich ausgezeichnet gesund (vgl. Grafik 2-1). Dieser Unterschied ist aber nur bei denjenigen nachweisbar, die ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet beschreiben. Der Anteil der eher schlecht Gesunden ist bei beiden Geschlechtern gleich groß.

**Grafik 2-1: Der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für die Geschlechter (n = 3.215, Geschlecht: p < 0,01)**



Besonders die Gesundheit der Mädchen erfährt mit zunehmenden Alter eine deutliche Verschlechterung. Fühlen sich noch 36% der 10- bis 12-jährigen Mädchen ausgezeichnet gesund, so sind es nur noch 21% der 19- bis 22-Jährigen. Bei den Burschen und jungen Männern ist diese Tendenz nicht sichtbar. Dies scheint ein Hinweis zu sein, dass es für die Burschen attraktiver ist, ein Mann zu werden und erwachsen zu sein, während es für die Mädchen weitaus schwieriger zu sein scheint, eine erwachsene Frau zu werden. Dies deutet sich bereits in der Pubertät an, wo der Anteil der ausgezeichnet gesunden Mädchen auf 26% fällt. Der körperliche und psychische Reifungsprozess stellt für die Mädchen eine Belastung dar, die sich im subjektiven Gesundheitsempfinden niederschlägt.

## 2.1.2 Die subjektive Einschätzung der physischen Gesundheit

### Wahrgenommenes körperliches Wohlbefinden

Das selbst wahrgenommene körperliche Wohlbefinden untersucht differenzierter das körperliche Aktivitäts- und Energieniveau einer Person. Dieses wird bei Kindern und Jugendlichen in Hinblick auf die Fähigkeit gemessen, mit den Anforderungen in der Schule und zuhause energetisch zurechtzukommen, spielen oder Sport betreiben zu können. Zum subjektiven physischen Wohlbefinden wurde eine 5-Item-Skala gebildet, die die wahrgenommene körperliche Gesundheit auf einer Skala von 0 bis 100 einschätzt (vgl. Kapitel 8). Tatsächlich bewegen sich die Werte in einem Wertebereich zwischen 20 und 80. In Grafik 2-2 sind für die einzelnen Lebensjahre und für beide Geschlechter die Mittelwerte abgebildet. Die Referenzwerte, die einen überregionalen, aber auch internationalen Vergleich mit dem Kärntner Sample ermöglichen, wurden im Zuge eines internationalen EU-Projektes festgelegt (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2001).

### Itembox 2-2

**Wie würdest Du/würden Sie Deine/Ihre Gesundheit im allgemeinen beschreiben?**  
ausgezeichnet, sehr gut, gut, weniger gut, schlecht

**Hast Du dich/Haben Sie sich fit und wohl gefühlt?**  
gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

**Hast Du Dich/Haben Sie sich viel bewegt, z.B. beim Laufen, Klettern, Fahrradfahren?**  
gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

**Konntest Du/Konnten Sie gut laufen?**  
gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

**Bist Du/Sind Sie voller Energie gewesen?**  
nie, selten, gelegentlich, oft oder immer

Quelle: KIDSCREEN-Survey 2003

Die Kärntner Population der 10- bis 22-Jährigen liegt in der Bewertung der körperlichen Gesundheit in positiver Richtung über dem Österreich-Durchschnitt, der wiederum im internationalen Vergleich der am Kidscreen-Projekt beteiligten Länder am höchsten liegt. Das ist die gute Botschaft.

Es ist allerdings ein überaus starker Alterseffekt gegeben: die subjektive Einschätzung der physischen Gesundheit sinkt mit wachsendem Alter stark ab. Die Jungen fühlen sich sehr gesund, die 22-Jährigen liegen deutlich unter dem Kärntner Mittelwert. Insbesondere für die Mädchen ist - ähnlich wie bei der subjektiven Gesundheit - eine drastische Verschlechterung des körperlichen Wohlbefindens zu erkennen. Weisen die 10-jährigen Mädchen noch einen durchschnittlichen Skalenwert von 60 auf, so beträgt dieser Wert bei den 18-Jährigen nur noch 50. Diese Verschlechterung ist auch bei den Burschen sichtbar, wenngleich in einer abgeschwächten Form (vgl. Grafik 2-2).

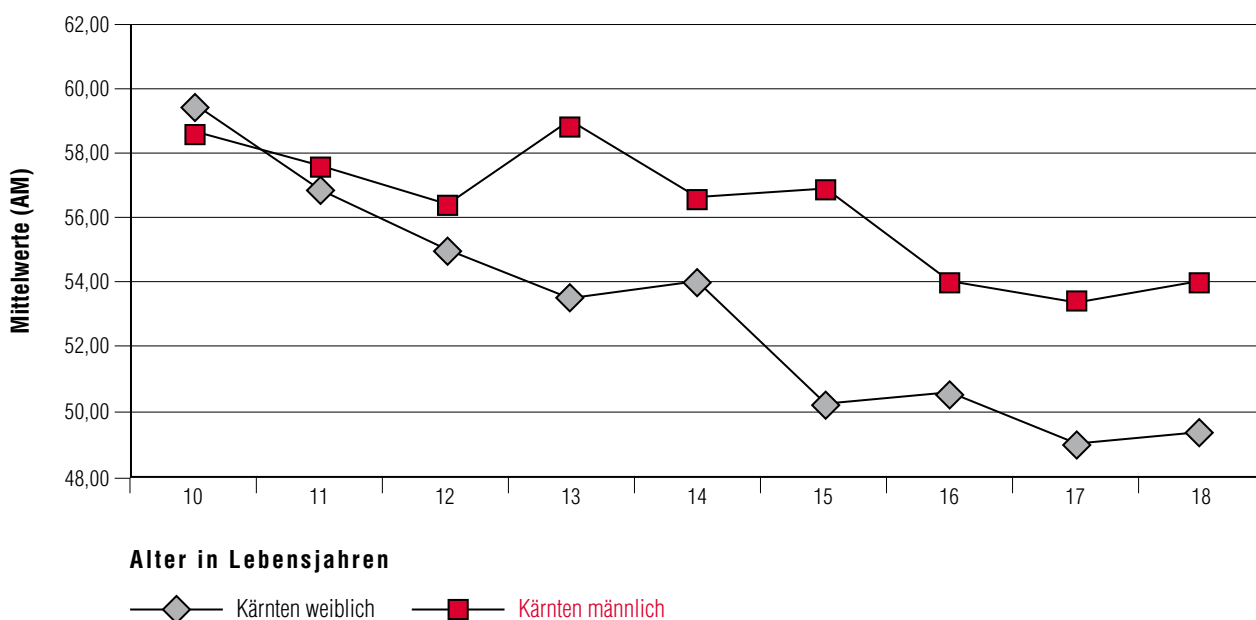
**Grafik 2-2: Das körperliche Wohlbefinden (s. Index 8) der 10- bis 18-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für die Geschlechter (n = 2.234, Alter: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01)**

**Spannbreite des Index: 0 (niedrig) – 100 (hoch)**

**Mittelwert EU (10-18 J.) ..... 49,28**

**Mittelwert A (10-18 J.) ..... 52,64**

**Mittelwert Kärnten (10-18 J.) ..... 54,88**



### 2.1.3 Subjektiv wahrgenommene physische und psychische Beschwerden

Obwohl man sich nach der modernen Gesundheitsdefinition an den Ressourcen orientiert, die einer Person zur Verfügung stehen, sind gesundheitliche Beschwerden und Krankheiten ein Bestandteil des menschlichen Lebens. Erkranken können wir - jeder weiß es - alle. Die Beschwerden können rein körperlicher oder rein psychischer Natur sein, sie können sich aber auch wechselseitig beeinflussen und bedingen. So können die Ursachen für Kopfschmerzen zum Beispiel sowohl in einer beginnenden Erkältung liegen als auch die Folgen falschen Ess- und Trinkverhaltens oder einer Überlastung durch Stress sein.

Mit der Symptomcheckliste für subjektive Beschwerden wird sowohl die psychische als auch die körperliche (somatische) Dimension von Gesundheit abgefragt.

Da es sich hierbei um subjektiv wahrgenommene Beschwerden handelt, müssen die nicht unbedingt mit Arztbesuchen oder ärztlichen Diagnosen einhergehen. In ihrer Gesamtheit können die Beschwerden als Hinweis darauf verstanden werden, dass im Leben der Betroffenen manche Ereignisse die aktuelle Problemlösungskompetenz übersteigen (vgl. Tabelle 2-1).

**Tabelle 2-1: Regelmäßigkeit von körperlichen und psychischen Beschwerden bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen**

*Wie oft hast Du/haben Sie eine der folgenden Beschwerden?*

Prozent	selten oder nie	monatlich	einmal wöchentlich	mehrmals wöchentlich	täglich	n %
Kopfschmerzen	72	17	7	3	1	100 3.210
Magen-/Bauchschmerzen	82	13	3	1	1	100 3.210
Rücken-/Kreuzschmerzen	78	12	6	4	2	100 3.211
Nacken-/Schulterschmerzen	83	9	4	3	1	100 3.213
Nervosität	60	25	11	4	1	100 3.215
Schlafstörungen	82	9	4	4	1	100 3.213
Müdigkeit und Erschöpfung	52	19	15	12	2	100 3.213
Ängste	85	10	4	2	0	100 3.212
Indices 9 und 10	selten oder nie	monatlich mind. eine	wöchentlich mind. eine	mehrmals wöchentlich mind. eine	täglich mind. eine	n %
körperliche Beschwerden	49	27	14	8	3	100 3.205
psychische Beschwerden	33	27	21	16	4	100 3.209



Aus diesen beiden Indices für körperliche und psychische Beschwerden wurde eine Typologie gebildet, die die folgenden fünf Typen umfasst:

**Tabelle 2-2: Matrix der Beschwerdetypen**

Typologie 5: Beschwerdetypen		psychische Beschwerden (Index 9)		
		selten oder nie	monatlich mind. eine	wöchentlich oder öfter mind. eine
körperliche Beschwerden (Index 10)	selten oder nie	A	B	D
	monatlich mind. eine	B	B	D
	wöchentlich oder öfter mind. eine	C	C	E

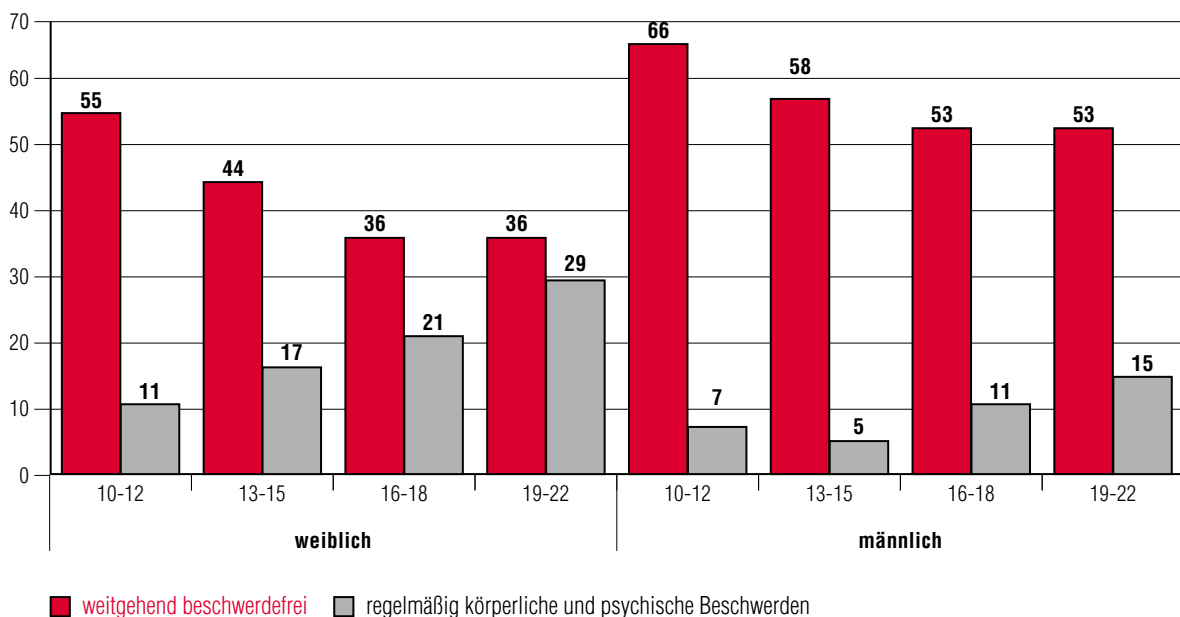
- **Typ A:** Etwa 21% der Gesamtpopulation sind weitgehend beschwerdefrei. Sie haben höchstens einmal im Monat oder seltener eine Beschwerde.
- **Typ B:** 29% der Gesamtpopulation haben gelegentlich Beschwerden, wobei das körperliche und/oder psychische sein können (mind. einmal in Monat eine psychische und/oder physische Beschwerde).
- **Typ C:** 10% der Gesamtpopulation haben regelmäßig körperliche Beschwerden (wöchentlich bis täglich zumindest eine Beschwerdeart) und nie oder nur gelegentlich psychische Beschwerden. Diese Gruppe leidet also primär unter körperlichen Störungen.
- **Typ D:** 25% der Gesamtpopulation haben regelmäßig psychische Beschwerden (wöchentlich bis täglich zumindest eine Beschwerdeart) und nie oder nur gelegentlich körperliche Beschwerden. Diese Gruppe ist primär psychisch belastet.
- **Typ E:** 15% der Gesamtpopulation haben regelmäßig psychische und körperliche Beschwerden (wöchentlich bis täglich zumindest eine Beschwerdeart). Diese Gruppe leidet sowohl unter körperlichen als auch unter psychischen, möglicherweise psychosomatischen Beschwerden.

Allgemein klagen Mädchen und junge Frauen häufiger über Beschwerden als die Burschen, das betrifft vor allem den Typ E (psychosomatische Beschwerden).

Noch stärker als der Geschlechtseffekt ist ein Alterseffekt ausgeprägt: so leiden die älteren Mädchen und Burschen sehr viel häufiger unter Beschwerden als die jüngeren. Berichten „nur“ 11% der 10- bis 12-jährigen Mädchen über regelmäßige psychosomatische Beschwerden, tun dies bereits 29% der 19- bis 22-jährigen. Bei den Burschen sind es 7% bei den jüngeren und 15% bei den älteren. Der Wert verdreifacht sich bei den Mädchen beinahe und bei den Burschen verdoppelt er sich (vgl. Grafik 2-3).

Bei den rein körperlichen oder rein psychischen Beschwerden findet sich hingegen kein Geschlechtsunterschied, wohl aber ein Alterseffekt: die Älteren klagen häufiger über körperliche Beschwerden. Die rein psychischen Beschwerden hingegen haben einen Gipfel in den Altersgruppen der 13- bis 18-Jährigen und scheinen daher mit typischen Pubertätsproblemen zusammenzuhängen.

**Grafik 2-3: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die beschwerdefrei sind bzw. nur gelegentlich unter körperlichen und/oder psychischen Beschwerden leiden (weitgehend beschwerdefrei) oder regelmäßig an körperlichen und psychischen Beschwerden leiden (mind. eine körperliche und eine psychische Beschwerde einmal wöchentlich oder öfter), dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.200, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01)**



## 2.1.4 Die Lebensqualität

Neben der selbstberichteten Gesundheit ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein weiterer wichtiger Indikator für Gesundheit und Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen. Mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist zunächst ein Zustand des Freiseins von einschränkenden körperlichen Beschwerden und auf psychischer Ebene von Sorgen und Kümernissen bezeichnet. Wenn man so will:

ein Zustand der **Entspannung** und **Gelassenheit** im Vollbesitz der Lebensenergie. Damit wird nicht nur das Freisein von etwas Negativem, sondern auch die Erfüllung von etwas Positivem eingeschlossen, nämlich die Erreichung von Lebenszielen.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ist also ein mehrdimensionales Konzept und beinhaltet soziales, physisches, kognitives und emotionales Wohlbefinden sowie die Funktionsfähigkeit in Bezug auf verschiedene Aufgaben (Ravens-Sieberer et al. 2001).

Die Lebensqualität der Kärntner Kinder und Jugendlichen ist insgesamt sehr hoch: 51% stimmen allen sechs Items der Lebensqualitätsdimension maximal zu. Vergleicht man die Mittelwerte von Kärnten mit denen von Österreich und den Kidscreen-Ländern auf einer Skala von 1 bis 5, wobei 5 eine hohe Lebensqualität widerspiegelt, weisen die Kärntner Kinder und Jugendlichen den höchsten Wert auf.

### Itembox 2-3

#### Hast Du dich/Haben Sie sich fit und wohl gefühlt?

gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

#### Bist Du/Sind Sie voller Energie gewesen?

nie, selten, gelegentlich, oft oder immer

#### Hast Du/Haben Sie mit Deinen/Ihren Freunden Spaß gehabt?

nie, selten, gelegentlich, oft oder immer

#### Haben Deine/Ihre Mutter bzw. Dein/Ihr Vater Dich/Sie gerecht behandelt?

nie, selten, gelegentlich, oft oder immer

#### Bist Du/Sind Sie in der Schule/Ausbildungsstätte gut zurecht gekommen?

gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

#### Konntest Du/Konnten Sie gut aufpassen?

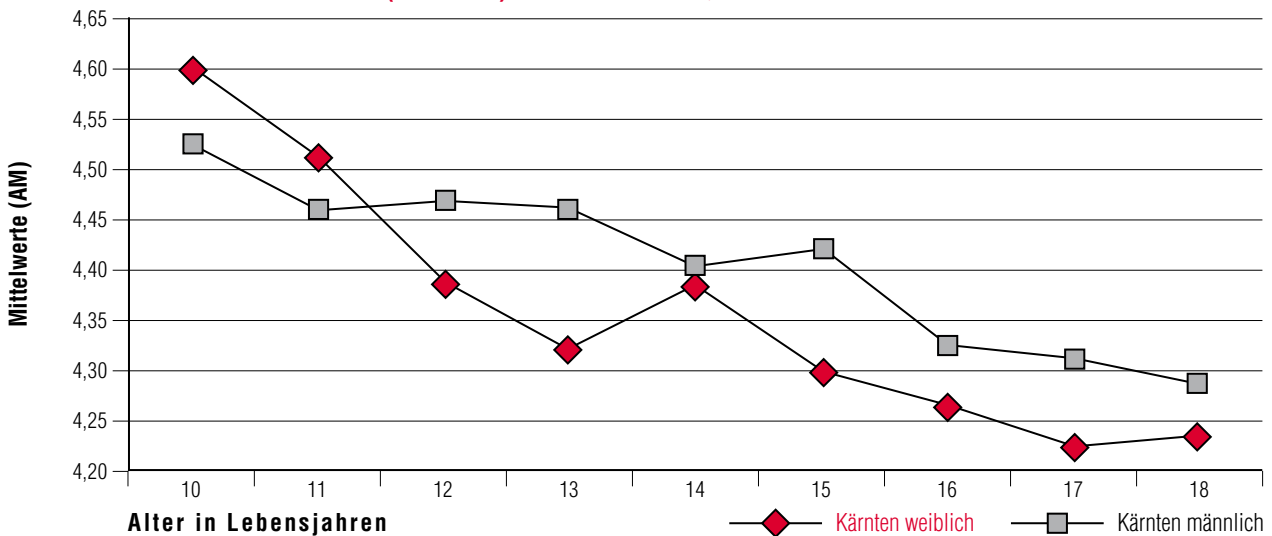
gar nicht, ein wenig, mittelmäßig, ziemlich, sehr

Quelle: KIDSCREEN-Survey 2003

Für Kärnten findet man insgesamt nur leichte Geschlechtsunterschiede, aber einen relevanten Alterseffekt, der vor allem bei den Mädchen ausgeprägt ist: ihre Lebensqualität nimmt mit zunehmendem Alter signifikant ab: die 10-jährigen Mädchen erreichen bei der Lebensqualität noch einen Mittelwert von 4,6, die 18-jährigen hingegen nur mehr einen von rund 4,2 (vgl. Grafik 2-4).

Dieses Ergebnis deckt sich mit der Entwicklung der subjektiven Gesundheit und zeigt abermals an, dass das Erwachsenwerden und das Hineinwachsen in die gesellschaftlichen Rollen für Frauen noch etwas schwieriger ist als für Männer.

**Grafik 2-4: Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der 10- bis 18-jährigen Kärntner/innen (s. Index 11), dargestellt für das Alter (n = 2.057, Alter: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,05)**  
**Spannbereite des Index: 1 (niedrig) – 5 (hoch)**  
**Mittelwert EU (10-18 J.) .....3,89**  
**Mittelwert A (10-18 J.) .....4,09**  
**Mittelwert Kärnten (10-18 J.) .....4,39**

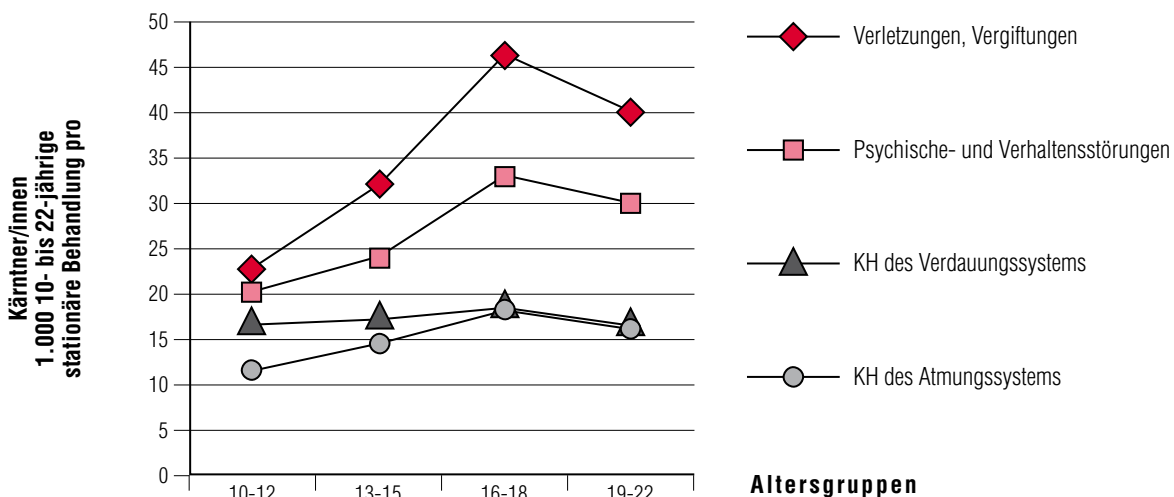


## 2.2 Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen

### 2.2.1 Diagnosen mit stationären Aufenthalten

50% aller Fälle stationär behandelter Erkrankungen, wie sie im International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) definiert sind, werden bei den Kärntner Kindern und Jugendlichen von vier Diagnosen abgedeckt: Verletzungen und Vergiftungen, psychische Erkrankungen, Krankheiten des Verdauungssystems und des Atmungssystems. In allen vier Diagnosegruppen wurden die 16- bis 18-Jährigen am häufigsten stationär behandelt. Krankheiten des Verdauungssystems bleiben über die Altersgruppen hinweg ungefähr konstant und verändern sich mit dem Alter kaum (vgl. Grafik 2-5, 2-6).

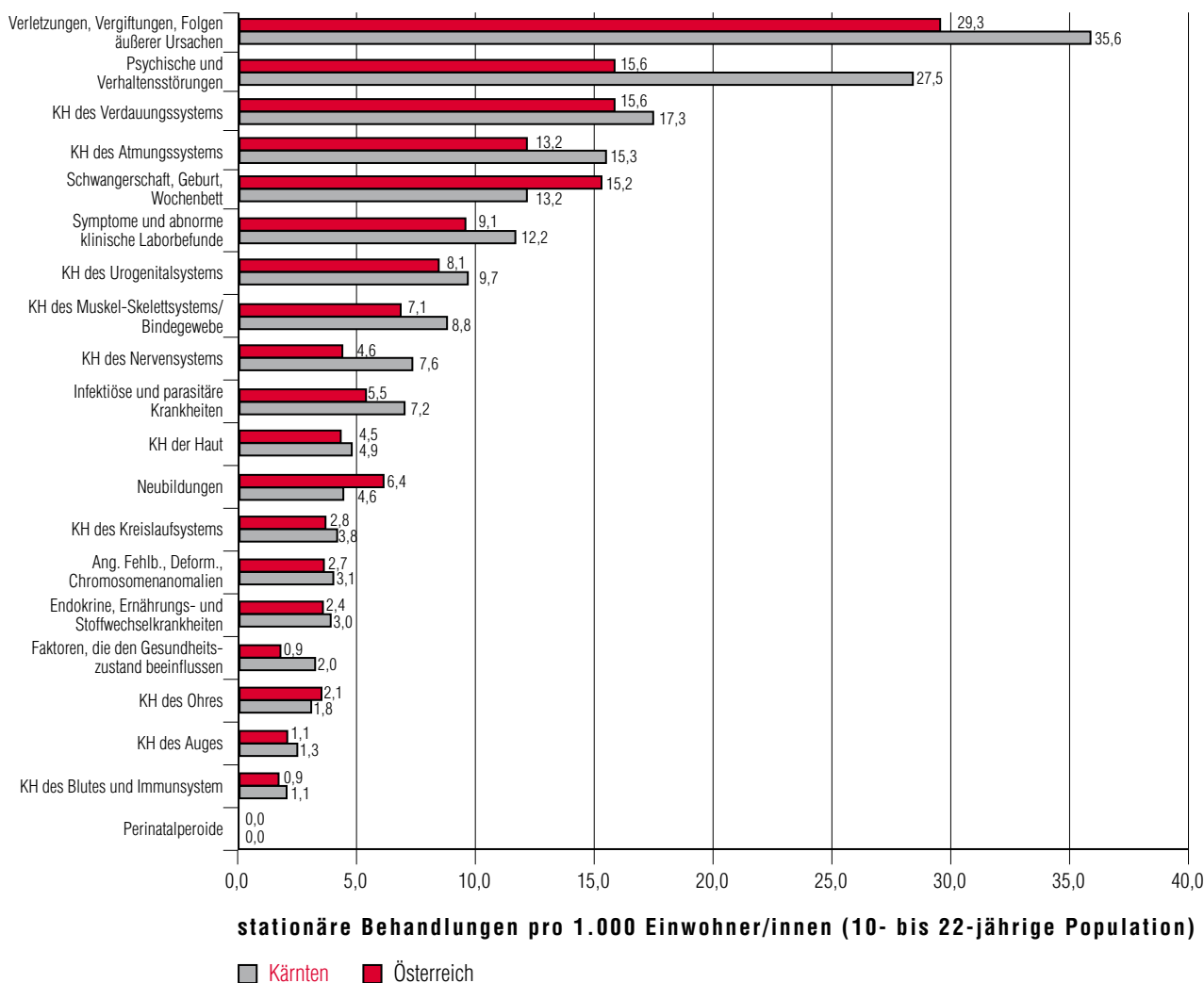
**Grafik 2-5: Ausgewählte Krankheitsdiagnosen: stationär behandelte Kärntner/innen im Alter von 10 bis 22 Jahren, gerechnet auf 1.000 10- bis 22-jährige Kärntner/innen, dargestellt nach Altersgruppen**





Ergänzend zu diesen vier Diagnosegruppen gab es im Jahr 1998 laut **Tumorregister** des Landes Kärnten 22 Fälle von Tumor-Neubildungen in den Altersgruppen der 10- bis 22-Jährigen und im Jahr 2003 26 Fälle.

**Grafik 2-6: Stationär behandelte Kärntner/innen und Österreicher/innen im Alter von 10- bis 22-Jahren nach Hauptdiagnosegruppen, gerechnet auf 1.000 10- bis 22-jährige Kärntner/innen und Österreicher/innen, dargestellt für Kärnten und Österreich**

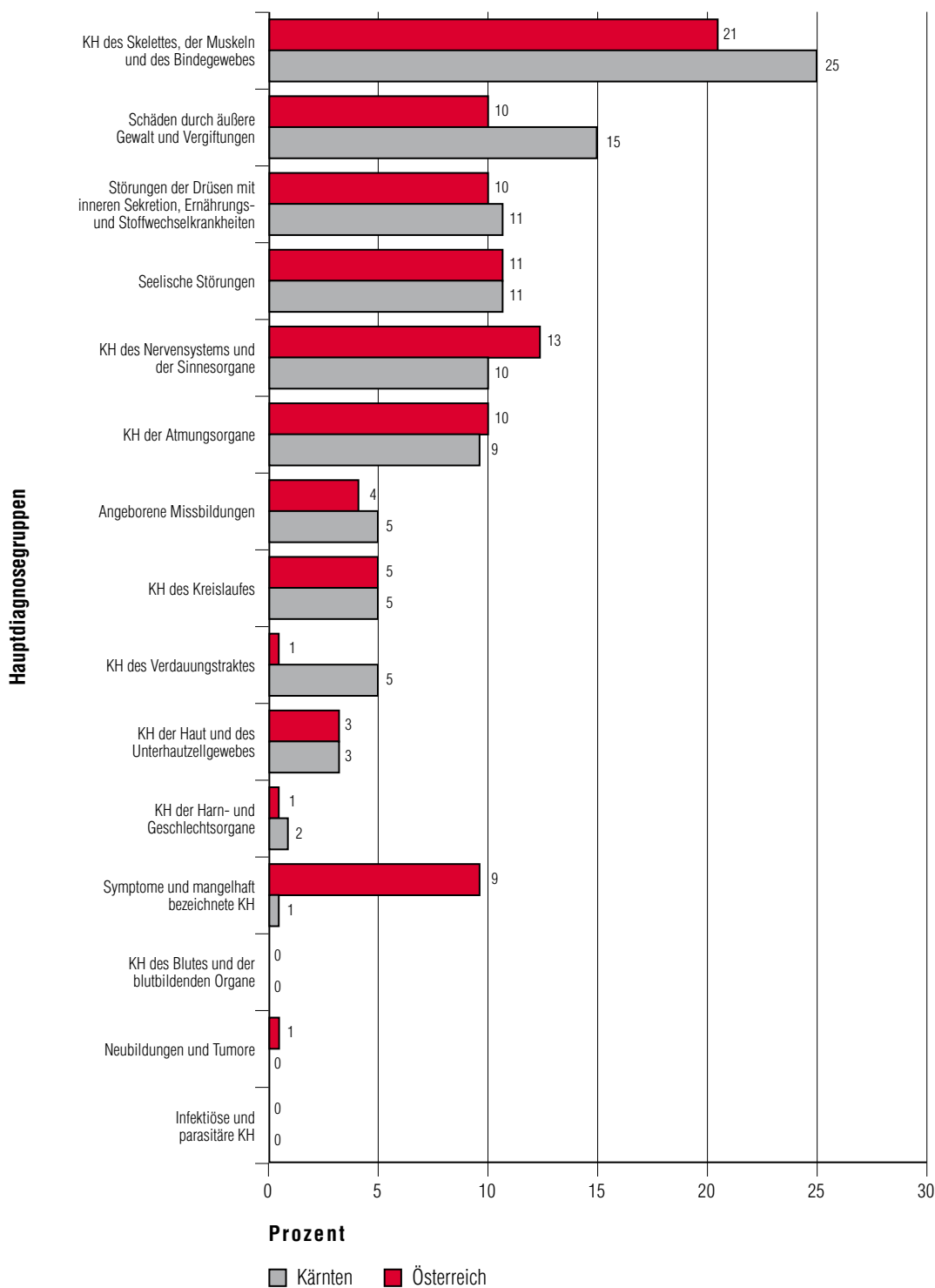


Quelle: Statistik Austria 2002

In der folgenden Grafik 2-7 sind alle Hauptdiagnosegruppen abgebildet, die bei der **Stellungsuntersuchung des Jahres 2003** bei den Jungmännern aus Kärnten festgestellt worden sind. Im Vergleich dazu sind auch die Stellungsergebnisse für Österreich (inklusive Kärnten) abgebildet.

In Kärnten sind Erkrankungen des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes die häufigsten Diagnosen (25%), die etwas höher liegen als im Bundesdurchschnitt (21%). Bei der Stellungsuntersuchung für Kärnten entfielen 11% der gesamten Diagnosen auf den Bereich der seelischen Störungen. Die häufigsten Diagnosegruppen waren Persönlichkeitsstörungen, Entwicklungsrückstände, Anpassungsstörungen, Neurosen und Drogen- und Medikamentenmissbrauch ohne Abhängigkeit.

**Grafik 2-7: Diagnostizierte Krankheiten bei der Stellungsuntersuchung 2003 nach Hauptdiagnosegruppen, dargestellt für Kärnten und Österreich (18 Jahre oder älter)**



Quelle: Statistik Austria 2003

## 2.2.2 Chronische Krankheiten und körperliche Behinderungen

Im letzten Jahrhundert hat ein signifikanter Wandel im Krankheitsspektrum stattgefunden: während Infektionskrankheiten stark zurück gegangen sind, ist bei den chronischen Krankheiten ein signifikanter Anstieg zu verzeichnen. Bei Erwachsenen betrifft das, zum Beispiel, Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Arthritis, etc. (Bengel et al. 2003).

Unter chronischen Erkrankungen versteht man Krankheiten, die längere Zeit (mindestens drei Monate) andauern und nicht durch Impfungen vermieden, beziehungsweise durch Medikamente dauerhaft geheilt werden können. Mit höherem Alter nehmen chronische Erkrankungen zu (Warschburger 2000).

Neuerdings konnte in einigen europäischen Studien gezeigt werden, dass chronische Krankheiten und körperliche Behinderungen heute bereits bei Kindern und Jugendlichen ein zunehmend wichtiges Thema darstellen. So berichtet jede/r fünfte befragte Jugendliche in Schottland, an einer chronischen Erkrankung, wie etwa Asthma, Diabetes oder Hauterkrankungen zu leiden (West & Sweeting 2004). In Finnland gelangten Forscher zu nahezu denselben Ergebnissen (Rintala et al. 2004).

Vom gesundheitspolitischen Standpunkt ist es im Sinne der Gesundheitsförderung wichtig zu wissen, welche Formen von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen vorliegen, damit spezielle Unterstützungen für die betroffene Bevölkerung konzipiert und geleistet werden können. So ist es wichtig zu wissen, welche sozialen und infrastrukturellen Einrichtungen junge Menschen mit lang andauernden Erkrankungen benötigen, um den an sie gestellten Anforderungen bestmöglich begegnen zu können. In Kärnten berichten 17% aller 10- bis 22-Jährigen (19% Mädchen, 16% Burschen), dass sie von mindestens einer chronischen Erkrankung betroffen sind. Rund 2% dieser Betroffenen haben zwei Krankheiten oder mehr (vgl. Tabelle 2-3).

**Tabelle 2-3: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die eine oder mehrere andauernde, chronische Erkrankung/en haben, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.207)**

### *Hast Du/Haben Sie eine andauernde, chronische Erkrankung?*

Prozent	10-12	13-15	16-18	19-22	w	m	gesamt
ja	20,2	15,4	19,5	15,0	18,6	16,2	17,4
Asthma	2,7	2,8	3,5	1,5	2,5	2,6	2,6
Chronische Bronchitis	1,0	0,9	1,5	0,8	1,2	0,9	1,1
Allergien	14,1	9,2	11,2	7,3	10,3	10,2	10,3
Diabetes	0,1	0,1	0,4	0,5	0,2	0,4	0,3
Hauterkrankungen	2,6	1,9	1,9	1,8	2,9	1,1	2,0
Migräne	1,0	1,2	1,4	1,5	1,8	0,7	1,2
Epilepsie	0,0	0,0	0,0	0,6	0,2	0,2	0,2
andere	1,2	0,9	2,3	3,1	1,7	2,1	1,9
n =	3.207						

28% der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen sind von einer oder mehreren körperlichen Behinderung/en betroffen (27% eine, 1% zwei oder mehr). Auf Mädchen und jungen Frauen (31%) trifft dies häufiger zu, als auf Burschen und junge Männer (25%). Rund 96% der körperlichen Behinderungen entfallen auf Sehschwächen (vgl. Tabelle 2-4).

**Tabelle 2-4: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die eine oder mehrere körperliche Behinderung/en haben, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.205)**

**Hast Du/Haben Sie eine körperliche Behinderung?**

Prozent	10-12	13-15	16-18	19-22	w	m	gesamt
ja	20,7	23,7	31,8	33,8	30,9	24,9	27,9
Sehschwäche	19,9	22,7	30,7	32,3	30,1	23,5	26,7
Blindheit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hörfehler	0,0	0,3	1,1	0,2	0,3	0,4	0,4
Innere Organe	0,4	0,0	0,0	1,0	0,4	0,4	0,4
Bewegungsapparat	0,6	0,9	0,8	1,0	0,8	0,9	0,9
andere	0,3	0,1	0,1	1,4	0,6	0,4	0,5
n =	3.205						

Allergien sind allgemein in Kärnten das Hauptproblem. Man sieht, dass die städtische Bevölkerung davon etwas häufiger betroffen ist als die ländliche (vgl. Tabelle 2-5).

**Tabelle 2-5: Verteilung der chronischen Erkrankungen bezogen auf die 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen nach Bezirken in Prozent**

Bezirke	Asthma	Bronchitis	Allergien	Diabetes	Haut-KH <sup>1</sup>	Migräne	Epilepsie
Feldkirchen	2,8 <sup>2</sup>	0,9	9,0	0,0	1,6	2,5	0,0
Hermagor	2,5	1,6	8,4	0,0	2,2	2,5	1,6
Klagenfurt	3,8	2,5	13,4	0,3	2,2	0,0	0,3
Klagenfurt Land	1,9	1,6	8,4	0,0	0,3	2,2	0,0
St. Veit	2,5	1,2	9,3	0,0	1,2	1,2	0,3
Spittal an der Drau	2,2	0,6	10,9	0,0	2,5	1,6	0,0
Villach	1,9	1,3	11,6	0,6	4,1	0,9	0,0
Villach Land	2,5	0,0	9,0	0,9	2,5	0,9	0,0
Völkermarkt	2,5	0,9	10,9	0,3	1,2	0,9	0,0
Wolfsberg	1,6	0,9	9,1	0,3	1,9	1,9	0,0
Kärnten	2,4	1,2	10,0	0,2	2,0	1,5	0,2

<sup>1</sup> KH steht für Krankheiten

<sup>2</sup> Die grau unterlegt Felder heben jene Werte hervor, die vom Kärntner Gesamtwert bedeutsam abweichen.

In Klagenfurt Stadt und Klagenfurt Land ist die Bronchitis besonders stark verbreitet, in der Stadt außerdem auch noch Asthma. Daraus lässt sich ableiten, dass dort eher ein Luftproblem herrscht. In Villach Stadt und Land sind eher die Hauterkrankungen bzw. Allergien das größte Problem und in Hermagor ist es ebenfalls die Haut, die den Kindern und Jugendlichen am meisten Probleme macht.

## 2.3 Unfälle und Verletzungen

Ob Wildfang oder Stubenhocker: Unfälle können jedem Kind passieren. Kleinkinder entwickeln fast täglich neue Fähigkeiten und erkunden ihre Umgebung. Mit zunehmendem Alter wächst auch ihr Aktionsradius und damit die Risiken und Gefahren. Allein in Kärnten kamen im Jahr 2002 über 3.100 Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 22 Jahren bei Unfällen so zu Schaden, dass sie im Spital behandelt werden mussten.

Unfälle sind jedoch keine unvermeidbaren Schicksalsschläge: durch Prävention kann man Verletzungen, die durch Unfälle verursacht werden, verhindern. Dabei heißt Unfallverhütung nicht, Kinder von sämtlichen Gefahren fern zu halten. Kinder sollten vielmehr möglichst früh in die Abläufe des täglichen Lebens einbezogen werden, ihre Koordinationsfähigkeit trainieren, Gefahren kennen lernen und den sicheren Umgang mit Geräten üben. Nur so lernen sie, ihre eigenen Fähigkeiten und Grenzen richtig einzuschätzen. Außerdem sollten Kinder regelmäßig und auf vielfältige Weise aktiv werden, denn Kinder mit guten motorischen Fähigkeiten verunfallen seltener und profitieren ihr Leben lang von den gesammelten Bewegungserfahrungen.

In Kärnten gab es im Jahr 2004 insgesamt 3.070 Straßenverkehrsunfälle mit 4.066 verunglückten Personen, davon starben 69 Menschen an den Folgen der Verletzungen. Weitere 91 Menschen starben durch Sturzunfälle, zwei Personen durch Vergiftungen und immerhin 343 durch nicht näher bezeichnete Unfälle oder Verletzungen (Statistik Austria 2004).

In der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen, die besonders häufig von tödlichen Unfällen betroffen ist, starben 25 Burschen mit der allgemeinen Diagnose „Verletzungen und Vergiftungen“, weitere 12 starben bei nicht konkretisierten Unfällen, 10 männliche Personen bei Straßenverkehrsunfällen und zwei Burschen bei Sturzunfällen. Bei den jungen Frauen sind vier an „allgemeinen Verletzungen und Vergiftungen“ gestorben, drei starben bei Unfällen und weitere drei im Straßenverkehr.

In der Gruppe der jüngeren Kinder zwischen 5 und 15 Jahren sind im Jahr 2004 zwei Kinder an Verletzungen und Vergiftungen bzw. Unfall gestorben (Statistik Austria 2004).

Der Spitalsentlassungsstatistik Kärntens ist zu entnehmen, dass im Jahr 2002 insgesamt 3.184 Fälle von Verletzungen und Vergiftungen in den Krankenanstalten in der Altersgruppe der 10- bis 22-Jährigen behandelt wurden. Davon entfielen 982 Fälle auf Mädchen bzw. jungen Frauen (31%) und 2.202 Fälle auf Buben und junge Männer (69%).

Um herauszufinden, wie viele Kärntner Kinder und Jugendliche sich im Befragungszeitraum so stark verletzt haben, dass sie zwar ärztlich behandelt werden, aber nicht unbedingt in ein Krankenhaus eingewiesen werden mussten, wurden die Kärntner/innen zusätzlich selbst befragt (vgl. Itembox 2-4).

### Itembox 2-4

**Wie oft warst Du/waren Sie in den letzten 6 Monaten so verletzt, dass Du/Sie von einem Arzt oder einer Krankenschwester behandelt werden mussten?**

Anzahl

Quelle: WHO-HBSC-Survey 2002

Insgesamt haben sich in den letzten sechs Monaten vor der Befragung 15% der Kinder und Jugendlichen verletzt. Bei den Buben waren es 18% und bei den Mädchen 12%. Knaben verletzen sich also mehr als Mädchen.

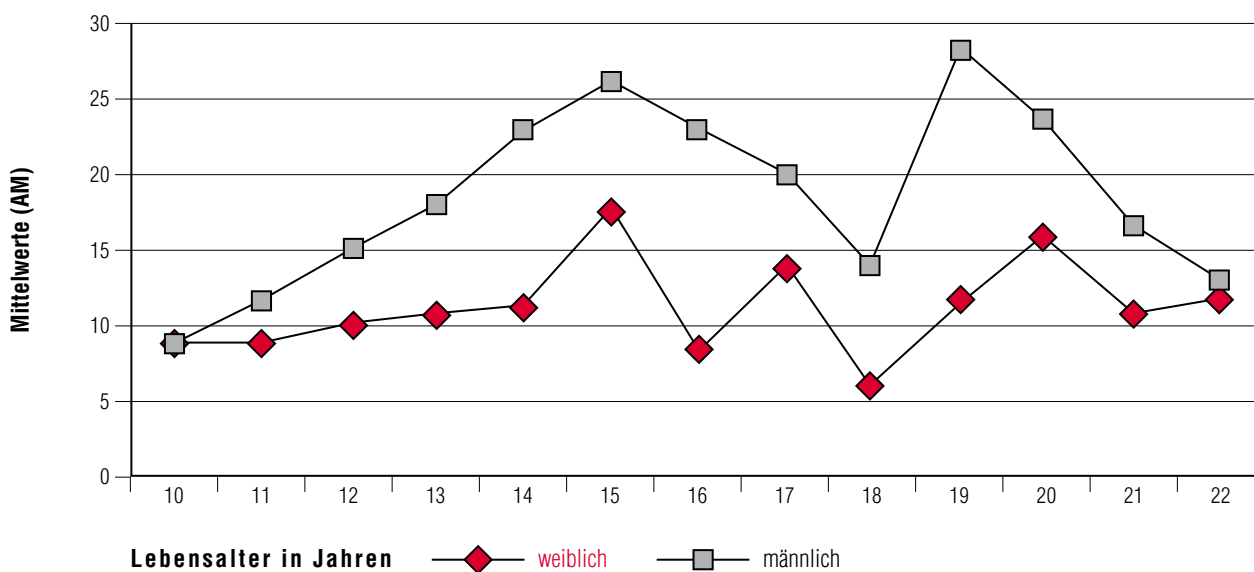
Diejenigen, die sich verletzt haben – ob männlich oder weiblich – taten dies im Schnitt 1,45 Mal in den letzten sechs Monaten. Diesbezüglich gibt es nur einen sehr geringen Geschlechtsunterschied von 1,47 Verletzungen pro verletztem Burschen zu 1,43 Verletzungen pro verletztem Mädchen.

In den letzten sechs Monaten vor dem Befragungszeitpunkt gab es 438 Verletzungsfälle bei den Knaben und 259 bei den Mädchen. Insgesamt sind das 697 Verletzungsfälle, von den 63% auf männliche und 37% auf weibliche Jugendliche entfielen. Das bedeutet, dass es mehr Knaben- als Mädchenverletzungen gab.

Die Spitalsentlassungsstatistik weist ein Verhältnis von 69% bei den Knaben zu 31% bei den Mädchen auf. Die Gesamtverletzungsstatistik aus der Befragung weist ein Verhältnis von 63% bei den Knaben und 37% bei den Mädchen auf. Unter der Annahme, dass diese Verhältnisse gleich geblieben sind, kann man schließen, dass die Burschen häufiger im Spital aufgenommen worden sind und deshalb tendenziell schwerwiegender verletzt waren.

In dem Maße wie sich die Lebenswirklichkeit der Kinder und Jugendlichen verändert, verändert sich auch das Verletzungsrisiko. Während sich die 10-Jährigen in einer relativ sicheren Lebenswelt aufhalten, erhöht sich das Verletzungsrisiko erst in der Pubertät, dann durch die Unerfahrenheit im Straßenverkehr und mit Anfang 20 in der Arbeitswelt. Im 15. Lebensjahr – mit dem Beginn des Mopedfahrens – und um das 19. Lebensjahr – mit dem Beginn des Autofahrens – passieren die meisten Verletzungen (vgl. Grafik 2-8).

**Grafik 2-8: Verletzungen mit Behandlungsfolgen innerhalb der letzten 6 Monate<sup>3</sup> bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach für das Alter und die Geschlechter (n = 3.214, Alter: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01)**



## 2.4 Körpergewicht und Adipositas

In den letzten Jahrzehnten sind die Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas (sehr starkes Übergewicht) bei Kindern und Jugendlichen stark angestiegen (Flodmark et al. 2004; WHO 2003). Dies erweist sich als besonders problematisch, weil man davon ausgeht, dass in der Kindheit angelegtes Übergewicht einerseits in vielen Fällen zu Gewichtsproblemen im Erwachsenenalter führt (Mossberg 1989; Must 1996) und andererseits ein Risikofaktor für Morbidität (Erkrankungsrate) und Mortalität (Sterblichkeitsrate) darstellt (Must 1996). Eine erhöhte Morbidität als Folge der Adipositas ist bereits im Kindesalter dokumentierbar, es lassen sich unter anderem Störungen im Fett- und Glukosestoffwechsel, orthopädische Störungen oder erhöhter Blutdruck feststellen (Leitlinien der DGfKJ 2002). Darüber hinaus leiden adipöse Kinder und Jugendliche unter der Stigmatisierung (Turnbull 2000) bzw. dem abwertenden Verhalten ihrer Umwelt (Dietz 1998). Übergewicht und Adipositas sind medizinisch als bedeutsame Erhöhung des Körperfettanteiles definiert. Zur Bestimmung des Körperfettanteiles hat sich aufgrund seiner im Vergleich zu medizinisch-diagnostischen Verfahren einfachen und kostengünstigen Anwendbarkeit der Body Mass Index (BMI = kg/m<sup>2</sup>) durchgesetzt. Für Erwachsene gelten folgende BMI-Grenzwerte, die auf Studien zu Risikowahrscheinlichkeiten für Morbidität und Mortalität basieren und von der WHO empfohlen wurden (WHO 2000):

- Übergewicht: BMI >25 kg/m<sup>2</sup>,
- Adipositas: BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> und
- schwere Adipositas: BMI > 40 kg/m<sup>2</sup>.

<sup>3</sup> Da es sich um Befragungsdaten handelt, die die letzten sechs Monate abgefragt haben, war ein Teil der 19-Jährigen zum Verletzungszeitraum 18 Jahre alt. Das deckt sich mit dem Peak (Höhepunkt), der sich auch in der Verkehrsstatistik widerspiegelt. Die Altersgruppe ist dem Verletzungszeitpunkt quasi ein halbes Jahr voraus.

Bei Kindern und Jugendlichen müssen die Schwankungen des Körperfettanteils im Zuge des physiologischen Wachstums berücksichtigt werden, in dessen Verlauf der durchschnittliche BMI ab dem 6. Lebensjahr stetig ansteigt. Für die Bestimmung von Grenzwerten im Kindes- und Jugendalter haben Cole et al. (2000) eine sehr komplexe, aber anerkannte Methode entwickelt, die es erlaubt, Übergewicht am 90. BMI-Perzentil, Adipositas am 97. BMI-Perzentil und schwere Adipositas am 99. BMI-Perzentil für alle Altersgruppen unter 18 Jahren und für beide Geschlechter festzusetzen. Cole et al. (2000) gehen dabei davon aus, dass die für Erwachsene gültigen Grenzwerte von 25 kg/m<sup>2</sup> und von 30 kg/m<sup>2</sup> auch für die jungen Menschen ab 18 Jahren medizinische Relevanz und damit Gültigkeit beanspruchen können. So ist ein kontinuierlicher Übergang von der Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter zur Definition im Erwachsenenalter hergestellt.

*Notiz: Wenn eine Person einen Zentimeter und/oder ein Kilogramm mehr oder weniger angibt als ihre tatsächliche Größe bzw. ihr tatsächliches Gewicht beträgt, dann kann das über einen BMI-Punkt entscheiden: das verzerrt unter Umständen massiv die Prävalenzen bei selbst berichteten Daten!*

Bezogen auf die BMI-Werte der Schularztaten der Kärnten Volks- und Hauptschulen ergeben sich folgende Prävalenzdaten: 17% der 10- bis 15-jährigen Burschen bzw. 19% der Mädchen leiden an Übergewicht und 5% bzw. 6% an Adipositas (vgl. Grafik 2-9).

**Itembox 2-5**

**Wie groß bist Du/sind Sie ohne Schuhe?**

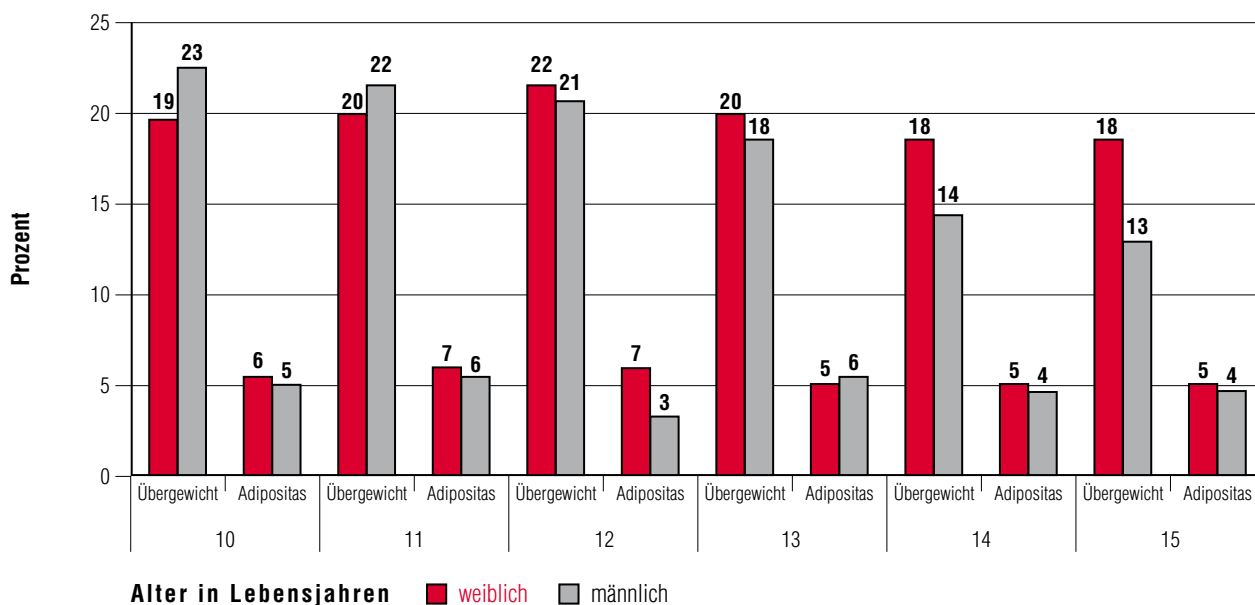
Größe in cm

**Wie ist Dein/Ihr Gewicht ohne Kleidung?**

Gewicht in kg

Quelle: WHO-HBSC-Survey 2002

**Grafik 2-9: Anteil der übergewichtigen und adipösen Kärntner Pflichtschüler/innen, dargestellt für das Alter und die Geschlechter (n = 6.534, Alter: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01)**



Quelle: jugendfürsorgärztlicher Dienst 2003, eigene Berechnungen

Es ist ein deutlicher Alterseffekt erkennbar: mit zunehmenden Alter nimmt der Anteil der Übergewichtigen deutlich ab. Sind noch 21% der 10-Jährigen übergewichtig, so sind es „nur“ noch 15% bei den 15-Jährigen. Dieses gilt jedoch nicht für den Anteil der Adipösen, der relativ konstant bleibt. Es gibt deutliche Bezirksunterschiede bei der Verteilung der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen. Hermagor hat mit einem Anteil von 11% den geringsten Anteil Übergewichtiger, Klagenfurt Land und Völkermarkt mit einem Anteil von 25% bzw. 22% den höchsten. Auch hier ist der Anteil der Adipösen vergleichsweise konstant, mit Ausnahme Hermagors, wo der Anteil mit 1% besonders niedrig ist.

Deutlich niedriger als bei den Schularztdaten aus Haupt- und Polytechnischen Schulen sind - erwartungsgemäß - die Prävalenzen für Übergewicht/Adipositas auf Basis der Selbstberichte in der Befragung.

Hier sind nur 6% der Mädchen und 11% der Knaben von Übergewicht betroffen und nur 0,5% (Mädchen) bzw. bei 1,8% (Burschen) von Adipositas.

Die Abnahme der Prävalenzen mit dem Alter ist bis zum 17. Lebensjahr auch in den selbstberichteten Daten nachvollziehbar. Dann allerdings steigt die Prävalenz wieder auf den Wert der 11-Jährigen an.

Obwohl anzunehmen ist, dass die Daten aus den Selbstberichten die „echten“ Prävalenzen unterschätzen, sind sie aber für Zusammenhangsanalysen mit Determinanten dennoch von großer Bedeutung.

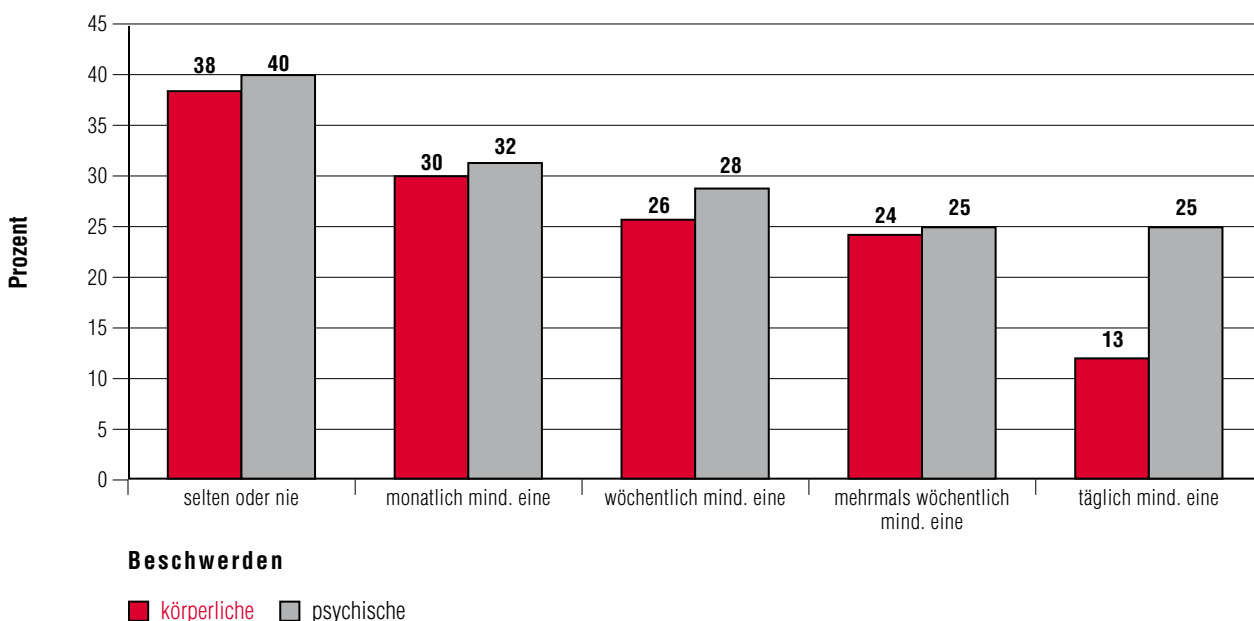
2.

### 2.5 Zusammenhänge zwischen den Gesundheitsoutcomes

Die subjektive Gesundheit weist erwartungsgemäß deutliche Zusammenhänge mit den körperlichen und psychischen Beschwerden auf, wobei sie stärker mit den körperlichen als mit den psychischen Beschwerden zusammenhängt. Deshalb ist es auch nicht verwunderlich, dass die Arztbesuche ebenfalls mit der subjektiven Einschätzung der Gesundheit zusammenhängen: je schlechter die Jugendlichen ihre Gesundheit empfinden, desto häufiger gehen sie auch zu Arzt oder Ärztin. So waren 62% derjenigen, die ihre Gesundheit als weniger gut oder schlecht einstufen, in den letzten sechs Monaten vier mal oder öfter bei einem Arzt. Umgekehrt waren nur 9% derjenigen vier mal oder öfter beim Arzt, die eine ausgezeichnete Gesundheit angeben.

Weiters lässt sich ein starker Zusammenhang der körperlichen mit den psychischen Beschwerden finden (vgl. Grafik 2-10). Dies betont noch einmal, dass es eine nicht zu unterschätzende Gruppe von Personen gibt, die möglicherweise unter psychosomatischen Beschwerden leiden (vgl. Kap. 2.1.3).

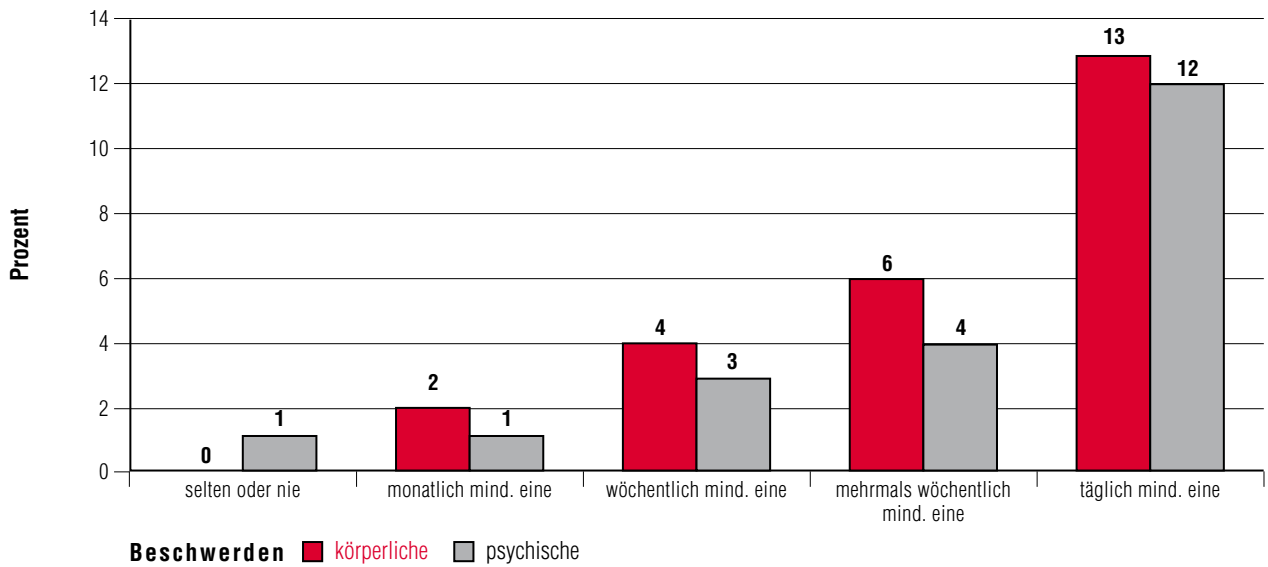
**Grafik 2-10: Anteil der 10- bis 22-jährige Kärntner/innen, die über eine ausgezeichnete Gesundheit verfügen, dargestellt nach ihrer Häufigkeit von körperlichen und psychischen Beschwerden (Indices 9 und 10) (n1 = 3.205, n2 = 3.209, p in beiden Fällen < 0,01)**



Diejenigen Kärntner/innen mit körperlichen und psychischen Beschwerden nehmen deutlich häufiger Medikamente ein (vgl. Grafik 2-11) und werden öfter im Krankenhaus und beim Arzt behandelt, als Personen mit psychischen Beschwerden.



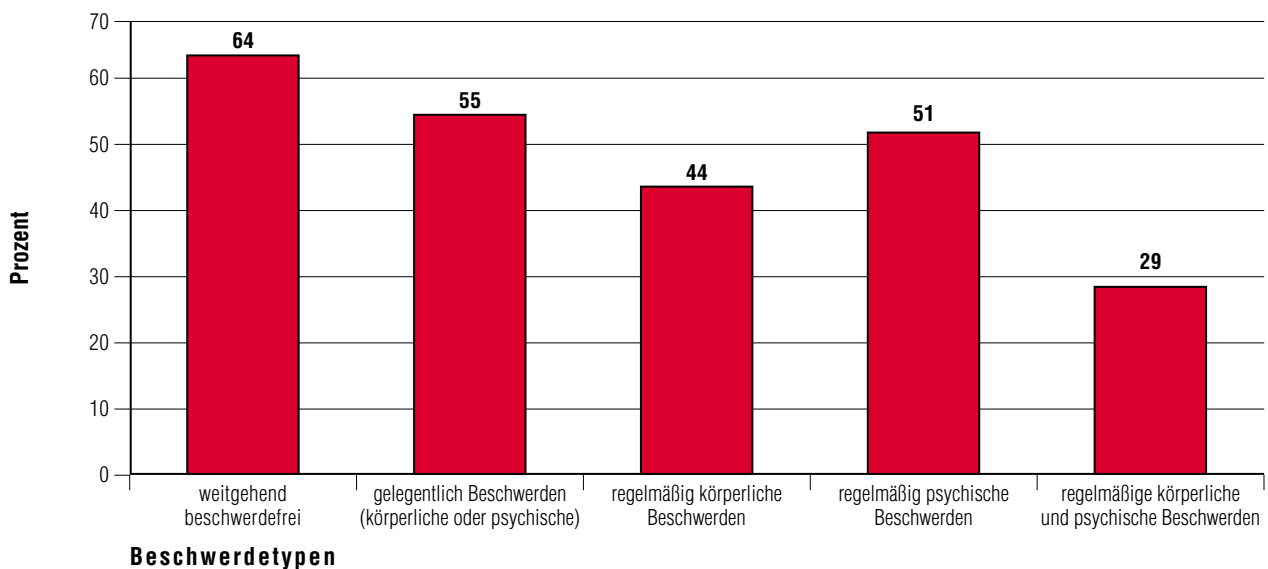
**Grafik 2-11: Medikamentengebrauch der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die in den letzten vier Wochen öfter mehrere Medikamente eingenommen haben, dargestellt nach der Häufigkeit von körperlichen und psychischen Beschwerden (Indices 9 und 10) (n1=3.197, n2=3.194, p in beiden Fällen < 0,01)**



2.

Der Beschwerdetyp E (die Gruppe der Psychosomatiker) ist derjenige, der sowohl am meisten Medikamente als auch am meisten Kontakte mit dem Gesundheitssystem aufweist. Das bedeutet, dass Personen mit rein psychischen Beschwerden seltener den Kontakt zum Gesundheitssystem suchen. Der Bereich der psychischen Beschwerden und Störungen ist vielfach durch Vorurteile, Stigmatisierungen und Unkenntnis sowohl bei den Betroffenen als auch bei Angehörigen geprägt, was einerseits zu der eher seltenen Kontaktaufnahme zum Gesundheitssystem führt. Andererseits liegt wichtiger Grund auch darin, dass die Angebote in diesem Bereich nicht ausreichend, nicht bekannt oder nicht immer qualitätsgesichert sind. Die subjektive Gesundheit als auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität wird bei den Burschen deutlich stärker durch körperliche Beschwerden bestimmt und bei den Mädchen deutlicher durch psychische Beschwerden. Während die Burschen und jungen Männer im Bezug auf ihre Gesundheit eher eine körperbezogene Wahrnehmung aufweisen, steht bei den Mädchen und jungen Frauen eher die Psyche im Vordergrund. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität weist einen Zusammenhang mit der subjektiv berichteten Gesundheit auf und hängt eindeutig mit den körperlichen und psychischen, aber vor allem mit den psychosomatischen Beschwerden zusammen (vgl. Grafik 1-12).

**Grafik 2-12: 10- bis 22-jährige Kärntner/innen mit einer hohen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Index 11), dargestellt nach den verschiedenen Beschwerdetypen (Typologie 5) (n = 2.411, p < 0,01)**



2.

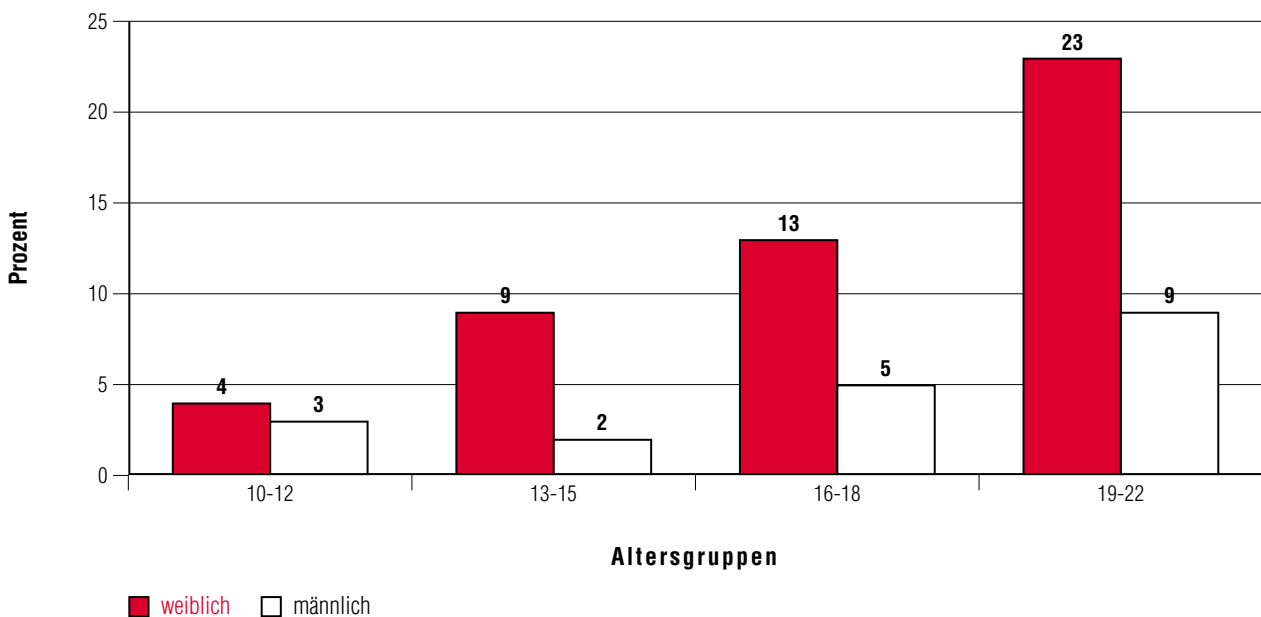
Bei den psychosomatisch Betroffenen gilt dieser Zusammenhang in beide Richtungen: je höher die Lebensqualität ist, desto seltener leiden die Jugendlichen unter psychosomatischen Beschwerden. Umgekehrt steigt mit dem Vorhandensein von regelmäßigen psychosomatischen Beschwerden die Wahrscheinlichkeit, eine niedrige Lebensqualität zu haben. Je höher die Lebensqualität ist, desto seltener nehmen die Jugendlichen Medikamente: haben 83% der Jugendlichen mit hoher Lebensqualität in den letzten sechs Monaten keine Medikamente eingenommen, sind es bei den Kärntnern und Kärntnerinnen mit einer niedrigen Lebensqualität nur noch 60%. Dies ist nachvollziehbar, wenn man den Zusammenhang zwischen Beschwerden und Lebensqualität im Hinterkopf behält. Jemand, der eine beschwerdenbedingte Einschränkung seiner Lebensqualität erfahren hat, greift auch – beschwerdenbedingt – häufiger zu Medikamenten.

Andererseits sind jedoch die Zusammenhänge zwischen den Beschwerden und der Lebensqualität nicht 1:1 gegeben, d.h. nicht jede/r mit einer niedrigen Lebensqualität leidet auch an Beschwerden. Dies bedeutet aber in weiterer Folge, dass ein Teil des Medikamentengebrauchs unabhängig von irgendwelchen körperlichen und/oder psychischen Beschwerden genommen wird. Die Indikatoren zur positiven Gesundheit (subjektive Gesundheit, körperliches Wohlbefinden, Abwesenheit körperlicher und psychischer Beschwerden) können zu einem integrierten Gesundheitsbild zusammengefasst werden, das als ein kumulativer Gesundheitsindex verstanden werden kann. Der Index hat eine Spannbreite von 0 bis 4 Punkten, wobei jemand, der hinsichtlich der ausgewählten Indikatoren einen Punktwert von 4 erreicht, über eine „sehr gute“ Gesundheit berichtet, jemand der auf dem Index einen Punktwert von 0 erlangt, seine Gesundheit als schlecht beschreibt (s. Index 12).

In der Population der 10- bis 22-Jährigen bewerten rund 9% der Kärntner/innen ihre Gesundheit hinsichtlich dieser Indikatoren als „schlecht“ (0 Punkte), 16% hingegen als sehr gut (4 Punkte). Mädchen und junge Frauen weisen diesbezüglich eine deutlich verminderte Gesundheit auf. Während etwa 5% der Burschen und jungen Männer eine schlechte Gesundheit haben, trifft dies auf 13% der Mädchen und jungen Frauen zu. Die Kärntner fühlen sich insgesamt doppelt so häufig sehr gesund als die Kärntnerinnen (20% zu 11%).

Zum Geschlechtseffekt tritt ein deutlicher Alterseffekt hinzu, der vor allem bei den Mädchen eine dramatische Abnahme der Gesundheit, d.h. eine eklatante Zunahme an Kärntnerinnen mit einer schlechten Gesundheit beobachten lässt (vgl. Grafik 2-13).

**Grafik 2-13: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die ihre Gesundheit anhand des Gesundheitsindex (s. Index 12) als „schlecht“ (Punktwert 0) bewerten, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.171, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01)**





# Teil B

## 3.

# Das Gesundheitsverhalten der Kärntner Kinder und Jugendlichen

### Zusammenfassung

#### Ernährung

Die Qualität und die Regelmäßigkeit von Mahlzeiten spielen für eine gute Versorgung mit Nährstoffen, aber auch für die Vermeidung von Übergewicht eine große Rolle: 53% der Kärntner Kinder und Jugendlichen nehmen drei Hauptmahlzeiten pro Tag zu sich, 6% hingegen essen keine oder höchstens eine Hauptmahlzeit pro Tag.

Vier von fünf der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen essen mehrmals wöchentlich oder täglich Obst. Rund jeder zehnte Jugendliche isst hingegen nie Obst. Hingegen konsumieren 19% der Population Süßigkeiten und Limonaden mehrmals wöchentlich oder täglich.

#### Bewegung

Zirka ein Drittel der Population kommt der Empfehlung von einer Stunde Bewegung pro Tag nach, knapp die Hälfte bewegt sich zwei- oder dreimal in der Woche. Stattdessen verbringt ein Drittel aller Jugendlichen vier Stunden oder mehr täglich in ihrer Freizeit vor dem Fernseher oder Computer.

#### Suchtmittel

Tabak: Ab 15 Jahren rauchen mehr als 20% der Jugendlichen täglich, ab 18 Jahren sind es sogar über 40%, weitere 20% rauchen wöchentlich oder gelegentlich, was sich auf 60% Raucher/innen summiert!

Rund 6% der Kärntner Jugendlichen trinken mehrmals wöchentlich oder öfter **Alkohol**, wobei dies auf Burschen und junge Männer rund viermal so häufig zutrifft, wie auf Mädchen und junge Frauen (9% zu 2%). 10% der jungen Kärntner/innen geben an, in ihrem Leben schon einmal **Cannabis** probiert zu haben. Andere illegale Suchtmittel (LSD, Ecstasy, Speed, Heroin, Kokain, etc.) spielen mit einer Lebenszeitprävalenz von unter 1% in Kärnten eine sehr untergeordnete Rolle

**Bullying und Mobbing** - das gezielte Schikanieren von Schwächeren in Schule oder Arbeitsplatz - haben sowohl für die Opfer als auch für die Täter negative gesundheitliche Auswirkungen. 8% der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Kärnten sind regelmäßig das Opfer von Bullying- oder Mobbingattacken.

#### Sexuelle Gesundheit

Die sexuelle Gesundheit ist ein wichtiger Bestandteil des sozialen und persönlichen Wohlbefindens von Jugendlichen. Verhütung spielt in Hinblick auf ungewollte Schwangerschaften und sexuell übertragbare Krankheiten eine wichtige Rolle. Die überwiegende Mehrheit der jungen Kärntner/innen kennt sich bei der Verhütung gut aus; bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr haben 91% der Jugendlichen verhütet, was für ein hohes Maß an sexueller Aufklärung spricht.

### 3.1 Ernährungs- und Diätverhalten

Ernährung ist grundlegend für Gesundheit und Wohlbefinden, ein gesundes Ernährungsverhalten ist zentraler Bestandteil eines gesunden Lebensstils. Es wird wesentlich in den ersten zehn Lebensjahren erlernt und gebildet. Diejenigen, die frühzeitig ein gesundes Ernährungsverhalten entwickeln, werden es wahrscheinlich auch als Erwachsene beibehalten und deshalb ein geringeres Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen, bestimmte Arten von Krebserkrankungen, Diabetes oder Osteoporose (WHO 2003) haben. Nachteilige Auswirkungen von ungesunden Ernährungsverhalten sind jedoch auch unmittelbar zu spüren: Wenn Kinder und Jugendliche zum Beispiel das Frühstück überspringen, ist es sehr wahrscheinlich, dass sie im Laufe des Vormittags Konzentrationsschwierigkeiten, Kopf oder/und Magenschmerzen bekommen (Pollitt & Mathews 1998). Junge Menschen, die hingegen täglich mindestens zwei Hauptmahlzeiten zu sich nehmen, weisen eine ausreichende Versorgung mit Nährstoffen wie Kalzium, Eisen und Vitaminen auf (Currie

et al. 2001). Die zunehmende Beliebtheit von Snacks (also Riegel oder andere Kleinigkeiten) bei jungen Menschen begünstigt aber die erhöhte Fett- und Zuckerzufuhr anstelle der empfohlenen Nahrungsmittel, die eher in Form von vollständigen Mahlzeiten konsumiert werden.

**Itembox 3-1**

An wie vielen Werktagen in der Woche isst Du/essen Sie normalerweise (A) ein Frühstück, (B) ein richtiges Mittagessen (mehr als nur ein Getränk, einen Snack, einen Riegel, einen Apfel oder ähnliches), (C) ein richtiges Abendessen (mehr als nur ein Getränk, einen Snack, einen Riegel, einen Apfel oder ähnliches)? Nenne/Nennen Sie bitte eine Zahl zwischen 0 und 5 Tagen! Jeweils eine Zahl

Wie oft isst Du/essen Sie am Wochenende, d.h. am Samstag und am Sonntag, normalerweise ein (A) ein Frühstück, (B) richtiges Mittagessen, (C) ein richtiges Abendessen? Nenne/Nennen Sie bitte eine Zahl zwischen 0 und 2 Tagen!

Nenne/Nennen Sie bitte eine Zahl zwischen 0 und 2 Tagen!  
Jeweils eine Zahl

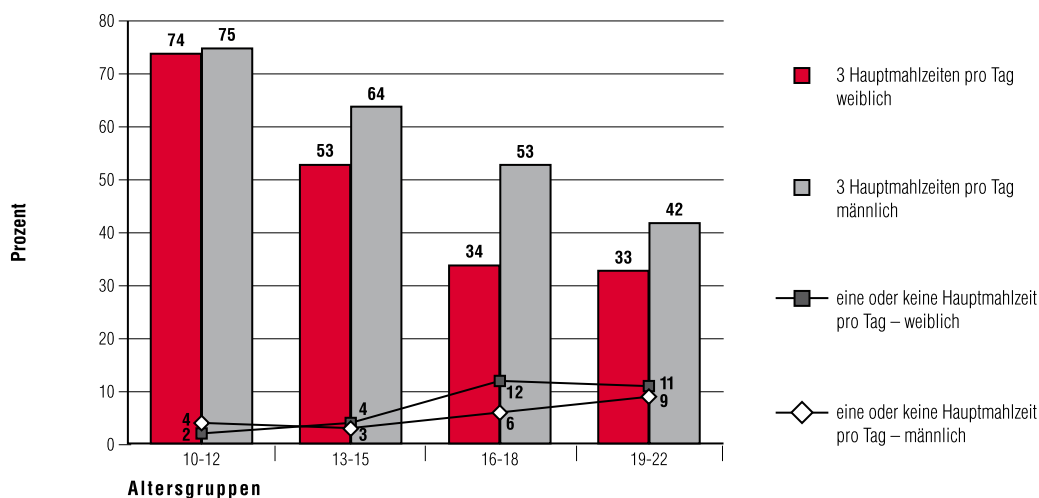
Quelle: WHO-HBSC-Survey 2002



3.1.1 Anzahl von Hauptmahlzeiten

60% der befragten Kinder und Jugendlichen frühstücken täglich, 23% jedoch an maximal zwei Tagen in der Woche. Die jüngeren Kinder frühstücken wesentlich häufiger als die älteren. 74% der befragten Burschen und Mädchen essen täglich ein Mittagessen, das aus mehr besteht als einem Snack. Rund 7% haben andererseits höchstens an zwei Tagen pro Woche ein „richtiges“ Mittagessen. 63% der Kinder und Jugendlichen essen täglich richtig zu Abend, während 13% dies selten oder nie innerhalb einer Woche tun. Burschen essen mit 70% deutlich häufiger täglich ein Abendessen als die Mädchen (57%). 53% der Kärntner Kinder und Jugendlichen nehmen drei Hauptmahlzeiten pro Tag zu sich. 41% essen durchschnittlich immerhin noch zwei Hauptmahlzeiten pro Tag. 6% hingegen essen keine oder höchstens eine Hauptmahlzeit pro Tag. Diese Gruppe weist ein problematisches Ernährungsverhalten auf (vgl. Grafik 3-1). Mädchen verzichten öfter auf eine Hauptmahlzeit (45% bei den Mädchen zu 37% bei den Buben).

**Grafik 3-1: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die durchschnittlich drei oder nur eine bzw. keine Hauptmahlzeit/en pro Tag zu sich nehmen, dargestellt nach Altersgruppen (n = 3183, Altersgruppen: p < 0,01)**

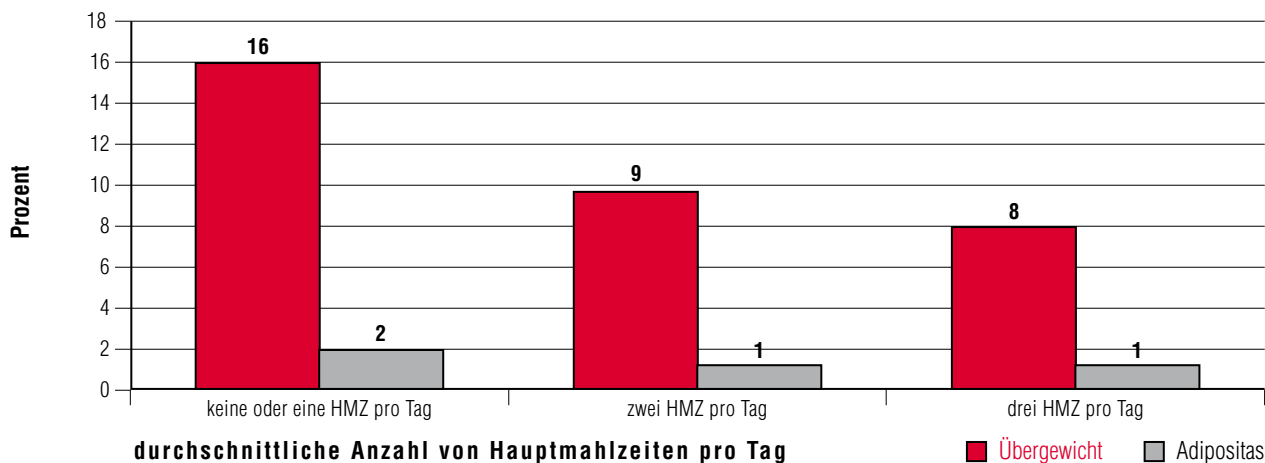


3.1.2 Ernährungsverhalten und Übergewicht

Die regelmäßige Ernährung ist ein wichtiger Faktor für die Vermeidung von Übergewicht. Dies kann einerseits dadurch erklärt werden, dass Personen, die auf Hauptmahlzeiten verzichten, häufiger zu fetten und/oder süßen Zwischenmahlzeiten greifen, andererseits dadurch, dass der Körper bei zu geringer Energiezufuhr (Hungerphasen) sozusagen

auf „Sparflamme“ läuft und seinen Grundumsatz reduziert. Wird anschließend wieder „normal“ gegessen, kommt es dadurch zu einer Gewichtszunahme, ein Phänomen, das auch als „Jojoeffekt“ bekannt ist (HBSC-Factsheet Nr. 2, 2003, Siega-Riz, Carson & Popkin 1998). Dieses Phänomen lässt sich auch in Kärnten beobachten: je unregelmäßiger die Kinder und Jugendlichen Hauptmahlzeiten einnehmen, umso häufiger leiden sie unter Übergewicht. Abgeschwächt gilt dies auch für die Adipösen (vgl. Grafik 3-2).

**Grafik 3-2: Anteil der 10- bis 22-jährigen übergewichtigen und adipösen Kärntner/innen, dargestellt nach der durchschnittlichen Anzahl an Hauptmahlzeiten, die sie pro Tag zu sich nehmen (n = 3.144, p < 0,01)**



Das Auslassen von Hauptmahlzeiten wird gerne zur Gewichtskontrolle eingesetzt. Die Übergewichtigen und diejenigen, die meinen, dass sie abnehmen sollten, essen deutlich seltener drei Hauptmahlzeiten, 52% von ihnen lassen eine Hauptmahlzeit aus, 10% sogar zwei. Das Ergebnis ist leider der Intention entgegengesetzt. Es bedarf dringender Aufklärung, dass diese Art der Diät das Gewicht nicht reduziert, sondern im Gegenteil erhöht.

### 3.1.3 Qualität der Ernährung

Es bedarf kaum der Erläuterung, dass gesunde Ernährung absolut grundlegend für die Prävention von gesundheitlichen Defiziten ist. Über die ideale Zusammensetzung geben die modernen Ernährungswissenschaften Auskunft: sie empfehlen den Großteil des Kalorienbedarfs durch Getreide, Obst und Gemüse abzudecken, Fette nur in geringen Mengen und Süßigkeiten nur mit Augenmaß zu konsumieren (FGÖ 2000). Für die Beurteilung der Ernährungsqualität werden Vielfalt, Ausgewogenheit und Mäßigung in der Lebensmittelauswahl bewertet. Ein einseitiger und übermäßiger Konsum von zum Beispiel Limonaden und Süßigkeiten kann mittel- und langfristig die Ernährungsqualität beeinträchtigen, weil solche Lebens- oder eher Genussmittel eine sehr geringe Nährstoffdichte haben. Dieses Risiko kann jedoch wiederum anteilig durch eine regelmäßige und hohe körperliche Aktivität sowie die gezielte Auswahl anderer Lebensmittel (z.B. viel Obst und Gemüse) kompensiert werden.

#### Itembox 3-2

##### Wie oft isst Du/essen Sie Obst und Früchte?

Nie, selten, einmal wöchentlich, mehrmals wöchentlich, täglich

##### Wie oft isst Du/essen Sie Gemüse?

Nie, selten, einmal wöchentlich, mehrmals wöchentlich, täglich

##### Wie oft isst Du/essen Sie Süßigkeiten oder Schokolade?

Nie, selten, einmal wöchentlich, mehrmals wöchentlich, täglich

##### Wie oft trinkst Du/trinken Sie zuckerhaltige Limonade wie z.B. Coca Cola, etc.?

Nie, selten, einmal wöchentlich, mehrmals wöchentlich, täglich

Quelle: WHO-HBSC-Survey 2002

Zwei Nahrungsmittelgruppen sind deshalb in der Betrachtung besonders wichtig: Zum einen Obst und Gemüse, da mit deren Hilfe das Risiko von Krebs, kardiovaskulärer Erkrankungen und Diabetes mellitus reduziert und außerdem eine gesunde Verdauung gefördert werden kann (Williams 1995). Zum anderen der Verzehr von zuckerhaltigen Limonaden (wie Cola etc.) und Süßigkeiten oder Schokolade, da diese Nahrungsmittel das Risiko von Karies, Übergewicht und entsprechenden Folgeerkrankungen wie zum Beispiel Diabetes Mellitus stark erhöhen (FGÖ 2003).

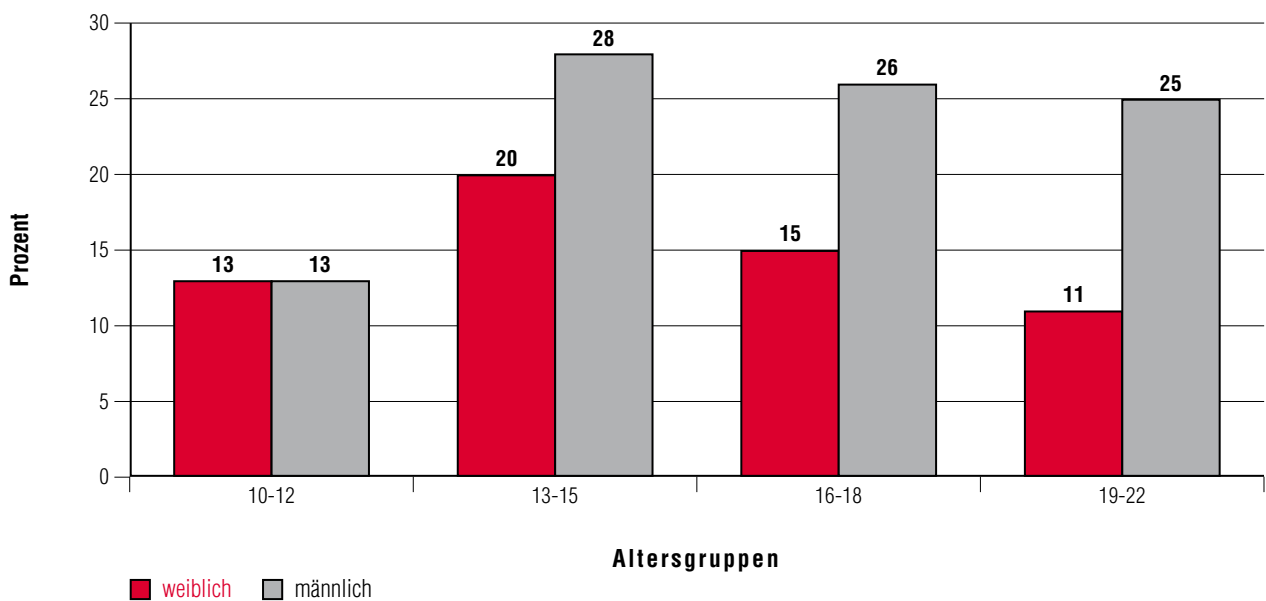
**Obst/Gemüse**

65% der befragten Kärntner/innen essen mehrmals wöchentlich oder täglich Obst und Gemüse, 12% hingegen nehmen beides nur einmal wöchentlich oder seltener zu sich. Mädchen und junge Frauen essen insgesamt etwas häufiger Obst bzw. Gemüse mehrmals wöchentlich oder täglich (69% zu 61%). Die Burschen verzichten etwas häufiger als die Mädchen auf den regelmäßigen Verzehr von Obst und Gemüse. Jedes zehnte Mädchen konsumiert Obst und Gemüse nur einmal wöchentlich oder seltener. Bei den Burschen und jungen Männern ist dies beinahe jeder Achte (10% zu 13%). Der Anteil der jungen Kärntner/innen, die beides nur einmal wöchentlich oder seltener zu sich nehmen mit dem Alter weitgehend konstant (11% bis 13%).

**Süßigkeiten / Limonade**

19% der Population konsumieren sowohl Süßigkeiten als auch Limonaden mehrmals wöchentlich oder täglich, davon sind 37% Mädchen und 63% Burschen. 47% der Befragten konsumieren immerhin noch eins von beiden mehrmals wöchentlich oder täglich. Die 13- bis 18-jährigen Kärntner/innen nehmen häufiger Süßigkeiten und Limonaden mehrmals wöchentlich oder täglich zu sich als die anderen beiden Altersgruppen. Dieses Konsumverhalten ist so lange relativ gering, so lange die Kontrolle der Eltern hoch ist und einen großen Einfluss auf das Verhalten der Kinder hat, also in der Altersgruppe der 10- bis 12-Jährigen. Danach – mit wachsender Selbstverantwortung und steigendem Taschengeld bei schwindender elterlicher Kontrolle – wächst der Konsum stark an und bleibt bei den Burschen auf einem etwa gleichbleibend hohen Niveau. Bei den Mädchen sinkt der Verzehr dann relativ schnell wieder, was höchstwahrscheinlich mit dem wachsenden Figur- und Körperbewusstsein zusammenhängt (vgl. Grafik 3-3).

**Grafik 3-3: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die mehrmals wöchentlich oder öfter Süßigkeiten und Limonaden verzehren, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.214, Altersgruppen: p > 0,05, Geschlecht: p < 0,01)**



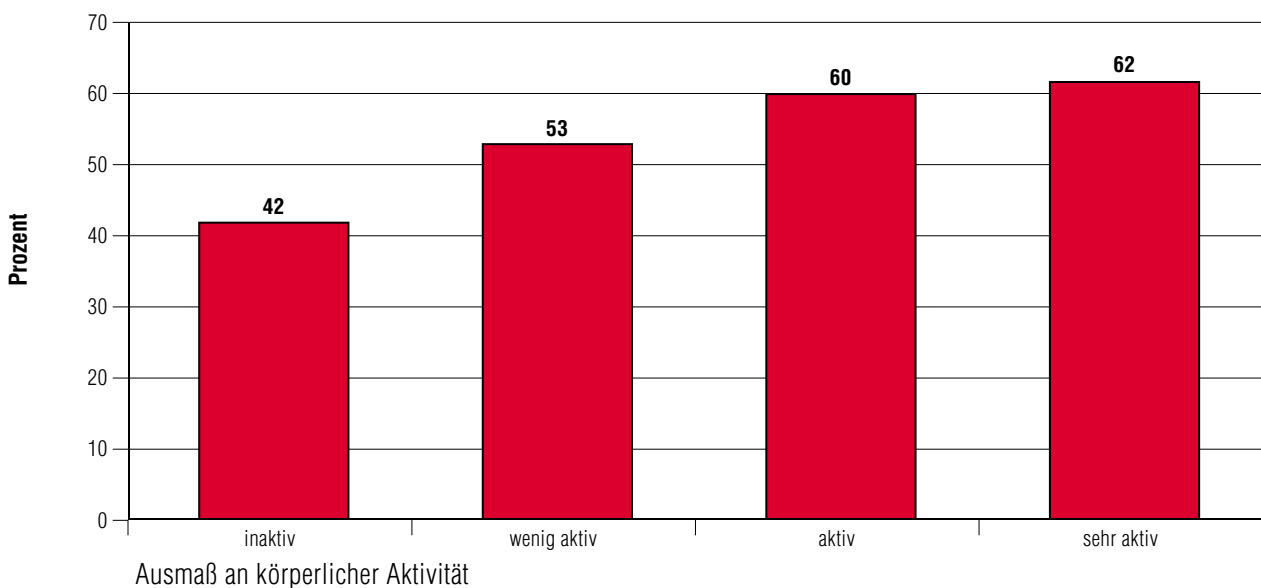
Je regelmäßiger die Kärntner Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen Hauptmahlzeiten zu sich nehmen, desto häufiger konsumieren auch Obst und Gemüse. Wo gesund gegessen wird, schlägt sich das in Quantität und Qualität nieder. Umgekehrt: Die Mängel einer unregelmäßigen Ernährung werden durch die Mängel der Qualität häufig noch verstärkt.

### 3.1.4 Ernährungsverhalten und Bewegung

Je mehr die Jugendlichen körperlich aktiv sind, umso häufiger ernähren sie sich auch regelmäßig mit drei Mahlzeiten am Tag (vgl. Grafik 3-4). Das zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit eines gesunden Lebensstil in einem Bereich (Ernährung) mit der Wahrscheinlichkeit in einem anderen Bereich (Bewegung) steigt. Oder auch: in der Population der jungen Kärntner/innen gibt es Personen mit insgesamt eher gesunden und solche mit insgesamt eher ungesunden Lebensstilen. Es zeigt weiteres, dass der durchschnittlich niedrigere BMI bei den Regelmäßig-Essern mit deren intensiverem Bewegungsverhalten zusammenhängt.

Andererseits: je mehr die jungen Kärntner/innen vor dem Fernseher und dem Computer sitzen, umso häufiger neigen sie dazu, Hauptmahlzeiten auszulassen. Vielsitzer neigen dazu, wenig Sport zu betreiben, wenig Obst und Gemüse zu essen, dafür jedoch einen erhöhten Konsum an Limonaden und Süßigkeiten zu haben.

**Grafik 3-4: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die täglich 3 Hauptmahlzeiten einnehmen, dargestellt nach dem Ausmaß der körperlichen Aktivität (n = 3.174, p < 0,01)**



### 3.1.5 Diätverhalten

Das Halten einer Diät kann eine effektive Strategie sein, um ein gesundes Körpergewicht zu erlangen, beziehungsweise zu stabilisieren. Die Entscheidung für oder gegen eine Diät wird jedoch vor allem durch die subjektive Gewichtseinschätzung, mehr als durch das tatsächliche Gewicht beeinflusst (Pesa, Syre & Jones 2000). Für Mädchen ist zum Beispiel oft nicht das Erlangen von Normalgewicht, sondern eher von Untergewicht das Ziel (Koff & Rierdan 1991), wohingegen Jungen sich selbst eher als untergewichtig einstufen und deshalb Gewicht zulegen wollen. Dies ist ein Trend, der in Zusammenhang mit den sozialen Konzepten von körperlicher Attraktivität in vielen westlichen Kulturen steht (Kilpatrick, Ohannessian & Bartholomew 1999).

Durch das Diätverhalten kann es auch zu gesundheitsschädlichen Effekten wie zum Beispiel einer unzureichenden Nährstoffzufuhr oder aber zu einer Entwicklung von Essstörungen kommen (Edmunds & Hill 1999, Garner 1993). Außerdem kann Diät halten auch Reizbarkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen, Menstruationsunregelmäßigkeiten, Wachstumsstörungen und eine verzögerte sexuelle Reifung verursachen (Pesa 1999).

Es wurde deshalb einerseits gefragt, wie viele junge Menschen gerade eine Diät halten und andererseits auch, wie sie ihren Körper wahrnehmen, also welches Bild sie von ihrem eigenen Körper haben (Body Image). Die Kombination dieser beiden Aussagen in Verbindung mit dem BMI lässt eine Rekonstruktion von problematischen Beziehungen zum eigenen Körper zu.



**Itembox 3-3**

**Machst Du/Machen Sie gerade eine Diät, oder tust Du/tun Sie etwas anderes, um Gewicht abzunehmen?**

Ja, nein

**Was trifft auf Dein/Ihr Gewicht zu?**

- ich sollte zunehmen
- mein Gewicht ist gerade richtig
- ich sollte abnehmen

Quelle: WHO-HBSC-Survey 2002

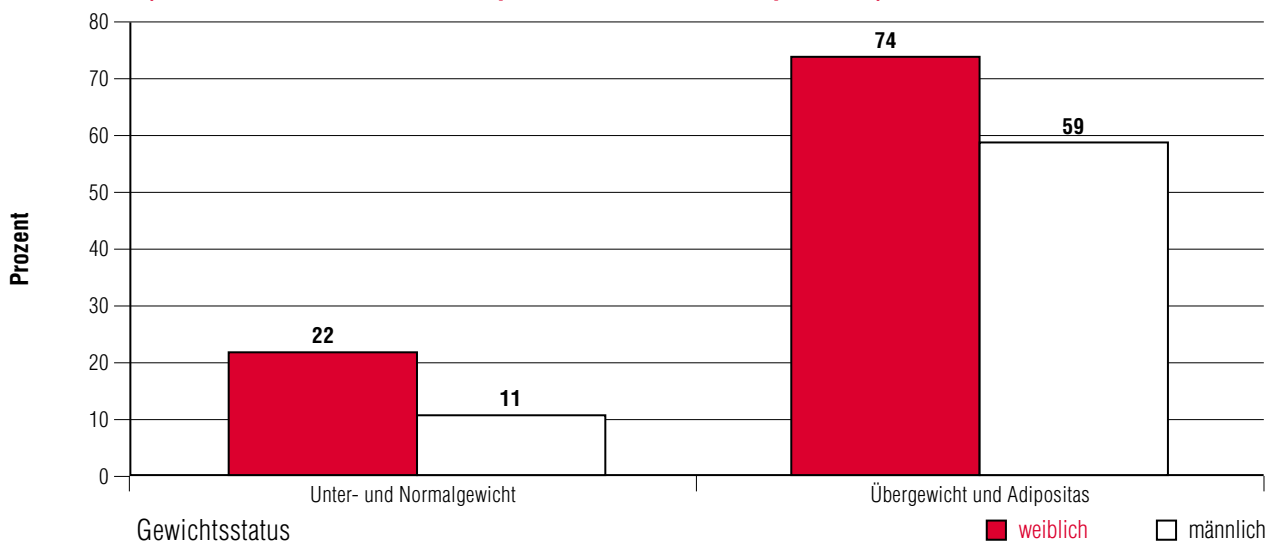
8% der Kinder und Jugendlichen machen eine Diät, um Gewicht zu verlieren. Mädchen tun dies mit 10% doppelt so häufig wie Burschen oder junge Männer. In jeder Altersgruppe sind besonders die Mädchen und jungen Frauen bei der Gewichtsreduktion aktiv. Nur 70% der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen sind mit ihrem Gewicht zufrieden. 9% meinen hingegen, dass sie zunehmen, 21% sind der Meinung, dass sie abnehmen sollten. Der Anteil der Zufriedenen sinkt mit dem Alter: von den 19- bis 22-Jährigen sind nur noch 66% mit ihrem Gewicht zufrieden. Die jungen Erwachsenen (19-22 Jahre) haben am ehesten ein negatives Körperbild und empfinden sich, im Vergleich zu den anderen Altersgruppen sowohl am häufigsten zu dick als auch am häufigsten zu dünn. Mädchen fühlen sich häufiger zu dick (25% zu 17%), Buben hingegen häufiger zu dünn (11% zu 6%), was mit den geschlechtsspezifischen Schönheitsidealen zusammenhängt.

3.

**3.1.6 Übergewicht & Diätverhalten**

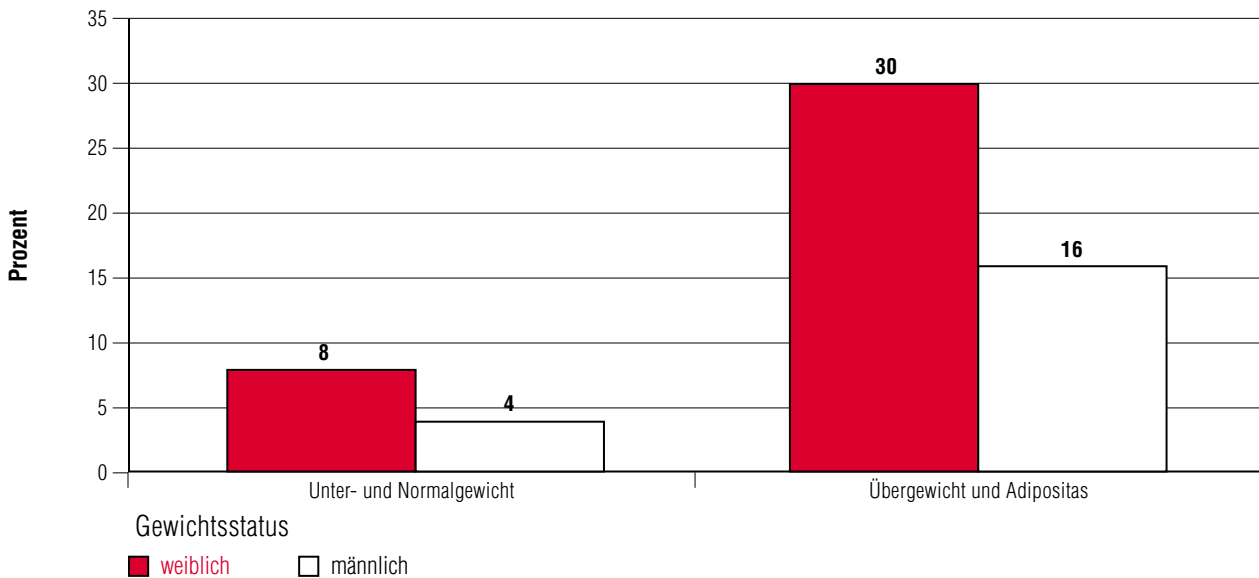
74% der Mädchen bzw. 59% der Burschen, die unter Übergewicht leiden, wissen, dass sie abnehmen sollten. Das bedeutet aber auch, dass über 40% der Burschen und 26% der Mädchen die Gefahren verkennen, die mit jugendlichem Übergewicht und Adipositas einhergehen. Von den übergewichtigen Mädchen machen 30% eine Diät. Bei den Burschen sind es 16%, die etwas zur Gewichtsreduktion unternehmen. Das bedeutet andererseits aber, dass 70% der Mädchen und 84% der Burschen, die übergewichtig oder adipös sind, nicht aktiv abnehmen. Besonders die jungen Männer scheinen sehr häufig davon auszugehen, dass ihr Gewicht in Ordnung ist und sie eine Reduktion nicht nötig haben. Erschreckenderweise glauben aber auch viele Normal- oder Untergewichtige, dass sie abnehmen sollten und machen daher eine Diät. Das trifft besonders für die Mädchen zu: jede vierte junge Kärntnerin, die eigentlich unter- bzw. normalgewichtig ist, meint abnehmen zu müssen und 8% tun dies auch tatsächlich (vgl. Grafik 3-5).

**Grafik 3-5: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die der Meinung sind, dass sie abnehmen sollten, dargestellt nach ihrem Gewichtsstatus und für die Geschlechter (n = 3.174, Gewichtsstatus: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01)**



Die Normalgewichtigen sollte man ermuntern und bestärken, sich ausgewogen und normal zu ernähren und auf Diäten zu verzichten, während man die übergewichtigen Kinder und Jugendlichen ermutigen sollte, an Gewichtskontrollprogrammen teilzunehmen (vgl. Grafik 3-6).

**Grafik 3-6: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die gerade eine Diät machen, dargestellt nach ihrem Gewichtsstatus und für die Geschlechter (n = 3.175; Gewichtsstatus: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01)**



3.

### 3.2 Bewegungsverhalten

Körperliche Aktivität hat zahlreiche positive Effekte auf die Gesundheit. Bereits im Jugendalter können eine Verbesserung der körperlichen Fitness, des Blutdrucks, eine Verbesserung in der Knochensubstanz und eine Verringerung des Risikos für Fettleibigkeit nachgewiesen werden (Zirola & Döring 2003). Es ist allerdings auch bekannt, dass etwa die Hälfte aller ärztlich behandelten Verletzungen auf Sportunfälle zurückgeht (Currie et al. 2001). Studien aus England und den USA empfehlen auf dem Hintergrund dieser Informationen moderate körperliche Aktivität<sup>4</sup> von mindestens einer Stunde täglich für alle Kinder und Jugendlichen (Strong et al. 2005).

#### Itembox 3-4

**Wenn Du/Sie alle Minuten körperlicher Aktivität eines Tages zusammenzählst/zusammenzählen, an wie vielen Tagen der vergangenen Woche warst Du/waren Sie für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv?**

Tage (0-7)

**Wenn Du/Sie alle Minuten körperlicher Aktivität eines Tages zusammenzählst/zusammenzählen, an wie vielen Tagen einer gewöhnlichen oder typischen Woche bist Du/sind Sie für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv?**

Tage (0-7)

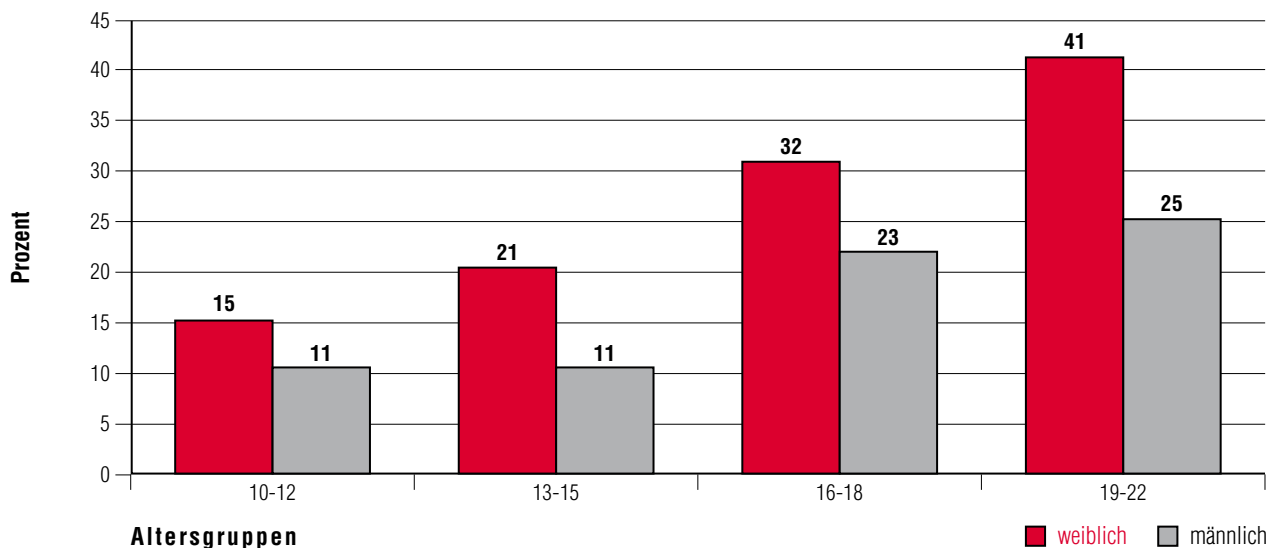
Quelle: WHO-HBSC-Survey 2002

Von diesem Idealmaß sind viele junge Kärntner/innen weit entfernt: 23% der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen sind körperlich weitgehend inaktiv, das heißt sie bewegen sich pro Woche höchstens einmal für mindestens 60 Minuten so stark, dass sie außer Atem kommen und schwitzen – inklusive des Schulturnens! (vgl. Grafik 3-7). Die Mehrheit der jungen Kärntner/innen (46%) ist körperlich mäßig bis mittel aktiv, sie bewegen sich in definiertem Sinn zwei bis dreimal pro Woche. Weitere 23% sind an vier bis fünf Tagen körperlich aktiv. 8% schaffen mit sechs bis sieben Tagen pro

<sup>4</sup> Moderate körperliche Aktivität (welche nachweislich einen positiven gesundheitlichen Effekte erzielen kann – vgl. U.S. Department of Health and Human Services 1996) wurde als äquivalent zu schnellem Gehen, bei dem einem warm werden und man leicht außer Atem geraten kann, definiert (Biddle, Sallis & Cavill 1998).

Woche das angegebene Ideal. Mädchen sind deutlich seltener körperlich aktiv als Burschen. Dies zeigt sich besonders in den Gruppen der aktiven und sehr aktiven Kärntner/innen. Die Jüngeren sind wesentlich häufiger an vier bis sieben Tagen in der Woche aktiv (38%) als die älteren mit 28%.

**Grafik 3-7: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die an keinem oder nur an einem Tag in der Woche mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.205, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01)**



3.

### 3.3 Sitzendes Verhalten

Bewegungsmangel ist eine Hauptursache für Übergewicht und Adipositas. Viele Kinder und Jugendliche haben oft bereits einen ähnlich sitzenden Lebensstil wie berufstätige Erwachsene. Das beginnt am Morgen mit der Schule, setzt sich nachmittags bei der Durchführung der Hausaufgaben fort und endet vor Fernseher und Computer. Kinder sitzen oder liegen häufig neun bis zehn Stunden am Tag und mehr. Auch kurze Wege werden oft mit Straßenbahn, Bus oder Auto zurückgelegt (Oltersdorf et al. 2002). So bewegen sich 6- bis 10-jährige Kinder durchschnittlich immer weniger und konsumieren stattdessen immer mehr elektronische Medien (Kretmscher & Giewald 2001). Die negativen Folgen von Bewegungsmangel sind vielfältig. Sie reichen von psychischen Problemen, wie seelische Unruhe und Unausgeglichenheit, Nervosität, Depressionen usw. bis hin zu körperlichen Beschwerden, wie mangelnde Fitness, Muskelverspannungen, Rückenschmerzen, Asthma, Übergewicht etc. (Strong et al. 2005; Lucas & Platts-Mills 2005). Am Ausmaß des statisch passiven Sitzens in der Schule und bei den Hausaufgaben ließe sich durch Bewegungsprogramme in den Schulen sicherlich viel verbessern - die Möglichkeiten sind hier dennoch eingeschränkt. Durch persönliche Motivation veränderbar sind allerdings die multimedialen Freizeitbeschäftigungen wie eben Fernsehen und Computer. Im Survey wurde deshalb nach dem täglichen Fernseh- bzw. Computerkonsum gefragt.

#### 3.3.1 Fernsehkonsum

9% der Kinder und Jugendlichen sehen während der Woche gar nicht fern. Die überwiegende Mehrheit der Befragten (70%) schaut bis zu zwei Stunden täglich. 16% tun das bis zu vier Stunden und 5% sitzen mehr als vier Stunden an einem Wochentag vor dem Fernseher. In Hinblick auf die regelmäßige Bewegung ist damit für 21% der jungen Kärntner/innen ein eher problematisches Freizeitverhalten zu konstatieren. Diese Gruppe wächst an den Wochenenden sogar auf 35% an. Die 10- bis 12-Jährigen verbringen weniger Zeit vor dem Fernseher als die anderen Altersgruppen und zwar sowohl an den Wochentagen als auch an den Wochenenden bzw. Feiertagen. Ab circa 13 Jahren bleibt das Fernsehverhalten in etwa gleich. Dies könnte mit der elterlichen Kontrolle des Fernsehkonsums und mit vermehrten Familienaktivitäten bzw. Beschäftigungsangeboten für die Kinder durch die Eltern und/oder Vereine zu tun haben.

**Itembox 3-5**

**Wie viele Stunden verbringst Du/verbringen Sie an einem gewöhnlichen Werktag normalerweise vor dem Fernseher (einschließlich Video)?**

Keine, bis zu 2 Stunden, bis zu 4 Stunden, bis zu 6 Stunden, mehr als 6 Stunden

**Wie viele Stunden verbringst Du/verbringen Sie an einem gewöhnlichen Sonntag oder Feiertag normalerweise vor dem Fernseher (einschließlich Video)?**

Keine, bis zu 2 Stunden, bis zu 4 Stunden, bis zu 6 Stunden, mehr als 6 Stunden

Quelle: WHO-HBSC-Survey 2002

3.3.2 Computernutzung

36% der Kinder und Jugendlichen sitzen während der Woche in ihrer Freizeit gar nicht vor dem Computer. 52% tun dies bis zu zwei Stunden täglich. 8% nutzen den Computer bis zu vier Stunden täglich und 5% mehr als vier Stunden pro Tag. Am Wochenende zeigt sich kein Unterschied in der Nutzung. Allgemein gesprochen verbringen die Burschen mehr Zeit vor dem Computer als die Mädchen: 43% der Mädchen nutzen den Computer während der Woche überhaupt nicht. Bei den Buben sind das nur 29%. Die älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen sitzen wesentlich häufiger und länger in ihrer Freizeit vor dem Computer als die jüngeren. So nutzen nur 0,3% der 10- bis 12-Jährigen in der Woche den Computer mehr als vier Stunden täglich, wohingegen das 10% der jungen Erwachsenen tun.

Die meisten Jugendlichen sitzen sowohl täglich vor dem Fernseher als auch vor dem Computer. Es ist besonders bedenklich, dass ein Drittel aller Kärntner/innen zwischen 10 und 22 Jahren in ihrer Freizeit mehr als vier Stunden täglich vor dem Fernseher bzw. Computer verbringen (vgl. Grafik 3-8).

**Itembox 3-6**

**Wie viele Stunden verbringst Du/verbringen Sie an einem gewöhnlichen Werktag außerhalb der Schule oder der Arbeit normalerweise vor dem Computer?**

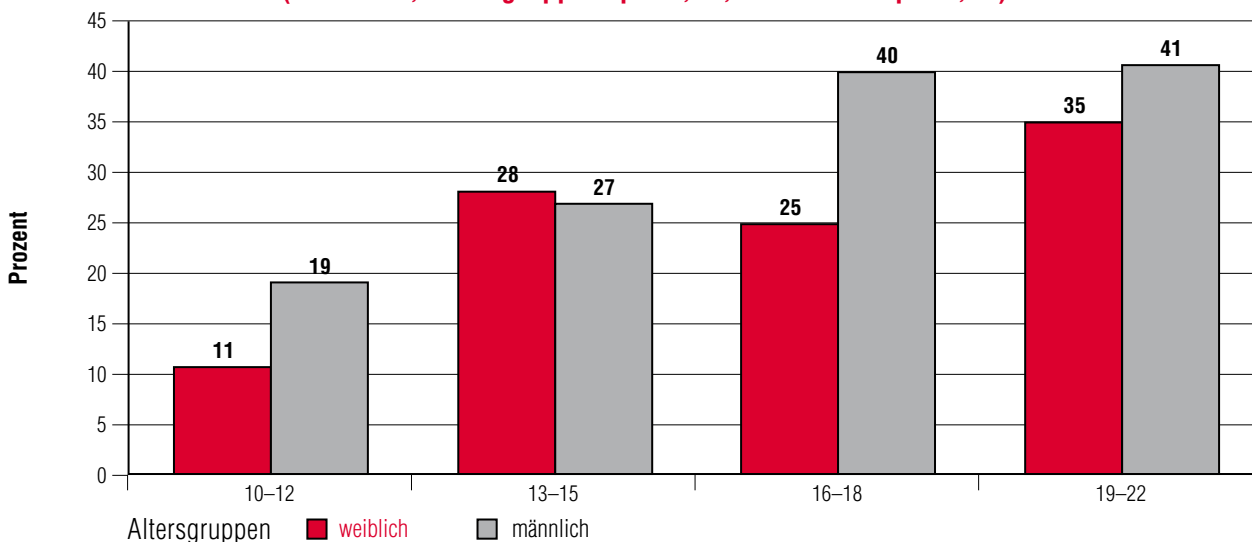
Keine, bis zu 2 Stunden, bis zu 4 Stunden, bis zu 6 Stunden, mehr als 6 Stunden

**Wie viele Stunden verbringst Du/verbringen Sie an einem gewöhnlichen Sonntag oder Feiertag normalerweise vor dem Computer?**

Keine, bis zu 2 Stunden, bis zu 4 Stunden, bis zu 6 Stunden, mehr als 6 Stunden

Quelle: WHO-HBSC-Survey 2002

**Grafik 3-8: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die täglich mehr als vier Stunden vor dem Fernseher oder Computer verbringen, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.181, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01)**



### 3.3.3 Freizeitverhalten & Bewegung

Im Rahmen der HBSC-Studie konnte im internationalen Vergleich gezeigt werden, dass das weltweit wachsende Problem des Übergewichts eng mit dem Ausmaß an Fernsehkonsum zusammenhängt (Janssen, I., Katzmarzyk, P., Boyce, W. et al. 2005). Eine gute Strategie gegen Adipositas und Übergewicht ist demnach eine konsequente und nachhaltige Reduktion der Zeit, die Kinder und Jugendliche vor dem Fernseher verbringen. In der Art und Weise, wie jemand seine Freizeit verbringt, ob er z.B. lieber körperlich aktiv ist oder aber mehr Zeit vor dem Fernseher oder Computer verbringt, lassen sich verschiedene Bewegungstypen unterscheiden (vgl. Tabelle 3-1):

**Tabelle 3-1: Matrix der Bewegungstypen**

Typologie 8: Bewegung		Fernseher und Computer	
		weniger als 2 Stunden/Tag	mehr als 2 Stunden/Tag
Bewegung	0 bis 3 Tage/Woche für mind. 60 Minuten	A	B
	4 bis 7 Tage/Woche für mind. 60 Minuten	D	C



- **Typ A** verbringt weder viel Zeit vor dem Fernseher oder Computer (weniger als zwei Stunden am Tag) noch mit körperlichen Aktivitäten (0 bis 3 Tage pro Woche für mindestens 60 Minuten) (Mädchen: 28%, Burschen 17%).
- **Typ B** ist körperlich nur wenig aktiv (null bis drei Tage pro Woche für mindestens 60 Minuten) und verbringt drei Stunden oder mehr täglich sitzend vor einem Bildschirm (Mädchen: 46%, Burschen 47%).
- **Typ C** tut beides häufig: sitzt drei oder mehr Stunden täglich vor dem Bildschirm und ist an 4 oder mehr Tagen in der Woche für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv (Mädchen: 14%, Burschen: 25%).
- **Typ D** verbringt wenig Zeit vor dem Fernseher bzw. Computer (weniger als zwei Stunden pro Tag), aber viel Zeit mit Bewegung (an vier oder mehr Tagen in der Woche für mindestens 60 Minuten) (Mädchen: 12%, Burschen: 11%).

Die Verteilung der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen verändert sich mit dem Alter: das Ausmaß an Bewegung nimmt insgesamt ab, der Fernsehkonsum bleibt in etwa gleich, während die Zeit vor dem Computer nur leicht mit dem Alter zunimmt. Mit dem Älter-Werden findet demnach eine Umverteilung zugunsten des Bewegungstyps B statt: wenig Bewegung, viel Computer und TV.

## 3.4 Suchtmittelgebrauch

### 3.4.1 Legale Suchtmittel

#### 3.4.1.1 Tabakkonsum

Rauchen wird heute international als der bedeutendste Risikofaktor für die Gesundheit der jugendlichen Bevölkerung angesehen. Obwohl viele mit dem Rauchen assoziierte Erkrankungen als Spätfolgen im mittleren bis höheren Alter auftreten, wird die Gesundheit bereits im Jugendalter beeinträchtigt: Einschränkung der Lungenfunktion, asthmatische Probleme, Kurzatmigkeit etc. (Dür et al. 2002a+c). Je früher zu Rauchen begonnen wird, desto höher ist das Risiko einer körperlichen Folgeschädigung. Wenn zum Beispiel ein Jugendlicher vor Erreichen des 15. Lebensjahres zu

rauchen beginnt, so ist sein Risiko, vorzeitig an Lungenkrebs zu sterben, etwa doppelt so hoch wie für jemanden, der zehn Jahre später als junger Erwachsener das Zigarettenrauchen anfängt (Nordlohne 1992). Außerdem wird ein Viertel von den Jugendlichen, die mit dem Rauchen beginnen und es über zwei Jahrzehnte fortsetzen, zwischen dem 35. und 69. Lebensjahr an den direkten Folgen des Rauchens sterben (WHO 2002; International Agency for Research on Cancer 2004). Umso bedenklicher ist, dass der Tabakkonsum unter Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen hat. So hat sich in Österreich der Anteil der täglich rauchenden Knaben seit Mitte der 80er Jahre auf etwa 20% verdoppelt, jener der Mädchen sogar auf 25% knapp verdreifacht (Dür et al. 2004). 75% dieser jugendlichen Raucher/innen werden auch im Erwachsenenalter weiter rauchen (Moolchan et al. 2000).

Zu einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung von Jugendlichen gehört das Ausprobieren von Verhaltensweisen und das Sammeln von Erfahrungen innerhalb verschiedener Lebensbereiche dazu. Auf der Basis dieser Erfahrungen können die Jugendlichen eine eigenen Haltung zu verschiedenen Verhaltensweisen entwickeln und entscheiden, welche sie übernehmen oder ablehnen wollen. Probierverhalten kann somit nicht ausschließlich negativ bewertet werden, weil der Jugendliche auf diese Weise kennen lernt, warum er etwas - zum Beispiel das Rauchen - ablehnen wird. Die Gruppe derjenigen, die das Rauchen ausprobiert haben, ist aber nicht zwangsläufig gleichzusetzen mit der Gruppe der Raucher/innen. Es gibt auch genügend Jugendliche, die das Rauchen einmal probiert haben, jedoch die Finger davon lassen. Deshalb wird neben dem Probierverhalten auch nach dem aktuellen Konsum von Tabak bei den Jugendlichen gefragt. Auf diese Weise lassen sich die Raucher/innen von denen, die nur eine Zigarette probiert haben, unterscheiden und die Prävalenzen (wie viele 10- bis 22-Jährige tatsächlich rauchen) bestimmen.

3.

**Itembox 3-7**

**Hast Du/Haben Sie jemals Tabak geraucht, d.h. eine Zigarette, Zigarre oder Pfeife?**

Ja, Nein

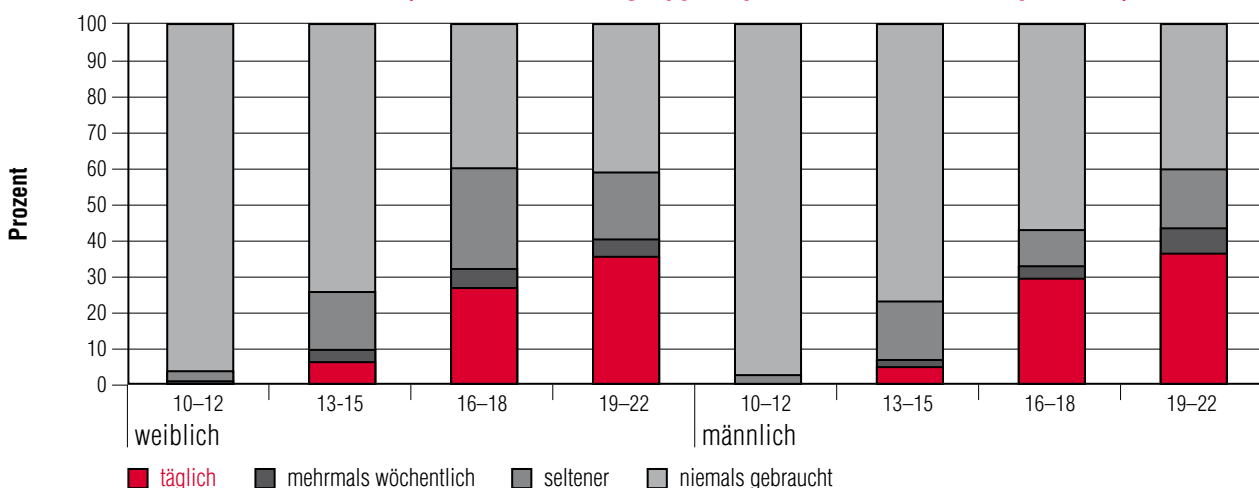
**Wie oft rauchst Du/rauchen Sie Tabak?**

Täglich, mehrmals wöchentlich, seltener

Quelle: WHO-HBSC-Survey 2002

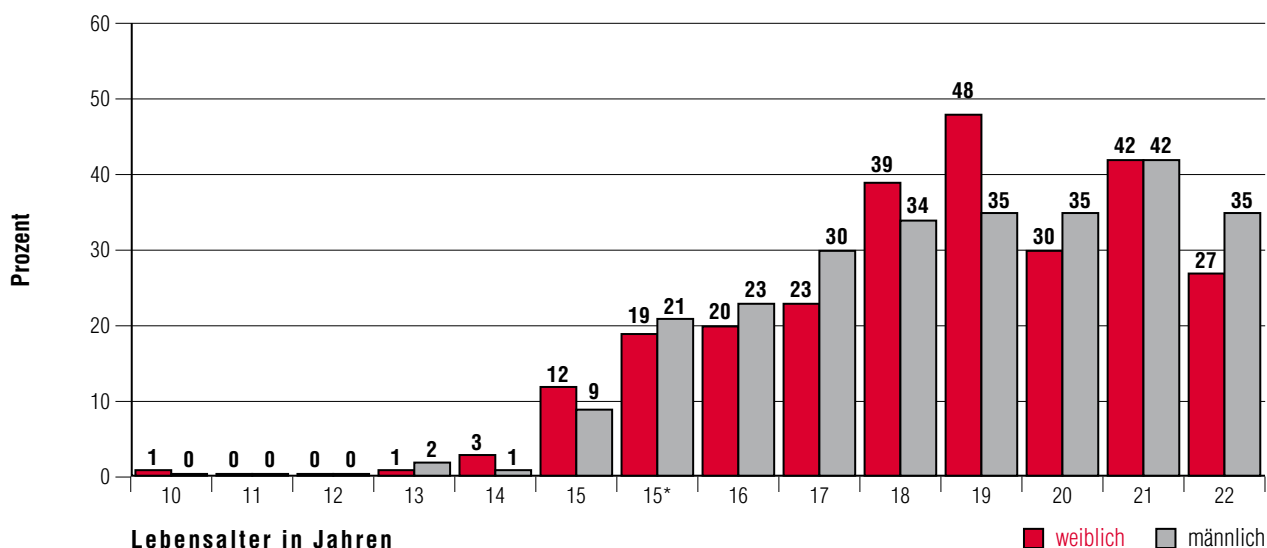
38% der Kärntner/innen haben in ihrem Leben bereits Tabak geraucht (Zigarette, Zigarre, Pfeife etc). In der Altersgruppe der 10- bis 12-Jährigen liegt dieser Anteil unter 6%, bis zum 21. Lebensjahr steigt er dann kontinuierlich auf einen Wert von um bzw. über 60% an. 18% aller Befragten rauchen täglich Tabak, 3% zwar nicht täglich, aber mehrmals wöchentlich. 16% rauchen gelegentlich und etwa 63% aller jungen Menschen sind Nichtraucher/innen. In der Altersgruppe der 13- bis 15-jährigen Mädchen und Burschen zählen mehr als 20% zu den Raucherinnen und Rauchern. Dieser Anteil steigt in der Altersgruppe der 16- bis 18-Jährigen sprunghaft auf rund 60% an. Dies gilt für die Mädchen sogar noch etwas stärker, wobei sich der Anteil der Raucher/innen für die verbleibende Altersgruppe auf diesem Niveau einpendelt (vgl. Grafik 3-9).

**Grafik 3-9: Tabakkonsum der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.158, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p > 0,05)**



In ähnlicher Weise lässt sich für beide Geschlechter eine kontinuierliche Zunahme bei den täglich Rauchenden beobachten, die besonders bei den Mädchen im 19. Lebensjahr mit rund 50% ihren Höhepunkt erreicht (vgl. Grafik 3-10). Der Prozentsatz der täglich Raucher/innen liegt bei den 15-Jährigen mit 12% und 9% (Mädchen und Burschen) deutlich unter den Ergebnissen der Kärntner HBSC-Befragung. Da Tabakkonsum bei 15-Jährigen ein illegales Verhalten darstellt, dürfte ein gewisser Teil der Jugendlichen im Telefoninterview eine ehrliche Antwort verweigert haben. Um hier jedoch kein falsches Bild zu erzeugen, wurden die Daten aus dem Telefonsurvey durch die Daten aus dem HBSC-Survey ergänzt.

**Grafik 3-10: Anteil der 10- bis 22-jährigen täglich rauchenden Kärntner/innen, dargestellt nach Alter und für die Geschlechter (n = 3.158, Alter: p < 0,01, Geschlecht: p > 0,05)**



\*Kärntner HBSC Daten 2002 (Alter: 14,50 bis 15,49)

### 3.4.1.2 Alkohol

Alkoholkonsum stellt in Österreich bei Erwachsenen ein besonders relevantes Risikoverhalten dar. Empirischen Schätzungen zufolge leben in Österreich 330.000 alkoholranke und 870.000 alkoholgefährdete Erwachsene (Uhl et al. 2001). Auch wenn man – anders als beim Nikotin – vom jugendlichen Alkoholkonsum nicht auf den Alkoholkonsum im Erwachsenenalter schließen kann, ist es doch wichtig, die Trinkgewohnheiten von Jugendlichen zu beobachten. Bis zu einem gewissen Grad handelt es sich dabei sicher um experimentelles Trinken, welches in gewisser Weise sogar als wichtig erachtet werden kann, um ein effektives Kontrollverhalten entwickeln zu können. Zum anderen kann vermutet werden, dass Jugendliche den Alkohol in Zusammenhang mit bestimmten Lebensproblemen als stimulierende oder entspannende Droge einsetzen (Dür et al. 2002b). Wie eine Österreichische Studie zeigen konnte, weisen immerhin 7,6% der Jugendlichen problematische Trinkmotive auf. Diese gelten als besonders suchtfährdet, da sie Alkohol als Problemlöser und um der Realität zu entfliehen benützen (Bohrn & Bohonnek 1998).

Alkoholkonsum hängt häufig auch mit anderen problematischen Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Aggressivität, zusammen. Dabei hat die Häufigkeit von Rauschzuständen eine bessere Vorhersagekraft von problematischem Verhalten als die Häufigkeit von Alkoholkonsum per se (Budd & Richardson 2003).

#### Itembox 3-8

**Wie oft trinkst Du/trinken Sie alkoholische Getränke wie Bier, Wein, Mischgetränke, Alkopops etc.?**

Nie, selten, einmal wöchentlich, mehrmals wöchentlich, täglich

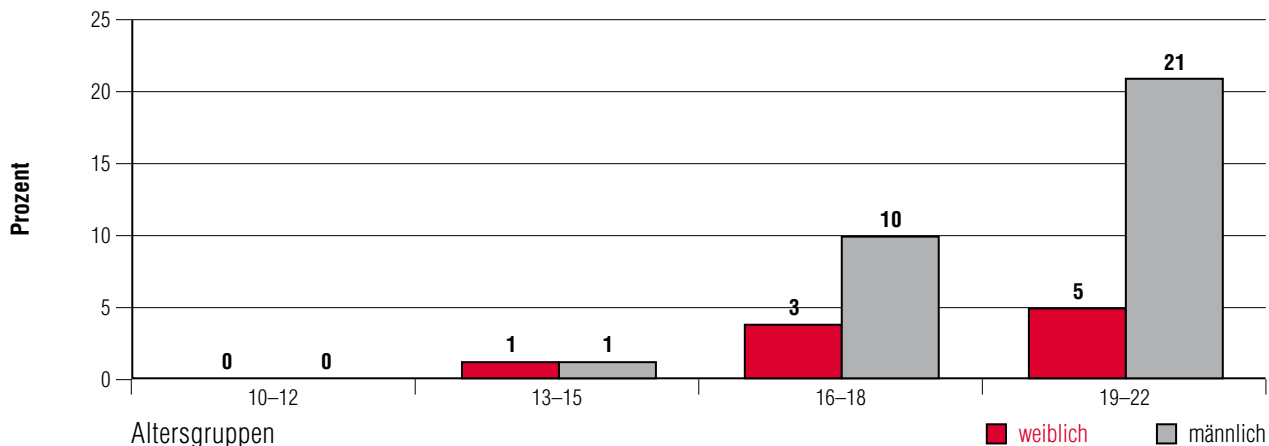
**Hast Du/Haben Sie jemals so viel Alkohol getrunken, dass Du/Sie richtig betrunken warst/waren?**

nein, nie, ja, 1 Mal, ja, 2 - 3 Mal, ja, 4 - 10 Mal, ja, 10 - 20 Mal, ja, öfter als 20 Mal

Quelle: WHO-HBSC-Survey 2002

Rund die Hälfte der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen konsumieren nie alkoholische Getränke, ein Viertel nur selten und ein Fünftel etwa einmal wöchentlich. Die Gruppe derjenigen, die mehrmals wöchentlich oder täglich Alkohol trinkt, steigt vom 16. bis zum 22. Lebensjahr von rund 6% auf 13% an. In dieser Gruppe befinden sich wiederum deutlich mehr Burschen (9%) als Mädchen (2%). Rund 21% der 19-22-jährigen Burschen trinken mehrmals wöchentlich alkoholische Getränke. Bei den Mädchen liegt dieser Anteil nur bei 5% (vgl. Grafik 3-11).

**Grafik 3-11: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die mehrmals wöchentlich oder öfter alkoholische Getränke konsumieren, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.213, Altersgruppen:  $p < 0,01$ , Geschlecht:  $p < 0,01$ )**



Im Alter von 14 Jahren geben 10% der befragten Jugendlichen an, dass sie schon mindestens einmal in ihrem Leben richtig betrunken waren. Rund jeder vierte 19- bis 22-Jährige berichtet von mehr als 10 Rauscherlebnissen in seinem Leben. Mädchen und junge Frauen sind insgesamt seltener betrunken als Burschen und junge Männer, so geben 14% der jungen Kärntnerinnen an, vier mal oder öfter in ihrem Leben berauscht gewesen zu sein, hingegen sagen das 27% der 10- bis 22-jährigen Kärntner.

### 3.4.2. Illegale Suchtmittel

#### 3.4.2.1 Cannabis

Lange Zeit wurde die Lehrmeinung vertreten, dass Cannabis keine körperliche Abhängigkeit hervorrufe und die Gesundheitsrisiken eher gering seien. Das wird heute differenzierter bewertet: der Konsum kann bei psychischer Instabilität, exzessivem Gebrauch oder zu frühem Einstiegsalter durchaus zu Abhängigkeit führen, die mentale Gesundheit beeinträchtigen und sogar Psychosen auslösen (Ferdinand et al. 2005; Semple et al. 2005). Die negativen Auswirkungen des Tabakrauchens gelten auch für das Rauchen von Cannabis sogar schon bei geringerer Dosierung, da der Rauch eines Joints wesentlich mehr Karzinogene, Teer und Kohlenmonoxyd enthält. Cannabis erzeugt Rauschzustände, welche die Unfallgefahr erhöhen, die Konzentrations- und Lernfähigkeit beeinträchtigen und bei häufigem Auftreten die Persönlichkeitsentwicklung der Jugendlichen merklich hemmen. (Schmidbauer & von Scheidt 2004). Der ESPAD-Studie zufolge haben zwischen 3% (Rumänien) und 44% (Tschechische Republik) der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen 12 und 25 Jahren Erfahrungen mit Cannabiskonsum (ESPAD-Ergebnis 2003 für Österreich : 21%). Insgesamt scheinen die Konsumerfahrungen bei Jugendlichen in den letzten zehn Jahren gestiegen zu sein. Cannabis ist daher das mit Abstand meistkonsumierte illegale Suchtmittel weltweit und hat gegenwärtig unter Jugendlichen den Charakter einer „illegalen Alltagsdroge“ (HBSC Factsheet Nr.1, 2003; Bohrn & Bohonnek 1998).

Einerseits ist bei allen illegalen Suchtmitteln die Frage nach dem Ausprobieren, also der Kontakt einer Person mit der Substanz interessant. Er liefert zum Beispiel Informationen über die lokale bzw. regionale Verbreitung des jeweiligen Suchtmittels, aber keinen Aufschluss über die Prävalenzen. Diese werden über die Häufigkeit des Konsums in den letzten 12 Monaten erhoben. Mit dieser Frage lassen sich die „Probierer“ von den echten „Usern“ unterscheiden und die Größe dieser Gruppen bestimmen. Diese beiden Fragen wurden zu jedem illegalen Suchtmittel gestellt.



### 3.4.2.2 Halluzinogene (LSD oder Rauschpilze)

Halluzinogene sind zumeist giftige Stoffe, die hauptsächlich eine intensiv wirkende Veränderung der Wahrnehmungsprozesse und der emotionalen Stimmungslage bewirken. Viele dieser Stoffe sind als natürlich vorkommende Alkaloide in bestimmten Pflanzen (Beeren, Gräsern, Kakteten und Pilzen) enthalten, andere werden synthetisch hergestellt (LSD). Während des Rausches können starke Euphorie und Erregung, Halluzinationen, Verwirrheitszustände und verminderte Sprach- und Reaktionsfähigkeit auftreten. Halluzinogene beeinflussen die Stimmungslage des Konsumenten, wobei aber auch die Erwartungen, die jemand an die Droge richtet, die Stimmung, die den Suchtmittelkonsum begleitet, der psychische Erfahrungshintergrund sowie psychische Reaktionsmuster eine wichtige Rolle spielen (Springer 2000). LSD kann bereits bei einmaligem Konsum eine schwere Psychose (Drogenpsychose) auslösen, die in manchen Fällen sogar unheilbar sein kann. Wie bei allen illegalen Suchtmitteln liegt ein weiteres Risiko darin, dass die Zusammensetzung und die Dosierung der Inhaltsstoffe des am Schwarzmarkt gekauften Stoffes vom Konsumenten nicht unmittelbar feststellbar sind. Häufig sind auf LSD-Pillen bunte, lustige Bilder (Comicfiguren) abgebildet, die besonders jungen Menschen einen harmlosen Eindruck vermitteln und über die Gefährlichkeit von LSD hinweg täuschen. Ein LSD-Rausch hält etwa acht bis 12 Stunden an. Es können jedoch noch Jahre nach dem letzten Konsum sogenannte Flashbacks auftreten. Als Flashback wird ein Wiedererleben früherer Gefühlszustände bezeichnet, das zumeist durch gewisse Reize ausgelöst wird. Die Folge ist ein Zustand, der dem tatsächlichen Rausch während des Suchtmittelkonsums ähnelt, allerdings ohne, dass eine neuerliche Einnahme erfolgt ist.

### 3.4.2.3 Partydrogen bzw. Synthetische Drogen (z.B. Ecstasy)

Unter dem Namen „Ecstasy“ werden verschiedene Stoffe (MDMA, MDA, MBDB, MMDA und vergleichbare Amphetaminderivate) angeboten, die heute als die Spaß- und Gute-Laune-Drogen gelten. Die Amphetaminderivate wirken aufputschend und stimulierend. Sie vermitteln ein Gefühl verstärkter Euphorie, die Umwelt wird intensiver wahrgenommen und das Kommunikationsbedürfnis nimmt zu. Ecstasy deaktiviert die Alarmsymptome des Körpers, so werden Durst, Hunger, Erschöpfung, Schwindel oder auch Schmerzen nicht beziehungsweise nicht rechtzeitig wahrgenommen. Durch vermehrte Aktivität (zum Beispiel Tanzen) und zu geringer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr kann es zu einer Störung des Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushalts des Körpers bis hin zur Dehydrierung kommen. Auch die Körpertemperatur wird häufig beeinträchtigt – sie kann bis zu 41°C ansteigen. Dies alles kann zu einem lebensbedrohlichen Kollaps führen. Nach der Einnahme höherer Dosen können Angst- und Panikzustände, in seltenen Fällen auch Wahnvorstellungen und Verwirrheitszustände auftreten. Als unerwünschte kurzfristige Folgeerscheinung werden Schlafstörungen, Angstzustände, Appetitlosigkeit, Antriebsarmut und Kreislaufstörungen beschrieben. Die Wirkung der Substanz setzt etwa 30 Minuten nach der Einnahme ein und hält bis zu sechs Stunden an (Informationszentrale gegen Vergiftung der Universität Bonn 2000; Springer 2000).

### 3.4.2.4 Amphetamine (Speed)

Die körperlichen und psychischen Wirkungen von Amphetaminen sind vielfältig. Sie wirken in erster Linie stimulierend und aufputschend, können aber auch halluzinogen sein. Sie bewirken im Gehirn die Ausschüttung von Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin. Dadurch werden einerseits alle körperlichen Bedürfnisse, die nicht als unmittelbar lebensnotwendig erachtet werden (z.B. Hunger, Durst, Müdigkeit, Schmerzen) mehr oder minder ausgeschaltet, andererseits führt dies zu einer vorübergehenden erhöhten Konzentrations- und Leistungsfähigkeit. Besonders häufig werden sie von den Konsumenten als Aufputzmittel und auch zusammen mit anderen (illegalen) Suchtmitteln verwendet. Überdies erzeugt die Einnahme von Speed das Gefühl eines erhöhten Selbstbewusstseins und die Aggressionsschwelle wird gesenkt. Die Wirkung tritt je nach Einnahmeform innerhalb weniger Minuten (beim Sniefen) oder nach etwa 30 Minuten (bei oraler Einnahme) ein und hält mehrere Stunden an. Die Gefahren der Amphetamine liegen in einer erhöhten Risikobereitschaft und in ihrem schnell einsetzenden und relativ starken psychischen Abhängigkeitspotential. Durch die entstehende Toleranz bei regelmäßigem Gebrauch kommt es zwangsläufig zu wiederholten Dosissteigerungen (DHS 2005; SFA 2005).

### 3.4.2.5 Opiate (Heroin etc.)

Heroin ist wohl das bekannteste Opiat. Opiate können sowohl natürlich aus Schlafmohn gewonnen, wie auch halb- und ganzsynthetisch (z.B. Methadon) erzeugt werden. Heroin wirkt beruhigend, entspannend, bewusstseins- und schmerzlindernd, schlaffördernd und stark euphorisierend. Ängste, Probleme und Konflikte werden nicht mehr als negativ wahrgenommen. Die Wirkung von Heroin hält je nach Einnahmeform ungefähr vier bis sechs Stunden an. Heroin kann geraucht, geschnupft oder auch injiziert werden.

Jedoch kommt es nur bei der intravenösen Verabreichung zu dem sogenannten „Flash“, ein augenblicklich eintretendes, einzigartiges Glücksgefühl. Die Wirksamkeit der Droge bei Injektion ist außerdem um einiges stärker als bei anderen Applikationsformen, somit reicht eine geringere Menge aus um die gewünschten Effekte zu erzielen. Deshalb ist diese Form, trotz der damit verbundenen Infektionsrisiken (Hepatitis, HIV), sehr weit verbreitet.

Heroin gilt als die Droge mit dem höchsten bekannten Suchtpotenzial – es kann schon nach nur wenigen Konsumsituationen zu einer körperlichen Abhängigkeit kommen. Infolge dieser starken körperlichen Gewöhnung und der relativ kurzen Wirkungsdauer, muss der Konsum von Heroin sehr rasch erhöht werden, um den heftigen, körperlichen Entzugerscheinungen entgegenzuwirken. Auf Grund des hohen Bedarfs an Heroin und da diese Droge teuer ist, kommt es immer wieder zu Beschaffungskriminalität und Prostitution. Auf lange Sicht kommt es bei Heroinabhängigen häufig zu einer sozialen Verelendung, die mit einem ausgeprägten körperlichen Verfall einhergeht.

Da auch bei Heroin die Zusammensetzung und Qualität des Stoffes stark schwankt (Heroin wird in unterschiedlichen „Reinheitsgraden“ angeboten) und Verträglichkeit und toxische Wirkung sehr nahe beieinander liegen, kann es mitunter zu einer tödlichen Überdosierung kommen. Als besonders gefährliche Mischung gilt ein sogenannter Speedball oder Cocktail, bei dem Heroin mit Kokain gemischt wird und sich die Substanzen gegenseitig verstärken (DHS 2005).

### 3.4.2.6 Kokain

Kokain ist ein Alkaloid, das aus den Blättern des in Süd- und Mittelamerika vorkommenden Kokastrauches gewonnen wird. Kokain kann geschnupft, injiziert, geraucht oder inhaliert werden, wobei die Wirkung beim Schnupfen zwar etwas langsamer, nämlich erst nach einigen Minuten, einsetzt als bei den anderen Applikationsformen, dafür aber auch länger (ungefähr eine Stunde) andauert. Ein Kokainrausch verläuft normalerweise in mehreren Stadien (DHS 2005):

- Zu Beginn steht das „euphorische Stadium“. Nach der Einnahme kommt es zu einem Stärke-, Euphorie- und Glücksgefühl, einer subjektiv erlebten Steigerung der motorischen Leistungsfähigkeit und des Gedankenablaufes. Deshalb ist Kokain auch als „Leistungsdroge“ bekannt.“
- Dann setzt das „Rauschstadium“ ein. Nach etwa 20 bis 60 Minuten klingen die euphorischen Zustände ab. Nun können ängstliche, paranoide Stimmungen auftreten, die oft von akustischen, in manchen Fällen auch von optischen Halluzinationen begleitet werden.
- Das dritte Stadium ist das „depressive Stadium“. Diese Phase ist von Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Erschöpfung, Ängsten, Schuldgefühlen, Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, etc. gekennzeichnet.

Kokaingebrauch führt weder zu klassischer Toleranz noch zu physischer Abhängigkeit, trotzdem besteht die hohe Gefahr einer sich rasch entwickelnden psychischen Abhängigkeit. Diese wird vor allem deshalb verursacht, da beim Abklingen der Stimulation ein depressiver Zustand eintritt und somit ein Verlangen nach einer weiteren Kokaineinnahme und dem damit verbundenen Glücksgefühl erfolgt.

Beim Entzug treten folglich depressive Verstimmungen auf. In manchen Fällen kann es auch zu der Entwicklung einer sogenannten Kokainpsychose kommen, bei der paranoide Wahnvorstellungen, eine Beeinträchtigung des Realitätsbezugs und Halluzinationen auftreten können (DHS 2005; Springer 2000).

Den Kärntner/innen ab dem 13. Lebensjahr wurden zusätzlich einige Fragen zum Suchtmittelkonsum gestellt. 10% der Jugendlichen haben zumindest schon einmal Erfahrungen mit Cannabis gemacht. 8% konsumieren Cannabis regelmäßig, was heißt: etwa einmal im Monat oder öfter.

Dabei haben die Mädchen etwa gleich häufig wie die Burschen Erfahrungen mit Cannabis gemacht, jedoch in den letzten zwölf Monaten etwas häufiger als die Burschen konsumiert. Auffällig ist, dass die Mädchen eher zu einem Probierverhalten neigen und entsprechend Cannabis ein- bis fünfmal in den vergangenen zwölf Monaten zu sich genommen haben, während die Burschen deutlich häufiger als die Mädchen zu regelmäßigerem Konsum tendieren (vgl. Tabelle 3-2).

Von 2% bei den 13-15-Jährigen, die jemals in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben, steigt die Zahl auf 17% bei den 19- bis 22-Jährigen – wobei bei den 21- bzw. 22-Jährigen mit 20% der Höchststand erreicht wird. Damit lässt sich Cannabis auch in Kärnten als – wenn auch illegale - Alltagsdroge definieren. Alle übrigen illegalen Suchtmittel haben eine Lebenszeitprävalenz von weniger als 1% in den untersuchten Altersgruppen (vgl. Tabelle 3-2). Damit ist das Problem der illegalen Suchtmittel in Kärnten als eher klein zu bezeichnen.

Von den 0,5% der befragten Kärntner/innen, die angeben, in ihrem Leben schon einmal Ecstasy genommen zu haben, haben das in den letzten zwölf Monaten 84% ein- bis fünfmal getan, was auch hier auf ein Probierverhalten hindeutet. Im Gegensatz dazu haben von den 0,2% Heroinkonsumenten in Kärnten mehr als die Hälfte öfter als zehn Mal in den letzten zwölf Monaten zu dieser Droge gegriffen. Bei dieser Gruppe liegt der Verdacht eines regelmäßigen Heroinkonsums sehr nahe.



**Tabelle 3-2: Suchtmittelkonsum bei den 13- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach Suchtmittelarten (%-Werte beziehen sich auf n = 2.439)**

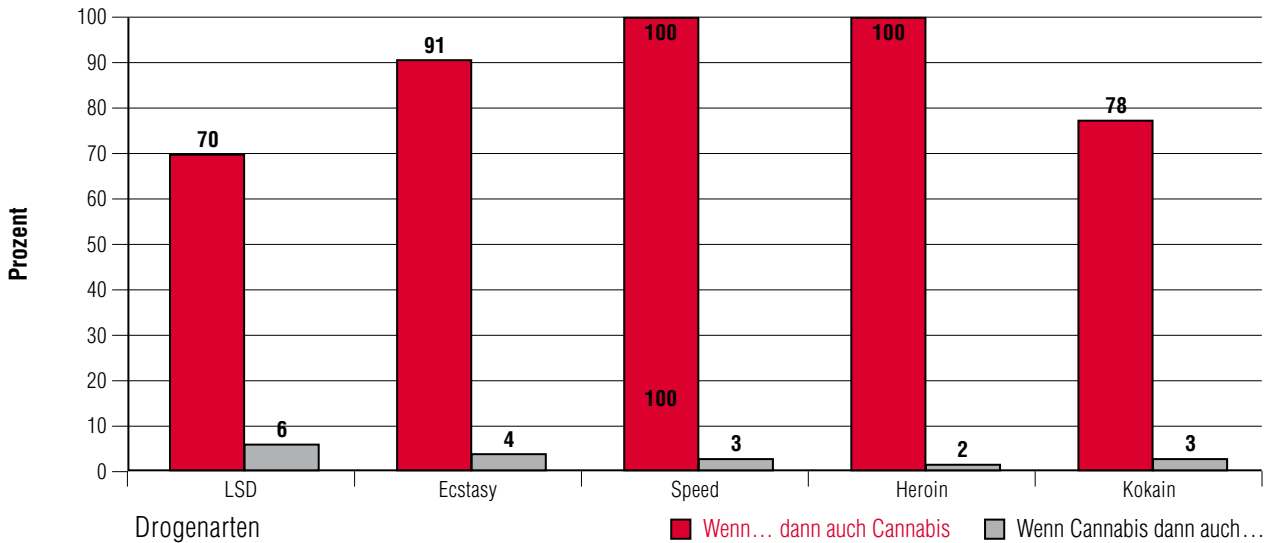
	Hast Du/Haben Sie jemals in Deinem/Ihrem Leben ... genommen?		Wie oft hast Du/haben Sie in den letzten 12 Monaten ... genommen?			
	ja	nie	1- bis 5 mal	5- bis 10mal	öfter	
Cannabis %	10,2	43,0	43,4	5,2	8,4	
LSD, Rauschpilze %	0,8	62,1	37,9	0	0	
Ecstasy %	0,5	13,2	83,6	3,2	0	
Speed %	0,3	29,9	64,9	0	5,2	
Heroin %	0,2	0	42,8	0	57,2	
Kokain %	0,3	37,0	30,3	4,2	28,4	

Nur ein sehr kleiner Teil derjenigen, die mit Ecstasy, Speed oder LSD experimentiert haben, taten dies auch mit Heroin und/oder Kokain. Hier dürften also zwei unterschiedliche Konsummuster bzw. Personengruppen vorliegen.

Die überwiegende Mehrheit aller Konsumenten von illegalen Suchtmitteln hat zwar auch schon einmal Cannabis konsumiert, umgekehrt aber hat nur ein sehr geringer Teil der Cannabiskonsumenten auch schon andere Suchtmittel probiert. Dieses Muster kann als ein Beleg dafür angesehen werden, dass Cannabis nicht unbedingt als Einstiegsdroge in andere Suchtmittel zu bewerten ist (vgl. Grafik 3-12).

Auch hier scheint es sich um ein eher spezifisches Konsummuster zu handeln, das von einer bestimmten Personengruppe praktiziert wird. Cannabiskonsum wird im allgemeinen Verständnis eher mit dem Konsum von Alkohol und Tabak in Verbindung gebracht und ähnlich verharmlosend betrachtet.

**Grafik 3-12: Der Zusammenhang von Cannabiskonsum mit anderen Suchtmittelerfahrungen bei den 13- bis 22-jährigen Kärntner/innen (p < 0,01)**



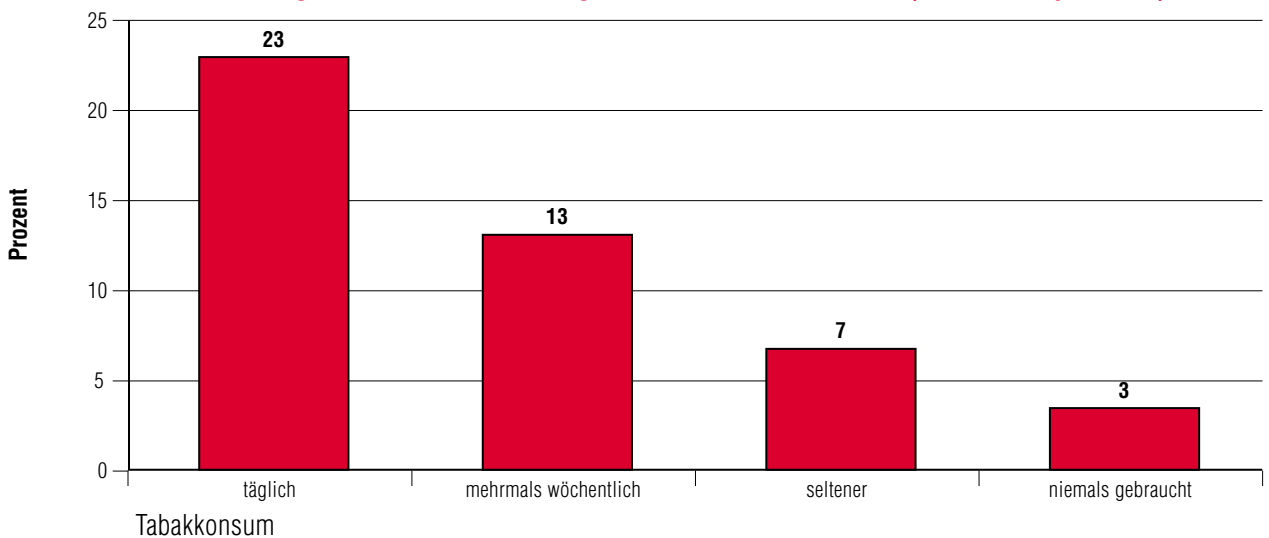
**Leseanleitung:** In der folgenden Grafik ist der Prozentsatz derjenigen rot dargestellt, die Erfahrungen mit LSD, Ecstasy, Heroin oder Kokain gemacht haben und auch Cannabis konsumiert haben. So haben zum Beispiel 70% aller LSD-User auch Erfahrung mit Cannabis. Grau dargestellt ist der Prozentsatz derjenigen Cannabis-Konsumenten, die auch schon etwas anderes genommen haben. So haben nur 6% aller Cannabis-Erfahrenen auch LSD genommen.

### 3.4.2.7 Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum

Wie erwartet hängt der Konsum dieser drei Suchtmittel miteinander zusammen: 89% derjenigen, die nie Alkohol trinken, sind auch Nichtraucher/innen. Bei denjenigen, die täglich Alkohol zu sich nehmen, sind nur 31% tabakfrei. Umgekehrt trinken nur 9% der täglich Rauchenden nie Alkohol, während es bei den Nichtraucher/innen 73% sind. Dieser Zusammenhang ist bei den Burschen noch deutlicher ausgeprägt als bei den Mädchen, wobei er auch hier sehr hoch ist. Die Stärke der Verknüpfung von Alkohol- und Tabakkonsum nimmt mit zunehmenden Alter ab. Dies spricht für eine zunehmende Entkopplung des Konsums von Alkohol und Tabak mit dem Alter.

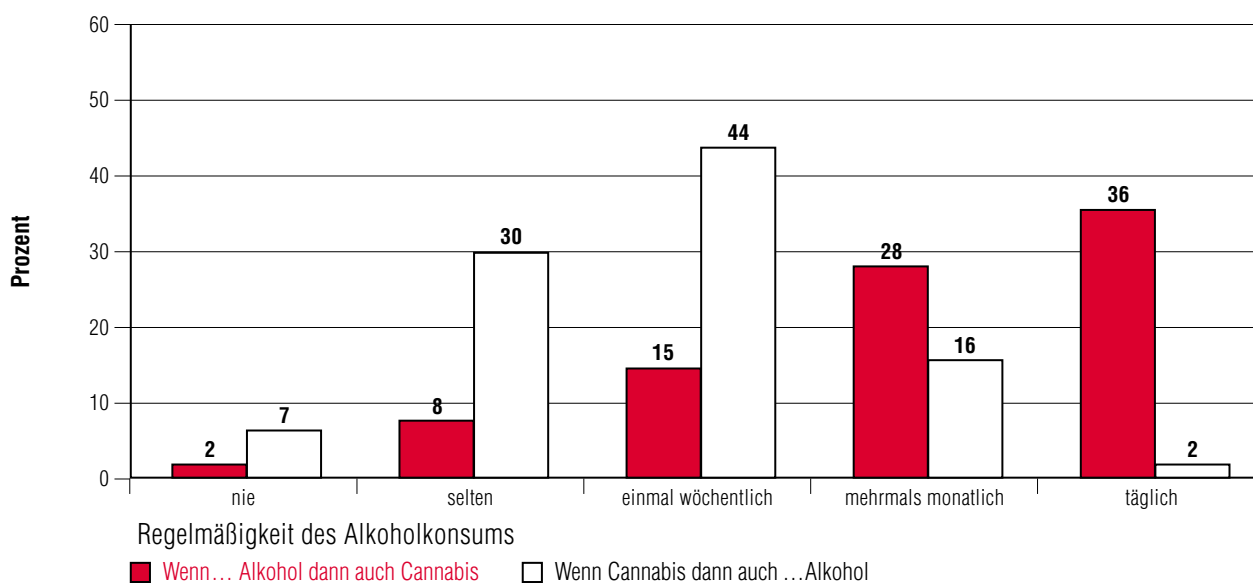
Tabak steht im engen Zusammenhang mit Cannabis. 97% derjenigen, die nicht rauchen, haben auch noch nie Cannabis genommen, während 23% der täglich Rauchenden schon einmal Erfahrungen mit Cannabis gemacht haben (vgl. Grafik 3-13). Hier sieht man keinen Geschlechtseffekt.

**Grafik 3-13: Anteil der 13- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die bereits Erfahrungen mit Cannabis haben, dargestellt nach der Häufigkeit ihres Tabakkonsums (n = 2.261, p < 0,01)**



Einen ähnlichen Zusammenhang sieht man auch beim Alkoholkonsum und Cannabis. Jemand, der Erfahrungen mit Alkoholräuschen hat, greift auch leichter zu Cannabis und jemand, der Cannabis probiert, wird auch eher zu größeren Mengen Alkohol greifen: nur 2% derjenigen, die nie Alkohol trinken, haben Cannabis probiert, während 36% der täglich Alkoholtrinkenden bereits Erfahrungen mit Cannabis haben. Je häufiger jemand Alkohol trinkt, desto wahrscheinlicher greift er auch zum Joint. Hier scheint ein Konsummuster vorliegen, bei dem der Alkohol bzw. der Rausch zu einer Verstärkung der Rauscherfahrung bzw. des Drogenexperiments führt. Möglicherweise hätte das Cannabisexperiment ohne Alkohol gar nicht stattgefunden. Für den umgekehrten Fall gilt das interessanterweise jedoch nicht. Cannabis-Konsum führt nicht zu einem häufigeren Alkoholkonsum. Im Gegenteil: beispielsweise trinken nur 2% derjenigen, die Cannabis konsumieren, täglich Alkohol. Cannabis ist für Alkohol von der Wirkung her bei diesen Konsumenten also substitutiv. Hier scheint ein gezielterer Einsatz des Suchtmittels vorzuliegen (vgl. Grafik 3-14).

**Grafik 3-14: Der Zusammenhang von Cannabiserfahrungen und der Regelmäßigkeit von Alkoholkonsum bei den 13- bis 22-jährigen Kärntner/innen (p < 0,01)**



**Leseanleitung:** In der folgenden Grafik ist der Prozentsatz derjenigen rot dargestellt, die unterschiedlich häufig Alkohol trinken und auch Cannabis konsumiert haben, so haben zum Beispiel 36% aller täglich Alkohol-Trinkenden auch Erfahrung mit Cannabis. Grau dargestellt ist der Prozentsatz derjenigen „Cannabis-User“, die unterschiedlich häufig Alkohol trinken. So trinken nur 2% aller Cannabis-Erfahrenen täglich Alkohol.

### 3.5 Gewalthandlungen

#### 3.5.1 Bullying/Mobbing

Die Begriffe „Bullying“ und „Mobbing“ beschreiben die gleichen Aktivitäten in verschiedenen Settings, wobei Bullying in der Schule und Mobbing am Arbeitsplatz stattfindet. Die heute allgemein gebräuchliche Definition von Bullying lautet: „Ein Schüler oder eine Schülerin ist Gewalt ausgesetzt, wenn er oder sie wiederholt und über eine längere Zeit den negativen Handlungen eines oder mehrerer anderer Schüler/innen ausgesetzt ist, ohne selbst provokativ gewesen zu sein. Der Täter oder die Täterin ist dem Opfer dabei in irgendeiner Weise überlegen, so dass es sich nicht um einen „Kampf“ zwischen Gleichstarken handelt“ (Olweus 1995).

Für Mobbing gilt die gleiche Definition, nämlich dass ein/e Mitarbeiter/in von den Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen über längere Zeit schikaniert wird. Zusätzlich verweist Leymann in seiner Definition auf die Systematik bei den



Angriffen durch die Täter/innen mit dem Ziel und/oder dem Effekt des Ausstoßens aus dem Arbeitsverhältnis (Leymann 1995). Man unterscheidet bei Bullying/Mobbing verschiedene Arten von Gewalt, nämlich körperliche Gewalt, verbaler Druck (z. B. Beschimpfungen, Beleidigungen etc.), mittelbares Bullying/Mobbing durch Mangel an Akzeptanz, Demonstration von Gleichgültigkeit, üble Nachrede, absichtliche Ausgrenzung etc., Einschüchterung, Erpressung und Vandalismus als Zerstörung von Privateigentum der Opfer (Schäfer 1996). Bullying und Mobbing können sich sowohl auf die Täter/innen, als auch auf die Opfer negativ auswirken.

### Opfer

Die Kinder und Jugendlichen, die immer wieder Opfer von Bullying- Attacken werden, sind in der Klassengemeinschaft eher unbeliebt, sozial isoliert, stammen häufig aus einer eng aufeinander bezogenen Familienstruktur und werden häufig überbehütet. Sie zeigen oft ein hohes Maß an Ängstlichkeit, geringem Selbstwert, physischer Schwäche und Angst, sich zu wehren.

Es zeigt sich deutlich eine Tendenz, immer wieder zum Opfer zu werden, sobald das Opfer seine Schwäche zeigt, so dass es zu einem Teufelskreis kommen kann, bei dem das Opfer immer schwerer aus dieser Rolle heraus findet (Schäfer, 1996; Olweus, 1993; Hodges & Perry, 1996).

Die Folgen dieser ständigen Bedrohung für die Schüler/innen sind: Stress und Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhte Ängstlichkeit und Irritierbarkeit, Leistungsabfall in der Schule, psychosomatische Beschwerden; in extremerer Form kommt es sogar zur Schulvermeidung mit Entwicklung einer Schulphobie (Schäfer 1996). Von Mobbing betroffene Arbeitnehmer/innen weisen häufig Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Depressionen, Konzentrationsmangel und Versagensangst auf (Litzcke & Schuh 2003).

Diese Angaben lassen sich für die jungen Kärntner/innen vollständig bestätigen: Opfer von Bullying bzw. Mobbing sind deutlich häufiger von psychischen Beschwerden, wie Ängsten, Schlafstörungen und Nervosität betroffen als Personen, die so etwas nicht erleben müssen (vgl. Grafik 3-15).

### Itembox 3-9

**(FALLS SCHULE/STUDIUM:) Es kommt vor, dass Schüler oder Studenten andere sekkieren und schikanieren, das heißt diesen gegenüber gemeine Dinge sagen oder tun, sie absichtlich ärgern oder aus der Klassengemeinschaft ausschließen. Wie oft bist Du/sind Sie in den letzten 6 Monaten in der Schule bzw. an der Hochschule schikaniert/sekkiert worden?**

Nie, ein- oder zweimal, zwei- oder dreimal pro Monat,  
ungefähr einmal pro Woche, mehrmals pro Woche

**(FALLS SCHULE/STUDIUM:) Wie oft hast Du/haben Sie in den letzten 6 Monaten mitgemacht, wenn jemand in der Schule bzw. an der Hochschule schikaniert oder sekkiert wurde?**

Nie, ein- oder zweimal, zwei- oder dreimal pro Monat,  
ungefähr einmal pro Woche, mehrmals pro Woche

**(FALLS BERUFSTÄTIG, ZIVILDIENER, BUNDESHEER:) Es kommt vor, dass Kollegen oder Kolleginnen am Arbeitsplatz andere sekkieren oder schikanieren, das heißt ihnen die Arbeit erschweren, sie absichtlich ärgern oder aus der Arbeitsgemeinschaft ausschließen. Wie oft bist Du/sind Sie in den letzten 6 Monaten an Deinem/Ihrem Arbeitsplatz schikaniert/sekkiert worden?**

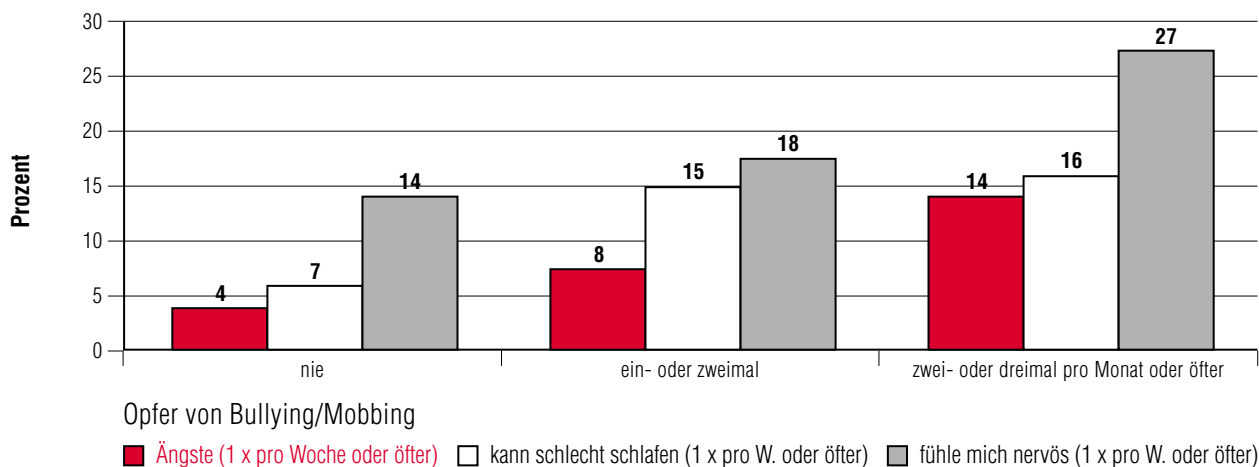
Nie, ein- oder zweimal, zwei- oder dreimal pro Monat,  
ungefähr einmal pro Woche, mehrmals pro Woche

**(FALLS BERUFSTÄTIG, ZIVILDIENER, BUNDESHEER:) Wie oft hast Du/haben Sie in den letzten 6 Monaten mitgemacht, wenn jemand an Deinem/Ihrem Arbeitsplatz schikaniert/sekkiert wurde?**

Nie, ein- oder zweimal, zwei- oder dreimal pro Monat,  
ungefähr einmal pro Woche, mehrmals pro Woche

Quelle: WHO-HBSC-Survey 2002

**Grafik 3-15: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die einmal pro Woche oder öfter an Ängsten leiden, sich nervös fühlen oder nicht schlafen können, dargestellt nach der Häufigkeit mit der sie in den letzten 6 Monaten das Opfer von Bullying- bzw. Mobbing-attacken waren (n1 = 3.106, n2 = 3.107, n3 = 3.109, in allen drei Fällen p < 0,01)**



**Täter/innen**

Die Täter/innen sind eher impulsiv, aggressiv, tendenziell unkontrolliert, verfügen nur über eine niedrige Frustrationsstoleranz und sind körperlich eher stark. Ein Mangel an emotionaler Wärme im Elternhaus, inkonsistentes Erziehungsverhalten sowie elterliche Aggressionen wirken gewaltfördernd. Durch die familiäre Sozialisation wird gewalttätiges Handeln als Mittel zur Durchsetzung begriffen bzw. die Kinder sind selbst Opfer elterlicher (physischer oder psychischer) Gewalt geworden (Schäfer, 1996; Pfeiffer & Wetzels, 1999; Olweus, 1987). Diejenigen, die verstärkt als Täter/innen in Erscheinung treten, fallen meist schon durch andere störende oder antisoziale Verhaltensweisen auf, wie sie zum Beispiel bei solchen Erkrankungen wie ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom), oppositioneller Störung, dissozialen Persönlichkeits-entwicklungsstörungen aber auch depressiven Störungen zu finden sind. Die Täter/innen leiden ebenfalls verstärkt unter psychischen und somatischen Beschwerden und Leistungsabfall in der Schule (Olweus 1993).

Täter/innen am Arbeitsplatz suchen sich oft eine/n hierarchisch niedrigere/n Mitarbeiter/in, um daran den von ranghöheren Personen ausgeübten Druck abzulassen. Darüber hinaus mobben sie oft aus Neid, Missgunst, Karrierestreben oder Angst um den eigenen Arbeitsplatz. Doch auch die Täter/innen haben mit psychosomatischen Beschwerden zu kämpfen. Ständig auf der Hut, dürfen sie keine Schwachstelle zeigen und riskieren Klagen, wenn sie sich zu weit gewagt haben.

Die folgende Bullying- bzw. Mobbing-Typologie unterscheidet vier verschiedene Typen, die in den letzten sechs Monaten unterschiedlich von Bullying oder Mobbing betroffen waren (vgl. Tabelle 3-3).

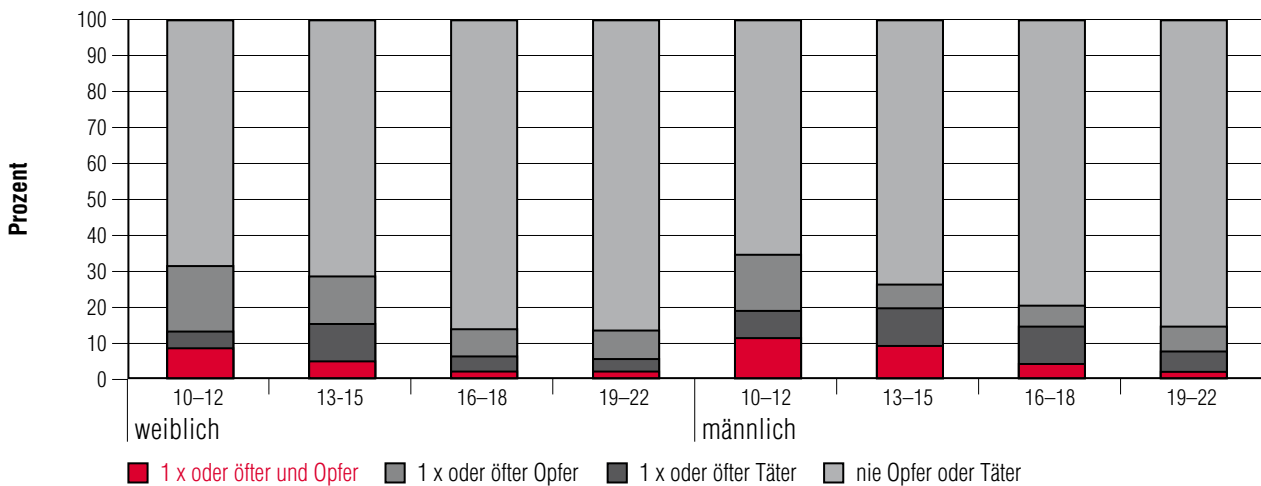
**Tabelle 3-3: Matrix der Bullying-/Mobbing-typologie**

Typologie 9: Bullying/Mobbing		Opfer	
		nie	einmal oder öfter
Täter	nie	A 77%	B 10%
	einmal oder öfter	C 7%	D 6%

77% der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen entfallen auf den Typ A und treten weder als Opfer noch als Täter/innen in Schule oder Arbeitsplatz in Erscheinung. 10% sind als Opfer dem Typ B, 7% als Täter/innen dem Typ C zuzurechnen. 6% der 10- bis 22-Jährigen sind sowohl in der Rolle des Opfers als auch des Täters und vereinen beides in ihrer Person (Typ D). Damit ist knapp ein Viertel der Kärntner Kinder und Jugendlichen von Gewalthandlungen betroffen. Diese Verteilung fällt für beide Geschlechter in etwa gleich aus, wenngleich die Burschen etwas häufiger Täter und Täter-Opfer sind. Von den Opfern haben 3% zwei- bis dreimal pro Monat Bullying- bzw. Mobbingattacken erlebt und 5% mindestens einmal in der Woche. 8% der Kärntner Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind demnach regelmäßig das Opfer von Bullying- oder Mobbingattacken (zwei- bis dreimal pro Monat oder öfter). Weitere 8% der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen sind ein- oder zweimal in den letzten sechs Monaten Täter/innen von Bullying- bzw. Mobbingattacken gewesen. 3% haben das zwei- oder dreimal pro Monat, weitere 2% ein- oder mehrmals wöchentlich getan. Burschen und junge Männer neigen etwas häufiger zum Schikanieren als Mädchen. Die Verwicklung in Gewaltkontexte nimmt mit dem Alter stark ab: sind noch über 30% der 10- bis 12-Jährigen in Bullying involviert, so sinkt dieser Prozentsatz auf zirka 13% bei den 19- bis 22-Jährigen. Die 10- bis 15-Jährigen sind mit circa einem Drittel aller Jugendlichen am intensivsten von Bullying betroffen (vgl. Grafik 3-16).

3.

**Grafik 3-16: Verteilung der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen hinsichtlich der Bullying-/ Mobbingtypologie (Typologie 9), dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter, bezogen auf die letzten 6 Monate (n = 3.109, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01)**



### 3.5.2 Körperliche Gewalt

Raufereien und Kämpfen sind die häufigsten Erscheinungsformen von zwischenmenschlicher Gewalt im Jugendalter und können häufig Suchtmittelkonsum oder anderen Problemverhalten vorausgehen (Dishion & Loeber 1985). Jungen sind häufiger in Raufereien und Kämpfe involviert als Mädchen. Man weiß aber, dass Mädchen statt der körperlichen Form des Bullying mehr mittelbare Formen anwenden: Mädchen sind öfter subtileren Arten des Schikanierens ausgesetzt, wie zum Beispiel Ausgrenzung, üble Nachrede, Verbreitung von Gerüchten, soziale Isolierung etc. und erfahren geringfügig mehr verbale Aggression. Sie neigen eher zu psychischen, verbalen, sozialen Attacken und autoaggressiven Handlungen. Buben neigen mehr zu körperlicher Gewaltanwendung und werden auch häufiger Opfer körperlicher Gewalt. Aggressive Mädchen werden einerseits stärker sanktioniert als aggressive Knaben; haben andererseits jedoch mehr Angst vor tätlichen Angriffen und erleben körperliche Handlungen, wie Schubsen, grobes Angreifen etc. schneller als Gewalt (Gasteiger-Klicpera & Klicpera, 1999). Die Jungen wenden vermehrt körperliche Gewalt besonders auch dann an, wenn sie Angst haben, ihr Gesicht zu verlieren. Allgemein werden Frustration und Aggression häufiger gegen Andere ausgelebt als es bei den Mädchen der Fall ist (Possemeyer 2004). Raufverhalten kann zudem als eines der frühesten und verlässlichsten Erkennungszeichen für multiples Risikoverhalten und weniger sichtbares Problemverhalten herangezogen werden (Sosin et al. 1995). Die Frage nach der Häufigkeit von Kämpfen und Raufereien hat sich als gutes Maß für Aggression und Gewalt bei Jugendlichen bewährt (Kann et al. 2000, Brener et al. 1995). 93% aller Befragten waren in den letzten sechs Monaten nicht an einer Rauferei beteiligt. Die 7% derjenigen, die gerauft haben,



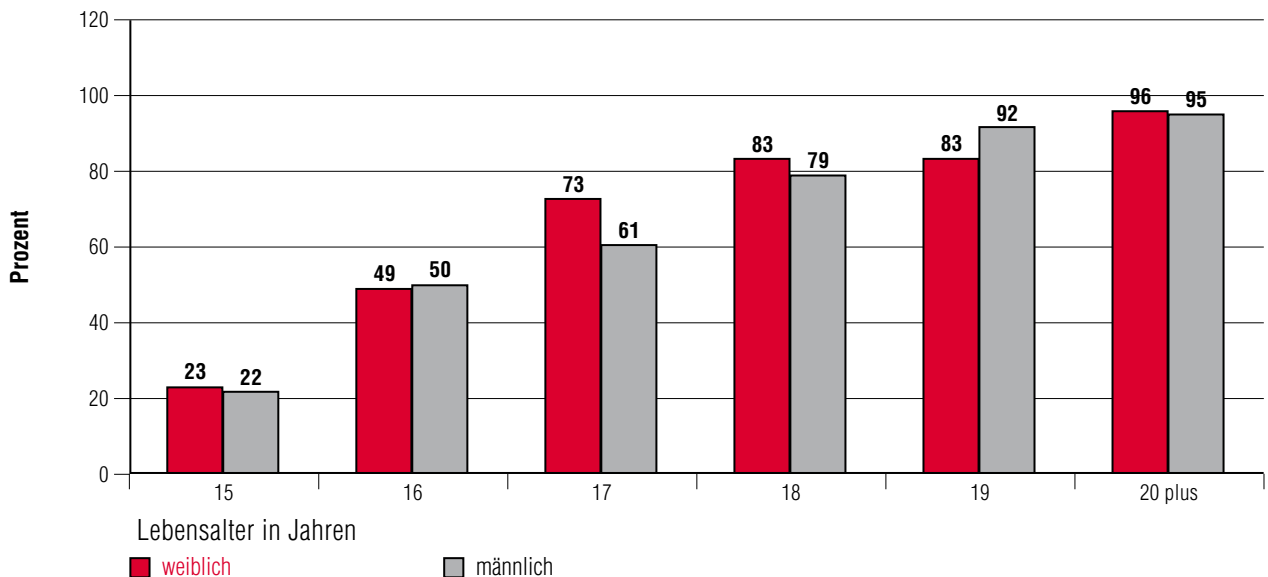
sind durchschnittlich an zwei Raufereien beteiligt gewesen. Insgesamt gilt, dass mehr Burschen und junge Männer (11%) an Raufereien beteiligt waren als Mädchen und junge Frauen (4%), wobei die Zahl der Raufbolde mit dem Alter deutlich abnimmt (10% zu 4%).

### 3.6 Sexualität, Schwangerschaft, Verhütung und Safer Sex

Die Entwicklung der Sexualität in der Adoleszenz gehört zu den Entwicklungsaufgaben im Jugendalter und verdient daher besondere Aufmerksamkeit von Seiten der Gesundheitswissenschaften. Sexuelle Gesundheit ist ein substantieller Bestandteil des sozialen und persönlichen Wohlbefindens von Jugendlichen. Die enormen physischen und emotionalen Veränderungen in der Pubertät eröffnen auch ein experimentelles Spielfeld für Sexualität. Die Entdeckung der eigenen Sexualität geschieht in der heutigen Zeit in einem Spannungsverhältnis. Zum einen soll „es“ geschehen, ja es besteht eine regelrecht normative Forderung danach, da es zu einer „normalen“ Entwicklung gehört. Zum anderen soll die Sexualität freiwillig und zu einem selbst gesetzten Zeitpunkt, in einem guten und angenehmen Rahmen und im Sinne der Schwangerschaftsverhütung und übertragbarer Krankheiten sicher erfolgen. Zwischen diesen beiden Polen gilt es, seine eigenen Bedürfnisse, sein eigenes Tempo und den eigenen Umgang zu finden. Viele der typischen Verhaltensweisen der Jugendlichen wie Spontaneität, erhöhte Risikobereitschaft und Unbeständigkeit bergen ein erhöhtes Risiko für ungewünschte Schwangerschaften und sexuell übertragbare Krankheiten (Dür et al. 2002a). Unerwünschte Schwangerschaften und sexuell übertragbare Krankheiten, wie HIV-Infektion, Chlamydia-Trachomatis-Infektion, HPV-Infektion etc. verursachen bedeutende gesundheitliche, soziale und auch wirtschaftliche Probleme bei Jugendlichen, die weitgehend zu verhindern sind, wenn koordinierte gemeinsame Anstrengungen in Familie, Schule und Gesundheitseinrichtungen unternommen werden. Die Entwicklung von effektiven Präventionsmaßnahmen hängt dabei nicht zuletzt auch von den Informationen ab, die man über das Sexualverhalten, insbesondere von den Verhütungspraktiken bei Jugendlichen zur Verfügung hat. Über Sexualität wurde die Population erst ab dem 15. Lebensjahr befragt. Rund ein Fünftel der 15-jährigen Kärntner/innen und etwa die Hälfte aller 16-Jährigen hatten bereits Geschlechtsverkehr. Dieser Anteil steigt erwartungsgemäß mit dem Alter an. So haben ab dem 20. Lebensjahr beinahe alle Kärntner/innen bereits Geschlechtsverkehr gehabt (vgl. Grafik 3-17). Das Durchschnittsalter beim ersten Geschlechtsverkehr liegt für beide Geschlechter bei rund 16 Jahren. 15% der 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen hatten ihren ersten Geschlechtsverkehr schon vor dem 15. Lebensjahr.



**Grafik 3-17: Anteil der 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, dargestellt für das Alter und für die Geschlechter (n = 1.904, Alter: p < 0,01, Geschlecht; p > 0,05)**



### 3.6.1 Schwangerschaftsverhütung und Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten

Die überwiegende Mehrheit der jungen Kärntner/innen kennt sich bei der Verhütung aus und ist aktiv: bei ihrem letzten Geschlechtsverkehr haben 91% der Jugendlichen verhütet, was für ein hohes Maß an sexueller Aufklärung spricht. Die Verwendung von Kondomen, die nicht nur zur Verhütung sondern auch als Schutz vor übertragbaren Krankheiten dienen, ist besonders in der Altersgruppe der 13- bis 15-Jährigen besonders verbreitet. 72% haben in dieser Altersgruppe beim letzten Geschlechtsverkehr ein Kondom verwendet. Dies mag damit zusammenhängen, dass einerseits in diesem Alter stabile und feste Partnerschaften nicht so weit verbreitet sind und andererseits Kondome sowohl erschwinglich als auch leicht erhältlich sind.

#### Itembox 3-10

##### Und welche Methode zur Schwangerschaftsverhütung wurde da angewendet?

- Antibabypille
- Kondom
- Spermizid-Spray, Schaumzäpfchen
- Hormonpflaster
- Hormonspritze
- Spirale
- Diaphragma
- rechtzeitig den Penis herausziehen (Koitus Interruptus)
- natürliche Methode (z.B. Persona-Harntest, Temperaturmessung)
- eine andere Methode
- ich bin mir nicht sicher

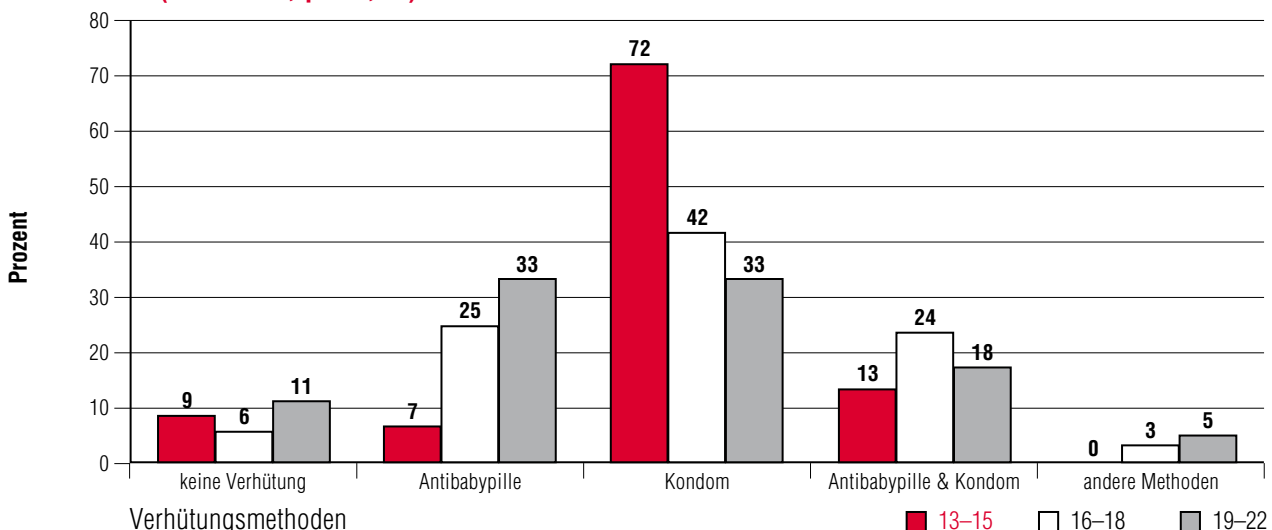
Quelle: WHO-HBSC-Survey 2002

Der Kondomgebrauch nimmt jedoch mit dem Alter ab, während gleichzeitig die Verwendung der Antibabypille zunimmt. Hier wird zunehmend auf die Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten verzichtet und primär auf Schwangerschaftsverhütung geachtet, was mit der Zunahme der festen Partnerschaften einhergeht.

Eine weitere Gruppe verhütet sowohl mit der sicheren „Pille“ als auch mit dem Kondom. Hier scheint das Kondom eher nicht als ein Instrument zur Schwangerschaftsverhütung denn als Schutz vor übertragbaren Krankheiten eingesetzt.

Bedenklich ist die Gruppe jener Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die beim Geschlechtsverkehr gar nicht auf Verhütungsmittel zurückgreifen. Dies stellt besonders für diejenigen eine Gefährdung dar, wenn die Sexualpartner wechseln und die Beteiligten keinen Wunsch nach Kindern hegen. Der Anteil derjenigen, die beim letzten Geschlechtsverkehr nicht verhüten haben, liegt in allen Altersgruppen bei etwa 10% (vgl. Grafik 3-18).

**Grafik 3-18: Häufigkeit der verwendeten Verhütungsmethoden beim letzten Geschlechtsverkehr bei den 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach Altersgruppen (n = 1.392, p > 0,01)**



Von den Jugendlichen, die beim letzten Geschlechtsverkehr nicht verhütet haben, sind anhand der gewählten Indikatoren (vgl. Index 2) zur Schicht 14% der Unterschicht zu zurechnen. Bei den Jugendlichen, die hingegen der Oberschicht zugehören, waren es nur 6%.

### 3.6.2 Schwangerschaft und eigene Kinder

Trotz vermehrter sexueller Aufklärung - so ist diese seit 1970 zum Beispiel Teil des schulischen Lehrplans - gibt es doch eine nicht zu vernachlässigende Zahl von jugendlichen Müttern: die Mütter von 4% aller im Jahr 2003 geborenen Kinder in Österreich sind unter 20 Jahre alt. Im Jahr 2002 wurden in Österreich 12 Geburten von Müttern unter 15 Jahren und bei den 15- bis 19-Jährigen 3.244 Geburten verzeichnet (Wimmer-Puchinger et al. 2005). Mit 13 Schwangerschaften pro 1.000 weiblichen Teenagern nimmt Österreich europaweit sogar eine vordere Position ein.

Hinzu kommen noch jene Mädchen, die unter 15 Jahre alt sind, wenn sie schwanger werden. In Europa liegen die britischen Jugendlichen in der Statistik an vorderster Stelle (27/1.000). Die niedrigsten Zahlen weisen die Niederlande (6/1.000) und die Schweiz (5/1.000) auf (vgl. Tabelle 3-4).

**Tabelle 3-4: Schwangerschaften bei Jugendlichen im internationalen Vergleich**

Geburten auf 1000 Frauen 15-19-jährig (Durchschnittswerte pro Altersjahr, Alter in erfüllten Jahren)														
A	R	P	E	CH	D	UK	S	DK	NL	F	I	N	Can.	USA
2003	2003	2002	2002	2004	2003	2004	2004	2003	2004	2002	2001	2003	2002	2002
13	34	20,4	9,6	5,2	11,6	26,9	5,7	6,2	6,3	11	7	9,2	15	43

Quelle: Recent demographic developments in Europe 2001, 2002, 2003, 2004, Eurostat

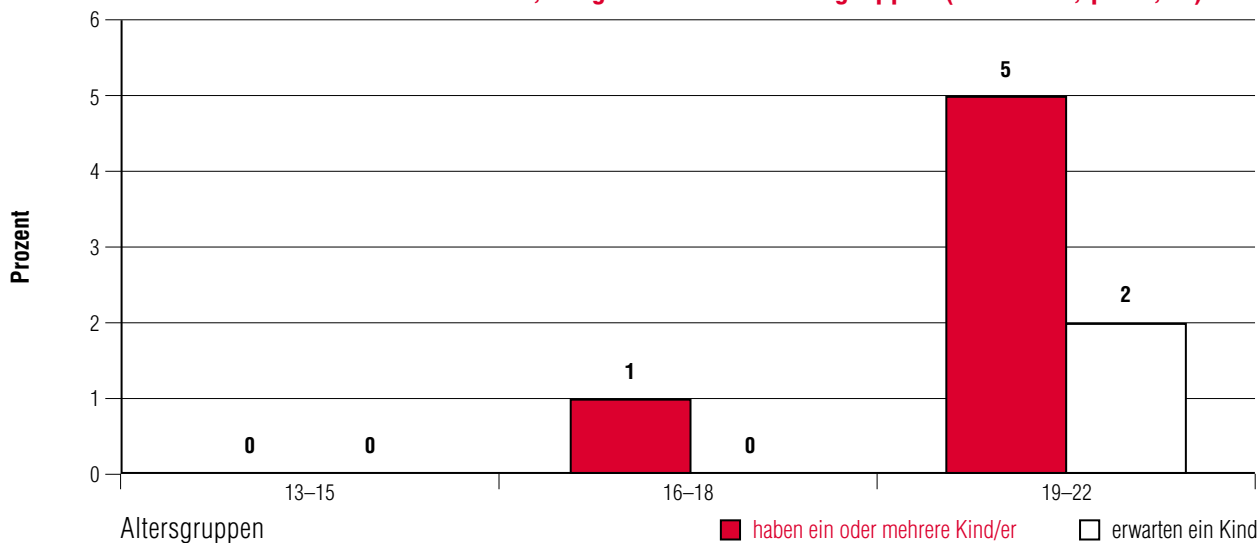
Junge Mütter leben häufig in einer risikoreichen und problematischen Situation. Sie haben oft einen niedrigen Schulabschluss und somit auch schlechtere berufliche Perspektiven. Zusätzlich sind sie häufig von Eltern oder Lebensgefährten finanziell abhängig (Kromer et al. 2002). Andererseits sind minderjährige Mütter keine homogene Gruppe und können nicht von vornherein als Problemgruppe definiert werden.

In Hinblick auf ihre jeweilige Lebenslage, ihre persönliche Entwicklung und Reife, ihren sozialen und materiellen Hintergrund, ihre Beziehung zur Herkunftsfamilie und zum Vater des Kindes sowie zum Umgang mit der Situation als junge Mutter findet sich eine große Vielfalt. Es gilt also zunächst, zwischen gewollten und ungewollten Schwangerschaften zu unterscheiden. So kann eine Schwangerschaft in jungen Jahren durchaus gewollt sein, da sie den Ablösungsprozess von den Eltern beschleunigt und Anlass bietet, das Elternhaus zu verlassen und eine eigene Existenz und Familie aufzubauen.

In einigen Fällen soll eine Schwangerschaft eine „heile Welt“ und eine Kompensation für einen empfundenen Mangel an Liebe, Fürsorge und Zuwendung im eigenen Elternhaus schaffen (Franz & Busch 2004). Die meisten Teenagerschwangerschaften sind jedoch ungewollte Schwangerschaften und somit auf unzureichende Verhütungsmaßnahmen zurückzuführen (Wimmer-Puchinger et al. 2005). Rund 98% der 13- bis 22-jährigen Kärntner/innen haben noch keine eigenen Kinder. 1,9% der jungen Menschen haben ein Kind, 0,6% sogar zwei Kinder. 5% der 19-22-Jährigen haben ein oder zwei Kinder und 0,7% der 16-18-Jährigen. Weitere 2% der 19-22-Jährigen und 0,4% der 16- bis 18-Jährigen erwarten ein Kind (vgl. Grafik 3-19).



**Grafik 3-19: Anteil der 13- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die bereits ein oder mehrere Kind/er haben bzw. ein Kind erwarten, dargestellt nach Altersgruppen (n = 1.935, p < 0,01)**



3.

### 3.7 Zusammenhänge zwischen den einzelnen Gesundheitsverhaltensweisen

Das Ausmaß an gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen wie Rauchen oder Alkoholkonsum und das Ausmaß an gesundheitsförderlichem Verhalten wie gute Ernährung und Bewegung hängen zusammen: Je gesünder sich in diesem Sinne jemand verhält, desto weniger ist er für gesundheitsschädliche Verhaltensweisen anfällig und raucht zum Beispiel entsprechend weniger.

Und umgekehrt gilt genauso: wenn eine Person einen ungesunden Lebensstil pflegt, dann nehmen die förderlichen Aktivitäten auch eher ab. Dies gilt insbesondere für Ernährung, Bewegung und Suchtmittelkonsum.

#### 3.7.1 Ernährungsverhalten und Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum

Rauchen und Alkoholtrinken hängt mit der regelmäßigen Ernährung zusammen: je öfter jemand raucht bzw. Alkohol konsumiert, umso häufiger nimmt er keine bzw. nur eine Hauptmahlzeit am Tag zu sich. So essen zum Beispiel 14% der täglichen Raucher/innen keine oder nur eine Mahlzeit am Tag, während es bei den Nichtraucherinnen nur 3% sind.

Das gleiche gilt für den Alkoholkonsum: nehmen 15% der täglichen Alkoholtrinker/innen keine oder nur eine richtige Mahlzeit zu sich, sind es bei denjenigen, die nie Alkohol trinken, ebenfalls nur 3%. Diese Zusammenhänge sind bei den Mädchen deutlich stärker ausgeprägt als bei den Burschen und nehmen deutlich mit dem Alter zu.

#### 3.7.2 Bewegung und Tabak-, Alkoholkonsum

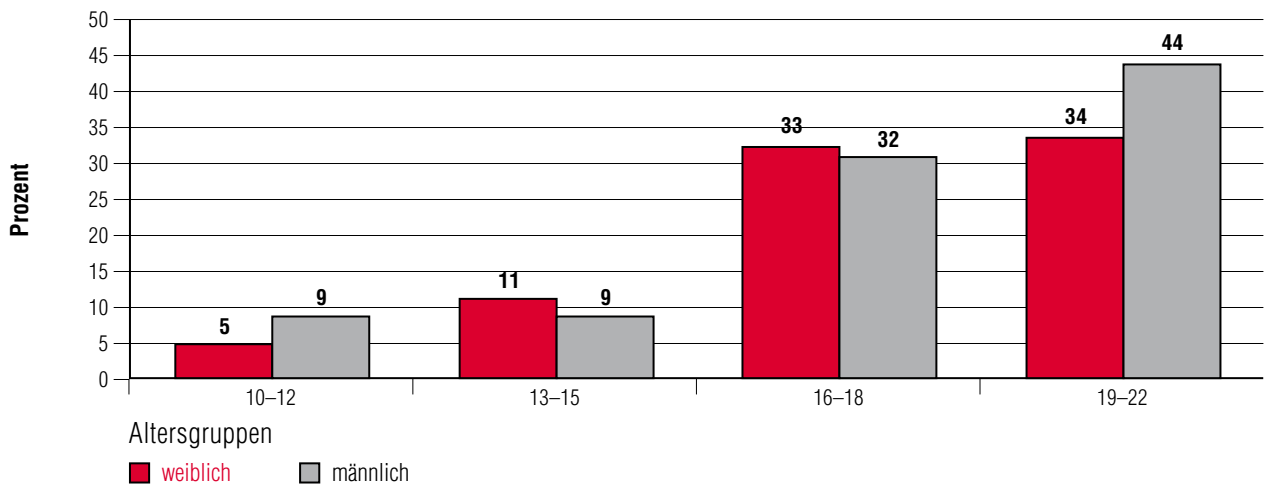
Diejenigen, die mehr Sport machen, rauchen weniger und trinken weniger Alkohol. Durch ihren gesunden Lebensstil, sind sie offensichtlich weniger anfällig für ungesunde Verhaltensweisen. Umgekehrt machen Raucher/innen – in diesem Fall besonders die Mädchen - weniger Sport, was auch physiologische Hintergründe haben könnte (Lungenkapazität, Ausdauer etc.).

Diejenigen hingegen, die viel Zeit vor dem Fernseher verbringen, rauchen auch häufiger, trinken öfter Alkohol und probieren öfter Cannabis, wobei Alkohol und Cannabis die Burschen stärker ansprechen.

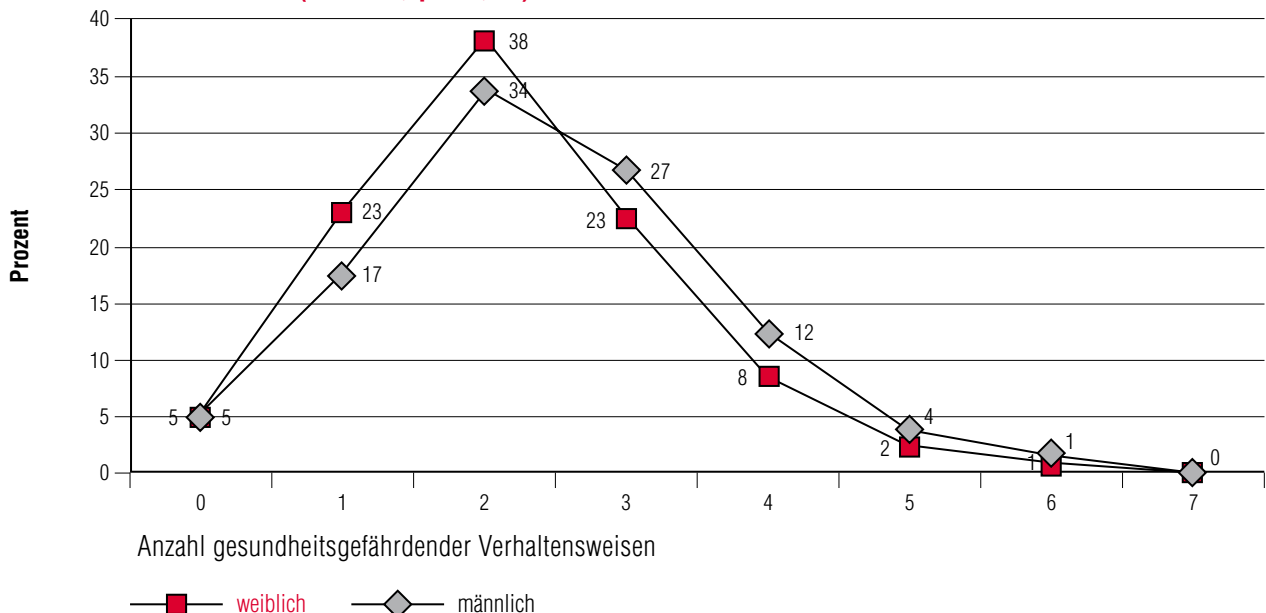
### 3.7.3 Gesundheitsverhaltensindex

Aufgrund dieser Zusammenhänge zwischen den gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen, ist es sinnvoll, einen Index zu bilden, der die wichtigsten Verhaltensweisen, Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum, Regelmäßigkeit und Qualität der Ernährung, körperliche Aktivität und sitzendes Verhalten zusammenfasst. Dieser Index teilt die Population der jungen Kärntner/innen in solche mit einem gesunden und stufenweise solche mit einem ungesunden Lebensstil. Bei einer überraschend großen Gruppe von 23% der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen kumulieren drei oder mehr negative Verhaltensweisen. Für etwa ein Viertel muss somit ein ungesunder Lebensstil festgestellt werden. Im Gegensatz zu diesen ist die Gruppe derer, die keinerlei ungesunde Verhaltensweisen praktizieren, mit 9% deutlich geringer. Diese sind für beide Geschlechter etwa gleich. Wohl aber besteht ein ernst zu nehmender Alterseffekt: die Aufnahme der ungesunden Lebensweisen erfolgt zum Höhepunkt der adoleszenten Krisen mit etwa 16 bis 18 Jahren. Bis zum Erreichen der Volljährigkeit haben einen 34% der jungen Frauen und 44% der jungen einen Lebensstil erworben, der aus Sicht der Gesundheitsforschung als bedenklich anzusehen ist (vgl. Grafik 3-20, 3-21).

**Grafik 3-20: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die drei oder mehr gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen ausüben (Index 16), dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.088, Altersgruppen:  $p < 0,01$ , Geschlecht:  $p < 0,05$ )**



**Grafik 3-21: Verteilung der 19- bis 22-jährigen Kärntner/innen hinsichtlich der Anzahl an gesundheitsgefährdenden Verhaltensweise (s. Index 16), die sie ausüben, dargestellt für die Geschlechter (n = 921,  $p < 0,01$ )**





**4.**

# Nutzung des Gesundheitssystems

## Zusammenfassung

Rund ein Viertel aller Kärntner Kinder und Jugendlichen haben in den letzten vier Wochen Medikamente gegen Kopf-, Magen- oder Regelschmerzen, Schlafstörungen oder zur Beruhigung eingenommen. Mädchen und junge Frauen taten dies deutlich häufiger als Burschen und junge Männer (33% zu 15%). Die Medikamenteneinnahme steigt mit wachsendem Alter stark an: die älteren Kärntner/innen nehmen doppelt so häufig Medikamente wie die Jüngeren. Am häufigsten werden Medikamente gegen Kopfschmerzen verwendet. Medikamente gegen Schlafstörungen bzw. zur Beruhigung scheinen in Kärnten hingegen keine Rolle in der Altersgruppe der 10- bis 22-Jährigen zu spielen. Am häufigsten nehmen diejenigen Medikamente ein, die sowohl unter körperlichen wie unter psychischen Beschwerden leiden. Jeder dritte (!) dieser Jugendlichen nimmt regelmäßig – mehrmals im Monat – ein Medikament ein.

Jugendliche gehen allgemein selten zum Arzt, am häufigsten kommt das vor, wenn eine Erkrankung eine relativ starke Beeinträchtigung des täglichen Lebens darstellt. Der praktische Arzt oder die praktische Ärztin wird, gefolgt vom Zahnarzt oder Zahnärztin und sonstigen Fachärzten und Fachärztinnen, von jungen Menschen am öftesten aufgesucht. In Kärnten beanspruchen erwartungsgemäß Mädchen und junge Frauen auch das Gesundheitssystem mehr als Männer. Insgesamt waren 68% der Befragten im letzten halben Jahr einmal oder öfter bei einem Arzt oder einer Ärztin. 23% aller Befragten sind im letzten halben Jahr vor dem Erhebungszeitpunkt einmal oder öfter in einem Krankenhaus behandelt worden. Dies gilt für beide Geschlechter in etwa gleicher Weise und für die Älteren etwas mehr als für die Jüngeren.

### 4.1 Medikamentengebrauch

Die Verwendung von Medikamenten gegen bestimmte Beschwerden, wie Kopf- und Bauchschmerzen, Schlafstörungen oder Regelschmerzen, gilt als wichtiger Indikator für die Gesundheit einer Bevölkerung. In Europa ist eine hohe und steigende Prävalenz im Medikamentengebrauch junger Leute zu verzeichnen, obwohl keine steigende Anzahl an Beschwerden registriert wurde (Holstein et al. 2003). Dies lässt den Schluss zu, dass junge Menschen häufiger Medikamente nehmen, als dass sie eine/n Arzt/Ärztin aufsuchen und so versuchen, sich selbst zu kurieren (Selbstmedikation).

Die Gefahren einer Medikalisierung von Schulproblemen („Ruhigstellen“ lebhafter Kinder oder Arzneimittelaufnahme bei Schulängsten etc.), einer Abhängigkeitsentwicklung sowie der Problematik, durch Medikation von Bagatellerkrankungen oder Befindlichkeitsstörungen die Kinder schon früh an ein Verhaltensmuster („für jedes Leiden gibt es eine Pille“) zu gewöhnen, das eventuell in späteren Jahren einem leichtfertigen Medikamentengebrauch oder sogar Missbrauch Vorschub leistet, darf nicht übersehen werden.

Jugendliche reagieren möglicherweise mit Medikamentengebrauch aber auch auf schwierige Lebensumstände, die sich nachteilig auf ihren Gesundheitszustand und auf ihr Wohlbefinden auswirken (Holstein et al. 2003). Die Verwendung von Medikamenten ist in diesen Fällen ein Versuch, das eigene Wohlbefinden positiv zu beeinflussen. Wie man weiß, stehen ein schlechtes Wohlbefinden, ein schlechter selbsteingeschätzter Gesundheitszustand und schulische Stressoren im Zusammenhang mit dem selbstberichteten Medikamentengebrauch (Holstein et al. 2003).

Daraus kann man im Vergleich mit den Ärztedaten erkennen, ob die Medikamente – ohne ärztlich verschrieben worden zu sein – genommen wurden. Entspricht der Medikamentengebrauch nicht den Prävalenzen der einzelnen Beschwerden in der jeweiligen Altersgruppe, kann dies ein Hinweis sein, dass die eingenommenen Medikamente eine andere Funktion als Krankheitsbekämpfung erfüllen, wie zum Beispiel Problembewältigung.

Die erfragten Medikamente wurden gezielt auf alltägliche Beschwerden abgestimmt und lassen Medikamente gegen chronische Krankheiten, wie zum Beispiel Asthma oder gegen akute Infekte (Antibiotika) bewusst unberücksichtigt, da hier die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass sie tatsächlich ärztlich verschrieben und entsprechend wirklich der Krankheitsbekämpfung bzw. –bewältigung dienen.

**Tabelle 4-1: Medikamentengebrauch bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen hinsichtlich bestimmter Beschwerden, dargestellt für die Geschlechter**

**Hast Du/Haben Sie in den letzten vier Wochen nie, einmal oder öfter Medikamente gegen folgende Beschwerden eingenommen?**

Prozent	nie		einmal		öfter		n=
	w	m	w	m	w	m	
gegen Kopfwegh	77,9	88,1	12,5	7,1	9,5	4,8	3.213
gegen Magenschmerzen, Bauchbeschwerden	90,4	96,5	5,1	1,9	4,5	1,6	3.213
gegen Schlafstörungen	97,8	99,3	0,9	0,4	1,3	0,2	3.213
gegen Nervosität, um ruhiger zu sein	96,6	98,5	1,9	1,0	1,5	0,5	3.213
gegen Regelschmerzen	89,3		7,3		3,4		1.566

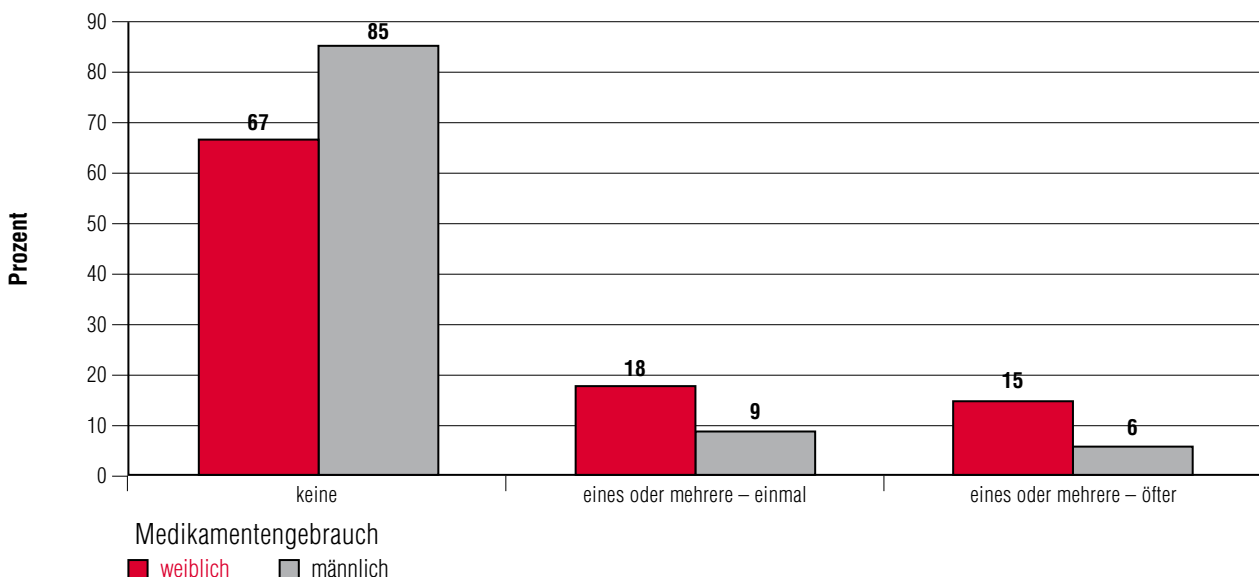
4.

76% aller Kärntner Kinder und Jugendlichen haben in den letzten vier Wochen überhaupt keine Medikamente gegen Kopf-, Magen- oder Regelschmerzen, Schlafstörungen oder zur Beruhigung eingenommen.

15% haben in diesen vier Wochen zumindest einmal zu einem oder mehreren dieser Medikamente gegriffen und 10% haben öfter zu einem oder zu verschiedenen Medikamenten für unterschiedliche Beschwerden eingenommen.

Mädchen und junge Frauen nehmen deutlich häufiger Medikamente ein als Burschen und junge Männer (33% zu 15%) (vgl. Tabelle 4-1 und Grafik 4-1).

**Grafik 4-1: Medikamentengebrauch der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen bezogen auf die letzten vier Wochen, dargestellt für die Geschlechter (n = 3.207, p < 0,01)**



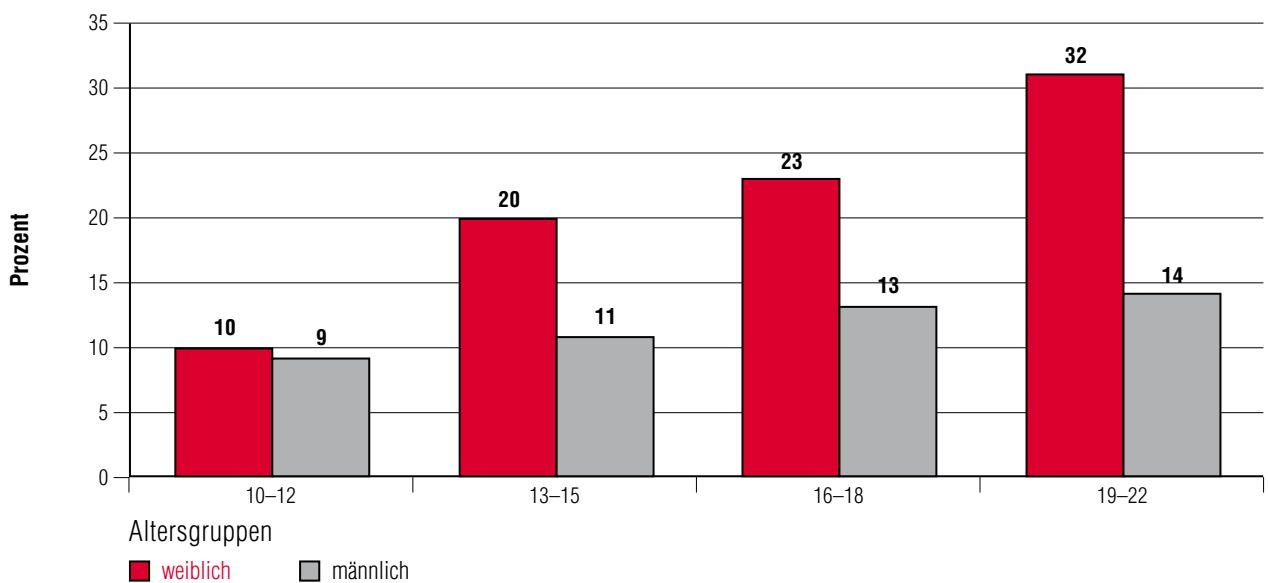


Die Zunahme an Medikamenteneinnahmen mit wachsendem Alter ist regelrecht besorgniserregend: die älteren Kärntner/innen nehmen doppelt so häufig Medikamente wie die Jüngeren. Bei den 19- bis 22-Jährigen sind dies 30%, hingegen nur 15% der 10- bis 12-Jährigen, die in den letzten vier Wochen mindestens einmal ein Medikament verwendet haben.

Bei den Mädchen und jungen Frauen kann dieser Umstand auch etwas mit den Ernährungsgewohnheiten zu tun haben. Mit wachsendem Alter nimmt die Regelmäßigkeit der Ernährung im Sinne von „richtigen“ Hauptmahlzeiten ab und die Mädchen essen – auch um schlank zu bleiben – öfter nur noch Snacks oder andere Kleinigkeiten. Damit ist eine Versorgung mit den wichtigen Nährstoffen und eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr nicht mehr unbedingt gewährleistet, was sich in Kopfschmerzen, Magenschmerzen oder anderen Beschwerden niederschlagen kann. Hier wäre statt einer Kopfschmerztablette eine ausreichende und ausgewogene Ernährung die Lösung.

Am häufigsten werden Medikamente gegen Kopfschmerzen verwendet: hier haben immerhin 17% der Kärntner Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den letzten vier Wochen mindestens einmal etwas eingenommen. Mädchen greifen deutlich häufiger zu Kopfschmerzmitteln als Buben (21% zu 12%). Ebenso nehmen Ältere häufiger Medikamente ein als Jüngere. Während es bei den 10- bis 12-Jährigen lediglich 10% sind, die mindestens einmal in den vergangenen vier Wochen zu Kopfschmerzmitteln gegriffen haben, sind dies bei den 19- bis 22-Jährigen bereits 23% (vgl. Grafik 4-2).

**Grafik 4-2: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die in den letzten vier Wochen einmal oder öfter Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen haben, dargestellt nach Altersgruppen und für das Geschlecht (n = 3.210, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01)**



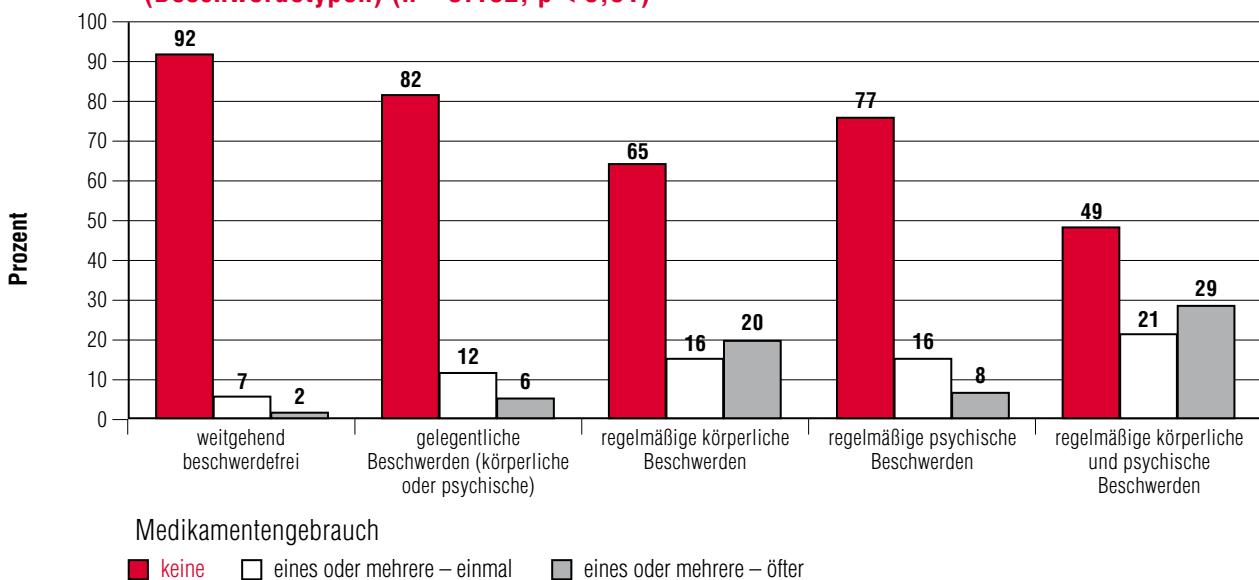
Wenn man bedenkt, dass etwa 11% der Kinder und Jugendlichen mindestens einmal in der Woche unter Kopfschmerzen leiden, wundert es natürlich nicht, dass auch die Verwendung von Kopfschmerzmittel hoch ist (28%). Darüber hinaus werden Kopfschmerzmittel bei sehr verschiedenen Anlässen (Kopfschmerzen und Migräne, Erkältungskrankheiten, Folgen von Alkoholkonsum etc.) eingenommen.

Medikamente gegen **Bauchschmerzen** liegen in Kärnten in der Häufigkeit ihrer Verwendung auf Platz zwei. Auch hier gibt es einen deutlichen Geschlechtseffekt. Während 10% der Mädchen einmal oder öfter Mittel gegen Magenschmerzen eingenommen haben, sind das bei den Burschen nur 4%.

Die Einnahme von diesem Medikamenten scheint nicht so sehr vom Alter abzuhängen. Bei den Jüngeren sind es 5%, die in den letzten vier Wochen mindestens einmal Mittel gegen Bauchschmerzen genommen haben und bei den Älteren sind es 8%.

11% der weiblichen Befragten haben in den letzten vier Wochen mindestens einmal Medikamente gegen **Regelschmerzen** genommen. Die Altersgruppe der 19- bis 22-jährigen Mädchen ist mit 15% am häufigsten betroffen. Medikamente gegen **Schlafstörungen** bzw. zur **Beruhigung** scheinen in Kärnten hingegen keine besondere Rolle bei Kindern und Jugendlichen zu spielen. Hier liegen die Zahlen jeweils deutlich unter 2%. Der **Medikamentengebrauch** steht erwartungsgemäß in einem Zusammenhang mit den berichteten Beschwerden. So nehmen die jungen Kärntner/innen, die weitgehend beschwerdefrei sind oder aber nur gelegentlich unter psychischen und/oder körperlichen Beschwerden leiden, eher selten und unregelmäßig Medikamente ein. Auch jene Jugendliche, die regelmäßig unter psychischen Beschwerden leiden, nehmen nur selten Medikamente ein. Anders hingegen sieht dies bei den 10- bis 22-Jährigen aus, die regelmäßig unter körperlichen Beschwerden leiden und bei denjenigen, die regelmäßig unter psychischen und körperlichen Beschwerden leiden. Bei der Gruppe mit körperlichen Beschwerden nimmt ungefähr jede/r Fünfte, bei der Gruppe mit psychosomatischen Beschwerden sogar zirka jede/r Dritte (!) mehrmals im Monat Medikamente ein (vgl. Grafik 4-3).

**Grafik 4-3: Medikamentengebrauch der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen in den letzten vier Wochen (eines öfter, mehrer öfter), dargestellt nach der Häufigkeit von Beschwerden (Beschwerdetypen) (n = 3.192, p < 0,01)**



## 4.2 Kontakte zum Gesundheitssystem (Arztkontakte)

Die Gesundheitsforschung zeigt, dass Frauen das Gesundheitssystem wesentlich häufiger als Männer nutzen. Dies betrifft die Krankenhausaufenthalte, die Verschreibung von rezeptpflichtigen und nichtrezeptpflichtigen Medikamenten, Arztbesuche und vieles mehr. Das mag auch daran liegen, dass Frauen ihre Gesundheit durchschnittlich schlechter einschätzen als Männer und entsprechend öfter zum Arzt oder zur Ärztin gehen. Arztbesuche liegen bei Kindern und Jugendlichen allerdings weit unter dem Durchschnitt anderer Altersgruppen. Viele Jugendliche haben sogar über mehrere Jahre hinweg keinerlei Kontakt zu ärztlichen oder psychosozialen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen (Settertobulte, Palentien & Hurrelmann 1995). Das Alter, das Geschlecht, der Charakter des Gesundheitswesens, der Versicherungsstatus, die Familienzusammensetzung und die Behandlungsnotwendigkeit sind einige bekannte Faktoren, welche die Entscheidung, sich von einem Arzt behandeln zu lassen, beeinflussen (vgl. Boldero & Fallon 1995). So wird von Jugendlichen am häufigsten ein Arzt/eine Ärztin konsultiert, wenn eine Erkrankung eine relativ starke Beeinträchtigung des täglichen Lebens darstellt (Settertobulte, Palentien & Hurrelmann 1995). Der praktische Arzt oder die praktische Ärztin wird, gefolgt vom Zahnarzt oder Zahnärztin und sonstigen Fachärzten und Fachärztinnen, von jungen Menschen am öftesten aufgesucht. Migrantinnen gehen nur halb so oft zu einem Facharzt/einer Fachärztin oder zum Zahnarzt/zur Zahnärztin wie Österreicherinnen (Kromer et al. 2002).

## 4.2.1 Krankenhausbehandlungen

23% der Befragten, unabhängig vom Geschlecht, geben an, im letzten halben Jahr vor dem Erhebungszeitpunkt einmal oder öfter in einem Krankenhaus behandelt worden zu sein.

Diese Ergebnisse decken sich auch mit der Krankenhausentlassungsstatistik, die besagt, dass im Jahr 2002 8.253 Mädchen und junge Frauen und 7.843 Burschen und junge Männer stationär behandelt wurden (vgl. Anhang D).

### Itembox 4-1

**Wie oft bist Du/sind Sie in den letzten 6 Monaten innerhalb eines Krankenhauses von einem Arzt behandelt worden?**

Zahl

**Und wie oft bist Du/sind Sie in den letzten 6 Monaten außerhalb eines Krankenhauses von einem Arzt behandelt worden?**

Zahl

Quelle: Kärnten-Survey 2004

Insgesamt lässt sich ein leichter Alterseffekt feststellen: die 16- bis 22-Jährigen (25%) sind etwas häufiger im Krankenhaus behandelt worden als die jüngeren (21%). Dies kommt bei denjenigen, die öfter als einmal im Krankenhaus behandelt worden sind, besonders deutlich zum Vorschein: 10% zu 5%

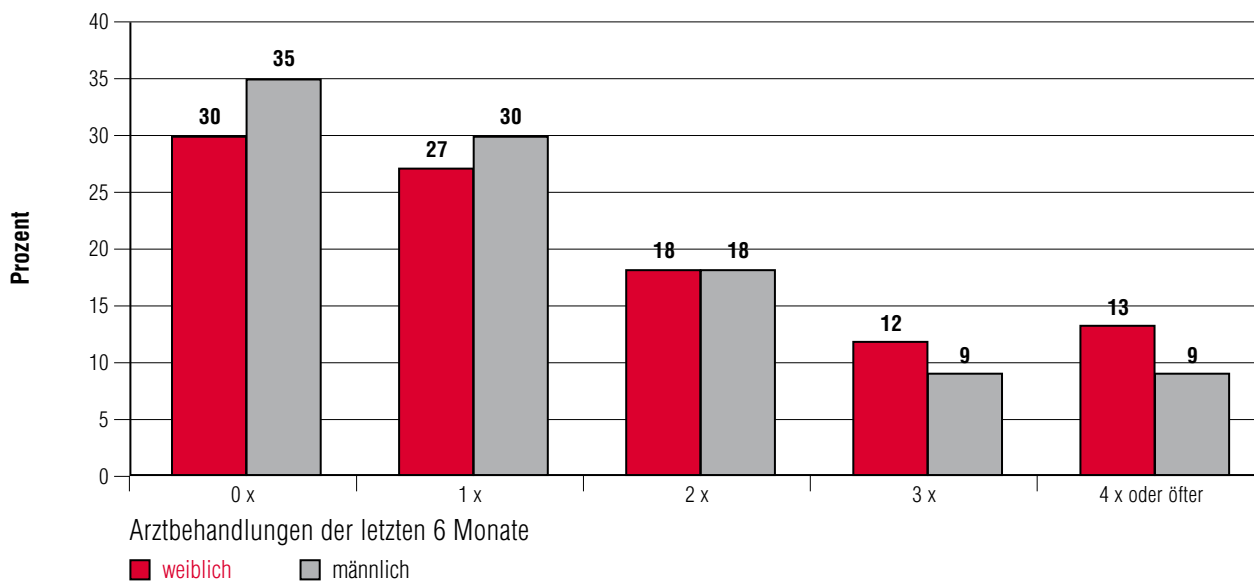
## 4.2.2 Arztbesuche

Insgesamt 68% der Befragten waren im letzten halben Jahr einmal oder öfter bei einem Arzt oder einer Ärztin. Mädchen (70%) haben sich etwas häufiger ärztlich behandeln lassen als Burschen (65%) (vgl. Grafik 4-4). Dies könnte auch an den zusätzlich wahrgenommenen Besuchen bei Frauenarzt oder -ärztin liegen. 21% der Befragten sind dreimal oder öfter bei einem Arzt oder einer Ärztin gewesen, so dass man in dieser Gruppe davon ausgehen kann, dass es sich nicht ausschließlich um Gesunden- bzw. Kontrolluntersuchungen bei einem Arzt/einer Ärztin gehandelt haben kann.

Die älteren Jugendlichen gehen etwas häufiger zu Arzt oder Ärztin als die jüngeren: während 19% der 10- bis 12-Jährigen dreimal oder öfter dort waren, sind es 25% der 19- bis 22-Jährigen. Dieses wundert nicht, wenn man einen Teil der Arztkontakte als Gesunden- bzw. Kontrolluntersuchungen, die ab dem 20. Lebensjahr von der Krankenkasse übernommen werden, kategorisiert.

Von den halbjährlichen Zahnarztbesuchen abgesehen, sind für Kinder unter 18 Jahren derzeit keine Vorsorge- bzw. Gesundenuntersuchungen vorgesehen, so dass jeder zusätzliche Arztbesuch als Hinweis auf eine Erkrankung gesehen werden kann.

**Grafik 4-4: Häufigkeit an Arztbesuche innerhalb der letzten sechs Monaten bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für das Geschlecht (n = 3.186, p < 0,01)**



### 4.2.3 Behandlungen im Krankenhaus

Rund 78% der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen wurden in den vergangenen sechs Monaten nie in einem Krankenhaus behandelt. Bei 15% kam dies genau einmal vor. 7% der 10- bis 22-Jährigen wurde zweimal oder öfter in den letzten sechs Monaten in einem Krankenhaus behandelt. Dies gilt für beide Geschlechter in etwa gleicher Weise.

Die Anzahl der Krankenhausbesuche steigt mit dem Alter an: sind es bei den 10- bis 12-jährigen Kärntner/innen 5%, die sich in den letzten sechs Monaten zweimal oder öfter einer Behandlung im Krankenhaus unterziehen mussten, so kommt dies bei den 19- bis 22-Jährigen etwa doppelt so häufig vor.



# Teil C

## 5.

# Determinanten der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens

### Zusammenfassung

#### Gesundheitsverhalten

Je mehr schädliche Verhaltensweisen wie rauchen, unregelmäßige Ernährung, wenig Bewegung etc. eine Person ausübt, desto häufiger fühlt sie sich in der Folge gesundheitlich beeinträchtigt. Nichtraucher/innen bezeichnen ihre Gesundheit deutlich häufiger als ausgezeichnet als jene, die täglich rauchen (35% zu 24%). Diese schädlichen Verhaltensweisen sind andererseits in Stress und negativen Gefühlen begründet: je häufiger die jungen Kärntner/innen unter psychischen Beschwerden leiden, desto häufiger greifen sie täglich zur Zigarette (37% zu 17%) und suchen auf diese Weise Linderung oder Problemlösungen. Bewegung wirkt sich auf die Gesundheit und das psychische Wohlbefinden günstig aus: 74% der Befragten, die an sechs bis sieben Tagen körperlich aktiv sind, fühlen sich sehr glücklich, während das nur für 39% derjenigen gilt, die körperlich inaktiv sind. Je unregelmäßiger sich die Jugendlichen ernähren, desto häufiger treten psychischer Beschwerden auf.

#### Familie

Die Qualität der Eltern-Kindbeziehung, wie zum Beispiel das Gefühl der jungen Kärntner/innen, mit ihren Eltern reden zu können, wenn sie Bedarf dafür sehen, hat einen großen Einfluss auf Gesundheit, Beschwerden, Medikamentenkonsum und Lebensqualität. So haben zum Beispiel diejenigen Kinder und Jugendlichen, die nie mit ihren Eltern reden können, wenn sie Bedarf dafür sehen, nur zu 11% eine hohe Lebensqualität. Die Qualität der Eltern-Kindbeziehung spielt aber auch beim Gesundheitsverhalten eine wichtige Rolle und stellt eine Art „Schutz“ gegen Tabakkonsum, unregelmäßige Ernährung oder Gewalt in Form von Bullying in der Schule dar.

#### Schule

Ähnlich wie die Familie hat die Qualität der Schulerfahrungen einen starken Einfluss auf die subjektive Gesundheit, die Beschwerden und die Lebensqualität der Kärntner Schüler/innen. Die Schule hat im Vergleich mit den anderen Settings den insgesamt stärksten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen: je unwohler sich die Kärntner Schüler/innen in ihrer Schule fühlen, desto mehr negative Gesundheitsverhaltensweisen praktizieren sie auch. Wenn sie zum Beispiel nicht glücklich in der Schule sind, rauchen 38% der Schüler/innen täglich. Bei denen, die positive Schulerfahrungen berichten, sind das nur 7%. Eine ausreichende Bewegung führt dazu, dass die Kinder sich auch in der Schule besser fühlen.

#### Soziale Ungleichheit

Soziale Ungleichheit hat bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen ebenfalls einen bedeutsamen Einfluss auf die Gesundheit und die Lebensqualität: rund 60% derjenigen, die den oberen Sozialschichten zuzurechnen sind, fühlen sich mit ihrem Leben sehr wohl, während das nur 37% derjenigen von sich behaupten, die der Unterschicht angehören. Weiters wirkt sich Armut auch auf Ernährung und Übergewicht negativ aus.

Die Gesundheit eines Menschen wird von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst. Wie im Regenbogenmodell im Kapitel 1 gezeigt wurde, leisten die verschiedenen Lebenskontexte – die sogenannten Settings – wie Familie, Schule oder Betrieb einen wichtigen Beitrag zur Entstehung von Gesundheit und (förderlichem oder schädlichem) Gesundheitsverhalten.

Andererseits ist dieser Einfluss der verschiedenen Determinanten auf die Gesundheit von so hoher Komplexität, dass man ihn nicht auf simple, lineare Wenn-dann-Kausalitätsketten reduzieren kann. Es ist aus soziologischer Sicht vollkommen klar, dass zwischen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und den Bedingungen in Settings oder zwischen diesen und den individuellen körperlichen und psychischen Systemzuständen keine 1:1-Beziehungen herrschen können in dem Sinn, dass Veränderungen auf der einen Ebene exakt vorhersagbare Veränderungen auf der anderen Ebene entsprechen würden.

Man muss daher mit Wahrscheinlichkeiten arbeiten und zusätzlich in Betracht ziehen, dass der Einfluss einzelner Kausalfaktoren durch andere verstärkt oder abgeschwächt, also moderiert werden kann.

Eine Rekonstruktion solcher Verflechtungen erfordert anspruchsvolle methodische Verfahrensweisen, die den Rahmen eines Gesundheitsberichts bei weitem übersteigen würden. Dennoch ist es auch in einem Gesundheitsbericht notwendig, auf mögliche Determinanten der Gesundheit zu schauen, weil ja auf dieser Seite die politischen Hebel für mögliche Maßnahmen zu finden sind. Im Prinzip geht es dabei darum zu untersuchen, ob und in welchem Ausmaß Einflussverhältnisse auf die Gesundheit, die aus der Forschung bekannt sind, auch auf die untersuchte Population zutreffen, bzw., welche Einflussfaktoren für die in Rede stehende Population ein besonderes Problem darstellen.

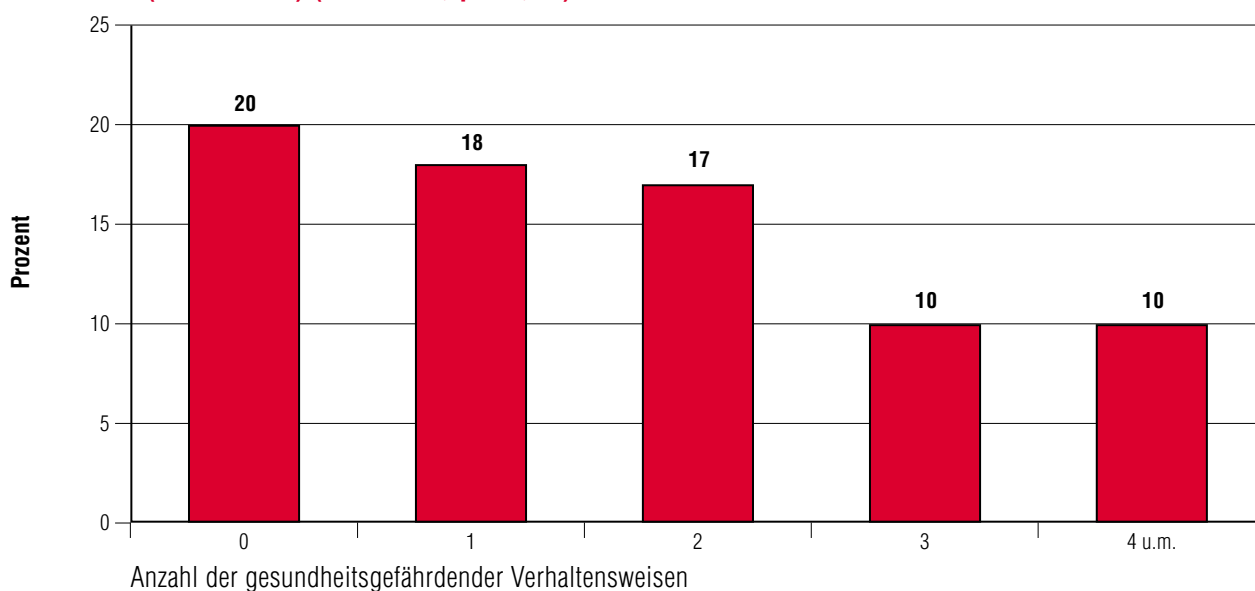
## 5.1 Gesundheitsverhalten als Determinante der Gesundheit

Die Gesundheit hängt unter anderem auch vom Verhalten der Individuen ab, welches diese bis zu einem gewissen Grad selbst kontrollieren können. Die letzte Entscheidung darüber, ob man, zum Beispiel mit dem Rauchen anfängt oder nicht, liegt beim Individuum. In der Tradition der Gesundheitserziehung, die heute dem Konzept des health literacy („Gesundheitsalphabetismus“) gewichen ist, und einer appellativen Präventionsstrategie wird darin die Möglichkeit für Präventionsmaßnahmen gesehen, die den Menschen dabei unterstützen sollen, in Eigenverantwortung schädliche Gewohnheiten abzubauen und förderliche zu erwerben.

Wie in Kapitel 3.7.3 gezeigt wurde, pflegt ein Teil der jungen Kärntner/innen einen durchaus ungesunden Lebensstil, was sich darin äußert, dass sie mehrere gesundheitschädliche Verhaltensweisen regelmäßig ausüben. Zu diese Verhaltensweisen gehören regelmäßiger Tabak- und Alkoholkonsum, mangelnde Bewegung, unregelmäßige Hauptmahlzeiten, geringer Obst- und Gemüsekonsum, erhöhtes Ausmaß an sitzendem Verhalten (s. Index 16).

Je mehr dieser negativen Verhaltensweisen eine Person aufweist, desto häufiger fühlt sie sich gesundheitlich beeinträchtigt. Umgekehrt gilt: je weniger gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen die Kärntner/innen ausüben, umso gesünder sind sie, gemessen mit einem Index für die Gesundheit (s. Index 12). Jeder fünfte Jugendliche in Kärnten, der keine schädlichen Verhaltensweisen pflegt, fühlt sich subjektiv „ausgezeichnet“ gesund, fühlt sich körperlich optimal fit und leidet nur selten oder gar nie an körperlichen oder psychischen Beschwerden, welcher Art auch immer. Das trifft jedoch nur auf 10% der Kärntner/innen zwischen 10 und 22 Jahren zu, die vier oder mehr gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen praktizieren (vgl. Grafik 5-1).

**Grafik 5-1: Anteil der „gesunden“ 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen (s. Index 12), dargestellt nach der Anzahl gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen (s. Index 16) (n = 3.053, p < 0,01)**



Dieser Zusammenhang wird noch deutlicher, wenn er als Schätzung des individuellen Risikos ausgedrückt wird: die Wahrscheinlichkeit (OR; siehe Kapitel 7.1), dass sich jemand, der keine schädlichen Verhaltensweisen pflegt, als völlig gesund empfindet, ist 16,7 mal größer gegenüber jemandem, der 4 oder mehr schädliche Verhaltensweisen ausübt. Schon doppelt so groß wäre ein triftiger Grund für gesundheitspolitisches Handeln. Das zeigt, wie überaus stark das Verhalten die Gesundheit beeinträchtigt, auch wenn das den betroffenen Personen zumeist in der Form und in dem Ausmaß gar nicht bewusst ist.

Dieser Zusammenhang soll andererseits nicht verdecken, dass das Verhalten wiederum in sozialen Kontexten entsteht und von diesen beeinflusst wird, also durchaus nicht bedingungslos der individuellen Willensbildung unterliegt.

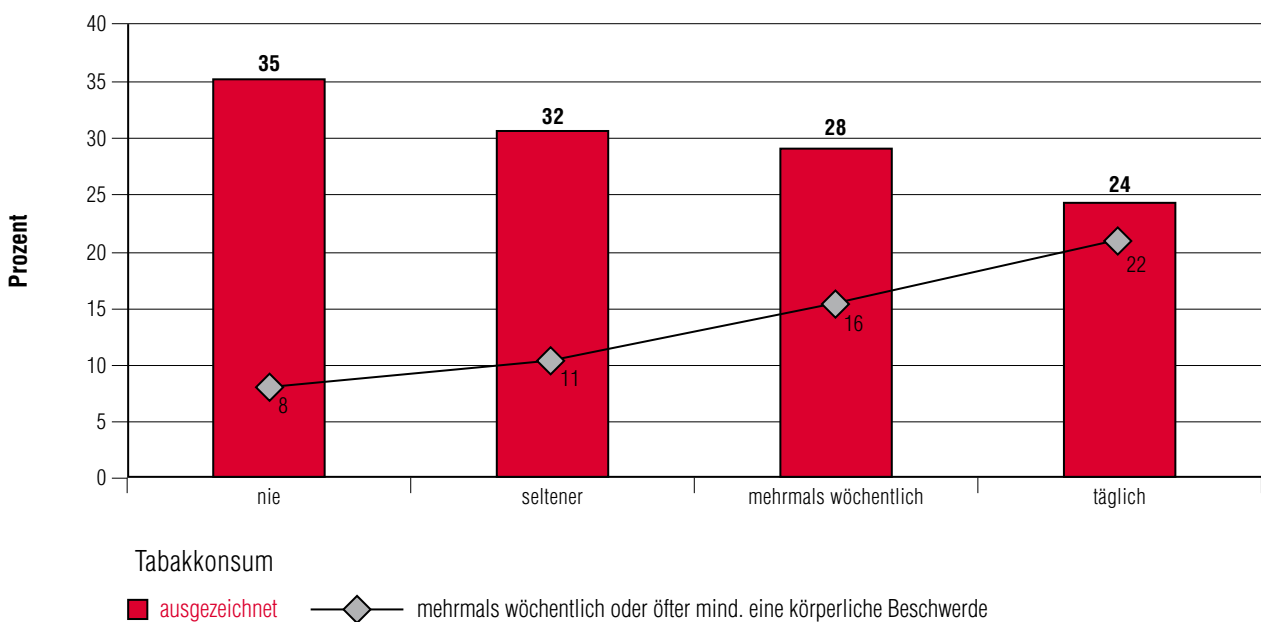
Auch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten hängt mit der Anzahl ungünstiger Verhaltensweisen zusammen. Das verwundert nicht, da sich diejenigen mit einem ungesünderen Lebensstil auch gesundheitlich schlechter fühlen und entsprechend dann zu **Medikamenten** greifen. Während 88% der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die keinerlei gesundheitsschädliche Verhaltensweisen ausüben, auch keine Medikamente einnehmen, sind dies bei denen mit vier oder mehr gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen nur 64%.

### 5.1.1 Rauchen und Gesundheit

Zu den schädlichen Verhaltensweisen gehört an erster Stelle der Tabakkonsum: die Jugendlichen, die täglich rauchen, fühlen sich seltener ausgezeichnet gesund und haben häufiger körperliche Beschwerden: so sagen 22% von ihnen, dass sie mehrmals wöchentlich bis täglich mindestens eine körperliche Beschwerde haben, während das bei den Nichtrauchern und Nichtraucherinnen nur 8% sind (vgl. Grafik 5-2).

Das Rauchen muss gerade bei Jugendlichen und „Einsteigern“ auch als eine Strategie interpretiert werden, mit unangenehmen Gefühlen und schwierigen, stressigen Lebenssituationen zurecht zu kommen (vgl. Dür et al. 2005). Es ist daher umso wahrscheinlicher als Verhaltensweise anzutreffen, je schlechter die Jugendlichen ihre Lebensqualität einstufen. Auch dieser bekannte Zusammenhang kann für die Kärntner Population nachgewiesen werden: je höher die Lebensqualität ist, desto seltener rauchen die Kärntner Jugendlichen und jungen Erwachsenen täglich (8% zu 17%).

**Grafik 5-2: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die ihre Gesundheit als ausgezeichnet beschreiben bzw. mehrmals wöchentlich oder öfter mind. eine körperliche Beschwerde (s. Index 10), dargestellt nach ihrem Tabakkonsum (n1 = 3.156, n2 = 3.148, in beiden Fällen p < 0,01)**



5.



## 5.1.2 Bewegung und Gesundheit

Zu den für die Gesundheit günstigen Verhaltensweisen gehört an erster Stelle Bewegung (vgl. Kap. 3.2). Bewegung macht körperlich und psychisch belastbarer, indem das Immunsystem gestärkt wird (Lawlor & Hopker 2001), und baut Stress ab, was an sich schon günstig ist, zusätzlich aber den Effekt hat, die stresslindernde Wirkung des Nikotins verzichtbar zu machen.

Während 40% der sehr aktiven Kärntner/innen ihre Gesundheit als ausgezeichnet beschreiben, sind dies bei der Gruppe der Inaktiven nur noch 25%. Gleichzeitig weisen die Aktiven auch eine höhere Lebensqualität auf: 74% der Aktiven fühlen sich sehr glücklich, aber nur 39% der Inaktiven.

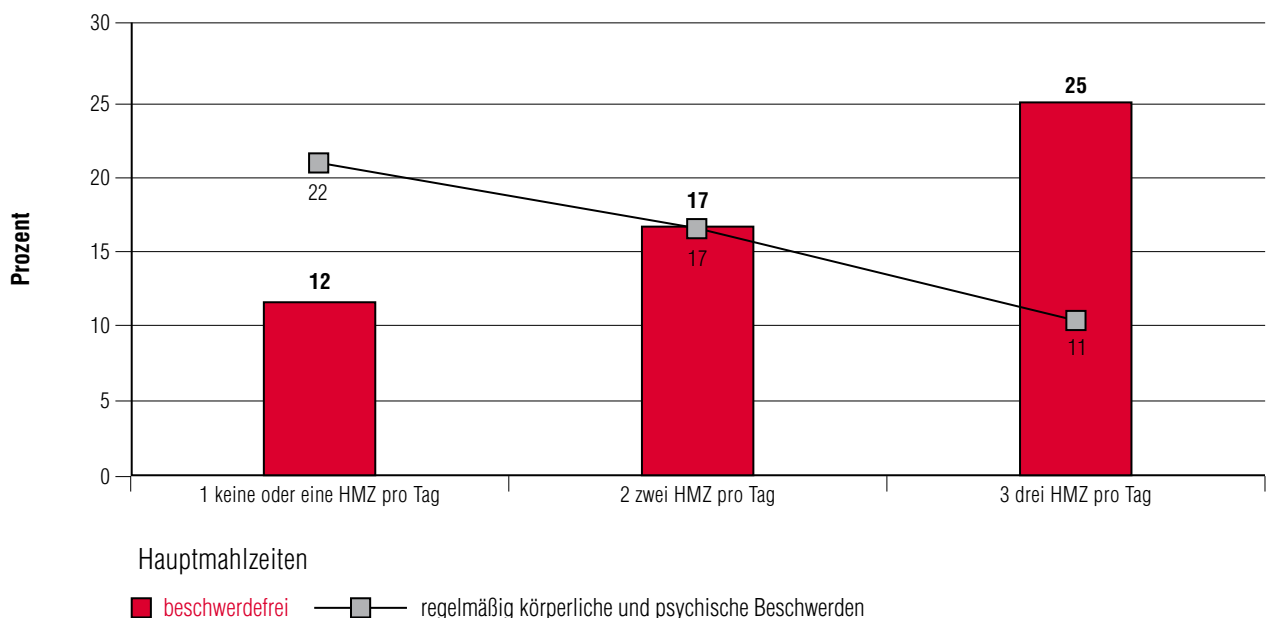
## 5.1.3 Ernährung und Gesundheit

Unregelmäßige Ernährung hängt deutlich mit dem Auftreten psychischer Beschwerden zusammen. Diejenigen, die regelmäßig essen, leiden viel seltener an psychischen Beschwerden und sind häufiger beschwerdefrei als diejenigen, die sich unregelmäßig ernähren (vgl. Grafik 5-3).

Das bestätigt die Vermutung vieler Schulärzte, dass ein Gutteil des Unwohlfühls und der psychischen Beschwerden der Kinder und Jugendlichen darauf zurückzuführen ist, dass sie – insbesondere an den Vormittagen in der Schule! – zu wenig essen und vor allem zu wenig trinken.

Der Körper leidet an den Symptomen der akuten Unterversorgung mit Flüssigkeit und Nährstoffen, was die verschiedenen Beschwerden (Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Nervosität etc.) hervorrufen kann.

**Grafik 5-3: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die regelmäßig an körperlichen und psychischen Beschwerden leiden (s. Typologie 5), dargestellt nach der Regelmäßigkeit ihrer Ernährung (Hauptmahlzeiten/Tag, s. Index 15) (n = 3.167, p < 0,01)**



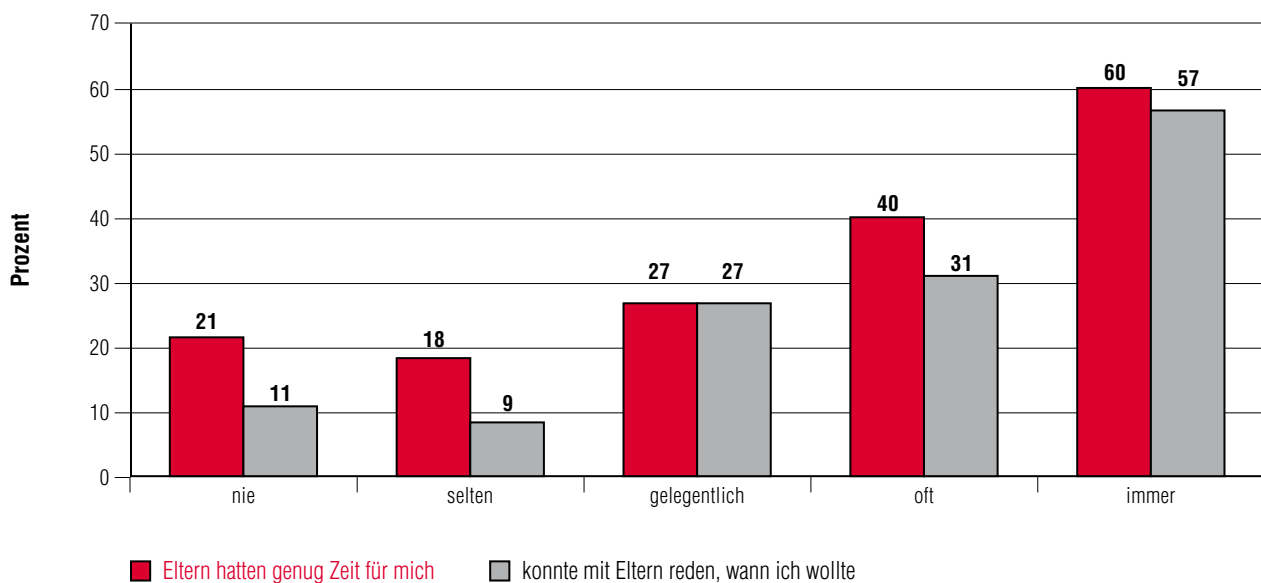
## 5.2 Settings als Determinanten der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens

### 5.2.1 Familie, Gesundheit und Lebensqualität

Die subjektiv eingeschätzte Lebensqualität hängt erwartungsgemäß überaus klar mit dem Gesprächsklima in der Familie und mit der mit den Eltern verbrachten Zeit zusammen: von den Kinder und Jugendlichen, die mit ihren Eltern nie oder nur selten reden können, wenn sie akut Bedarf dafür haben, hat nur jeder Zehnte eine hohe Lebensqualität. Ähnliches gilt für die Zeit, die Eltern ihren Kindern widmen: wenn die Eltern nie oder nur selten Zeit für sie aufbringen, hat nur etwa ein Fünftel hohe Lebensqualität. Im Gegensatz dazu weisen mehr als Hälfte der Kinder und Jugendlichen, die immer mit ihren Eltern rechnen können, eine sehr hohe Lebensqualität auf (vgl. Grafik 5-4).

Die individuelle Wahrscheinlichkeit (OR), eine hohe Lebensqualität zu haben, ist bei den jungen Kärntner/innen, deren Eltern immer ausreichend Zeit für sie haben bzw. immer mit ihren Eltern reden können, wenn Bedarf dafür besteht, rund um den Faktor 6 (Zeit haben) und um den Faktor 11 (reden können) gegenüber jenen erhöht, auf die das nie zutrifft.

**Grafik 5-4: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen mit hoher Lebensqualität (s. Index 11), dargestellt nach der erlebten Qualität der Eltern-Kindbeziehung (gezeigt für: das Gesprächsklima und die gemeinsam verbrachte Zeit) (n1 = 2.420, n2 = 2.419, in beiden Fällen p < 0,01)**

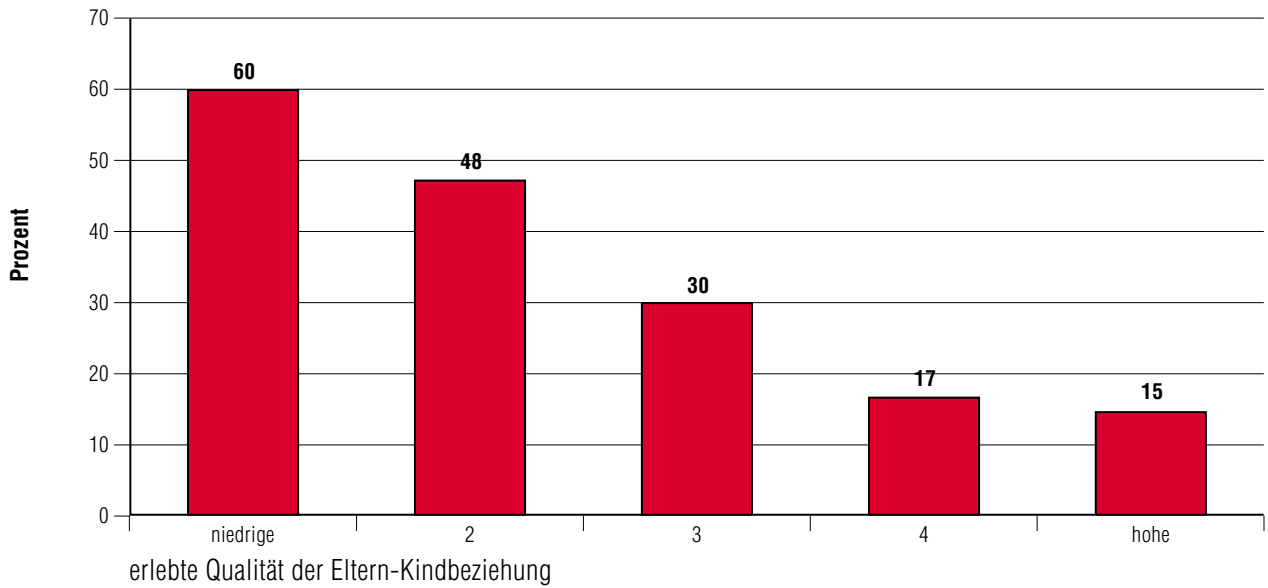


Die erlebte Qualität der Eltern-Kindbeziehung variiert erwartungsgemäß mit der Familienzusammensetzung: so genannte vollständige Familien (Zwei-Eltern-Familien) sind häufiger mit einer hohen Lebensqualität verbunden als Alleinerzieherfamilien. Darin drückt sich zum einen die Doppelbelastung der Alleinerzieher/innen aus, die eben entsprechend weniger Zeit für die Kinder erübrigen können, zum anderen die häufig auch ökonomisch und sozial angespannte Situation dieser Familien.

In der Folge haben die Jugendlichen aus letzteren Familienverhältnissen auch einen weitaus höheren Medikamentenkonsum, weil Medikamente in diesen Familien offensichtlich als Problemlöser bzw. Bewältigungsstrategie eingesetzt werden, ein Phänomen, das auch aus anderen Ländern bekannt ist (Holstein 2003).

In die selbe Kerbe schlägt der Zusammenhang von Familienbeziehungen und Tabakkonsum: je besser das Gesprächsklima in Familien, desto häufiger sind die Kinder und Jugendlichen Nichtraucher/innen. Je mehr sie jedoch das Gefühl haben, dass die Eltern zu wenig Zeit für sie haben, sie ungerecht behandeln und nicht richtig mit ihnen reden können, desto häufiger rauchen die Jugendlichen täglich (vgl. Grafik 5-6).

**Grafik 5-5: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die täglich rauchen, dargestellt nach der erlebten Qualität der Eltern-Kindbeziehung (s. Index 3) (n = 2.909, p < 0,01)**

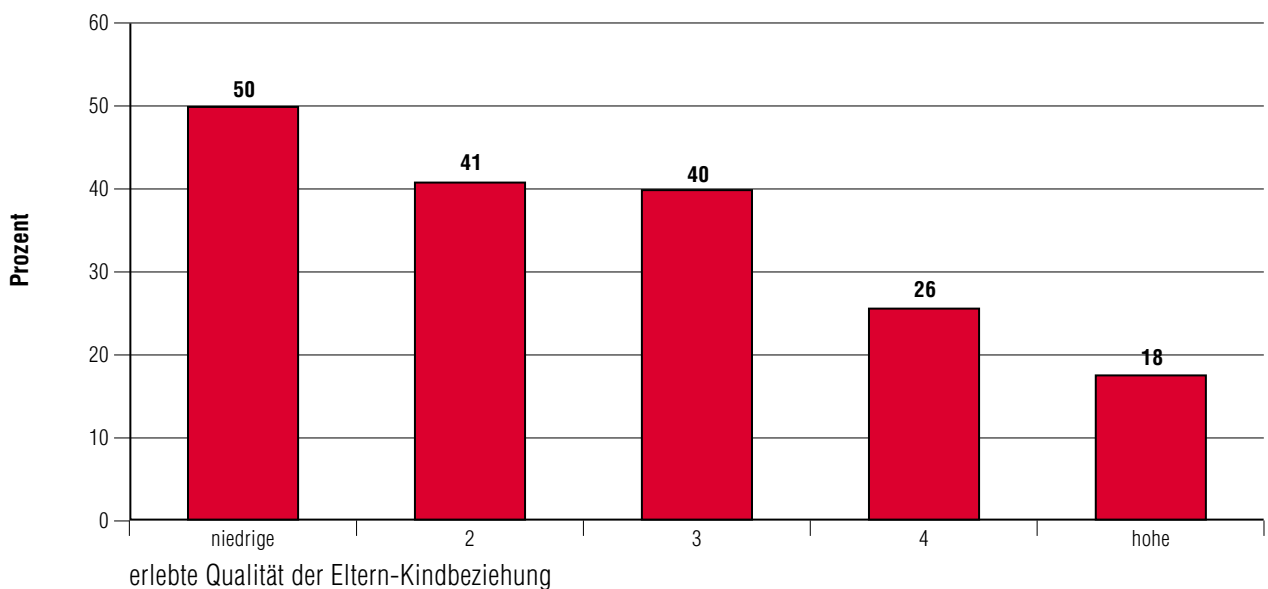


Dieses Muster eines Problemlöseverhaltens mittels Nikotin, wenn die Familie als Unterstützungsstruktur bei Problemen nicht funktioniert, setzt sich auch bei anderen Suchtmitteln fort und führt zu einem fast dreimal so hohen Cannabis-Konsum bei Jugendlichen aus gestörten Familienbeziehungen (20% zu 7%).

Schließlich sind Kinder aus gestörten Familienbeziehungen auch sehr viel häufiger sowohl Täter wie auch Opfer in Bullying-Aktionen (einmal wöchentlich oder öfter: 11% zu 2%). Diese Täter-Opfer sind dafür bekannt, dass sie schlecht integriert sowie in verschiedener Hinsicht sozial und teilweise auch psychiatrisch auffällig sind. 16% dieser Gruppe entstammen einer Familie mit in dem hier definierten Sinn gestörten Kommunikationsverhältnissen.

Die Wahrscheinlichkeit (OR), dass die jungen Kärntner/innen drei oder mehr gesundheitsschädliche Verhaltensweisen ausüben, ist in Familien mit aus Sicht des Kindes gestörter Kommunikation 4,5 höher als in Familien, in denen diese Qualität hoch bewertet wird (vgl. auch Grafik 5-6).

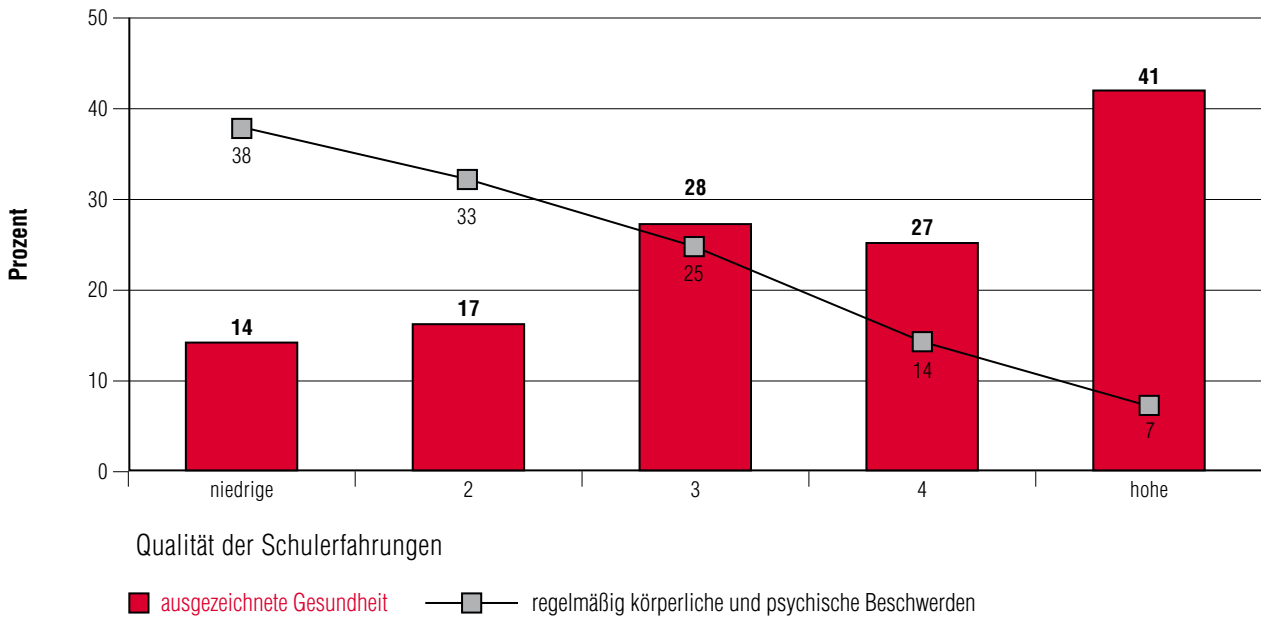
**Grafik 5-6: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die drei oder mehr gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen ausüben (Index 16), dargestellt nach der erlebten Qualität der Eltern-Kindbeziehung (s. Index 3) (n = 2.150, p < 0,01)**



## 5.2.2 Schule und Ausbildung

Auch die Qualität der Schulerfahrungen wirkt sich auf die Gesundheit der Kärntner/innen aus: je besser die Schüler/innen den Schulalltag erleben, desto gesünder fühlen sie sich auch (41% zu 14%). Sie leiden dann auch seltener an körperlichen und psychischen Beschwerden: nur 7% der Kärntner Schüler/innen, die den Schulalltag sehr positiv erleben, haben regelmäßig Beschwerden, hingegen 38% von denen, die an der Schule und an den darin gestellten Anforderungen leiden (vgl. Grafik 5-7).

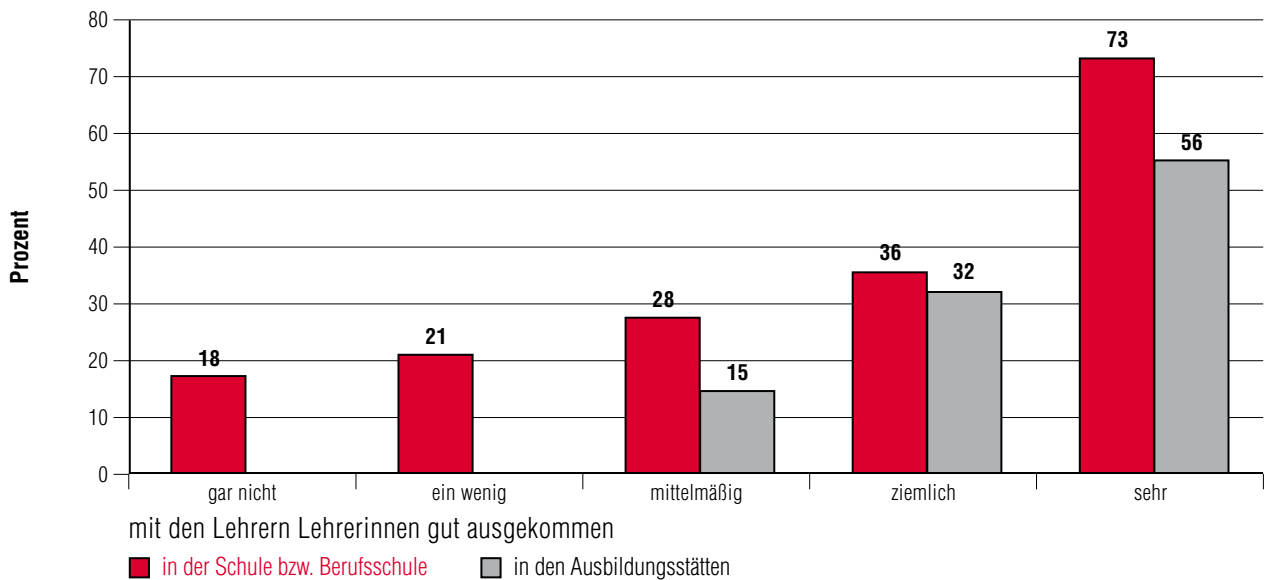
**Grafik 5-7: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen mit einer ausgezeichneten Gesundheit bzw. mit regelmäßigen körperlichen und psychischen Beschwerden (Typologie 5), dargestellt nach der Qualität der Schulerfahrungen (s. Index 4) (n1 = 2.230, n2 = 2.946, p < 0,01)**



Die Schule spielt für die Kinder und Jugendlichen in den verschiedenen Altersgruppen jedoch eine unterschiedlich große Rolle. Während bei den jüngeren Kindern und Jugendlichen die Qualität der Schulerfahrungen und die Qualität der Eltern-Kindbeziehung, was den Einfluss auf die subjektive Gesundheit anbelangt, etwa gleichbedeutend sind, nimmt später der Einfluss durch die Schule deutlich zu, während der Einfluss der Eltern-Kindbeziehung in den Hintergrund tritt. Bei den 10- bis 15-Jährigen ist die Wahrscheinlichkeit (OR), eine ausgezeichnete oder sehr gute subjektive Gesundheit zu haben, von der Familie und der Schule gleichermaßen mit etwa dem Faktor 3 abhängig: diese Wahrscheinlichkeit ist etwa dreimal höher, wenn ein positives Erleben von Familie und Schule gegeben ist. Dieser Faktor sinkt für die Gruppe der 16- bis 18-Jährigen auf einen Wert von 1,3 für die Familie und stieg auf einen Wert von 6 für die Qualität der Schulerfahrungen. Das entspricht natürlich der normalen Entwicklung in der Adoleszenz: dem Abnabeln von den Eltern und der zunehmenden Integration in andere, hier: schulische soziale Kontexte, es betont damit aber eben auch die Wichtigkeit der Schule als Setting für Gesundheit ab Einsetzen der Pubertät. Was für die subjektive Gesundheit zutrifft, gilt auch für das subjektive Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen, hier als die gesundheitsbezogene Lebensqualität gemessen und thematisiert.

Auch die Lebensqualität hängt stark vom Erleben des Schulalltags ab, wobei hier insbesondere die Beziehung zu den Lehrerinnen und Lehrern eine ganz wesentliche Rolle spielt. Je besser die Schüler/innen mit ihren Lehrkräften auskommen sind, desto besser ist auch ihre Lebensqualität: 73% der Schüler/innen haben eine hohe Lebensqualität, wenn sie gut mit ihren Lehrkräften auskommen gegenüber nur 18%, die eine hohe Lebensqualität bei schlechten Lehrerbeziehungen haben. Derselbe Zusammenhang gilt auch für die jungen Kärntner/innen, die bereits eine weiterführende Ausbildung absolvieren (vgl. Grafik 5-8). Wieder als individuelle Wahrscheinlichkeit (OR) ausgedrückt: eine hohe Lebensqualität zu haben, ist für Schüler/innen oder Studierende, die mit ihren Lehrenden sehr gut oder ziemlich gut auskommen, vier- bis fünfmal so hoch wie für diejenigen, für die das bestenfalls mittelmäßig oder gar nicht zutrifft.

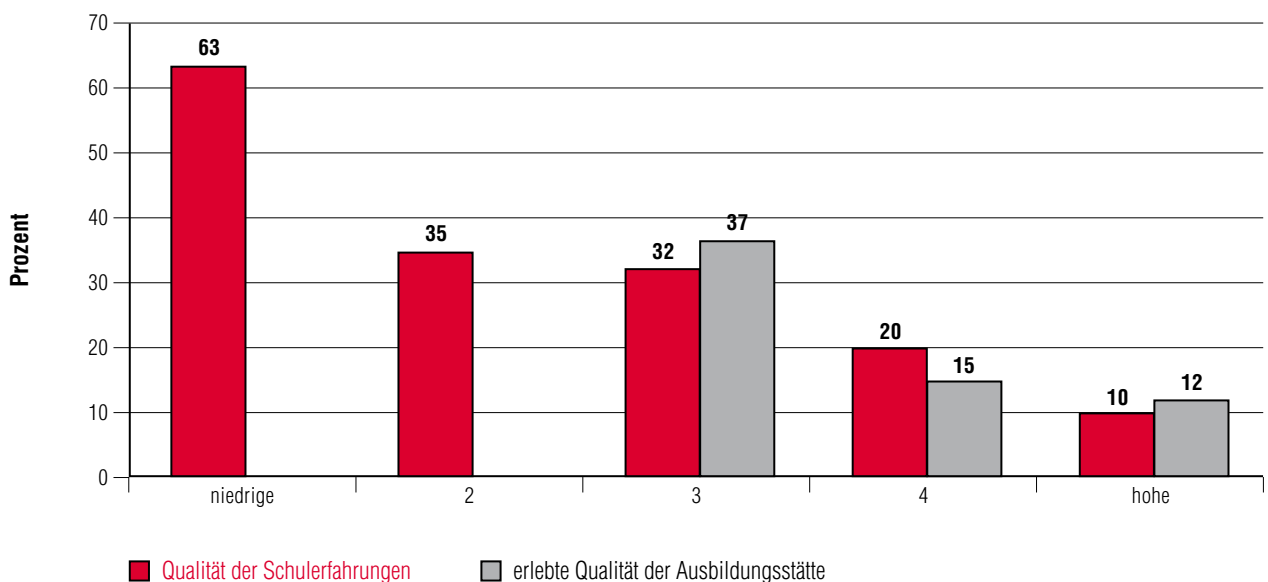
**Grafik 5-8: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen mit hoher Lebensqualität (s. Index 11), dargestellt nach dem Auskommen mit den Lehrern und Lehrerinnen in der Schule bzw. in der Ausbildungsstätte (n1 = 2.180, n2 = 239, in beiden Fällen  $p < 0,01$ )**



Durch Stressbelastungen einerseits und durch unangenehme, problematische Beziehungen zu den Lehrenden andererseits, zu denen die Lernenden ja in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen, wirken sich Schule und Ausbildungsplatz direkt auf Gesundheit und Lebensqualität aus. Sie tun das aber auch indirekt, indem sie in gravierender Weise auch das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen zum Guten oder Schlechten beeinflussen. Das gilt besonders ausgeprägt für die Beziehungsebene: je unwohler sich die Schüler/innen in ihrer Schule fühlen, desto mehr schädliche Gesundheitsverhalten eignen sie sich an.

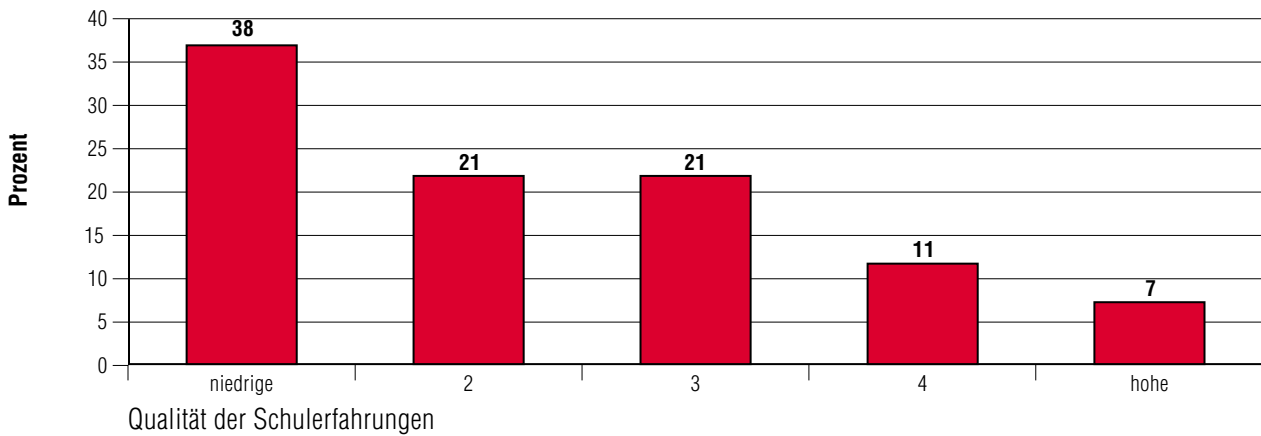
Fast zwei Drittel (63%) von jenen, die ihre Schule bzw. den Schulalltag negativ und unangenehm erleben, weisen drei und mehr schädliche Verhaltensweisen auf gegenüber nur 10%, wenn die Schule als sehr positiv erlebt wird. Gleiches gilt auch für die 18- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die eine weiterführende Ausbildung absolvieren (vgl. Grafik 5-9).

**Grafik 5-9: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner Schüler/innen und Studierenden, die drei oder mehr negative Verhaltensweisen (s. Index 16) ausüben, dargestellt nach der Qualität der Schulerfahrungen (s. Index 4) bzw. nach der erlebten Qualität der Ausbildungsstätte (s. Index 5) (n1 = 2.151, n2 = 297, in beiden Fällen  $p < 0,01$ )**



Diese Schüler/innen und Studierende machen wesentlich mehr körperliche Aktivitäten, rauchen und trinken weniger, essen häufiger regelmäßig und häufiger Obst- und Gemüse. Besonders krass ist dieser Zusammenhang für den Tabakkonsum ausgeprägt: je wohler sich die Kärntner Schüler/innen in ihren Schule fühlen, desto häufiger sind sie Nichtraucher/innen; hingegen: je mehr sie das Gefühl haben, in der Schule bzw. mit der Schule nicht zu recht zu kommen, sich nicht konzentrieren zu können, keine guten Beziehungen zu haben, desto deutlich häufiger rauchen sie täglich (vgl. Grafik 5-10). Auch hier ist die individuelle Wahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von der Qualität der Schulerfahrungen überaus aussagekräftig: die Wahrscheinlichkeit, dass ein 16- bis 18-jähriger Schüler oder eine Schülerin täglich Zigaretten raucht liegt für die mit schlechten Schulerfahrungen um den Faktor 4,1 höher als für die mit guten.

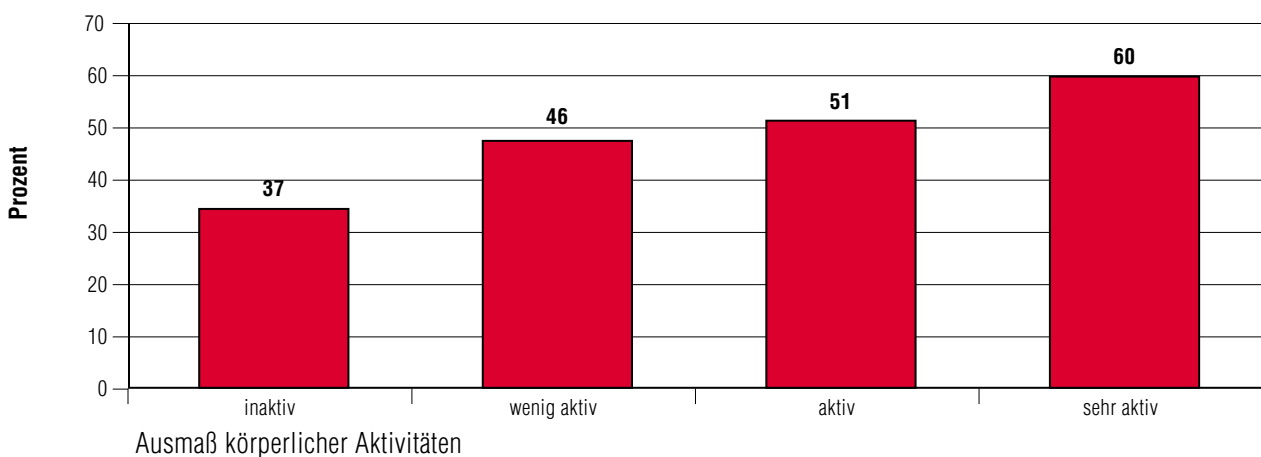
**Grafik 5-10: Anteil der 10- bis 22-jährigen täglich rauchenden Kärntner Schüler/innen, dargestellt nach der Qualität der Schulerfahrungen (s. Index 4) (n = 2.189, p < 0,01)**



An dieser Stelle ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass die Schule nicht nur ein – günstiger oder ungünstiger – Kausalfaktor für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Schüler/innen ist, sondern dass die Schule umgekehrt natürlich auch von hoher Gesundheit, von hoher Lebensqualität und von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen profitieren kann. Mit Schüler/innen, auf die all das zutrifft, wird sich der Unterricht positiver gestalten lassen, was letztlich auch zu besseren Lernleistungen führen wird – ganz zu schweigen von der Gesundheit der Lehrer/innen!

Es besteht in diesem Sinn auch ein starker Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der wöchentlichen körperlichen Aktivitäten und der Qualität der Schulerfahrungen: 60% der sehr aktiven Kinder und Jugendlichen sagen, dass sie sich in der Schule sehr wohl fühlen, aber nur 37% derjenigen, die körperlich inaktiv sind (vgl. Grafik 5-11). Bei diesen zeigt sich ein gegenteiliger Zusammenhang: je inaktiver sie sind und je mehr Zeit sie vor dem Fernseher oder/und Computer verbringen, desto belasteter fühlen sie sich durch die Schule.

**Grafik 5-11: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die über eine hohe Qualität der Schulerfahrungen berichten (s. Index 4), dargestellt nach dem Ausmaß ihrer körperlichen Aktivität (n = 2.225, p < 0,01)**



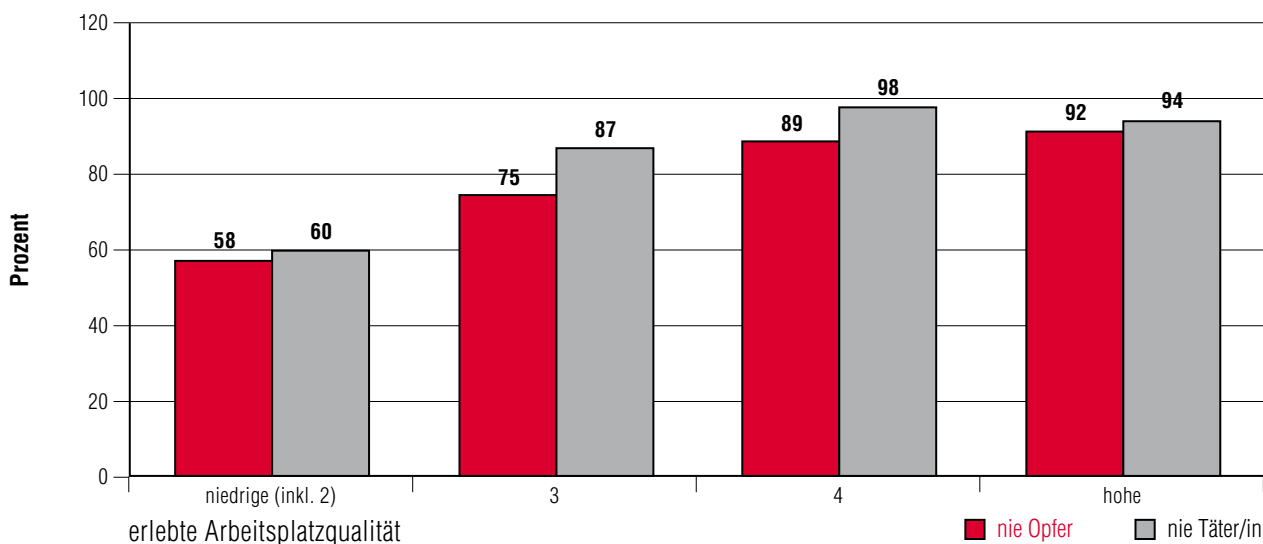
5.

Diese Zusammenhänge machen deutlich, dass man das Verhältnis Schule und Gesundheit als zirkuläres begreifen muss, in dem die beiden Teile wie Henne und Ei prozesshaft an einander gekoppelt sind. Man kann nur beides haben – positive Schulerfahrungen, gute Lehrer/Schüler-Beziehungen, hohe Schulleistungen und Gesundheit und Lebensqualität – oder verliert beides.

### 5.2.3 Arbeitsplatz und Gesundheitsverhalten

Der Arbeitsplatz als Setting wirkt sich hauptsächlich auf den Konsum von Suchtmitteln (Alkohol, Rauchen, illegale Suchtmittel), aber auch auf das Auftreten von Mobbing aus. Die erlebte Qualität des Arbeitsplatzes, die zum Beispiel die Verbundenheit mit dem Betrieb, das Gefühl, sich den Vorgesetzten anvertrauen zu können, das Gefühl, geachtet zu werden usw. umfasst, hat einen Einfluss auf das Rauchverhalten. Je höher die Qualität des Arbeitsplatzes, desto seltener rauchen die Mitarbeiter/innen. Hier sieht man also das bekannte Muster, dass Nikotin als Stress- und Problem-Löser eingesetzt wird. Dies gilt auch für Alkohol: je wohler sich die 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen an ihrem Arbeitsplatz fühlen, desto seltener trinken sie mehrmals wöchentlich Alkohol (61% zu 31%). Je unzufriedener sie hingegen mit ihrer Arbeit sind, desto häufiger sind sie auch richtig betrunken: so gibt die Hälfte aller unzufriedenen Arbeitnehmer/innen an, öfter als zehn mal in seinem Leben betrunken gewesen zu sein. Auf der anderen Seite sagen dies nur 15% derjenigen, die mit ihrem Arbeitsplatz überaus zufrieden sind. Das Betriebsklima hängt mit dem Vorkommen von Mobbing zusammen: bei einem positiven Betriebsklima kommt Mobbing wesentlich seltener vor: 92% derjenigen, die ein gutes Klima erleben, waren weder als Opfer noch als Täter/innen in derartige Übergriffe verstrickt. Umgekehrt wurden nur 58% der Arbeitnehmer/innen, die einem schlechteren Betriebsklima ausgesetzt waren, in den letzten sechs Monaten nicht gemobbt, 42% also schon (vgl. Grafik 5-12).

**Grafik 5-12: Anteil der 15- bis 22-jährigen berufstätigen Kärntner/innen, die in den letzten 6 Monaten nie Opfer oder Täter/innen von Mobbingattacken waren (s. Typologie 9), dargestellt nach der erlebten Arbeitsplatzqualität (s. Index 6) (n1 = 518, n2 = 518, in beiden Fällen p < 0,01)**



### 5.2.4 Vereinsmitgliedschaft und Gesundheit

Die Mitgliedschaft in Sportvereinen wirkt sich naturgemäß günstig auf das Ausmaß an körperlicher Aktivität aus. Ob jemand jedoch Mitglied in einem Sportverein ist oder sein kann, hängt deutlich mit dem sozioökonomischen Status der Familie zusammen, da neben Kosten für die Mitgliedschaft und eventuell Platzgebühren vor allem Kosten für Sportgeräte anfallen. Auf diese Weise hat der Lebensstandard der Familie auch indirekt über die Mitgliedschaft in Vereinen einen signifikanten Einfluss auf die körperliche Aktivität der Jugendlichen.

Diesen Schichteffekt findet man nicht in Bezug auf Musikvereine, was daran liegen könnte, dass diese zumeist über entlehbare Musikinstrumente verfügen.

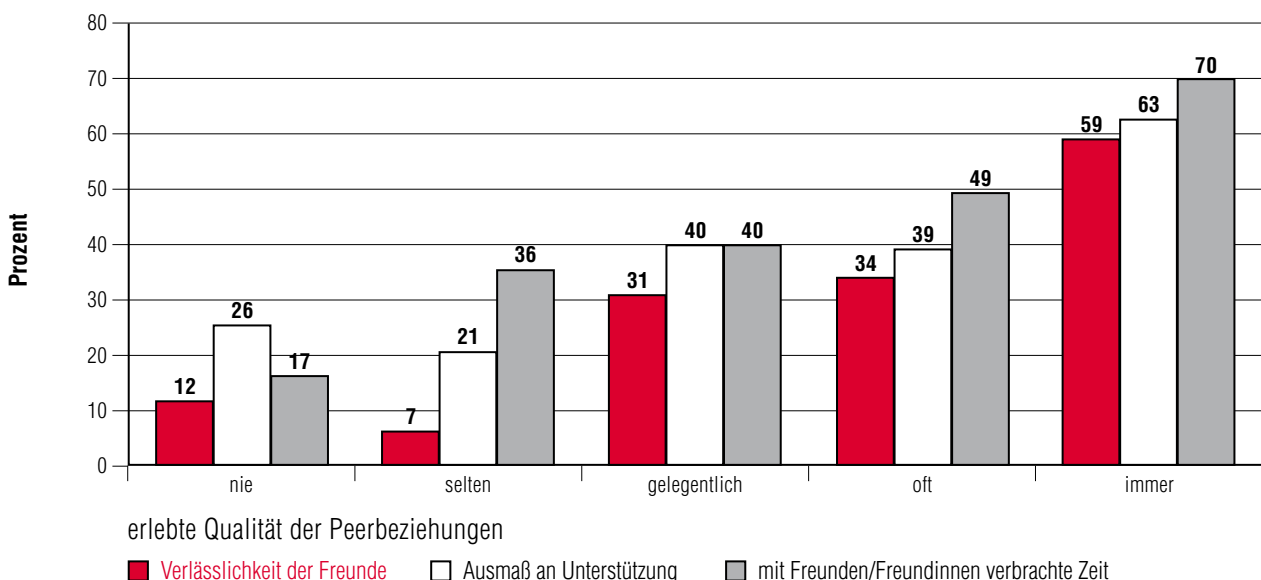
### 5.2.5 Nachbarschaft und Gesundheit

Die Nachbarschaft ist aus gesundheitspolitischer Sicht in zweifacher Hinsicht interessant. Zum einen, weil sie bei Kindern und jungen Menschen entweder Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit vermitteln oder eben im Gegenteil Ängste auslösen kann. Zum andern, weil Nachbarschaften auch immer ein Ausdruck von Segregationsprozessen in der Gesellschaft sind, weshalb sich Nachbarschaften häufig nach der Alterstruktur, dem Haben oder Nichthaben von Kindern, dem durchschnittlichen sozioökonomischen Status der Bewohner und den ökologischen Wohnbedingungen unterscheiden lassen. Mit diesen Bedingungen hängen weitere Merkmale zusammen wie die infrastrukturelle Ausstattung des „Viertels“ oder die Anwesenheit ethnischer Konflikte, was sich wiederum auf die Gefühle von Geborgenheit oder Unsicherheit, von Integration oder Deprivation auswirken kann. Tatsächlich finden sich in den Kärntner Nachbarschaften solche Unterschiede: es gibt solche, die Sicherheit, und solche, die Unsicherheit vermitteln, wobei diese Unterschiede mit gesundheitlichen Unterschieden zusammenhängen. Je sicherer sich die Kinder und Jugendlichen in ihrer Nachbarschaft fühlen, desto seltener leiden sie unter psychischen Beschwerden: nur 3% der Kinder aus (subjektiv) sehr sicheren Wohngebieten leiden täglich einer oder mehr psychischen Beschwerden, jedoch bereits 10% (!) der Kinder und Jugendlichen aus unsicheren Wohngebieten. In solchen problematischen Nachbarschaften ist tendenziell auch der Drogenkonsum deutlich erhöht. Diese Ergebnisse machen die Nachbarschaft bzw. die Wohngegend zu einem wichtigen Setting für gesundheitspolitische Interventionen.

### 5.2.6 Peerbeziehungen und Gesundheit

Die Qualität der Peerbeziehungen (vgl. Kap. 1.6) hat einen Einfluss darauf, wie es um die subjektive Gesundheit, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und das körperliche Wohlbefinden der Kärntner Kinder und Jugendlichen bestellt ist: je wohler sie sich in ihrem Freundeskreis fühlen, das heißt, je mehr Zeit sie mit ihren Freunden und Freundinnen verbringen, je mehr sie sich im Freundeskreis gegenseitig unterstützen und je besser sie sich aufeinander verlassen können, umso höher ist ihre Lebensqualität, ihre subjektive Gesundheit und ihr körperliches Wohlbefinden (vgl. Grafik 5-13). Das Wissen um diese Zusammenhänge gerade bei Jugendlichen ist nicht neu (vgl. dazu Eder 1988), in Kärnten zeigt sich dieser Einfluss jedoch in besonders ausgeprägtem Maße. Zum Beispiel: nur 17% der jungen Kärntner/innen, die nie Zeit mit ihren Freunden oder Freundinnen verbringen, eine hohe Lebensqualität, hingegen 70% derjenigen, die viel Zeit mit ihnen verbringen.

**Grafik 5-13: Anteil der 11- bis 22-jährigen Kärntner/innen mit hoher Lebensqualität (s. Index 11), dargestellt nach Aspekte der erlebten Qualität der Peerbeziehungen (gezeigt für: die mit Freunden und Freundinnen verbrachte Zeit, die Verlässlichkeit der Freunde, das Ausmaß an Unterstützung) (n1 = 2.422, n2 = 2.406, n3 = 2.411, in allen drei Fällen p < 0,01)**



5.

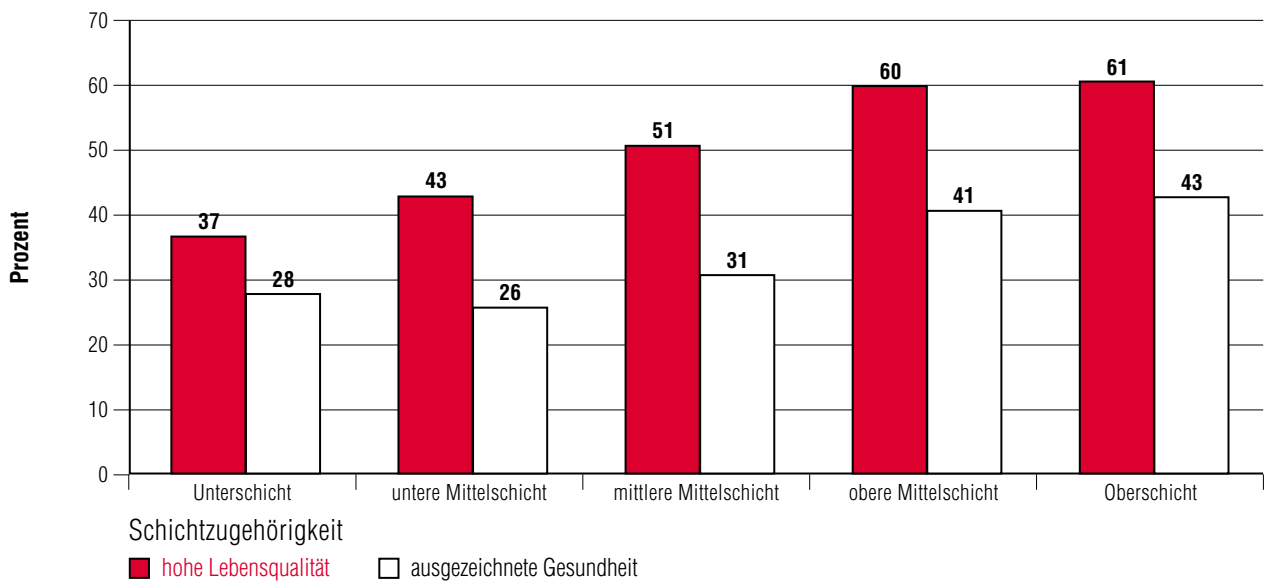


Die Mehrheit der Peerbeziehungen bahnen sich in sozialen Settings an, die ein regelmäßiges Zusammentreffen gewährleisten: Schule, Vereine, Arbeitsplatz, etc.. Die Qualität hängt aber entscheidend von der Möglichkeit ab, diese angebahnten Beziehungen auch außerhalb dieser Settings leben zu können. In ländlichen Regionen setzt das häufig eine Mobilität voraus, die von den Kindern und Jugendlichen nicht allein hergestellt werden kann. Sie brauchen dazu entweder ein gut ausgebautes Netz öffentlicher Verkehrsmittel oder aber die Unterstützung eines Elternteils, der oder die Chauffeurdienste leisten kann. Ist beides nicht gegeben, leidet die Qualität der Freundschaftsbeziehungen (vgl. Griebler 2004).

### 5.3 Soziale Ungleichheit als Determinante der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens

Soziale Ungleichheit – ob durch Vater und Mutter oder durch die eigene Berufstätigkeit definiert - hat allgemein und so auch bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen einen bedeutsamen Einfluss auf die Gesundheit und die Lebensqualität (vgl. Kap. 1.1.5). In Kärnten stellt sich dieser Zusammenhang folgendermaßen dar: Die Anteile der „ausgezeichnet“ gesunden und der Jugendlichen mit hoher Lebensqualität steigen über die 5 unterschiedenen Schichten linear von 28% (Unterschicht) auf 43% (Oberschicht) und von 37% (Unterschicht) auf 63% (Oberschicht) (vgl. Grafik 5-14).

**Grafik 5-14: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen mit hoher Lebensqualität (s. Index 11) und einer ausgezeichneten Gesundheit, dargestellt nach ihrer Schichtzugehörigkeit (Index 2) (n1 = 2.416, n2 = 3.208, in beiden Fällen p < 0,01)**



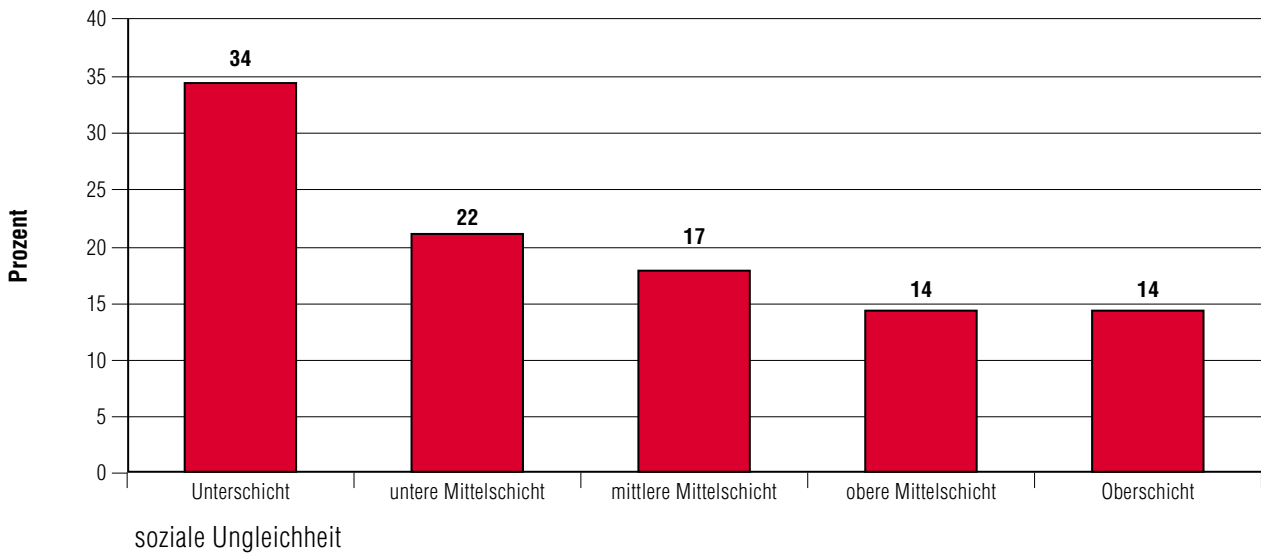
Nicht ganz so stark und vor allem nicht so eindeutig sind die Zusammenhänge mit den verschiedenen Beschwerden, die sich letztlich in allen Schichten finden und tatsächlich stärker von der Verhältnissen in der Familie und von den Bedingungen in der Schule beeinflusst werden.

Als leichte Tendenz kann jedoch gesagt werden, dass Unterschichtkinder eher über körperliche und Oberschichtkinder eher über psychische Beschwerden klagen, was auf unterschiedliche kulturelle Muster und Sensibilitäten in den Schichten hindeutet. Hingegen ist Übergewicht und Adipositas eindeutig mit der sozialen Schichtung verbunden: der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kärntner/innen ist in der Unterschicht gegenüber der Oberschicht etwa doppelt so hoch (17% gegenüber 8%).

Die Wahrscheinlichkeit (OR) der Jugendlichen aus den ärmsten Verhältnissen übergewichtig oder adipös zu sein ist 2,4 Mal höher als bei Jugendlichen, die aus wohlhabenden Verhältnissen stammen. Besonders stark werden die

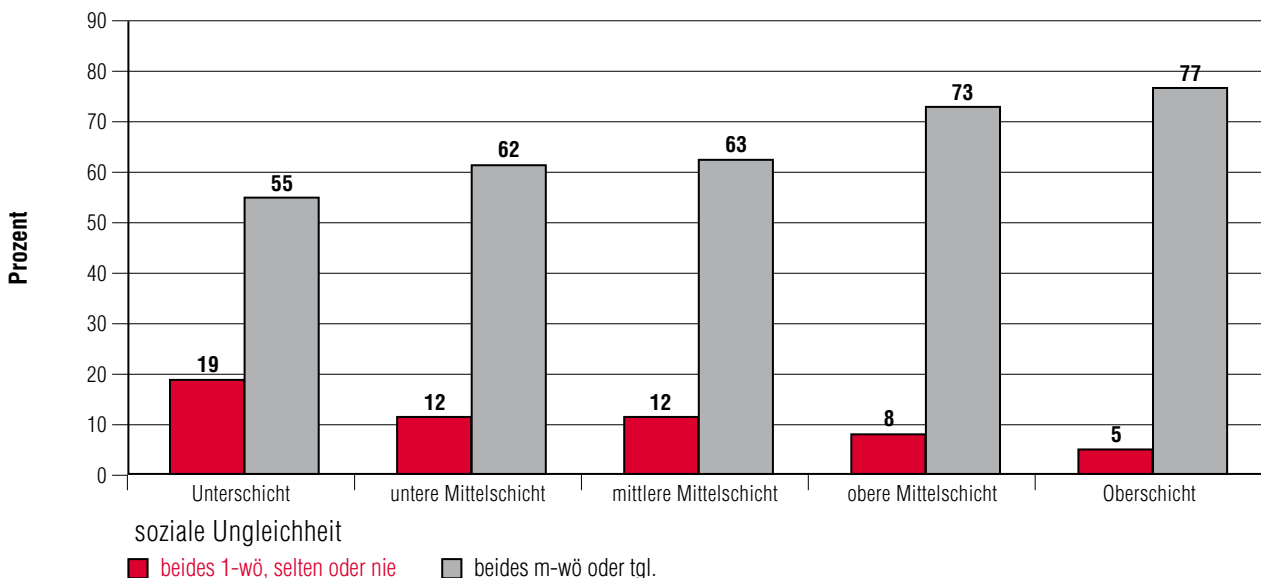
Schichtverhältnisse im unterschiedlichen Gesundheitsverhalten sichtbar: die Kinder und Jugendlichen aus der Unterschicht rauchen wesentlich häufiger als jene der beiden oberen Schichten (34% zu 14%; vgl. Grafik 5-15). Wiederum als Risiko ausgedrückt: die Wahrscheinlichkeit (OR), dass Unterschichtkinder täglich rauchen, ist um den Faktor 3,2 höher als bei Oberschichtkindern, also mehr als dreimal so hoch.

**Grafik 5-15: Anteil der 10- bis 22-jährigen täglich rauchenden Kärntner/innen, dargestellt nach der Schichtzugehörigkeit (s. Index 2) (n = 3.104, p < 0,01)**



Die Kinder und Jugendlichen aus der Unterschicht ernähren sich weniger regelmäßig und nehmen nur zu 45% drei Hauptmahlzeiten pro Tag ein, während es bei der Oberschicht 56% sind. Das dürfte vor allem damit zusammenhängen, dass in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger beide Elternteile arbeiten gehen und sich entsprechend weniger um die Ernährung der Kinder kümmern können. Darüber hinaus sind 22% der Unterschichtfamilien Alleinerzieherfamilien. Die sozioökonomische Lage wirkt sich aber auch auf die Qualität der Ernährung aus: Unterschichtkinder konsumieren deutlich seltener Obst und Gemüse als Kinder aus den oberen Schichten (vgl. Grafik 5-16). Hier wäre es sinnvoll, besonders diese Bevölkerungsgruppen über die Möglichkeiten preiswerter Kost mit heimischem, saisonalen Gemüse und Obst zu informieren, um gangbare Wege einer gesunden Ernährung aufzuzeigen.

**Grafik 5-16: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die selten bzw. regelmäßig Obst und Gemüse konsumieren, dargestellt nach ihrer Schichtzugehörigkeit (s. Index 2) (n = 3.155, p < 0,01)**

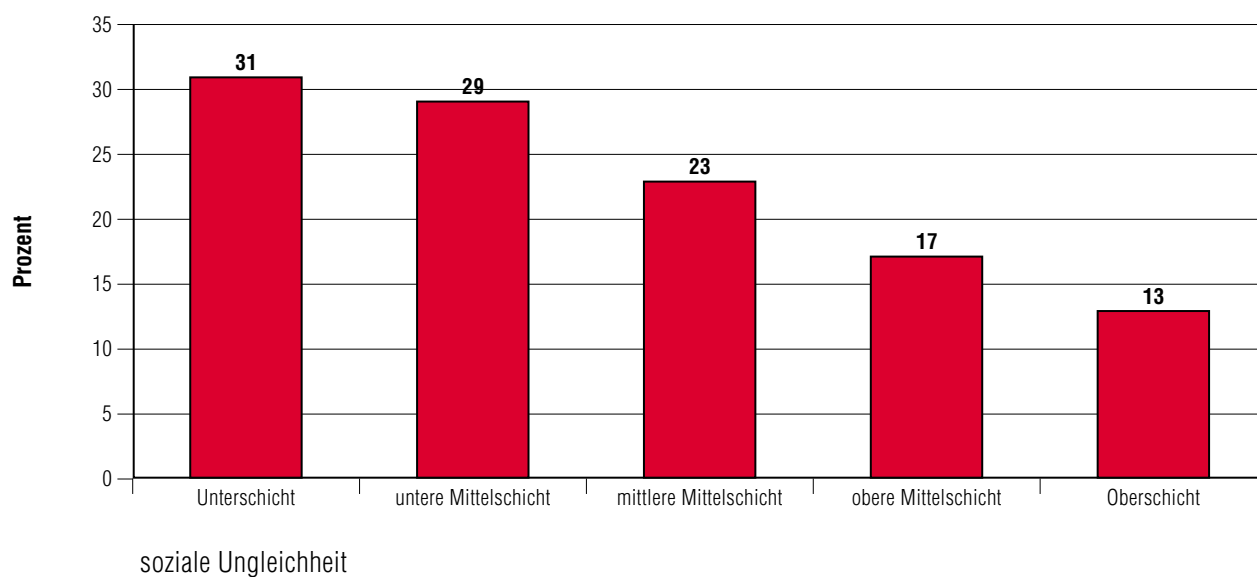


5.

Weiters sind Unterschichtkinder auch körperlich weniger aktiv als Gleichaltrige aus höheren Sozialschichten. Der Unterschied ist durchaus nennenswert: während 31% der Unterschichtkinder inaktiv sind, d.h. höchstens einmal die Woche für 60 Minuten körperlich Bewegung machen, dass sie ins Schwitzen kommen, sind das bei Oberschichtkindern nur 13% (vgl. Grafik 5-17).

Wie bereits erwähnt, hängt dieser hohe Grad an Inaktivität bei den Jugendlichen der Unterschicht auch mit den mangelnden finanziellen Möglichkeiten zur Mitgliedschaft in einem Sportverein zusammen.

**Grafik 5-17: Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die körperlich inaktiv sind, d.h. an maximal einem Tag pro Woche für 60 Minuten körperlich aktiv sind, dargestellt nach ihrer Schichtzugehörigkeit (s. Index 2) (n = 3.149, p < 0,01)**





**6.**

# **Ansätze zur Maßnahmenplanung**

## 6.1 Expertenworkshop

Die in den vorausgehenden Kapiteln dargestellten Ergebnisse der Befragungen zum Kärntner Kinder- und Jugendbericht wurden am 24.10.2005 in einem Workshop, der im Seehotel Hafner See stattgefunden hat, einer Gruppe von Experten und Expertinnen vorgestellt<sup>6</sup>. Die Aufgabenstellung des Workshops war, die Ergebnisse der Berichterstattung zur Kinder- und Jugendgesundheit zu interpretieren und gegebenenfalls mit möglichen Maßnahmen in Verbindung zu bringen.

## 6.2 Arbeitsgruppe

Die Ergebnisse des Workshops wurden protokollarisch festgehalten, in einer weiteren Arbeitsgruppe der Kärntner Landesregierung weiterentwickelt und bezogen auf mögliche gesundheitsfördernde Maßnahmen ausgearbeitet. Diese Aufarbeitung kann als Grundlage für politisches bzw. politisch-administratives Handeln dienen. Als wichtige gesundheitliche Problembereiche der Kärntner Kinder und Jugendlichen wurden Übergewicht, Sucht und Gewalt identifiziert und gemeinsam mit den Aspekten Ernährung und Bewegung settingübergreifend thematisiert. Als Querschnittsthema zu all diesen Bereichen wurde der Genderaspekt speziell berücksichtigt. Die Arbeitsgruppe hat damit einen Startpunkt gesetzt, anhand dessen Strategien und Maßnahmen für diese Fragestellungen in Kärnten weiterentwickelt werden können. Es ist ein erster wichtiger Schritt in einem Entwicklungsprozess, der sicherlich Zeit brauchen wird. Vieles in der Gesundheitsförderung ist nur sektorübergreifend lösbar. Es muss daher immer auch überlegt werden, durch welche Kommunikations- und Kooperationsformen man zu einem strategisch konzertierten und gehaltvollen Vorgehen gelangen kann. Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe sind im Folgenden dargestellt. Die Darstellung schließt jeweils an die gegebene Maßnahmenlage zum jeweiligen Problembereich in Kärnten an und gibt einen zukunftsorientierten Ausblick für den Bereich Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen.

## 6.3 Genderaspekte

Mag<sup>a</sup>. Regina Steinhauser

Die Berücksichtigung von Gender Aspekten in der Gesundheitsförderung und Prävention setzt sich in Kärnten langsam durch. Einzelne professionelle Einrichtungen entwickeln geschlechtsspezifische Angebote, die sich derzeit vor allem auf die Themen Sexuelle Gesundheit und Ess-Störungen konzentrieren. Geschlechtsspezifische Maßnahmen zum Thema Gewalt und Mädchengesundheit insgesamt sind bereits in Vorbereitung. Einzelne Kompetenzzentren konzentrieren sich verstärkt auf die Sensibilisierung und Qualifizierung von Multiplikator/innen und Entscheidungsträger/innen aus unterschiedlichen Settings wie Ausbildungsplätzen, Gemeinden oder Schulen. Hier werden vor allem Fortbildungen,

<sup>6</sup> Allen Teilnehmer/innen sei an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön ausgesprochen:

Hr. Landessanitätsdirektor Dr. Olexinski (entschuldigt), Hr. Vizepräs. HOL Altersberger (Landesschulrat), Hr. Mag. Auer (AVS Klagenfurt), Fr. Dr. Brammer (Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 12-Sanitätswesen), Fr. Dr. Drobesch-Binter (Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 12-Suchtprävention), Fr. DSA Gaschler-Andreasch (Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 13), Fr. Dr. Hassler (Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 13-Fachkundlicher Dienst), Hr. Hempel (Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 6-Lehrlingskoordinator, entschuldigt), Fr. Dr. Jelen-Srienc, (Jugenduntersuchungsärztin der GKK, BS Klgtf.) Fr. HR Dr. Kamper-Löberbauer (Schulpsychologischer Dienst, entschuldigt), Prim. Dr. Kaulfersch (LKH Klagenfurt, Abt. f. Kinder- u. Jugendheilkunde, entschuldigt), Fr. Mag. Liebhauser (Kinder- und Jugendanwältin des Landes Ktn., entschuldigt.), Fr. Prof. Mag. Macher-Meyenburg (Landesschulrätin f. Ktn.), Hr. Amtsarzt Dr. Mack (Magistrat Villach Gesundheitsamt), Fr. Dr. Oberleitner (Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 12-Umweltmedizin und Gesundheitsförderung), Fr. Dr. Prehslauer (Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 12-Drogenkoordination u. Sozialmedizin), Hr. Dr. Reiter (LKH Villach, Abt. f. Kinder- u. Jugendheilkunde), Prim. Univ. Prof. Dr. Scholz (LKH Villach, Abt. f. Neurologie u. Psychosomatik, entschuldigt), Prim. Univ. Doz. Dr. Spiel (LKH Klagenfurt, Abt. f. Neurologie u. Psychiatrie des Kindes- u. Jugendalters, entschuldigt), Fr. Steiner, Diätologin (Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 12-Projektmanagement u. Gesundheitsförderung), Fr. Mag. Steinhauser (Frauen-gesundheitszentrum Ktn.), Fr. Mag. Sumper (Kärntner GKK), Fr. Dr. Trattler (Magistrat der LH Klagenfurt), Hr. Dr. Valtiner (LKH Klagenfurt, Abt. f. Neurologie u. Psychiatrie des Kindes- u. Jugendalters), Fr. Dr. Wagner-Reif (Landesschulrätin f. Kärnten), Hr. Dr. Winkler (LKH Klagenfurt, Abt. f. Neurologie u. Psychiatrie des Kindes- u. Jugendalters), Dir. Mag. Dr. Wurzer (Kärntner GKK, entschuldigt), Hr. Wutte (Amt der Kärntner Landesregierung, Abt. 12-Projektmanagement u. Gesundheitsförderung)

Materialien und Arbeitskreise als Methoden eingesetzt. Kärnten verfügt über eine Institution, die explizit mit frauenspezifischer Gesundheitsförderung und Prävention beauftragt ist. Dort werden Strategien sowie fachliche Grundlagen für frauengerechte Gesundheitsarbeit entwickelt. Langfristiges Ziel dieser Maßnahmen ist die konsequente Einbeziehung einer geschlechtssensiblen Perspektive in alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Die zukünftige Herausforderung besteht darin, das Wissen über geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheitserhaltung, Krankheitsentstehung und Krankheitsbewältigung zu verbessern und sowohl spezialisierten Fachkräften als auch gesamten Bevölkerungsgruppen zugänglich zu machen. Vordringliche Aufmerksamkeit bedürfen die Prävention von Gewalt und die gesundheitlichen Folgen von Gewalt. Hierzu sollten sowohl geschlechtssensible Forschungsprojekte als auch konkrete Angebote im Bereich der Prävention und Fortbildung von Fachkräften in Auftrag gegeben werden.

Im Hinblick auf die Verbesserung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen für Kinder- und Jugendgesundheit sollten als langfristige Maßnahme, Modellprojekte für geschlechtssensible Gesundheitsförderung in den bisher eher vernachlässigten Settings Arbeitsplatz, Familie, Vereine und Gemeinden entwickelt werden. Der Kooperation und Integration aller beteiligten Sektoren wird dabei eine wesentliche Bedeutung zukommen.

Zur Förderung und Prävention der psychischen Gesundheit erscheint es sinnvoll, erfolgreiche Projekte der peer-education zu adaptieren, zu erproben und daraus Handlungsleitfäden für zeitgemäße und geschlechtssensible Gesundheitsförderung von Mädchen und Burschen abzuleiten.

### 6.4 Die Bedeutung von Bewegung und Sport für die Gesundheit

Prof. Mag<sup>a</sup>. Renate Macher-Meyenburg

„Bewegung ist Leben – Leben ist Bewegung“. Bewegung leistet einen unverzichtbaren Beitrag zur ganzheitlichen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen und ist in jedem Alter ein entscheidender Faktor für eine verbesserte Lebensqualität sowohl im Alltag, im Beruf als auch in der Freizeit. Bewegung fördert und beeinflusst nicht nur die körperliche und motorische Entwicklung, sondern auch die Wahrnehmung, die kognitive Leistungsfähigkeit, die emotionale Verfassung und das Sozialverhalten entscheidend und nachhaltig. Die positive Wirksamkeit von Bewegung und sportlicher Aktivität auf die Gesundheit ist durch eine Vielzahl von (sport-)wissenschaftlichen Untersuchungen in den letzten Jahren nachgewiesen worden.

Während die Auswirkungen von Bewegung auf physische Gesundheitsparameter (z.B. Schutz vor Herz-/Kreislauferkrankungen, Stärkung des Immunsystems, Ausgleich von muskulären Dysbalancen) weitestgehend bekannt sind, ergeben neuere Untersuchungen deutliche Zusammenhänge zwischen sportlicher Betätigung und psychischer Gesundheit (z.B. Stress, Angst, Stimmung, Selbstwertkonzept), sozialem Bezugsfeld (soziale Unterstützung und Geborgenheit) sowie der Ausprägung von günstigen Lebensgewohnheiten und gesundheitsrelevanten Einstellungen (Recla 2004).

Zusammenfassend lässt sich folgendes sagen:

#### Sportliche Aktivität

- stärkt physische Gesundheitsressourcen (z.B. Ausdauer, Kraft, Koordinations- und Entspannungsfähigkeit)
- trägt zur Verbesserung emotionaler, psychosozialer und kognitiver Gesundheitsressourcen bei (z.B. Wohlbefinden, positiv erlebte Gefühle, Körperzufriedenheit, Selbstvertrauen, subjektive Lebensqualität, kognitive Lernleistung, Kommunikationsfähigkeit) und
- schafft günstige Voraussetzungen zur Bewältigung von Beschwerden, Alltagsbelastungen und Missbefinden („empowerment“; Aufbau von Schutzfaktoren, Eigenengagement) (bm:bwk 2003).

Allerdings muss festgestellt werden, dass sich die angesprochenen Wirkungen sportlicher Aktivität nicht „automatisch“ einstellen. Nur eine angemessene, quantitativ ausreichende und qualitativ ansprechende Ausrichtung der Gestaltung der Bewegungsaktivitäten auf die beschriebenen gesundheitsfördernden Ressourcen tragen dazu bei, dass Bewegung und Sport die entsprechenden Effekte entfalten.

Angesichts der gravierenden Veränderungen in der Lebens- und Bewegungswelt von Kindern und Jugendlichen und den erkennbaren Folgen daraus, muss es eine Zielsetzung sein, mehr gesundheitsorientierte Bewegungsaktivitäten in den verschiedenen Lebensräumen (z.B. auch im Setting Schule) einzufordern und zu integrieren.

Das Ziel einer Gesundheitserziehung in der Schule ist nicht nur das Trainieren und Fördern von Leistungsfähigkeit und Leistungsbereichen der Kinder und Jugendlichen, ebenso wenig geht es um die bloße Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit. Die Frage, was gesundheitlich sinnvoll ist, muss die Lebenswelt und den Alltag des Einzelnen mit einbeziehen. In einem erweiterten Gesundheitsverständnis ist der Gesundheitsbegriff mehrdimensional aufzufassen, er bezieht neben physischen und psychischen Faktoren auch soziokulturelle und ökologische Aspekte mit ein, denn die menschliche Gesundheit ist vom Verhältnis zu sich selbst (Selbstbezug), zum Mitmenschen (Sozialbezug) und zur Natur (Umweltbezug) bestimmt (Grössing 1999). In diesem Sinn lässt sich Gesundheit nicht als Zielzustand oder als Wohlbefinden und als körperliche Funktionalität allein interpretieren sondern als positive Lebensbewältigung, als Lebenszufriedenheit, als eine wesentliche Eigenleistung des Individuums, als Lebenshaltung und als Balanceprozess in der individuell gestaltbaren Umwelt begreifen (Prohl 1999).

Das pädagogische Anliegen einer bewegungsorientierten Gesundheitserziehung in der Schule besteht somit darin, Perspektiven und Möglichkeiten einer sinnvollen, befriedigenden Lebensführung zu eröffnen. Der zentrale Auftrag ist das Hinführen zu einer sinnerfüllenden Handlungsbereitschaft und Handlungsfähigkeit des Heranwachsenden sowie das Anbahnen nachhaltiger, gesundheits-relevanter Einstellungen und Handlungsweisen, die Bewegung als eine mögliche Perspektive zu einem positiven Gestalten des Lebens einbeziehen.

Der Schwerpunkt gesundheitsfördernden Handelns im schulischen Bereich liegt in der Entwicklung von persönlichen Fähigkeiten der Jugendlichen im Umgang mit sich selbst und mit anderen, in der Entwicklung der Schulkultur sowie in der Entwicklung der schulischen Lebenswelt.

Diesbezügliche schulische Aktionen und Projekte wie z. B. die Aktion „Bewegte Schule“ (Gesund & Munter, Klug & Fit, Gemeinsam & Aktiv), die Bemühungen zur Umsetzung der Konzepte der „Gesundheitsfördernden Schule“ (Gesundheits-/Organisationsentwicklung am Schulstandort) beweisen, dass im Unterricht und in der Bewegungserziehung vielfältig auf die o. a. Zielsetzungen eingegangen wird. Um jedoch die bewegungsorientierte Gesundheitserziehung in der Zukunft noch effektiver gestalten zu können, wären aus Kärntner Sicht folgende unterstützende Maßnahmen dringend notwendig:

- Integration von mehr Bewegung/Gesundheitsbildung im Schulleben und in ganztägigen Schulformen
- Vernetzung aller gesundheitsfördernder Maßnahmen in Kärnten (Aufbau von Unterstützungssystemen)
- Verstärkte Kooperationen und Netzwerke
- Ausweitung der Initiative „Gesunde Gemeinde“ durch ein umfassendes Modul Bewegung
- Verbesserung der Rahmenbedingungen und Strukturen in den verschiedenen Ebenen
- Professionalisierung der beteiligten Personengruppen

## 6.5 Die Bedeutung einer gesunden Ernährung für Kinder und Jugendliche

Sabine Steiner, Diätologin

Essen und Trinken sind wesentliche Voraussetzungen menschlicher Gesundheit. Eine ausgewogene Ernährung ist für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von größter Bedeutung. Die gesundheitlichen Aspekte von Ernährung werden von dieser Zielgruppe meist nicht thematisiert. Neben der Bedürfnisbefriedigung spielen vor allem andere Gründe eine entscheidende Rolle. Essen und Trinken ist abhängig vom Zeitgeist, muss Spaß machen und vor allem schmecken. Die Schulzeit ist durch körperliches Wachstum und geistige Entwicklung gekennzeichnet. In dieser Zeit prägen sich auch bestimmte Ernährungsgewohnheiten, wie Abneigung und Vorlieben für bestimmte Lebensmittel aus. Eine ausgewogene Ernährung ist von großer Bedeutung. Da Ernährungsgewohnheiten in jungen Jahren eingeübt und im weiteren Lebenslauf oft beibehalten werden, erhält die Betrachtung des Ernährungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen sozialen Lagen einen besonderen Stellenwert.

Je älter Kinder werden, desto geringer ist der Einfluss der Eltern auf das Ernährungsverhalten. Die gemeinsame Zeit mit der Familie wird kürzer, die verbrachte Freizeit mit Freunden gewinnt mehr an Bedeutung. Häufig ist Taschengeld verfügbar und es macht Spaß, aus dem reichhaltigen Lebensmittelangebot selbst auszuwählen. Die Einstellung zum Essen wird vom Umfeld sowie von der Meinung Gleichaltriger geprägt und wechselt rasch.

Übergewicht im Kindes- oder Jugendlichenalter ist oft ein Grundstein für die Entstehung von zahlreichen Beschwerden im Erwachsenenalter wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Gicht und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Die unmittelbaren Folgen für Übergewichtige sind mangelnde Beweglichkeit und psychische Probleme durch Ausgrenzung des sozialen Umfeldes. Das richtige Körpergewicht lässt sich bei Kindern und Jugendlichen nicht auf das Kilogramm genau festlegen. Geringfügige Abweichungen des Normalgewichts sind zu tolerieren, denn Gewichts- und Längenwachstum sind zu verschiedenen Zeiten stärker ausgeprägt. Übergewicht ist ein vielschichtiges Phänomen, welches mit eindimensionalen Ansätzen nicht gelöst werden kann.

Essen ist ein sozialer Prozess der in einer sozialen Gruppe stattfindet. Meist ist das die Familie, mit zunehmendem Alter auch Freunde. Essen und Trinken in Gemeinschaft ist Mitteilen und Zuhören, fördert die Kommunikation und pflegt Rituale. Durch das Fehlen gemeinsamer Mahlzeiten innerhalb der Familie geht ein Teil der Esskultur verloren. Ein Großteil der Ernährungserziehung soll dann von Kindergärten und Schulen übernommen werden.

Die Anzahl an übergewichtigen Kindern und Jugendlichen steigt, dennoch herrscht ein Mangel im Überfluss. Aus dem letzten Österreichischen Ernährungsbericht 2003 geht hervor, dass in der Gruppe der 7-14 jährigen Schüler/innen, der Fettverzehr mit 36% der aufgenommenen Tagesenergiemenge noch immer zu hoch ist, im Vergleich zur Verzehrsempfehlung von 30 –35%. Die Qualität der aufgenommenen Fette kann deutlich verbessert werden. Die Zufuhr gesättigter Fettsäuren sollte maximal 10% der Tagesenergiemenge betragen. Im Gegensatz dazu ist die Aufnahme an komplexen Kohlenhydraten zu gering. Ein erhöhter Verzehr von Vollkorngetreideprodukten, Kartoffeln, Gemüse und Hülsenfrüchten ist wünschenswert. Unter den Mikronährstoffen war vor allem bei Folsäure, Vitamin D, Calcium und Jod die Aufnahme nicht zufrieden stellend. Eine ausgewogene Lebensmittelauswahl nach den Richtlinien einer gesunden Ernährung ist notwendig, um diese Defizite auszugleichen.

Gesunde Ernährung ist einer der wichtigsten Bausteine für ein gesundes Leben. Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Ernährung sind ein wichtiger Faktor innerhalb der Gesundheitspolitik. Im Setting Schule und Kindergarten arbeitet die Abteilung 12 UA Gesundheitsförderung Projektmanagement im Bereich der Primärprävention. „Der kluge Rabe und das kleine Gespenst“ besuchen Kärntner Kindergärten und informieren über eine gesunde und kindgerechte Ernährung. Im Rahmen einer kurzen Geschichte mit zwei Handpuppen lernen Kinder durch aktive Mitarbeit, gemeinsam mit einer Diätologin, welche Lebensmittel für sie besonders geeignet sind. Jeder Kindergarten hat die Möglichkeit, noch weitere Ernährungserziehungseinheiten mit dem klugen Raben selbst zu gestalten. Elternabende werden



als zusätzliche Informationsmöglichkeit für Eltern und Interessierte angeboten. Projekte in Kindergärten und Schulen werden von uns fachlich begleitet. Schwerpunkt sind hier die Ernährungsinformation und der bewusste Umgang mit Lebensmitteln.

„Gesunde Küche“ ist eine Bewusstseinskampagne des Landes Kärnten und der Wirtschaftskammer Kärnten / Fachgruppe Gastronomie zur Förderung des gesunden Ernährungsverhaltens. Gesunde Küche Gastronomiebetriebe bieten Speisen an, die einer ausgewogenen gesunden Ernährung entsprechen. Mehr als 40 Mitgliedsbetriebe kennzeichnen ihre gesunden Gerichte bereits mit einem grünen Herzen. Täglich wird zumindest ein vegetarisches Gericht und ein Fleisch- oder Fischgericht laut den Kriterien der „Gesunden Küche“ angeboten. Für die Mitgliedsbetriebe werden laufend Seminare zur Fort- und Weiterbildung angeboten.

Im Bereich der Sekundärprävention wird eine achteilliige Kursreihe zum Thema „Schritt Schritt zum Wohlfühlgewicht“ angeboten. Innerhalb von vier Monaten werden acht bis 15 Teilnehmer/innen von einer Diätologin auf ihrem Weg zum Wohlfühlgewicht begleitet. Ziel ist eine nachhaltige Veränderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, um das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen zu senken und das Wohlbefinden zu steigern. Bei einem gemeinsamen Nachbetreuungstermin, drei Monate später, haben die Teilnehmer die Möglichkeit ihre Erfahrungen auszutauschen.

Die Abteilung 12 Sanitätswesen UA Projektmanagement Gesundheitsförderung wird anhand der aktuellen Daten, die aus dem Kärntner Kinder und Jugendgesundheitsbericht 2004 hervorgehen, eine Informationsoffensive starten. Von Fachexperten werden konkrete Maßnahmen zur Prävention und Therapie von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen erarbeitet. Bereits vorhandene Ressourcen im Bereich der regionalen Gesundheitsförderung, „Gesunde Gemeinde“, sollen mit neuen und bestehenden Angeboten vernetzt werden. Ziel ist es, die Prävalenz zu senken, Folgeerkrankungen zu vermeiden und die Lebensqualität zu steigern.

## 6.6 Suchtprävention

Dr. Barbara Drobesch

Analog zu den nationalen und internationalen Entwicklungen der letzten Jahre wurde auch in Kärnten der Bereich der Suchtvorbeugung gezielt ausgebaut. Professionelle Einrichtungen bieten für diverse Zielgruppen bzw. Settings zum Großteil standardisierte Programme und Materialien an. Der Schwerpunkt liegt vor allem bei der Ausbildung und Begleitung diverser Multiplikatoren, um suchtpreventive Aktivitäten langfristig im Alltag von Kindern und Jugendlichen zu verankern und eine Abkehr von wenig effizienten Einzelmaßnahmen zu forcieren.

Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass suchtpreventive Aktivitäten nur soweit wirksam werden können, wie die verschiedenen, für Kinder und Jugendliche verantwortlichen Personen (in Kindergarten, Schule, Jugendarbeit, Gemeinde und auch Eltern) bereit sind, sich auf dieses Thema einzulassen und Verantwortung zu übernehmen.

Generell ist zwischen Maßnahmen im Bereich der universellen Prävention (richtet sich an Kinder und Jugendliche bzw. Personen, die mit dieser Zielgruppe leben und arbeiten) und jenen im Bereich der selektiven Prävention (richtet sich an definierte Risikogruppen) zu unterscheiden.

Als settingbezogene Maßnahmen ist in den Schulen in Kärnten folgendes Angebot verfügbar:

- Schulungen und Materialien für Pädagogen und Pädagoginnen,
- standardisierte Projekte für Volksschule, Hauptschule, Allgemein Höhere Schule, Berufsbildende Höhere Schule, Polytechnische Schule und Berufsbildende Schule,
- Arbeitsmaterialien,
- Unterstützung und Beratung beim §13 SMG (der „Drogenfall an der Schule“).

Im Hinblick auf die Verbesserung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen für Kinder- und Jugendgesundheit sollten an allen Schulen (außer VS) kontinuierliche Ansprechpartner/innen als fixe Verankerung eingerichtet werden. Weiters sollte eine verpflichtende suchtpreventive Ausbildung für diese Pädagogen und Pädagoginnen eingerichtet werden.

Suchtprobleme zeigen sich nicht nur im privaten Bereich, sondern auch am Arbeitsplatz. Spezielle suchtpreventive Programme bringen nicht nur den einzelnen MitarbeiterInnen, sondern dem ganzen Betrieb Vorteile. Suchtpreventive Maßnahmen führen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, zur Senkung von Fehlzeiten und krankheitsbedingter Kosten. Am Arbeitsplatz sind bereits Projekte für Lehrlinge in einigen Leitbetrieben etabliert, hier sollte ein Ausbau dieser Projekte erfolgen, gekoppelt mit Schulung und der Sensibilisierung von Lehrlingsausbildnern.

Für das Setting Familie finden Elterninformationsabende und –workshops statt und sind Informationsmaterialien entwickelt worden. Hier ist es ein wichtiges Ziel, niederschwellige Angebote für Eltern in den Bezirken und Gemeinden zum Austausch über diverse Erziehungsfragen (analog zum „Parenting“) einzurichten.

Suchtprävention ist dann am erfolgreichsten, wenn sich in einer Gemeinde möglichst viele Aktionen kontinuierlich an die Bevölkerung richten. Dies können einerseits Informationsveranstaltungen und bewusstseinsbildende Maßnahmen sein, andererseits ist es aber auch von Bedeutung, welche strukturellen Rahmenbedingungen zur Lebensqualität von Menschen beitragen. In der Lebenswelt Gemeinde werden Vortragsabende durchgeführt und sporadische Angebote für Jugendliche bereit gestellt.

Hier wäre eine Einbindung der Jugendlichen in Zukunftswerkshops (Jugendgemeinderat) sinnvoll. Weiters müssten auf dieser Ebene strikte Kontrolle und Vorgaben im Bereich des Jugendschutzes durchgeführt werden. Die Schaffung und Finanzierung (!) von Jugendzentren würde ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Suchtprävention in der Gemeinde leisten.

# 7.

## Daten und Methode

Der Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsbericht enthält Daten über den Gesundheitsstatus, das Gesundheitsverhalten und einige relevante Determinanten der Gesundheit der Kärntner Wohnbevölkerung im Alter von 10 bis 22 Jahren, auf deren Grundlage gesundheitspolitische und administrative Maßnahmen entwickelt werden können.

Für diesen Bericht wurden unterschiedliche Datenquellen herangezogen. Als primäre Grundlage dient ein Gesundheits- und Sozialsurvey (vgl. Kap. 7.1), der durch weitere Daten zur Gesundheit aus anderen Quellen ergänzt wurde (vgl. Kap. 7.2).

Darüber hinaus wurde eine Erhebung und Bewertung des jugend- und gesundheitspezifischen Angebots in Kärnten und seinen Bezirken in Form einer Experten-/Expertinnenbefragung durchgeführt, die einerseits als soziopolitischer Hintergrund für Gesundheitsfragen dient, andererseits den Status quo kritisch dokumentiert und Ansatzpunkte für Maßnahmen liefert (vgl. Kap. 7.3).

## 7.1 Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

### 7.1.1 Grundgesamtheit und Stichprobe

Die Grundgesamtheit war durch die Population der 10- bis 22-jährigen Kärntner Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen definiert, die in Kärnten ihren Hauptwohnsitz haben. Diese zählte zum Erhebungszeitpunkt 89.381 Personen<sup>7</sup>. Eingeschlossen darin sind auch Migranten und Migrantinnen bzw. deren Kinder, allerdings eingeschränkt auf jene mit ausreichenden Deutschkenntnissen.

Die Stichprobe umfasst 3.215 Personen. Um auch für die zehn Kärntner Bezirke mit ausreichender Fallzahl repräsentativ sein zu können, wurden für jeden Bezirk mindestens 300 Jugendliche gesampelt (vgl. Übersicht 7-1). Der Gesundheits- und Sozialsurvey hatte folgende Zielsetzungen:

- Erhebung von Daten zur Gesundheit und Lebensqualität, zu Gesundheits- und Suchtverhalten und zu ausgewählten Gesundheitsdeterminanten (Familie, Schule, Arbeitsplatz, Nachbarschaft, Freundschaftsbeziehungen, Vereine, soziale Ungleichheit)
- Analyse von Unterschieden in Gesundheit, Lebensqualität und Gesundheitsdeterminanten nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirk
- Analyse von ausgewählten Zusammenhängen zwischen Gesundheit, Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsdeterminanten und Überprüfung, inwieweit diese Zusammenhänge bezirksweise variieren.

Der Gesundheits- und Sozialsurvey wurde speziell für den Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsberichts entwickelt und greift - wo immer möglich - auf international erprobte und getestete Instrumente zurück. Dies sind vor allem Instrumente, die aus der internationalen HBSC-Studie ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)) als auch aus der internationalen KIDSCREEN-Studie ([www.KIDSCREEN.org](http://www.KIDSCREEN.org)) stammen. Beide Studien werden seit Jahren am Ludwig-Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS) in der Verantwortung von Mag. Dr. Wolfgang Dür durchgeführt.

### 7.1.2 Studiendesign und Stichprobe

Die Erhebung des Fragebogens erfolgte mittels Telefoninterviews, die im Auftrag des LBIMGS vom Meinungsforschungsinstitut ipr-Sozialforschung (Dr. Richard Költringer) durchgeführt wurden.

Die Zielpersonen wurden über CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) ermittelt und telefonisch befragt. Die Aufnahme der Teilnehmer/innen in das Sample erfolgte nach den Kriterien:

<sup>7</sup> laut Volkszählung 2001 vgl. Statistik Austria 2003

- Privathaushalt
- mit Zielpersonen im Alter von 10 bis 22 Jahren (vollendetes zehntes Lebensjahr; vollendetes 22. Lebensjahr)
- mit polizeilich gemeldetem Hauptwohnsitz in Kärnten.

Es folgte die Information zur Befragung und die Überprüfung der freiwilligen Teilnahme. Die Verweigerer wurden mittels eines Kurz-Fragebogens dokumentiert. Die Repräsentativität des Samples wurde im Hinblick auf Alter, Geschlecht und Bezirk sicher gestellt, so dass in Bezug auf diese Merkmale ein möglichst exaktes Abbild der Kärntner Wohnbevölkerung entsteht. Insgesamt wurden 3.215 Personen befragt (vgl. Übersicht 7-1).

Bei Jugendlichen unter 14 Jahren wurden zusätzlich die Eltern um ihr Einverständnis zur Befragung ihres Kindes gebeten. Die gesamte Befragung wurde im November und Dezember 2004 durchgeführt, so dass keine jahreszeitlichen Schwankungen des Gesundheitszustands und des Wohlbefindens zu Verzerrungen der Daten führen konnten.

Die Befragung erfolgt freiwillig und anonym. Alle Daten wurden EDV-mäßig erfasst und nur in anonymisierter Form aufgenommen, verwahrt und statistischen Berechnungen zugeführt.

Bei Erhebungen, die der Methode der einfachen Zufallsauswahl folgen, entstehen in der Regel systematische Ausfälle, welche die Repräsentativität der Stichprobe beeinträchtigen können. Diese Stichprobenverzerrungen werden – sofern sie nicht zu gravierend sind – durch eine Gewichtung der Daten in Richtung einer befriedigenden Repräsentativität korrigiert. Im Kärntner Gesundheits- und Sozialsurvey wiesen die Rohdaten in den soziodemographischen Variablen nach Alter und Bezirk nur leichte Abweichungen von den tatsächlichen Verteilungen in der Kärntner Bevölkerung auf.

Diese sind:

- Die Altersgruppe der 19- bis 22-Jährigen ist um etwa 10% unterrepräsentiert.
- Die Bezirke Klagenfurt Stadt und Land sind um etwa 5% überrepräsentiert.
- Die Bezirke Feldkirchen und Villach Stadt um etwa 5% unterrepräsentiert.

In allen durchgeführten Analysen wurden die erhobenen Daten zur Erzielung von weitgehend der Repräsentativität der Ergebnisse statistisch gewichtet.

Die Gewichtung erfolgte unter der Verwendung der Daten aus der Volkszählung von 2001. Zur Gewichtung wurden zwei Gewichte verwendet: ein Repräsentativgewicht, das für all jene Analysen verwendet wurde, wo es um Aussagen und Zusammenhänge für Kärnten insgesamt geht und ein Bezirksgewicht, das nur für die Bezirksvergleiche von Bedeutung ist (vgl. Anhang A).

### Übersicht 7-1: Studiendesign Übersicht

<b>Zielpopulation:</b>	Kinder und Jugendliche in Kärnten (10 bis 22 Jahre)	
<b>Stichprobendesign:</b>	Nach Gemeindegröße (proportional) und Bezirk (disproportional (Gleichverteilung)) geschichtete Zufallsauswahl von Haushalten aus dem Telefonbuch; Zufallsauswahl der Zielperson innerhalb des Haushalts.	
<b>Stichprobenumfang:</b>	n = 3.215	
<b>Statistik der Ausfälle:</b>	gezogene Adressen (= Kontakte) ....	35.000 100,0 %
	falsche Telefonnummer.....	3.045 8,7 %
	Interview durchgeführt .....	3.215 9,2 %
	ausgeschiedene Interviews .....	5 0,0 %
	niemand im Haushalt erreicht .....	9.975 28,5 %
	Verweigerung Dritter .....	735 2,1 %
	Zielperson verweigert .....	525 1,5 %
	keine Zielperson im Haushalt .....	17.500 50,0 %
<b>Datenerhebungsmethode:</b>	Telefonische Befragung	
<b>Gewichtung:</b>	Zellengewichtung nach den kombinierten Merkmalen Geschlecht, Alter in Jahren und Bezirk; Solldaten aus der Volkszählung 2001	

### 7.1.3 Statistisch-epidemiologische Datenanalyse

Die Auswertung der Daten erfolgte mit den Programmen SPSS (Version 11.5) und MLwin (Beta 2.0). Alle Daten wurden nach Alters- und Geschlechtsunterschieden, sowie Bezirksunterschieden untersucht (vgl. Anhang G und H). Es wurden bi- und multivariate Analysen durchgeführt. Der Einfluss von Alter und Geschlecht wurde – wenn notwendig - auch in den Zusammenhangsanalysen von Gesundheitsoutcomes, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsdeterminanten statistisch kontrolliert. Im Kapitel 5 wurden zu den bi- und multivariaten Analysen auch sogenannte Odds Ratios (OR; Kreuzproduktverhältnisse) berechnet.

Dieses Maß dient vor allem in epidemiologischen Studien dazu, die Wahrscheinlichkeit einer Gruppe A, eine bestimmte Ausprägung zu haben, gegenüber einer Gruppe B zu bezeichnen (z.B. die Wahrscheinlichkeit der Burschen im Vergleich zu den Mädchen schon einmal Cannabis geraucht zu haben).

### 7.1.4 Indices und Typologien

Im Gesundheits- und Sozialsurvey wurden so genannte Skalen erhoben, die aus mehreren inhaltlich eindeutig zusammengehörigen Einzelfragen bestehen. Diese Skalen wurden zu Indices zusammengefasst. Alle Indices wurden auf ihre interne Konsistenz mittels Cronbach´s Alpha geprüft. Interne Konsistenzen mit einem Wert < 0,70 gelten international dabei als angemessen.

Zur Bildung von Indices siehe nachfolgende Übersicht.

Nr.	Name und Quelle des Index	Indikatoren	Fragen	Range und Art der Indexbildung	Indexwerte
1	Familienwohlstand; (HBSC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Autos</li> <li>Anzahl Urlaube</li> <li>Anzahl Computer</li> <li>eigenes Zimmer</li> </ul>	13-16 22-25	0-10 Bildung mittels des Mittelwerts (AM) und Standardabweichung (s)	1=niedrig 2=eher niedrig 3=weder niedrig noch hoch 4=eher hoch 5=hoch
2	Soziale Ungleichheit <sup>8</sup> ; (HBSC, KIDSCREEN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sozioökonomischer Status<sup>9</sup></li> <li>Familienwohlstand</li> <li>Subjektive Geldsituation</li> </ul>	11, 11a 12, 12a 21 13-16 22-25 18-19 27-28	0-25,03 Bildung mittels des Mittelwerts (AM) und Standardabweichung (s)	1=Unterschicht 2=untere Mittelschicht 3=mittlere Mittelschicht 4=obere Mittelschicht 5=Oberschicht
3	Erlebte Qualität der Eltern-Kindbeziehung; (KIDSCREEN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausmaß gemeinsam verbrachter Zeit</li> <li>Gerechte Behandlung durch die Eltern</li> <li>Möglichkeit mit Eltern reden zu können, wenn Bedarf besteht</li> </ul>	80-82	3-15 Durchschnittsbewertung über den Itemscore	1=niedrig 2=eher niedrig 3=weder niedrig noch hoch 4=eher hoch 5=hoch
4	Erlebte Schulqualität; (KIDSCREEN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>in der Schule glücklich gewesen</li> <li>in der Schule gut zurecht gekommen</li> <li>konnte gut aufpassen</li> <li>gut mit den Lehrer/innen ausgekommen</li> </ul>	83-86	4-20 Durchschnittsbewertung über den Itemscore	1=niedrig 2=eher niedrig 3=weder niedrig noch hoch 4=eher hoch 5=hoch
5	Erlebte Qualität der Ausbildungsstätte; (KIDSCREEN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>in der Schule glücklich gewesen</li> <li>in der Schule gut zurecht gekommen</li> <li>konnte gut aufpassen</li> <li>gut mit den Lehrer/innen ausgekommen</li> </ul>	88-91	4-20 Durchschnittsbewertung über den Itemscore	1=niedrig 2=eher niedrig 3=weder niedrig noch hoch 4=eher hoch 5=hoch

<sup>8</sup> Die drei verwendeten Indikatoren sind mit einer unterschiedlichen Gewichtung in den Index eingegangen. Aus diesem Grund wurden die Summenscores der Indikatoren sozioökonomischer Status mit einem Faktor von 3.33 gewichtet, die subjektive Geldsituation mit einem Faktor von 0,72.

<sup>9</sup> Summenscores: 0 = arbeitslos, in Karenz, andere (Hausmann/Hausfrau, kein Vater/keine Mutter), 1 = Arbeiter und Pensionisten, 2 = Angestellte und Beamte, 3 = leitende Angestellte und Beamte, Selbständige, Landwirte

Nr.	Name und Quelle des Index	Indikatoren	Fragen	Range und Art der Indexbildung	Indexwerte
6	Erlebte Arbeitsplatzqualität; (WEG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbundenheit mit dem Unternehmen/der Institution</li> <li>• Verhältnis zum/zur Vorgesetzten</li> <li>• Verhältnis zu den Kollegen/Kolleginnen</li> <li>• Unterstützung durch die Kollegen/Kolleginnen</li> </ul>	94-98	5-25 Durchschnittsbewertung über den Itemscore	1=niedrig 2=eher niedrig 3=weder niedrig noch hoch 4=eher hoch 5=hoch
7	Erlebte Qualität der Freundschaftsbeziehungen; (KIDSCREEN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausmaß gemeinsam verbrachter Zeit</li> <li>• Gemeinsam Spaß gehabt</li> <li>• Gegenseitig geholfen</li> <li>• Auf Freunde verlassen können</li> </ul>	77-79	4-20 Durchschnittsbewertung über den Itemscore	1=niedrig 2=eher niedrig 3=weder niedrig noch hoch 4=eher hoch 5=hoch
8	Körperliches Wohlbefinden; (KIDSCREEN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subjektive Gesundheit</li> <li>• Fit und wohl gefühlt</li> <li>• Viel bewegt</li> <li>• Konnte gut laufen</li> <li>• Voller Energie gewesen</li> </ul>	37, 39 40, 42 43	20-80 Rasch-skaliert und T-standardisiert	Geeichter Mittelwert bei einem Punktwert von 50
9	Psychische Beschwerden; (HBSC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nervosität</li> <li>• Schlafstörungen</li> <li>• Müdigkeit und Erschöpfung</li> <li>• Ängste</li> </ul>	46e-h	lf-Bedingungen (hierarchisch aufgebaut)	1=selten oder nie 2=monatlich mind. eine 3=wöchentlich mind. eine 4=mehrmals wöchentlich mind. eine 5=täglich mind. eine
11	Gesundheitsbezogene Lebensqualität <sup>10</sup> ; (KIDSCREEN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fit und wohl gefühlt</li> <li>• Voller Energie gewesen</li> <li>• Mit Freunden/Freundinnen Spaß gehabt</li> <li>• Gerechte Behandlung durch die Eltern</li> <li>• In der Schule/Ausbildungsstätte gut zurecht gekommen</li> <li>• Konnte in der Schule/Ausbildungsstätte gut aufpassen</li> </ul>	39 43 77 81 84 85 89 90	6-30 Durchschnittsbewertung über den Itemscore	1=niedrig 2=eher niedrig 3=weder niedrig noch hoch 4=eher hoch 5=hoch

7.

<sup>10</sup>Aus Platz- und Kostengründen wurden nur 6 der 10 Variablen aus dem KIDSCREEN-Projekt betrachtet. Es wurde hier ausschließlich die positive Lebensqualität gemessen.



Nr.	Name und Quelle des Index	Indikatoren	Fragen	Range und Art der Indexbildung	Indexwerte
12	Gesundheitsindex; (HBSC, KIDSCREEN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet)</li> <li>• Körperliches</li> <li>• Wohlbefinden (über dem Durchschnitt)</li> <li>• Abwesenheit von psychischen Beschwerden (max. einmal monatlich oder seltener)</li> <li>• Abwesenheit von körperlichen Beschwerden (max. einmal monatlich oder seltener)</li> </ul>	37 Indices 8-10 dichotomisiert	0-4 Summe	0=schlechte Gesundheit 1=eher schlechte Gesundheit 2=eher gute Gesundheit 3=gute Gesundheit 4=sehr gute Gesundheit
13	Bewegung; (HBSC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in der vergangenen Woche mind. 60 Minuten körperlich aktiv (in Tage)</li> <li>• in einer gewöhnlichen Woche mind. 60 Minuten körperlich aktiv (in Tage)</li> </ul>	68-69	0-14 Durchschnittsbewertung über den Itemscore	0=an 0 Tagen 1 2 3 4 5 6 7=an 7 Tagen
14	Fernseh- und Computerkonsum; (HBSC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fernsehkonsum in Stunden</li> <li>• Computerkonsum in Stunden</li> </ul>	70-73	lf-Bedingungen	1=keine Zeit 2=bis zu 2h 3= bis zu 4h 4=bis zu 6h 5=mehr als 6h
15	Durchschnittliche Anzahl von Hauptmahlzeiten (HMZ) pro Tag; (HBSC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frühstück pro Woche</li> <li>• Mittagessen pro Woche</li> <li>• Abendessen pro Woche</li> </ul>	55-59	0-21 Durchschnittsbewertung über den Itemscore	0=keine HMZ/Tag 1=eine HMZ/Tag 2=zwei HMZ/Tag 3=drei HMZ/Tag

Nr.	Name und Quelle des Index	Indikatoren	Fragen	Range und Art der Indexbildung	Indexwerte
16	Gesundheitsverhaltensindex; (HBSC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fernseh- und Computerkonsum (3h oder mehr/Tag)</li> <li>• Hauptmahlzeiten pro Tag (keine oder nur eine HMZ/Tag)</li> <li>• Obst- und Gemüsekonsum (beides nur einmal wöchentlich oder seltener)</li> <li>• Tabakkonsum (mehrmals wöchentlich oder öfter)</li> <li>• Alkoholkonsum (mehrmals wöchentlich oder öfter)</li> <li>• Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten (einmal oder öfter)</li> <li>• Bewegung (an drei Tagen pro Woche oder weniger)</li> </ul>	Indices 13-15 Typologie 6 74/74a f66 f104a dichotomisiert	0-7	0=keine gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen 7=sieben gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen
17	Medikamentengebrauch; (HBSC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentenkonsum</li> </ul>	75a-e	If-Bedingungen	1=keine 2=eines einmal 3=eines öfter 4=mehrere einmal 5=mehrere öfter

Einige Indices wurden a priori als Summenindizes gebildet, d.h. es wurden eindeutig zusammengehörige Quantitäten aufsummiert (z.B. Vereinsmitgliedschaft, Anzahl chronische Krankheiten, etc.). Diese werden nicht weiter ausgeführt.

Zu einer besseren Darstellung von Problemgruppen wurden auch Typologien gebildet:

Nr.	Name	Indikatoren	Fragen und Quellen	Typen
1	Herkunftsland der Eltern	<ul style="list-style-type: none"> <li>Herkunftsland Vater</li> <li>Herkunftsland Mutter</li> </ul>	5 und 6	1=beide aus Österreich 2=Österreich plus 3=beide aus dem Ausland
2	Familientypen 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wohnsituation</li> <li>Eltern im Haushalt</li> </ul>	30 31a-d	1=Alleinerzieher-familie 2=Kernfamilie
3	Familientypen 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wohnsituation</li> <li>Eltern im Haushalt</li> <li>Geschwister im Haushalt</li> </ul>	30 31a-f	1=Alleinerzeiherfamilie ohne Geschwister 2=Alleinerzeiher-familie mit Geschwister 3=Kernfamilie ohne Geschwister 4=Kernfamilie mit Geschwister
4	3-Generationenhaushalte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wohnsituation</li> <li>Eltern im Haushalt</li> <li>Großeltern im Haushalt</li> <li>Eigenen Kinder im Haushalt</li> </ul>	30 31a-h	1=2-Generarionen-haushalt 2=3-Generationen-haushalt
5	Beschwerdetypen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regelmäßigkeit körperliche Beschwerden</li> <li>Regelmäßigkeit psychische Beschwerden</li> </ul>	Index 10 und 11	1=weitgehend beschwerdefrei 2=gelegentlich körperliche und/oder psychische Beschwerden 3=regelmäßig körperliche Beschwerden 4=regelmäßig psychische Beschwerden 5=regelmäßig körperliche und psychische Beschwerden

Nr.	Name	Indikatoren	Fragen und Quellen	Typen
6	Obst- und Gemüsetypen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regelmäßigkeit Obstkonsums</li> <li>Regelmäßigkeit Gemüsekonsums</li> </ul>	62-63	1=beides einmal wöchentlich oder seltener 2=eines mehrmals wöchentlich oder öfter 3=beides mehrmals wöchentlich oder öfter
7	Süßigkeiten- und Limonadentypen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regelmäßigkeit Konsum von Süßigkeiten</li> <li>Regelmäßigkeit Konsum von Limonaden</li> </ul>	64-65	1=beides einmal wöchentlich oder seltener 2=eines mehrmals wöchentlich oder öfter 3=beides mehrmals wöchentlich oder öfter
8	Bewegungstypen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausmaß an körperlichen Aktivitäten</li> <li>Ausmaß an Fernseh- und Computerkonsum</li> </ul>	Index 13 und 14	1=0 bis 2h TV/PC + inaktiv oder wenig aktiv 2=3 oder mehr h TV/PC + inaktiv oder wenig aktiv 3=3 oder mehr h TV/PC + aktiv oder sehr aktiv 4=0 bis 2h TV/PC + aktiv oder sehr aktiv
9	Bullying-/Mobbingtypen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regelmäßigkeit mit der man das Opfer von Bullying-/ Mobbingattacken war</li> <li>Regelmäßigkeit mit der man Täter/in von Bullying-/ Mobbingattacken war</li> </ul>	49-52	1= nie Opfer oder Täter 2= Opfer nie Täter 3= Täter nie Opfer 4= Opfer und Täter

### 7.1.5 Tabellendarstellung und Abbildungen

- Nummerierung: Die Zählung erfolgt innerhalb der Hauptkapitel 1, 2, 3, 4 und 5 jeweils getrennt.
- Behandlung fehlender Werte: Aufgrund der von Variable zu Variable unterschiedlichen Anzahl an fehlenden Werten variiert auch die den einzelnen Tabellen zugrundeliegende Fallzahl (n) und in der Folge auch die Genauigkeit der Resultate von Tabelle zu Tabelle. Fehlende Werte treten jedoch nur in sehr kleiner Anzahl auf, so dass dadurch die Genauigkeit der Resultate praktisch nicht beeinträchtigt wird. Die Tabellen wurden jeweils mit der maximal verfügbaren Fallzahl berechnet.
- Rundungsdifferenzen: Geringfügige Abweichungen von Sollwerten (z.B. 99 % oder 101% statt 100 %) sind auf Rundungseffekte zurückzuführen.
- AM = arithmetischer Mittelwert
- Die Irrtumswahrscheinlichkeit (p) weist darauf hin, ob es sich um hoch signifikante ( $p < 0,01$ ), um signifikante ( $p < 0,05$ ) oder um nicht signifikante ( $p > 0,05$ ) Zusammenhänge handelt.

## 7.2 Ergänzende Gesundheitsdaten

Der Gesundheits- und Sozialsurvey wurde durch zusätzliche Gesundheitsdaten ergänzt, die in anderen Kontexten und mit anderen Zielsetzungen erhoben wurden. Auf diese Weise konnten spezielle Problembereiche vertieft und Querbezüge zu den Surveydaten hergestellt werden.

Die recherchierten Gesundheitsdaten wurden in einem ersten Schritt auf ihre Qualität hin überprüft (Reliabilität, Validität und Vollständigkeit). Insgesamt kann festgehalten werden, dass das Datenangebot zur gesundheitlichen Lage von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Kärnten eher dürftig ist.

Folgende Daten fanden Eingang in den Kärntner Kinder- und Jugendgesundheitsbericht:

- Daten zu stationären Behandlungen
- Schularztdaten der Kärntner Pflichtschüler/innen zu Gewicht und Größe
- Daten aus dem Kärntner Tumorregister
- Stellungsdaten des Militärkommandos Kärnten aus 2003

## 7.3 Darstellung der gesundheits- und jugendbezogenen Infrastruktur

Die Bewertung des kinder- und jugendspezifischen Angebotes in Kärnten und seinen Bezirken erfolgte in Form einer schriftlichen Expertinnen-/Expertenbefragung. Dabei handelt es sich um eine relativ weiche Form des Assessments, die zwar mit einer eher beschränkten Aussagekraft einhergeht, jedoch Unterschiede sichtbar machen kann, die dann durchaus ernst zu nehmen sind.

Insgesamt wurden 48 ausgewählte Experten und Expertinnen gebeten, in einem standardisierten Fragebogen das vorhandene Angebot hinsichtlich der Dimensionen Erreichbarkeit, Qualität des Angebots, eingeschätzte Akzeptanz bei den Kindern und Jugendlichen und im Hinblick auf Ausmaß/Größe des Angebotes im Verhältnis zur Anzahl an Kindern und Jugendlichen und zum Bedarf zu bewerten. Die Auswahl der Experten/Expertinnen erfolgte mit Hilfe der Kärntner Landesregierung und anhand der Methode des Schneeball-Verfahrens.

Über alle fünf Bewertungsdimensionen wurde außerdem eine Gesamtbewertung ermittelt. Der Bereich, in dem sich die Bewertungen bewegen, reicht - dem Schulnotensystem folgend - von eins (sehr gut) bis fünf (nicht genügend). Die Bewertungsmaße für die einzelnen Bezirke in den einzelnen Dimensionen errechnen sich, indem aus den Bewertungen der einzelnen Experten/Expertinnen eines Bezirkes ein Durchschnittswert (Mittelwert) gebildet wurde.

# Literatur

Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke, M. Broda (Hrsg). Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (3-14). Tübingen: Dgvt

Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Beeing. San Francisco: Jossey-Bass

Acock, A.C. & Bengtson, V.L. (1980). Socialization and attribution: actual versus perceived similarity among parents and youth. In: Journal of Marriage and the Family, 42, 501-515.

Anderson, A.S, Macintyre, S., & West, P. (1993). Adolescent meal patterns: grazing habits in the west of Scotland. In: Health Bull. Edinburgh, 51, 158-165.

Anderson, K. (1995). Young people and alcohol, drugs and tobacco. WHO Regional Publications.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2003). Leitlinie der Dt. Adipositas-Ges., Dt. Diabetes-Ges., Dt. Ges. f. Ernährung. Prävention und Therapie der Adipositas. URL: <http://www.awmf-leitlinien.de>

Leitlinien der DGfKJ (2002). Urban und Fischer. URL: <http://www.awmf-leitlinien.de>

Badura, B. & Hehlmann, T. (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer.

Bandura, A. (1977). Social learning theory. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of Parental Authority. In: Developmental Psychology Monograph, 1971/01, 4, 1, 1-103.

Behrman, R.E. (Hg.) (1999). When school is out: Analysis and Recommendations. In: The Future of Children. Los Altos, California: David and Lucile Packard Foundation. 1999/Fall, 9, 2, 1-160.

Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härter, M., Lucius-Hoene, G., Muthny, F.A., Potreck-Rose, F., Stegie, R., Weis, J. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung. Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. In: Psychother. Psychosom. med. Psychol. 2003; 53, 83-93.

Berndt, T.J. (1992). Friendship and friends' influence in adolescence. In: Current Directions in Psychological Science, 1, 5: 156-159.

Biddle, S., Sallis, J. & Cavill, N. (1998). Polica framework for young people and health-enhancing physical activity. In: Biddle, S., Sallis, J. , Cavill, N. (Hrsg.). Young and Active? Young people and health-enhancing physical activity-evidence and implications. London, Health Education Authority.

Bödeker, W., Friedel, H., Röttger, C. & Schröer, A. (2002). Die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland 1998. In: Die BKK, 2/2002, 45-49.

Bohrn, K., Bohonnek, A. (1998). Substanzenkonsum und -missbrauch im Kindes- und Jugendalter

Boldero, J., Fallon, B. (1995). Adolescent help-seeking: what do they get help for and from whom?. In: Journal of Adolescence, 1995, 18, 193-209

Boyum, L.A., Parke, R.D. (1995). The role of family emotional expressiveness in the development of children's social competence. In: Journal of marriage and the family, Volume 57, 593-608

Bowlby, J. (1984). Attachment and loss. Harmondsworth: Penguin.

Bödeker,W., Friedel,H., Röttger,C., Schröer,A. (2002): Die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland 1998. In: Die BKK, 2/2002, S. 45-49.

Bradley, R.H. & Corwyn, R.F. (2002). Socioeconomic status and child development. In: Annual Reviess of Psychology, 53, 371-399.

Brener, N.D., Collins, J.L., Kann, L., Warren, C.W. , Williams, B.I. (1995). Reliability of the Youth Risk Behaviour survey questionnaire. In: American Journal of Epidemiology, 141, 575-580.

Brown, B., Eicher, S.A., Petrie, S. (1986). The importance of the peer group ("crowd") affiliation in adolescence. In: Journal of Adolescence, 9, 73-96.

Brown, B.B, Mounts, N., Lamborn, S., Steinberg, L. (1993). Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. In: Child Development, 64, 467-482.

Budd, T. & Richardson, A. (2003). Young adults, alcohol, crime and disorder. In: Criminal Behaviour and Mental Health, 13 (1) 2003, 5-17.

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (Hrsg.) (2003): Lehrmittel für Bewegung und Sport. Wien.

# Literatur

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur & Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (Hg.) (2003). Rauchen, Alkohol, Cannabis. Wien: BMSG, BMBWK, LBIMGS. (HSC Factsheet Nr. 1).

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (2004). „Bullying und Gewalt von Schülerinnen und Schülern“ (HSC Factsheet), Wien: BMGF, BMBWK, LBIMGS.

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. In: British Medical Journal, 320: 1240.

Cookston, J. (1999). Parental supervision and family structure: effects on adolescent problems behaviours. In: Journal of Divorce and Remarriage, 32, 1-2, 107-122.

Currie, C.E., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., Todd, J. (2000). Health and Health Behaviour among Young People. Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HSC). International Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., Smith, B. (Hrsg.) (2004). Health Behaviour in School-Aged Children: a World Health Organization Cross-National Study. Research Protocol for the 2001/02 Survey. Edinburgh.

Curtis, L.J., Dooley, M.D., Phipps, S.A. (2004). Child well-being and neighbourhood quality: evidence from the Canadian National Longitudinal Survey Of Children and Youth. In: Social Science and Medicine, 58, 1917-1927.

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991) Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for future studies. Stockholm (mimeo)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. (2002). Leitlinien der DGFKJ. München.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (2005). Broschüre: Die Sucht und ihre Stoffe Nr.3: Kokain.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (2005). Broschüre: Die Sucht und ihre Stoffe Nr.4: Heroin.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (2005). Broschüre: Die Sucht und ihre Stoffe Nr.6: Cannabis.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (2005). Broschüre: Die Sucht und ihre Stoffe Nr.8: Amphetamine.



Dietz, W.H. (1998). Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. In: *Pediatrics* 101 (Suppl.), 518-525.

Dishion, T.J., Loeber, R. (1985). Adolescent marijuana and alcohol use: the role of parents and peers revisited. In: *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11, 1-2, 11-25.

Drummond, S., Combie, N., Kirk, T. (1996). A critique of the effects of snacking on body weight status. In: *European Journal of Clinical Nutrition*, 50, 779-783.

Dür, W., Huter, D., Kernbeiss, G., Pelikan, J.M. (1997). Das Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen und das Setting Schule. Wien, Februar 1997, Reihe des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales: Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte, 3/97

Dür, W., Aichberger, H., Grossmann, W. et al. (2002a). Partizipative Strukturen in der Schule und die Gesundheit von Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren. Zwischenbericht des Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien.

Dür, W., Mravlag, K. (2002b). Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6.WHO-HBSC-Surveys 2001 und Trends seit 1990. Wien: LBIMGS. (hbsc /17). 21.

Dür, W., Grossmann, W., Bauer, M. (2002c). Ansatzpunkte für die Raucherprävention bei 15-jährigen Schülerinnen und Schülern auf nationaler und schulischer Ebene. In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25, 4. S.5-16.

Dür, W., Fürth, K., Indra, K., Wimmer, M.. (2004). Männer, Frauen, Rauchen. In: *Sucht und Geschlecht in Österreich*. Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Mader, R. [Hrsg.]. Wien: WUV.

Dür, W., Griebler, R. (2004). Partizipative Strukturen in der Schule, soziale Ungleichheit und die Gesundheit der Schüler/innen. Ergebnisse der österreichischen HBSC-Studie. In: *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: Monika Jungbauer-Gans, Peter Kriwy, 97-120.

Eder, A. (1998). *Risikofaktor Einsamkeit*. Wien: Springer.

Edmunds, H. & Hill, A.J. (1999). Dieting and the family context of eating in young adolescent children. In: *International Journal of Eating Disorders*, 25, 435-440.

# Literatur

Engels, R. (1998). Social dynamics in smoking and drinking behaviour of adolescents. Doctoral Dissertation, University of Maastricht.

ESPAD (2003). Summary of the 2003 findings. <http://www.espad.org>.

Europarat (Council of Europe): Country Reports. Recent demographic developments in Europe 2001, 2002, 2003, 2004. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Evans, D.R. (1994). Enhancing Quality of Life in the Population at Large. In: Social Indicators Research, 33, 47-88.

Fallon, B.J. & Bowles, T.V. (1997). The effect of family structure and family functioning on adolescents' perceptions of intimate time spent with parents, siblings, and peers. In: Journal of Youth and Adolescence, 26, 1.

Fay, M., Leipziger, D., Wodon, Q., Yepes, T. (2005). Achieving child-health-related Millennium Development Goals: The role of infrastructure. In: World Development, 2005/08, 33,8,1267-1284.

Ferdinand, R.F., Sondeijker, F., van der Ende, J., Selten, J.P., Huizink, A., Verhulst, F.C. (2005). Cannabis use predicts future psychotic symptoms, and vice versa. In: Addiction. 2005/05, 100, 5, 612-8.

Flodmark, C.-E., Lissau, I., Moreno, L.A., Pietrobelli, A., Widhalm, K. (2004). Pediatric Highlight: New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. In: International Journal of Obesity, 28: 1189-1196.

Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.) (2000): Broschüre: Ernährung: Bewusst lebt besser. Wien.

Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.) (2003): Broschüre: Ernährung: Bewusst lebt besser. Wien.

Franz, J., Busch, U. (2004). Schwangerschaften Minderjähriger – Hintergründe und beraterische Anforderungen. In: BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 4, 2004, 10-16.

Friesl, C., Großegger, B., Höllinger, F., Kromer, I., Scholz, K., Zentner, M. (2001). Österreichische Jugendwertestudie 2000.

Garnefski, N., Diekstra, R.F.W. (1996). Perceived social support from family, school and peers: relationship with emotional and behavioural problems among adolescents. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35. 1657-1664.

Garner, D.M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. In: *Lancet*, 341, 1631-1635.

Gasteiger-Klicpera, B., Klicpera, Ch. (1999). Opfer von MitschülerInnen-Aggressionen: Was SchülerInnen und Eltern berichten. In: *Erziehung und Unterricht*, 149 (1999), 3/4, 264–281. ÖBV: Wien.

Geißler, R. (1994). Die pluralisierte Schichtstruktur der modernen Gesellschaft. Zur aktuellen Bedeutung des Schichtbegriffs. In: Geißler, R. (Hrsg.). *Soziale Schichtung und Lebenschancen in Deutschland*. Stuttgart: Enke, 6-36.

Gfellner, B. (1984). A matched-group comparison of drug use and problem behaviour among Canadian Indian and White adolescents. Special Issue: Canadian research on early adolescence. In: *Journal of Early Adolescence*, 14, 1, 24-48.

Glass, J., Bengtson, V.L., Dunham, C.C. (1986). Attitude similarity in three-generation families: socialization, status inheritance, or reciprocal influence? In: *American Sociological Review*, 51, 685-698.

Glendinning, A., Shucksmith, J., Hendry, L. (1997). Family life and smoking in adolescence. In: *Social Science and Medicine*, 44, 93-101.

Granado Alcón, M.C., Pedersen, J.M. (2001). Family as a child development context and smoking behaviour among schoolchildren in Greenland. In: *International Journal of Circumpolar Health*, 60, 1, 52-63.

Greif, S., Bamberg, E., Semmer, N. (Hrsg.) (1991). *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe.

Griebler, Robert (2004): *Freundschaften in der Kindheit. Eine soziologische Perspektive*. Diplom-Arbeit. Wien.

Grössing, Stefan (1999): Gesundheitskultur und Umweltbewusstsein als Aufgabe der schulischen Bewegungserziehung. In: *Bewegungserziehung* 53, 3, S. 5-9.

Harter, S., Whitesell, N.R. (1996). Multiple pathways to self-reported depression and psychological adjustment among adolescents. In: *Development and psychopathology*, 8, 761-777.

Helsen, M., Vollebergh, W., Meeus, W., (1997). Sociale steun van ouders en vrienden en emotionele problemen in de adolescentie (Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence). In: *Kind en Adolescent*, Volume 18.

# Literatur

von Hentig, H. (1993). Die Schule neu denken. München, Wien: Carl Hanser Verlag

Hodges, Ernest, V.E., Perry, David G. (1996). Victims of Peer Abuse: An Overview. In: Journal of Emotional and Behavioral Problems, Volume 5, 23-28.

Hoffmeyer-Zlotnik, J. (1998). „Beruf“ und „Stellung im Beruf“ als Indikatoren für soziale Schichtung. In: Ahrens, W., Bellach, B.-M., Jöckel, K.-H (Hrsg.). Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie (RKI-Schriften 1/98). München: MMV Medizin Verlag. 54-64.

Holstein, B.E., Due, P., Andersen, A., Hansen, E.H. (2003). Medicine use among adolescents. PP-Presentation.

Hurrelmann, K. (2003). Der entstrukturierte Lebenslauf. Die Auswirkungen der Expansion der Jugendphase, Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 23.Jg, H. 2, S. 115-126.

Idler, E.L. (1992). Self-assessed health and mortality: a review of studies. In: Maes, S., Leventhal, H., Johnston (Hg.). International Review of health psychology. New York: Wiley.

Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. In: Journal of Health And Social Behavior, 38, 21-37.

Informationszentrale gegen Vergiftung der Universität Bonn (2000). Ecstasy. <http://www.meb.uni-bonn.de/giftzentrale/ecstasy4.html>

International Agency for Research on Cancer (2004). Press Release N 152. 28 May 2004.

Janssen, I., Katzmarzyk, P., Boyce, W., et al. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. Obesity Reviews, 6 (2) p123.

Jones, C. (2003). Effects of Poverty and Neighbourhood Characteristics upon Child Outcomes. In: Conference Papers – American Sociological Association, 2003 Annual Meeting, Atlanta.

Kann, L., Kinchen, S.A., Williams, B.I. et al. (2000). Youth risk behavior surveillance. In: Morbidity and Mortality Weekly Report, 49, 1-94.

Karasek, R., Theorell, T. (1990). Healthy Works: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.

Kennedy, B.P., Kawachi, I., Prothrow-Stith, D. (1998). Income distribution and mortality: A cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. In: *British Medical Journal*, 312, 1004-1007.

Kilpatrick, M., Ohannessian, C., Bartholomew, J.B. (1999). Adolescent weight management and perceptions: an analysis of the National Longitudinal Study on Adolescent Health. In: *Journal of School Health*, 69, 148-152.

Kretschmer, J., Giewald, C. (2001): Können Kinder wirklich nicht mehr rückwärts laufen? In: Zimmer, R, Hunger, I (Hrsg.): *Kindheit in Bewegung*. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.

Koff, E., Rierdan, J. (1991). Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescent girls. In: *Journal of Adolescent Health*, 07, 12,5,417.

Kromer, I., Kopetzky, S., Reidl, C., Tebbich, H., Weixler, M., Zuba, R., Rennert, S. (2002). *Wiener Jugendgesundheitsbericht 2002*. Wien.

Lawlor, D.A., Hopker, S.W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. In: *British Medical Journal*. 322: 763-7.

Lewin, K. (1920). Die Sozialisation des Taylor-Systems. In: *Schriftenreihe Praktischer Sozialismus*, 4, 3-36.

Leymann, H. (1995). Einführung: Mobbing. Das Konzept und seine Resonanz in Deutschland. In: Leymann, H. (Hrsg.). *Der neue Mobbing Bericht: Erfahrungen und Initiativen, Auswege und Hilfsangebote*. Reinbek: Rowohlt, 13-26.

Lintonen, T., Rimpelae, M., Vikat, A., Rimpelae A. (2000). The effect of societal changes on drunkenness trends in early adolescence. In: *Health Educational Research*, 2000/06, 15, 3, 261-269.

Litzcke, S., Schuh, H. (2003). *Belastungen am Arbeitsplatz – Strategien gegen Stress, Mobbing, Burn out*. Köln: Deutscher Instituts Verlag.

Lucas, S.R., Platts-Mills, T.A. (2005). Physical activity and exercise in asthma: relevance to etiology and treatment. In: *The Journal of allergy and clinical immunology*. 115, 5, 928-34.

Mackenbach, J.P., Kunst, A., Cavelaars, Groenhouf, F., Guerts & the EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health (1997). Socio-economic inequalities in morbidity in western Europe. In: *Lancet*, 349, 1655-1659.

# Literatur

Mackenbach, J.P., Stronks, K. (2002). A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. In: *British Medical Journal*, 325, 1029-1032.

Merllié, D. & Paoli, P. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Hg.) (2002). *Dritte Europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen 2000*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.

Mielck, A. (2001). Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der sozioepidemiologischen Forschung in Deutschland. In: Klocke, A., Hurrelmann, K. (Hrsg.). *Kinder und Jugendliche in Armut* (2. Auflage). Opladen: Westdeutscher Verlag, 230-253.

Miller, P. (1997). Family Structure, Personality, Drinking, Smoking and Illicit Drug Use: A Study of UK Teenagers. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 1997/04, 45,1-2,121-129.

Millstein, S.G. (1995). In: Wallander, J.L., Siegal, L.J. (Hrsg.). *Adolescent health problems: Behavioral perspectives*. New York: Guildford Press.

Moen, P., Erickson, M.A., Dempster-McClain, D. (1997). Their mother's daughters? The intergenerational transmission of gender attitudes in a world of changing roles. In: *Journal of Marriage and Family*, 59, 281-293.

Moolchan, E.T. et al. (2000). A review of tobacco smoking in adolescents: Treatment implications. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 6: 682-693.

Moon, L., Meyer, P., Grau, J. (1999). *Australia's young people: their health and wellbeing 1999. The first report on the health of young people aged 12-24 years by the Australian Institute of Health and Welfare*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Mossberg, H.O. (1989). 40 year follow up of overweight children. In: *Lancet* 2, 491-493.

Must, A. (1996). Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. In: *American Journal of Nutrition*, 63: 445-447.

National Center for Injury Prevention and Control, Center for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. Web-based Injury Statistica Query and Reporting System. World Wide Web site: <http://www.cdc.gov/ncipc/wisquars>.

NIAAA 2004: <http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa63/aa63.htm>

Noam, G.G., Miller, B.M., Barry, S. (2002). Youth development and afterschool time: Policy and programming in large cities. In: Noam, G.G., Miller, B.M. (Hrsg.). Youth development and afterschool time: A tale of many cities. San Francisco: Jossey-Bass.

Nordlohne, E. (1992). Die Kosten jugendlicher Problembewältigung: Alkohol, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum im Jugendalter. Weinheim, München: Juventa.

Nutbeam, D., Aaro, L.E., Catford, J. (1989). Understanding childrens' health behaviour: The implications for health promotion for young people. In: Social Science and Medicine. 29, 3, 317-325.

Oltersdorf U., Kipp, P., Bös, K.J., Woll, A., Riemer, H. (2002). Das Projekt „Gesundes Karlsruhe – gesunde Kinder in der Stadt. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 10. Jg.

Olweus, D. (1997). Täter-Opfer-Probleme in der Schule. Erkenntnisstand und Präventions-programm. In: Holtappels, H. G., Heitmeyer, W., Melzer, W., Tillmann, K.J. (Hrsg.). Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention. Weinheim, München

Olweus, D. (1993). Bullying at School: What we know und what we can do. Cambridge. UK.

Olweus, D. (1994). Bullying at school: long-term outcomes for the victims and an effective school-based intervention program. In: Huesmann, L.R. (Hrsg.). Aggressive Behavior: Current Perspectives. New York: Plenum Press, 97-130.

Olweus, D. (1995). Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten - und tun können. Bern: Huber.

Page, R.M., Scanlan, A., Deringer, N. (1994). Childhood loneliness and isolation: Implications and strategies for childhood educators. In: Child Study Journal, 24, 2: 107-118.

Pesa, J. (1999). Psychosocial factors associated with dieting behaviours among female adolescents. In: Journal of School Health, 69, 196-201.

# Literatur

Pesa, J., Syre, T.R., Jones, E. (2000). Psychosocial differences associates with body weight among female adolescents: the importance of body image. In: Journal of Adolescent Health, 26, 330-337.

Pfeiffer, C., Wetzels, P. (1999). The structure and development of juvenile violence in Germany. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Forschungsberichte Nr. 76.

Pollitt, E. and Mathews, R. (1998). Breakfast and cognition: an integrative summary. American Journal of Clinical Nutrition. 67: 804S-813 S.11

Possemeyer, I. (2004). Kindliche Aggression. In: Geo, 2004/03, Wien, 152-176.

Prohl, R. (1999). Grundriß der Sportpädagogik. Wiebelsheim: Limpert.

Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B.-M., Bruil, J., Dür, W., Power, M., Rajmil, L., the European KIDSCREEN Group (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. In: Sozial- und Präventivmedizin. 46, 294-302

Recla, Waltraut (2004): Bewegungszentrierte Gesundheitserziehung in der Schule. Reihe: Bewegungslehre und Bewegungsforschung. Immenhausen: Prolog

Remberg, A. (2001). „Sie ist doch selbst noch ein halbes Kind...“ – Untersuchungen zu Lebensbedingungen, Einstellungen und Verhütungsverhalten jugendlicher Schwangere und Mütter. In: In: BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung, 1, 2001, 7-15.

Resnicow, K. (1991). The relationship between breakfast habits and plasma cholesterol levels in schoolchildren. In: Journal of School Health. 61:81-85.

Richter, M. (2005). Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rintala, P., Välimaa, R., Ojala, K., Tynjälä, J., Villberg, J., Kannas, L. (2004). Physical activity in adolescents with or without long-term illness or disability. In: Sport & Science, 6, 21-26.

Rispens, J., Hermanns, J.M.A. & Meeus, W.H.J. (Hrsg.) (1996). Opvoeden in Nederland (Parenting in the Netherlands). Assen: van Gorcum.



Rodrigo, M.J. & Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid.

Rosenbrock, R. (1993). Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hg.). *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag. 317-346.

Samdal, O., Dür, W. (2000). Health and Health Behaviour among Young People. Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC). International Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Samdal, O., Dür, W., Freeman, J., (2004). Life Circumstances of young people: School. In: Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen, V., (2004). *Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Schäfer, M. (1996). Aggression unter Schülern, Eine Bestandsaufnahme über das Schikanieren in der Schule am Beispiel der 6. und 8. Klassenstufe. In: *Report Psychologie*, 21, 9.

Schäfers, B. (1989). *Soziologie des Jugendalters*. 4. Auflage. Opladen: Utb. Leske und Budrich.

Schmidbauer, W., vom Scheidt, J. (2004). *Handbuch der Rauschdrogen*. Frankfurt: Fischer (Tb.).

Schultz, N.R. & Moore, D. (1989). Further reflections on loneliness research. In: Hojat, M., Crandall, R. (Hrsg.). *Loneliness: Theory, Research and Applications*. London: Sage. 37-40.

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2005). Broschüre: Amphetamine und Methamphetamine.

Semple, D.M., McIntosh, A.M., Lawrie, S. (2005). Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. In: *Journal of psychopharmacology*, 2005/03, 19, 2, 187-94.

Settertobulte, W., Palentien, Ch., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1995). *Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche*. Heidelberg: Asanger. 13.

Shucksmith, J., Glendinning, A., Hendry, L. (1997). Adolescent drinking behaviour and the role of family life: a Scottish perspective. In: *Journal of Adolescence*, 20, 85-101.

# Literatur

Siega-Riz, A.M., Carson, T., Popkin, B. (1998). Three squares or mostly snacks – what do teens really eat? A sociodemographic study of meal patterns. In: *Journal of Adolescent Health*, 22, 29-36.

Sosin, D.M., Kopsell, T.D., Rivara, F.P., Mercy, J.A. (1995). Fighting as a marker for multiple problem behaviours in adolescents. In: *Journal of Adolescent Health*, 6, 209-215.

Springer, A. (2000). *Drogen und Drogenmissbrauch* (2. Auflage). Wien: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur.

Starfield, B., Leiyu, S. (2002a). Policy relevant determinants of health: an international perspective. In: *Health Policy*, 60, 3, 201-218.

Starfield, B., Riley, A.W., Witt, W.P. & Robertson, J. (2002b). Social class gradients in health during adolescence. In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 354-361.

Statistik Austria (2002). I5G Stationär versorgte Erkrankungsfälle mit Wohnsitz in Österreich < ICD/9.-ICD/10. Rev. >. Wien.

Statistik Austria (2003). *Volkszählung 2001. Hauptergebnisse 1 und 2 Kärnten*. Wien.

Statistik Austria. *Hochschulstatistik 2003/2004*. (2005). Wien: Verlag Österreich GmbH

Steinberg, L., Lamborn, S., Darling, N., Mounts, N., Dornbusch, S. (1994). Overtime changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. In: *Child Development*, 65, 754-770.

Steinkamp, G. (1999). Soziale Ungleichheit in Morbidität und Mortalität. Oder warum einige Menschen gesünder sind und länger leben als andere. In: Schlicht, W., Dickhuth, H.-H. (Hrsg.). *Gesundheit für alle - Fiktion oder Realität*. Schorndorf: Hofmann, 101-154.

Stewart, A.L., Ware, J. (1992). *Measuring functioning and well-being. The medical outcomes study approach*. London.

Strong, W.B., Malina, R.M., Blimkie, C.J.R., Daniels, S.R., Dishman, R.K., Gutin, B., Hergenroeder, A.C., Must, A., Nixon, P.A., Pivarnik, J.M., Rowland, T., Trost, S., Trudeau, F. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. In: *The Journal of Pediatrics* 2005, 146, 6, 732-737.

Turnbull, J. (2000). Pre-school children's attitudes to fat and normal male and female stimulus figures. In: International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders, 12: 1705-1706.

Uhl, A., Kopf, N., Springer A., Eisenbach-Stangl, I., Kobrna, U., Bachmayer, S., Beiglböck, W., Preinsperger, W., Mader, R. (2001). Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen Daten Fakten Trends. 2. Auflage. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Alkoholkoordinations- und Informationsstelle & Anton-Proksch-Institut. 94ff.

U.S. Department of Health and Human Services (1996). Physical Activity and health: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human services, Centers for Disease Control and Prevention & National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Atlanta, GA.

Petra Warschburger (2000). Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsanforderungen (Klinische Kinderpsychologie, Band 3). Göttingen: Hogrefe-Verlag

Welk, G.J., Corbin, C.B., Dale, D. (2000). Measurement Issues in the Assessment of Physical Activity in children. In: Research Quarterly for Exercise and Sport, Vol. 71, 2, 59-73.

West, P., Sweeting, H. (2004). Evidence on equalisation in health in youth from West of Scotland. In: Social Science & Medicine, 59, 13-27.

World Health Organisation (WHO) (1948). Constitution. Genf: WHO.

WHO (1986). Health Promotion. Ottawa Charter. Genf: WHO.

WHO (2000). Report of a WHO Consultation on Obesity, Obesity: Preventing and managing a global epidemic. WHO. Genf.

WHO (2002). Regional Office for the Western Pacific - Factsheet. Press release 28 May 2002.

WHO (2003). Information sheet on obesity and overweight. WHO.

WHO (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint World Health Organization/Food and Agriculture Organization of the United Nations Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: WHO. Available at [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf).

Wimmer-Puchinger, R et al. (2005). Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005. Kurzfassung. Wien: BMGF.

# Literatur

Wilkinson, R.G. (1997). Socioeconomic determinants of health: health inequalities: relative or absolute material standards? In: British Medical Journal, 314, 591.

Williams, C.L (1995). Importance of dietary fibre in childhood. In: Journal of the American Dietetic Association, 95, 1140-1146, 1149.

Zirolì S., Döring W. (2003). Adipositas–kein Thema an Grundschulen mit Sportprofil? Gewichtsstatus von Schüler/innen an Grundschulen mit tägl. Sportunterricht. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, Jahrgang 54, Nr. 9, 248-253.

# Danksagung

**Wir möchten uns an dieser Stelle ganz herzlich bei allen beteiligten Personen und Institutionen bedanken, ohne deren Mitarbeit und Mithilfe dieser Bericht nicht möglich gewesen wäre.**

## **Besonders danken wir:**

- den 3.215 befragten Kindern und Jugendlichen und deren Eltern in ganz Kärnten
- dem Amt der Kärntner Landesregierung
- dem Frauengesundheitszentrum Kärnten, insbesondere Frau Mag. Steinhauser
- den Autorinnen der Ansätze zur Maßnahmenplanung:  
Frau Dr. Drobesh, Prof. Mag. Renate Macher-Meyenburg,  
Frau Steiner, Frau Mag. Steinhauser.

## **Allen Beteiligten der Infrastrukturstudie:**

- den Ärztinnen und Ärzten des amts- und jugendfürsorgeärztlichen Dienstes des Landes Kärnten
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendämter des Landes Kärnten, insbesondere Frau Landessozialinspektorin Gaschler-Andreasch
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Sozialämter des Landes Kärnten
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Landesjugendreferates Kärnten, insbesondere Herrn Wrulich, Herrn Stumpfl, Herrn Kuttinig, Frau Biedermann
- der Kinder- und Jugendanwältin des Landes Kärnten, Frau Mag. Liebhauser
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Landesreferates der Schulpsychologischen Beratungsstellen, insbesondere Frau HR Dr. Kampfer-Löberbauer
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchtprävention des Landes Kärnten, insbesondere Frau Dr. Drobesh
- Herrn Landessportdirektor Tellian
- Herrn Sportkoordinator Dr. Berger

# Danksagung

- Herrn Univ. Prof. Dr. Janig
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pro mente Jugendgesundheitsförderung, insbesondere Frau Dr. Mills
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der AVS-Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe Kärntens-Psychologisch-Psychotherapeutische Dienst (PPD), insbesondere Herrn Mag. Dr. Kurnig
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Jugend am Werk, insbesondere Frau Wuga
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Vitamin R – Zentrum für Gesundheitsförderung, insbesondere Frau Dr. Burgstaller
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hermann-Gmeiner-Sozialzentrums – SOS-Kinderdorf Kärnten, insbesondere Dr. Schneidergruber
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des LSB-Netzwerk - Jugend- und Sozialbetreuungs-GmbH, insbesondere Frau Mag. Maurer-Scheidenberger
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Initiative Gesundheitsbildung – Spittal an der Drau, insbesondere Frau Walcher
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Kärntner Landesverbandes für Psychotherapie
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des LKH Klagenfurt
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des LKH Villach
- den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der GKK Kärnten
- der Landeschulärztin Dr. Wagner-Reif

# Abbildungsverzeichnis

<b>Grafik 1-1:</b>	Bevölkerungspyramide in Kärnten .....	23
<b>Grafik 1-2:</b>	Status der Erwerbstätigkeit bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach Altersgruppen (n = 3.215, p < 0,01) .....	25
<b>Grafik 1-3:</b>	Verteilung der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen hinsichtlich des Schichtindex (s. Index 2) .....	32
<b>Grafik 1-4:</b>	Familienzusammensetzung (s. Typologie 3) bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die mit ihren Eltern oder mit Erziehungsberechtigten zusammen wohnen (n = 2.674) .....	33
<b>Grafik 1-5:</b>	Erlebte Qualität der Eltern-Kindbeziehung der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen (s. Index 3), dargestellt für die Geschlechter (n = 2.960, p < 0,01) .....	35
<b>Grafik 1-6:</b>	10- bis 22-jährige Kärntner/innen, die die erlebte Qualität der Eltern-Kindbeziehung (s. Index 3) als hoch oder eher niedrig (Wertbereich 1 bis 3 zusammengefasst) einschätzen, dargestellt nach Altersgruppen (n = 2.957, p < 0,01) .....	36
<b>Grafik 1-7:</b>	Eingeschätzte Wahrscheinlichkeit der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, vorübergehend bei den Nachbarn unterkommen zu können, wenn sie ihren Haustürschlüssel vergessen haben (n = 3.193) .....	37
<b>Grafik 1-8:</b>	Qualität der Schulerfahrungen (s. Index 4) der 10-22-jährigen Schüler/innen, dargestellt nach den Altergruppen und für die Geschlechter (Mittelwerte) (n = 2.232, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p > 0,05) .....	39
<b>Grafik 1-9:</b>	Ausmaß der Belastung am Ausbildungsplatz (Hochschule, Akademie oder Kolleg) bei den 18- bis 22-jährigen Kärntner/innen (n = 317) .....	40
<b>Grafik 1-10:</b>	Eingeschätzte Arbeitszufriedenheit der 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für die Geschlechter (n = 550, p < 0,01) .....	41
<b>Grafik 1-11:</b>	Erlebte Arbeitsplatzqualität (s. Index 6) der 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für die Geschlechter (n = 518, p < 0,01) .....	42
<b>Grafik 1-12:</b>	Vereinsmitgliedschaft der 10- bis 22-jährigen vereinsaktiven Kärntner/innen, dargestellt für ausgewählte Vereine und für die Geschlechter (n = 1.560, p < 0,01 außer für den Alpenverein p > 0,05) .....	45
<b>Grafik 1-13:</b>	Ausmaß an Vereinsaktivität (Tage/Monat) der 10- bis 22-jährigen vereinsaktiven Kärntner/innen, dargestellt für das Geschlecht (n = 1.556, p < 0,01) .....	45
<b>Grafik 1-14:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die in keinem Verein oder in einem oder mehreren Verein/en Mitglied sind, dargestellt nach ihrer Schichtzugehörigkeit (Index 2) (n = 3.156, p < 0,01) .....	46
<b>Grafik 1-15:</b>	Bewertung des kinder- und jugendspezifischen sozialen Angebotes in Kärnten, dargestellt nach den Bereichen, denen diese Angebote zuzuordnen sind, und den fünf Bewertungsdimensionen sowie einer Gesamtbewertung (Mittelwerte) .....	47
<b>Grafik 2-1:</b>	Der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für die Geschlechter (n = 3.215, Geschlecht: p < 0,01) .....	51
<b>Grafik 2-2:</b>	Das körperliche Wohlbefinden (s. Index 8) der 10- bis 18-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für die Geschlechter (n = 2.234, Alter: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01) .....	52
<b>Grafik 2-3:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die beschwerdefrei sind bzw. nur gelegentlich unter körperlichen und/oder psychischen Beschwerden leiden (weitgehend beschwerdefrei) oder regelmäßig an körperlichen und psychischen Beschwerden leiden (mind. eine körperliche und eine psychische Beschwerde einmal wöchentlich oder öfter), dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.200, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01) .....	55
<b>Grafik 2-4:</b>	Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der 10- bis 18-jährigen Kärntner/innen (s. Index 11), dargestellt für das Alter (n = 2.057, Alter: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,05) .....	56
<b>Grafik 2-5:</b>	Ausgewählte Krankheitsdiagnosen: stationär behandelte Kärntner/innen im Alter von 10 bis 22 Jahren, gerechnet auf 1.000 10- bis 22-jährige Kärntner/innen, dargestellt nach Altersgruppen .....	57
<b>Grafik 2-6:</b>	Stationär behandelte Kärntner/innen und Österreicher/innen im Alter von 10- bis 22-Jahren nach Hauptdiagnosegruppen, gerechnet auf 1.000 10- bis 22-jährige Kärntner/innen und Österreicher/innen, dargestellt für Kärnten und Österreich .....	58

# Abbildungsverzeichnis

<b>Grafik 2-7:</b>	Diagnostizierte Krankheiten bei der Stellungsuntersuchung 2003 nach Hauptdiagnosegruppen, dargestellt für Kärnten und Österreich (18 Jahre oder älter).....	60
<b>Grafik 2-8:</b>	Verletzungen mit Behandlungsfolgen innerhalb der letzten 6 Monate bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach für das Alter und die Geschlechter (n = 3.214, Alter: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01) .....	66
<b>Grafik 2-9:</b>	Anteil der übergewichtigen und adipösen Kärntner Pflichtschüler/innen, dargestellt für das Alter und die Geschlechter (n = 6.534, Alter: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01) .....	68
<b>Grafik 2-10:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährige Kärntner/innen, die über eine ausgezeichnete Gesundheit verfügen, dargestellt nach ihrer Häufigkeit von körperlichen und psychischen Beschwerden (Indices 9 und 10) (n1 = 3.205, n2 = 3.209, p in beiden Fällen < 0,01) .....	69
<b>Grafik 2-11:</b>	Medikamentengebrauch der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die in den letzten vier Wochen öfter mehrere Medikamente eingenommen haben, dargestellt nach der Häufigkeit von körperlichen und psychischen Beschwerden (Indices 9 und 10) (n1 = 3.197, n2 = 3.194, p in beiden Fällen < 0,01) .....	70
<b>Grafik 2-12:</b>	10- bis 22-jährige Kärntner/innen mit einer hohen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Index 11), dargestellt nach den verschiedenen Beschwerdetypen (Typologie 5) (n = 2.411, p < 0,01) .....	71
<b>Grafik 2-13:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die ihre Gesundheit anhand des Gesundheitsindex (s. Index 12) als „schlecht“ (Punktwert 0) bewerten, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.171, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01).....	72
<b>Grafik 3-1:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die durchschnittlich drei oder nur eine bzw. keine Hauptmahlzeit/en pro Tag zu sich nehmen, dargestellt nach Altersgruppen (n = 3183, Altersgruppen: p < 0,01) .....	75
<b>Grafik 3-2:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen übergewichtigen und adipösen Kärntner/innen, dargestellt nach der durchschnittlichen Anzahl an Hauptmahlzeiten, die sie pro Tag zu sich nehmen (n = 3.144, p < 0,01).....	76
<b>Grafik 3-3:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die mehrmals wöchentlicher oder öfter Süßigkeiten und Limonaden verzehren, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.214, Altersgruppen: p > 0,05, Geschlecht: p < 0,01) .....	78
<b>Grafik 3-4:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die täglich 3 Hauptmahlzeiten einnehmen, dargestellt nach dem Ausmaß der körperlichen Aktivität (n = 3.174, p < 0,01) .....	79
<b>Grafik 3-5:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die der Meinung sind, dass sie abnehmen sollten, dargestellt nach ihrem Gewichtsstatus und für die Geschlechter (n = 3.174, Gewichtsstatus: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01).....	81
<b>Grafik 3-6:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die gerade eine Diät machen, dargestellt nach ihrem Gewichtsstatus und für die Geschlechter (n = 3.175; Gewichtsstatus: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01).....	82
<b>Grafik 3-7:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die an keinem oder nur an einem Tag in der Woche mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.205, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01).....	83
<b>Grafik 3-8:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die täglich mehr als vier Stunden vor dem Fernseher oder Computer verbringen, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.181, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01) .....	85
<b>Grafik 3-9:</b>	Tabakkonsum der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.158, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p > 0,05) .....	88
<b>Grafik 3-10:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen täglich rauchenden Kärntner/innen, dargestellt nach Alter und für die Geschlechter (n = 3.158, Alter: p < 0,01, Geschlecht: p > 0,05).....	89
<b>Grafik 3-11:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die mehrmals wöchentlich oder öfter alkoholische Getränke konsumieren, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.213, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01) .....	90
<b>Grafik 3-12:</b>	Der Zusammenhang von Cannabiskonsum mit anderen Suchtmittelerfahrungen bei den 13- bis 22-jährigen Kärntner/innen (p < 0,01) .....	96



<b>Grafik 3-13:</b>	Anteil der 13- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die bereits Erfahrungen mit Cannabis haben, dargestellt nach der Häufigkeit ihres Tabakkonsums (n = 2.261, p < 0,01) .....97
<b>Grafik 3-14:</b>	Der Zusammenhang von Cannabiserfahrungen und der Regelmäßigkeit von Alkoholkonsum bei den 13- bis 22-jährigen Kärntner/innen (p < 0,01) .....98
<b>Grafik 3-15:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die einmal pro Woche oder öfter an Ängsten leiden, sich nervös fühlen oder nicht schlafen können, dargestellt nach der Häufigkeit mit der sie in den letzten 6 Monaten das Opfer von Bullying- bzw. Mobbingattacken waren (n1 = 3.106, n2 = 3.107, n3 = 3.109, in allen drei Fällen p < 0,01)..... 100
<b>Grafik 3-16:</b>	Verteilung der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen hinsichtlich der Bullying-/ Mobbingtypologie (Typologie 9), dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter, bezogen auf die letzten 6 Monate (n = 3.109, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01) ..... 102
<b>Grafik 3-17:</b>	Anteil der 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, dargestellt für das Alter und für die Geschlechter (n = 1.904, Alter: p < 0,01, Geschlecht; p > 0,05) ..... 104
<b>Grafik 3-18:</b>	Häufigkeit der verwendeten Verhütungsmethoden beim letzten Geschlechtsverkehr bei den 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach Altergruppen (n = 1.392, p > 0,01) ..... 105
<b>Grafik 4-1:</b>	Medikamentengebrauch der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen bezogen auf die letzten vier Wochen, dargestellt für die Geschlechter (n = 3.207, p < 0,01)..... 112
<b>Grafik 4-2:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die in den letzten vier Wochen einmal oder öfter Medikamente gegen Kopfschmerzen eingenommen haben, dargestellt nach Altersgruppen und für das Geschlecht (n = 3.210, Altersgruppen: p < 0,01, Geschlecht: p < 0,01) ..... 113
<b>Grafik 4-3:</b>	Medikamentengebrauch der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen in den letzten vier Wochen (eines öfter, mehrer öfter), dargestellt nach der Häufigkeit von Beschwerden (Beschwerdetypen) (n = 3.192, p < 0,01)..... 114
<b>Grafik 4-4:</b>	Häufigkeit an Arztbesuche innerhalb der letzten sechs Monaten bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für das Geschlecht (n = 3.186, p < 0,01)..... 116
<b>Grafik 5-1:</b>	Anteil der „gesunden“ 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen (s. Index 12), dargestellt nach der Anzahl gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen (s. Index 16) (n = 3.053, p < 0,01) ..... 119
<b>Grafik 5-2:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die ihre Gesundheit als ausgezeichnet beschreiben bzw. mehrmals wöchentlich oder öfter mind. eine körperliche Beschwerde (s. Index 10), dargestellt nach ihrem Tabakkonsum (n1 = 3.156, n2 = 3.148, in beiden Fällen p < 0,01)..... 121
<b>Grafik 5-3:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die regelmäßig an körperlichen und psychischen Beschwerden leiden (s. Typologie 5), dargestellt nach der Regelmäßigkeit ihrer Ernährung (Hauptmahlzeiten/Tag, s. Index 15) (n = 3.167, p < 0,01) ..... 122
<b>Grafik 5-4:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen mit hoher Lebensqualität (s. Index 11), dargestellt nach der erlebten Qualität der Eltern-Kindbeziehung (gezeigt für: das Gesprächsklima und die gemeinsam verbrachte Zeit) (n1 = 2.420, n2 = 2.419, in beiden Fällen p < 0,01) ..... 123
<b>Grafik 5-5:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die täglich rauchen, dargestellt nach der erlebten Qualität der Eltern-Kindbeziehung (s. Index 3) (n = 2.909, p < 0,01) ..... 124
<b>Grafik 5-6:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die drei oder mehr gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen ausüben (Index 16), dargestellt nach der erlebten Qualität der Eltern-Kindbeziehung (s. Index 3) (n = 2.150, p < 0,01)..... 125
<b>Grafik 5-7:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen mit einer ausgezeichneten Gesundheit bzw. mit regelmäßigen körperlichen und psychischen Beschwerden (Typologie 5), dargestellt nach der Qualität der Schulerfahrungen (s. Index 4) (n1 = 2.230, n2 = 2.946, p < 0,01) ..... 125
<b>Grafik 5-8:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen mit hoher Lebensqualität (s. Index 11), dargestellt nach dem Auskommen mit den Lehrern und Lehrerinnen in der Schule bzw. in der Ausbildungsstätte (n1 = 2.180, n2 = 239, in beiden Fällen p < 0,01) ..... 127
<b>Grafik 5-9:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner Schüler/innen und Studierenden, die drei oder mehr negative Verhaltensweisen (s. Index 16) ausüben, dargestellt nach der Qualität der Schulerfahrungen (s. Index 4) bzw. nach der erlebten Qualität der Ausbildungsstätte (s. Index 5) (n1 = 2.151, n2 = 297, in beiden Fällen p < 0,01)..... 128
<b>Grafik 5-10:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen täglich rauchenden Kärntner Schüler/innen, dargestellt nach der Qualität der Schulerfahrungen (s. Index 4) (n = 2.189, p < 0,01) ..... 129

# Abbildungsverzeichnis

<b>Grafik 5-11:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die über eine hohe Qualität der Schulerfahrungen berichten (s. Index 4), dargestellt nach dem Ausmaß ihrer körperlichen Aktivität (n = 2.225, p < 0,01) .....	130
<b>Grafik 5-12:</b>	Anteil der 15- bis 22-jährigen berufstätigen Kärntner/innen, die in den letzten 6 Monaten nie Opfer oder Täter/innen von Mobbingattacken waren (s. Typologie 9), dargestellt nach der erlebten Arbeitsplatzqualität (s. Index 6) (n1 = 518, n2 = 518, in beiden Fällen p < 0,01).....	131
<b>Grafik 5-13:</b>	Anteil der 11- bis 22-jährigen Kärntner/innen mit hoher Lebensqualität (s. Index 11), dargestellt nach Aspekte der erlebten Qualität der Peerbeziehungen (gezeigt für: die mit Freunden und Freundinnen verbrachte Zeit, die Verlässlichkeit der Freunde, das Ausmaß an Unterstützung) (n1 = 2.422, n2 = 2.406, n3 = 2.411, in allen drei Fällen p < 0,01).....	133
<b>Grafik 5-14:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen mit hoher Lebensqualität (s. Index 11) und einer ausgezeichneten Gesundheit, dargestellt nach ihrer Schichtzugehörigkeit (Index 2) (n1 = 2.416, n2 = 3.208, in beiden Fällen p < 0,01) .....	134
<b>Grafik 5-15:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen täglich rauchenden Kärntner/innen, dargestellt nach der Schichtzugehörigkeit (s. Index 2) (n = 3.104, p < 0,01).....	135
<b>Grafik 5-16:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die selten bzw. regelmäßig Obst und Gemüse konsumieren, dargestellt nach ihrer Schichtzugehörigkeit (s. Index 2) (n = 3.155, p < 0,01).....	136
<b>Grafik 5-17:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die körperlich inaktiv sind, d.h. an maximal einem Tag pro Woche für 60 Minuten körperlich aktiv sind, dargestellt nach ihrer Schichtzugehörigkeit (s. Index 2) (n = 3.149, p < 0,01).....	136
<b>Tabelle 0-1:</b>	Kärntner Schüler/innen, dargestellt nach den besuchten Schultypen .....	26
<b>Tabelle 0-2:</b>	Ergriffene Lehrberufe bei den 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für die Geschlechter (n = 112, p < 0,01) .....	27
<b>Tabelle 0-3:</b>	Weiterführende Ausbildungen bei den 18- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt für die Geschlechter (n = 319, p < 0,01) .....	28
<b>Tabelle 0-4:</b>	Erwerbstätigkeit der Eltern bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die keinen eigenen Beruf ausüben oder in Karenz sind .....	30
<b>Tabelle 0-5:</b>	Berufliche Stellung der 15- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die einen eigenen Beruf ausüben oder in Karenz sind, dargestellt für die Geschlechter (n = 517, p < 0,01) .....	31
<b>Tabelle 0-6:</b>	Wohnsituation der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach den Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.215) .....	33
<b>Tabelle 0-7:</b>	Vereinsmitgliedschaft der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach den Altersgruppen und für die Geschlechter .....	44
<b>Tabelle 0-1:</b>	Regelmäßigkeit von körperlichen und psychischen Beschwerden bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen .....	53
<b>Tabelle 0-2:</b>	Matrix der Beschwerdetypen .....	54
<b>Tabelle 0-3:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die eine oder mehrere andauernde, chronische Erkrankung/en haben, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.207).....	62
<b>Tabelle 0-4:</b>	Anteil der 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen, die eine oder mehrere körperliche Behinderung/en haben, dargestellt nach Altersgruppen und für die Geschlechter (n = 3.205).....	62
<b>Tabelle 0-5:</b>	Verteilung der chronischen Erkrankungen bezogen auf die 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen nach Bezirken in Prozent .....	63
<b>Tabelle 3-1:</b>	Matrix der Bewegungstypen .....	86
<b>Tabelle 3-2:</b>	Suchtmittelkonsum bei den 13- bis 22-jährigen Kärntner/innen, dargestellt nach Suchtmittelarten (%-Werte beziehen sich auf n = 2.439).....	95
<b>Tabelle 3-3:</b>	Matrix der Bullying-/Mobbing-typologie .....	101
<b>Tabelle 0-1:</b>	Medikamentengebrauch bei den 10- bis 22-jährigen Kärntner/innen hinsichtlich bestimmter Beschwerden, dargestellt für die Geschlechter .....	111
<b>Übersicht 0-1:</b>	Studiendesign Übersicht .....	148
<b>Abbildung 1-1:</b>	Themen des Kärntner Jugendgesundheitsberichts und die zu verwendenden Daten im „Policy Rainbow“ (Dahlgren und Whitehead 1991).....	17

**Impressum:**

**Herausgeber:**

Amt der Kärntner Landesregierung  
Abteilung 12 Sanitätswesen  
Hasnerstraße 8  
9021 Klagenfurt

**[www.gesundheit-kaernten.at](http://www.gesundheit-kaernten.at)**

**Konzeption:**

Agentur LUX - Walter Hösel  
[www.walterhoesel.at](http://www.walterhoesel.at)

**Layout, Grafik-Design:**

Agentur Mindart  
[www.mindart.at](http://www.mindart.at)

**Druck:**

Druckzentrum St. Veit



**Eine Initiative des Gesundheitsreferenten des Landes Kärnten**