



Ausgewählte Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Niederösterreich

Endbericht

November 2012

Department für Evidenzbasierte Medizin
und Klinische Epidemiologie

Autorinnen

Mag.^a Christina Kien

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ursula Griebler, MPH

Michaela Strobelberger, MA

Unter Mitarbeit von

Julia Hofmann, BA

Robert Emprechtinger

Mag. Ludwig Grillich

Prof. Dr. Gerald Garlehner, MPH

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden:

Kien C, Griebler U, Strobelberger M (2012): Ausgewählte Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Niederösterreich. Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Donau-Universität Krems.

Impressum

Donau-Universität Krems

Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie

Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30

3500 Krems

Fördergeber

Initiative „Tut gut!“

Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds

1 Inhaltsverzeichnis

1	Inhaltsverzeichnis	2
2	Tabellenverzeichnis	4
3	Abbildungsverzeichnis.....	6
4	Executive Summary	7
5	Einleitung.....	15
6	Methodik	16
6.1	Auswahl der Themen, Kriterien und Indikatoren.....	16
6.2	Datenquellen und Berechnung	16
7	Soziodemographie.....	18
7.1	Zusammenfassung.....	18
7.2	Bevölkerungsstruktur	19
7.3	Bildungsniveau der Eltern	22
7.4	Berufliche Stellung der Eltern.....	25
7.5	Armutsgefährdung	27
7.6	Kinder in Haushalten von Alleinerziehenden	29
7.7	Anteil der Kinder im Kindergarten	31
7.8	Frühe Schulabgänger/innen	33
7.9	Jugendarbeitslosigkeit.....	35
8	Mortalität	37
8.1	Zusammenfassung.....	37
8.2	Altersspezifische Gesamtmortalität	38
8.3	Ursachenspezifische Gesamtmortalität	42
9	Morbidität	45
9.1	Zusammenfassung.....	45
9.2	Inzidenz von Krebserkrankungen	47
9.3	Inzidenz von Diabetes Mellitus Typ 1	49
9.4	Prävalenz von Asthma	51
9.5	Zahngesundheit	54
9.6	Übergewicht und Adipositas	57
9.7	Unfälle	60
9.8	Mentale Gesundheit.....	65

10	Subjektiver Gesundheitszustand.....	67
10.1	Zusammenfassung.....	67
10.2	Selbsteingeschätzte Gesundheit	68
10.3	Lebenszufriedenheit.....	70
10.4	Subjektive Beschwerden	72
11	Lebensstildeterminanten	74
11.1	Zusammenfassung.....	74
11.2	Bewegungsverhalten.....	75
11.3	Rauchverhalten	78
11.4	Problematischer Alkoholkonsum	81
11.5	Cannabiskonsum	83
12	Weitere Gesundheitsdeterminanten	85
12.1	Zusammenfassung.....	85
12.2	Gesprächsklima mit Eltern	86
12.3	Klassenklima	88
13	Ergebnisse der Stellungenuntersuchungen in Niederösterreich.....	91
13.1	Zusammenfassung.....	91
13.2	Tauglichkeit	92
13.3	Befunde nach Diagnosehauptgruppen.....	94
14	Literaturverzeichnis.....	95
15	Anhang	101

2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick zur Beschreibung der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen.....	8
Tabelle 2: Überblick zur Integration von Kindern und Jugendlichen in die Gesellschaft.....	8
Tabelle 3: Mortalitätsindikatoren.....	9
Tabelle 4: Morbidität (Krankheiten).....	10
Tabelle 5: Morbidität (Unfälle).....	11
Tabelle 6: Überblick über subjektiven Gesundheitszustand	12
Tabelle 7: Lebensstildeterminanten.....	13
Tabelle 8: Soziale Determinanten, 2010.....	13
Tabelle 9: Stellungenuntersuchung des niederösterreichischen Bundesheeres	14
Tabelle 10: Bevölkerungsstruktur nach Geschlecht und breiten Altersgruppen in Niederösterreich und Österreich, 2010 ...	19
Tabelle 11: Anteil der Kinder nach höchstem abgeschlossenem Bildungsniveau der Mutter für Niederösterreich und Österreich im Trend	23
Tabelle 12: Anteil der Kinder nach höchstem abgeschlossenem Bildungsniveau der Mutter für Niederösterreich und Österreich im Trend	23
Tabelle 13: Anteil der Kinder nach höchstem abgeschlossenem Bildungsniveau des Vaters für Niederösterreich und Österreich im Trend	23
Tabelle 14: Anteil der Kinder nach höchstem abgeschlossenem Bildungsniveau des Vaters für Niederösterreich und Österreich im Trend	24
Tabelle 15: Anteil der Kinder bis 17 Jahre nach der beruflichen Stellung der Familienreferenzperson in Niederösterreich sowie in Österreich in den Jahren 2004 bis 2010	26
Tabelle 16: Armutsgefährdung von Kindern bis 19 Jahren in armutsgefährdeten Haushalten in Niederösterreich sowie in Österreich im Jahr 2009	28
Tabelle 17: Anteile der Kinder (bis zum Alter von 14 Jahren), die bei Alleinerziehenden leben, nach Geschlecht des Elternteils für Niederösterreich und Österreich (2004-2010)	30
Tabelle 18: Anteile der Kinder (bis zum Alter von 14 Jahren), die bei Alleinerziehenden leben, nach Geschlecht des Elternteils für Niederösterreich und Österreich (1981-2001)	30
Tabelle 19: Kinderbetreuungsquote (3 - 5 Jahre) in Niederösterreich und Österreich, im Trend	32
Tabelle 20: Anteile der frühen Schulabgänger/innen im Alter von 15 – 24 Jahren nach Alter, Migrationshintergrund, Bildungsniveau der Eltern, im Jahr 2008, Österreich	34
Tabelle 21: Arbeitslosenquote (bis zu 19-Jährige) nach Geschlecht, in Niederösterreich und Österreich.....	36
Tabelle 22: Anzahl Gestorbene bis zum 20. Lebensjahr nach Alter und Geschlecht für Niederösterreich und Österreich.....	41
Tabelle 23: Perinatale Sterblichkeit in Niederösterreich und Österreich im Trend (2006-2010) und Durchschnitt.....	44
Tabelle 24: Krebsinzidenzrate für Niederösterreich und Österreich, Durchschnittswerte 2004-2008	48
Tabelle 25: Spitalsentlassungen aus Akutanstalten mit der Diagnose Asthma, für Niederösterreich und Österreich im Trend	53
Tabelle 26: Zahnstatus (dmft-Index) bei 6-Jährigen, nach Geschlecht für Niederösterreich (2005/06-2010/11).....	55
Tabelle 27: Anteil der 6- -jährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss, Niederösterreich (2006/07 – 2010/11)	55
Tabelle 28: Rate an stationären Aufnahmen für Frakturen des Unterarms, des Ober- und des Unterschenkelknochens (ICD-10-Code: S52, S72, S82) pro 100.000 Personen für Österreich, nach Geschlecht und Altersgruppen für die Jahre 2005 - 2009.....	101
Tabelle 29: Rate an stationären Aufnahmen für Frakturen des Unterarms, des Ober- und des Unterschenkelknochens (ICD-10-Code: S52, S72, S82) pro 100.000 Personen für Niederösterreich, nach Geschlecht und Altersgruppen für die Jahre 2005 – 2009.....	102
Tabelle 30: Rate an stationären Aufnahmen für Verbrennungen und Verätzungen (ICD-10-Code: T20-T32) pro 100.000 Personen für Österreich, nach Geschlecht und Altersgruppen für die Jahre 2005 – 2009.....	103
Tabelle 31: Rate an stationären Aufnahmen für Verbrennungen und Verätzungen (ICD-10-Code: T20-T32) pro 100.000 Personen für Niederösterreich, nach Geschlecht und Altersgruppen für die Jahre 2005 – 2009	104
Tabelle 32: Rate an stationären Aufnahmen für Vergiftungen (ICD-10-Code: T51-T65) pro 100.000 Personen für Österreich, nach Geschlecht und Altersgruppen für die Jahre 2005 – 2009.....	105
Tabelle 33: Rate an stationären Aufnahmen für Vergiftungen (ICD-10-Code: T51-T65) pro 100.000 Personen für Niederösterreich, nach Geschlecht und Altersgruppen für die Jahre 2005 – 2009.....	106
Tabelle 34: Anteil an Übergewicht und Adipositas, nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Gesamt-Österreich .	107
Tabelle 35: Körperwahrnehmung nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich	108

Tabelle 36: Selbsteingeschätzte Gesundheit nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich und Österreich	109
Tabelle 37: Lebenszufriedenheit nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich und Österreich	110
Tabelle 38: Subjektive Beschwerdelast (Mittelwerte) nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich	111
Tabelle 39: Anteil der Schüler/innen, die die Bewegungsempfehlungen von 60 min körperlicher Aktivität bei mittlerer bis hoher Intensität pro Tag erfüllen, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich und Österreich	112
Tabelle 40: Tage pro Woche, an denen Schüler/innen für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind (Mittelwerte), nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich und Österreich	113
Tabelle 41: Aktueller Zigarettenkonsum nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich	114
Tabelle 42: Rauchen (jemals)	115
Tabelle 43: Lebenszeitprävalenz von Cannabiskonsum nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich	115
Tabelle 44: Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich	116
Tabelle 45: Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich	116
Tabelle 46: Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich	117
Tabelle 47: Gesprächsklima mit der Mutter nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich	117
Tabelle 48: Gesprächsklima mit dem Vater nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich	117
Tabelle 49: Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich	117
Tabelle 50: Schulzufriedenheit nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich	117

3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsstruktur zur jeweiligen Jahresmitte nach breiten Altersgruppen in Niederösterreich, 1981-2010	20
Abbildung 2: Bevölkerungsstruktur zur jeweiligen Jahresmitte nach breiten Altersgruppen in Österreich und im zeitlichen Trend	21
Abbildung 3: Anzahl an Arbeitslosen, Schulungsteilnehmer/innen und Lehrstellensuchenden in Niederösterreich (bis zu 19-Jährige) in den Jahren 2008-2010	36
Abbildung 4: Säuglingssterblichkeit für Niederösterreich und Österreich in den Jahren 1961 – 2010	39
Abbildung 5: Kindersterblichkeitsrate für Niederösterreich und Österreich nach Geschlecht in den Jahren 1970 – 2010	40
Abbildung 6: Unter-20-Sterblichkeitsrate für Niederösterreich und Österreich	41
Abbildung 7: Ursachenspezifische Mortalitätsraten für Niederösterreich, nach Geschlecht (Durchschnittswerte für 2006-2010)	43
Abbildung 8: Ursachenspezifische Gesamtmortalität für Niederösterreich nach Altersgruppen (Durchschnittswerte für 2006-2010)	44
Abbildung 9: Krebsinzidenzrate für Niederösterreich, Durchschnittswerte 2004 – 2008	48
Abbildung 10: Altersstandardisierte Inzidenzraten für Diabetes Mellitus Typ 1 für Niederösterreich und Österreich (1989-2009) im Trend	50
Abbildung 11: Anteil der Kinder mit bereits diagnostiziertem Asthma, bzw. mit Betroffenheit von Asthma-Symptomen	52
Abbildung 12: Anteil an Übergewicht und Adipositas, nach Geschlecht, Niederösterreich	58
Abbildung 13: Körperwahrnehmung, nach Geschlecht, Niederösterreich	59
Abbildung 14: Rate an in Straßenverkehrsunfällen verunglückte Kinder und Jugendliche in Niederösterreich, nach Geschlecht und Altersgruppen, Durchschnittswerte 2005 – 2010	61
Abbildung 15: Rate an stationären Aufnahmen für Frakturen des Unterarms, des Ober- und des Unterschenkelknochens pro 100.000 Personen für Niederösterreich und Österreich, nach Geschlecht und Altersgruppen, Durchschnittswerte 2005 – 2009	62
Abbildung 16: Rate an stationären Aufnahmen für Vergiftungen pro 100.000 Personen für Niederösterreich und Österreich, nach Geschlecht und Altersgruppen, Durchschnittswerte 2005 – 2009	63
Abbildung 17: Rate an stationären Aufnahmen für Verbrennungen und Verätzungen pro 100.000 Personen für Niederösterreich und Österreich, nach Geschlecht und Altersgruppen, Durchschnittswert für 2005-2009	64
Abbildung 18: Rate an stationären Aufnahmen für Suizidversuch und absichtliche Selbstverletzung pro 100.000 Personen für Österreich und Niederösterreich, nach Geschlecht und Altersgruppen, Durchschnittswerte 2005 – 2009	66
Abbildung 19: Ausgezeichnete selbsteingeschätzte Gesundheit, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich	69
Abbildung 20: Bewertung der Lebenszufriedenheit, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich	71
Abbildung 21: Mittlere Beschwerdelast, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich	73
Abbildung 22: Rangliste der häufigsten Beschwerden (täglich oder mehrmals pro Woche) in %, Niederösterreich	73
Abbildung 23: Tage pro Woche, an denen niederösterreichische Schüler/innen für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, nach Alter und Geschlecht	76
Abbildung 24: Anteil der niederösterreichischen Schüler/innen, die die Bewegungsempfehlungen von 60 min körperlicher Aktivität bei mittlerer bis hoher Intensität pro Tag erfüllen, nach Alter und Geschlecht	76
Abbildung 25: Anteil der niederösterreichischen Schüler/innen, die jemals geraucht haben, nach Alter	79
Abbildung 26: Aktueller Raucherstatus, nach Alter, Niederösterreich	80
Abbildung 27: Häufigkeit des Alkoholkonsums, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich	82
Abbildung 28: Cannabiskonsum der 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich	84
Abbildung 29: Gesprächsklima mit der Mutter, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich	87
Abbildung 30: Gesprächsklima mit dem Vater, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich	87
Abbildung 31: Schulzufriedenheit (Wie gut gefällt es dir in der Schule?), nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich	89
Abbildung 32: Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich	90
Abbildung 33: Tauglichkeit, Stellungsjahre 1982-2010 (Geburtsjahrgänge 1962-1992), Niederösterreich	92
Abbildung 34: Tauglichkeit, Stellungsjahre 1982-2010 (Geburtsjahrgänge 1962-1992), Gesamt-Österreich	93
Abbildung 35: Befunde nach Diagnosehauptgruppen, Gesamt (Stellungsjahre 2005-2010), Niederösterreich	94

4 Executive Summary

Hintergrund

Der vorliegende Bericht beschreibt ausgewählte Dimensionen der Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in Niederösterreich. Eine zielgerichtete und verlässliche Datenbasis über den Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsgruppe schafft die Voraussetzungen für eine systematische Identifizierung von relevanten Handlungsfeldern, für die Definition von Zielen im Gesundheitswesen sowie die daraus abgeleiteten gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit der Jüngsten unserer Gesellschaft.

Methodik

Die Aufgaben und Zielsetzungen des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds sowie internationale und nationale Indikatorensätze und Empfehlungen dienten als Rahmen für die Auswahl der Themen und Indikatoren des vorliegenden Berichts (Das Land Steiermark, 2010; Gesundheit Österreich GmbH, 2007a; Rigby & Köhler, 2002). Die Darstellung der Indikatoren berücksichtigt die nationale und internationale Vergleichbarkeit.

Im Fokus dieses Berichts stehen Kinder und Jugendliche. Nach „Artikel 1 der UN-Konvention über die Rechte des Kindes“ werden als Kinder und Jugendliche alle Personen definiert, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Vereinte Nationen, 1990). Allerdings stehen nicht bei allen Indikatoren entsprechende Daten für diese Altersgruppe zur Verfügung. Die Zusammenstellung, Aufbereitung und Berechnung der Indikatoren basiert daher auf unterschiedlichen Quellen der öffentlichen Verwaltung, Registern von wissenschaftlichen Einrichtungen und spezifischen Befragungen von Kindern und Jugendlichen.

Soziodemographie

Im Jahr 2010 lebten insgesamt 338.500 Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 19 Jahren in Niederösterreich (21% der Gesamtbevölkerung). Ausgewählte soziodemographische Indikatoren liefern einen Überblick über gesundheitsrelevante Lebensbedingungen dieser Zielgruppe. Das Bildungsniveau der Eltern, deren berufliche Stellung und das Einkommen sind wichtige voneinander abhängige Indikatoren zur Identifizierung von benachteiligten Personengruppen in einer Gesellschaft (Veichtlbauer & Schlögl, 2001). Im Jahr 2010 war bei 15% der niederösterreichischen Kinder bis zum Alter von 17 Jahren die berufliche Stellung der Familienreferenzperson „ungelernte Arbeitskraft“ bzw. „in Lehrausbildung“. Im Jahr 2010 lebten 10,9% der Kinder bis zum Alter von 14 Jahren in Haushalten von Alleinerzieherinnen und 0,3% in Haushalten von Alleinerziehern. In tatsächlich armutsgefährdeten Haushalten lebten im Jahr 2009 11% der Kinder im Alter bis zu 19 Jahren (35.000 von 327.000 Kindern und Jugendlichen). Untenstehende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Ausprägungen dieser Indikatoren, die Vergleiche nach Geschlecht und mit Gesamt-Österreich sowie über die zeitliche Entwicklung. Das Bildungsniveau und die berufliche Stellung der Eltern sind seit dem Jahr 1981 stark angestiegen. Der Anteil der in Niederösterreich in armutsgefährdeten Haushalten lebenden Kinder ist seit 2005 gesunken.

Tabelle 1: Überblick zur Beschreibung der Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen

Indikator, Anteil der ...	Anteil in % (Jahr)	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Knaben	mit steigendem Alter	im zeitlichen Verlauf
jugendlichen Bevölkerung (0-19 J.)	21,0% (2010)	↔	↔	n.a.	↓ (1981- 2010)
Kinder (0-17 J.) von Müttern mit Pflichtschulabschluss als höchsten Bildungsabschluss	16,7% (2009)	↓	n.v.	n.v.	↓↓ (1981-2009)
Kinder (0-17 J.) von Vätern mit Pflichtschulabschluss als höchsten Bildungsabschluss	6,9% (2009)	↓	n.v.	n.v.	↓↓ (1981-2009)
Kinder, deren Familienreferenzperson einfacher Arbeiter/einfache Arbeiterin ist	15,0% (2010)	↓	n.v.	n.v.	↓ (2004-2010)
Kinder in armutsgefährdeten Haushalten	11% (2009)	↓	n.v.	n.v.	↓↓ (2005-2009)
Kinder in Haushalten von Alleinerziehern/Alleinerzieherinnen	11,2% (2010)	↓	n.v.	n.v.	↔ (2004-2010)

Anmerkungen: n.v.: nicht verfügbar, n.a.: nicht anwendbar, ↔: gleich (geringere Differenz als ein Prozentpunkt), ↑: höher um mind. einen Prozentpunkt, ↑↑: höher um mind. fünf Prozentpunkte, ↓: niedriger um mind. einen Prozentpunkt, ↓↓: niedriger um mind. fünf Prozentpunkte, ~: kein einheitlicher Trend

Insbesondere bei Kindern aus bildungsfernen Familien kann der Kindergartenbesuch den erfolgreichen Schuleintritt erleichtern (Kratzmann & Schneider, 2009). Im Jahr 2010 lag die Kinderbetreuungsquote der 3- bis 5-Jährigen in Niederösterreich bei 95,2% und damit über dem österreichischen Durchschnitt von 90,7% (Tabelle 2). Darüber hinaus fördert eine längere Integration in das Bildungssystem zukünftige Chancen für die Teilhabe am Erwerbsleben. In Österreich zählten im Jahr 2008 10,0% in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen zu frühen Schulabgängerinnen und Schulabgängern (Steiner, 2009). Als frühe Schulabgängerinnen bzw. Schulabgänger sind Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 24 Jahren gemeint, die keinen Abschluss auf der Sekundarstufe II (z.B. Berufsschule, berufsbildende mittlere oder höhere Schule) in diesem Alter erlangten und sich nicht mehr in Ausbildung befinden. Die Integration von niederösterreichischen Jugendlichen in den Arbeitsmarkt liegt unter dem Österreich-Durchschnitt. Die Register-Arbeitslosenquote der bis 19-Jährigen lag in Niederösterreich im Jahr 2010 bei 5,7%, in Österreich bei 4,9%.

Tabelle 2: Überblick zur Integration von Kindern und Jugendlichen in die Gesellschaft

Indikator, Anteil der ...	Anteil in % (Jahr)	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Knaben	mit steigendem Alter	im zeitlichen Verlauf
Kinder, die einen Kindergarten besuchen	95,2% (2010)	↑	n.v.	n.v.	↑↑ (1995-2010)
frühen Schulabgänger/innen (15 – 24 Jahre)	n.v.	10,0% (2008)	↔	↑↑	↔ (2004-2008)
arbeitslosen Jugendlichen bis zu 19 Jahren (Quote)	5,7% (2010)	↑	↑	n.v.	↑ (2008-(2010))

Anmerkungen: n.v.: nicht verfügbar, n.a.: nicht anwendbar, ↔: gleich (geringere Differenz als ein Prozentpunkt), ↑: höher um mind. einen Prozentpunkt, ↑↑: höher um mind. fünf Prozentpunkte, ↓: niedriger um mind. einen Prozentpunkt, ↓↓: niedriger um mind. fünf Prozentpunkte, ~: kein einheitlicher Trend

Gesundheitszustand und Wohlbefinden

Neben objektiven Kriterien zur Beschreibung der Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten sowie Unfällen besitzt auch der subjektive Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen eine wesentliche Bedeutung. Mortalitätsraten informieren als „Spitze des Eisberges“ mittels der Todesursachenstatistik über den Krankheitszustand und die Betroffenheit von Verletzungen von Kindern und Jugendlichen (Schäfer, 2003).

Die Säuglingssterblichkeitsrate und die Kindersterblichkeitsrate lagen in Niederösterreich im Jahr 2010 bei 3,6‰ bzw. bei 4,0‰ auf 1.000 Lebendgeborene (Tabelle 3). Beide Raten sind seit dem Jahr 1961 für die Säuglingssterblichkeit bzw. dem Jahr 1970 für die Kindersterblichkeit bedeutend gesunken. Die Sterberate der Unter-20-Jährigen lag bei Knaben in Niederösterreich im Jahr 2010 bei 39,7 pro 100.000 und bei Mädchen bei 26,7 pro 100.000. Die häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 19 Jahren sind Unfälle, gefolgt von angeborenen Fehlbildungen, bösartigen Neubildungen und Selbstmord. Im Jahresdurchschnitt der Jahre 2006 bis 2010 verstarben in Niederösterreich jährlich 14 Burschen pro 100.000 im Alter bis zu 19 Jahren an Unfällen, verglichen mit fünf Mädchen. An angeborenen Fehlbildungen verstarben jeweils rund fünf Knaben und Mädchen pro 100.000 und an bösartigen Neubildungen jeweils rund drei Knaben und Mädchen pro 100.000. Knaben dieser Altersgruppe weisen auch eine höhere Mortalitätsrate durch Selbstmord auf als Mädchen: Im Jahresdurchschnitt des Beobachtungszeitraums 2006 bis 2010 nahmen sich drei Burschen pro 100.000 in Niederösterreich das Leben, im Vergleich zu einem Mädchen pro 100.000.

Tabelle 3: Mortalitätsindikatoren

Indikator	Anteil/Wert (Jahr)	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Knaben	mit steigendem Alter	im zeitlichen Verlauf
Säuglingssterblichkeitsrate (auf 1.000 Lebendgeborene)	3,6‰ (2010)	↔	↔	n.a.	↓↓ (1961-2010)
Kindersterblichkeitsrate (auf 1.000 Lebendgeborene)	4,0‰ (2010)	↔	↔	n.v.	↓↓ (1970-2010)
Sterberate der Unter-20-Jährigen (auf 100.000)	Knaben: 39,7; Mädchen: 26,7 (2010)	Knaben: ↓↓ Mädchen: ↓	↓	n.v.	↓↓ (1970-2010)

Anmerkungen: n.v.: nicht verfügbar, n.a.: nicht anwendbar, ↔: gleich (geringere Differenz als ein Prozentpunkt), ↑: höher um mind. einen Prozentpunkt, ↑↑: höher um mind. fünf Prozentpunkte, ↓: niedriger um mind. einen Prozentpunkt, ↓↓: niedriger um mind. fünf Prozentpunkte, ~: kein einheitlicher Trend

Krebserkrankungen sind die ernsthaftesten und lebensbedrohlichsten Erkrankungen für gesund geborene Kinder. In Niederösterreich erkrankten im Jahresdurchschnitt des Beobachtungszeitraums von 2004 bis 2008 14,2 Kinder pro 100.000 im Alter zwischen 0 bis 14 Jahren und 17,7 Kinder pro 100.000 im Alter zwischen 15 bis 19 Jahren an Krebs (Tabelle 4). In der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen ist Leukämie die häufigste Form der Krebserkrankung (5,8 Kinder pro 100.000). In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen stellt das Auftreten von anderen malignen Tumoren die häufigste Krebserkrankung dar (12,9 Jugendliche pro 100.000).

Chronische Erkrankungen, wie Asthma und Diabetes Mellitus Typ 1 bestimmen das Krankheitspektrum im Kindes- und Jugendalter (Tabelle 4). Die durchschnittliche Inzidenzrate für Diabetes Mellitus Typ 1 Erkrankungen bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren lag im Jahresdurchschnitt im Beobachtungszeitraum von 2004 bis 2009 bei 17,2 Kindern pro 100.000 (Waldhoer et al., 2008). Basierend auf einer Elternbefragung wurde im Jahr 2008 die Lebenszeitprävalenz von Asthma bei niederösterreichischen Volksschulkindern mit rund 5% erhoben. Selbstangaben zu Größe und Gewicht wiederum ergaben für das Jahr 2010 einen Anteil von 15% an übergewichtigen sowie von 5% an adipösen Kindern und Jugendlichen in Niederösterreich. Die WHO hat für 2020 als Ziel definiert, dass 80% der 6-Jährigen kariesfrei sein sollen. Im Jahr 2010/11 waren 50,3% der 6-jährigen Kinder in Niederösterreich kariesfrei.

Tabelle 4: Morbidität (Krankheiten)

Indikator	Anteil/Wert (Jahr)	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Knaben	mit steigendem Alter	im zeitlichen Verlauf
Inzidenz von Krebserkrankungen (0-14 Jahre) pro 100.000	14,2 (2004-2008)	↔	n.v.	↑	~ (2004-2008)
Inzidenz von Diabetes Mellitus Typ 1 (0-14 Jahre) pro 100.000	17,8 (2004-2009)	↔	n.v.	n.v.	↑↑ (1989-1993) (2004-2009)
Prävalenz von Asthma	5% (2008)	n.v.	↓↓	n.v.	n.v.
Zahngesundheit (Anteil der 6-Jährigen ohne Karies)	50,3% (2010/11)	↔ (2006/07)	n.v.	n.a.	↓↓
Übergewicht	15% (2010)	↑	↓	~	n.v.
Adipositas	5% (2010)	↑	↓	~	n.v.

Anmerkungen: n.v.: nicht verfügbar, n.a.: nicht anwendbar, ↔: gleich (geringere Differenz als ein Prozentpunkt), ↑: höher um mind. einen Prozentpunkt, ↑↑: höher um mind. fünf Prozentpunkte, ↓: niedriger um mind. einen Prozentpunkt, ↓↓: niedriger um mind. fünf Prozentpunkte, ~: kein einheitlicher Trend

Zu den häufigsten Unfallursachen zählt die Beteiligung an Verkehrsunfällen (Tabelle 5). Insgesamt waren im Jahresdurchschnitt des Beobachtungszeitraums von 2005 bis 2010 801,6 Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 19 Jahren in Verkehrsunfälle mit Personenschaden involviert. Knaben kommen häufiger bei Verkehrsunfällen zu Schaden, hier insbesondere die 15- bis 19-Jährigen. Zu den häufigsten Folgen von Unfällen unterschiedlicher Ursachen zählen Frakturen des Unterarms, des Oberschenkel- und des Unterschenkelknochens. In Niederösterreich waren davon im Beobachtungszeitraums 2005 bis 2009 im Jahresschnitt 255,4 Kinder und Jugendliche pro 100.000 bis zum Alter von 19 Jahren betroffen.

Am zweithäufigsten kam es in Niederösterreich aufgrund von Vergiftungen zu stationären Aufnahmen. Insgesamt waren 67,5 Kinder und Jugendliche pro 100.000 bis zum Alter von 19 Jahren betroffen. Durchschnittlich 52,5 Kinder und Jugendliche pro 100.000 bis zum Alter von 19 Jahren wurden im Beobachtungszeitraum von 2005 bis 2009 jedes Jahr aufgrund von Verbrennungen und Verätzungen stationär behandelt. Insbesondere Vergiftungen und Frakturen betreffen Knaben

häufiger als Mädchen und Jugendliche häufiger als Kleinkinder. Bei Verbrennungen und Verätzungen zeigen sich keine Geschlechtsunterschiede und der Alterseffekt ist gegenläufig.

Im Jahresdurchschnitt des Beobachtungszeitraums von 2005 bis 2009 betrug die Rate an stationären Aufnahmen aufgrund von Suizidversuchen und absichtlichen Selbstverletzungen für 10- bis 19-Jährige 11,5 pro 100.000. Vergleichsweise am höchsten ist die Selbstmordversuchsrate bei Mädchen der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre.

Tabelle 5: Morbidität (Unfälle)

Indikator	Wert (Jahr)	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Knaben	mit steigendem Alter	im zeitlichen Verlauf
Straßenverkehrsunfälle (0-24 J.)	801,6 (2005-2010)	↓↓	↓↓	↑↑	~ (2005-2010)
Frakturen (0-19 J.)	255,4 (2005-2009)	↓↓	↓↓	~	~ (2005-2009)
Verbrennungen und Verätzungen (0-19 J.)	52,5 (2005-2009)	↑	↓↓	↓	~ (2005-2009)
Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinischen Substanzen (0-19 J.)	67,5 (2005-2009)	↓↓	↓↓	↑↑	↑↑ (2005-2009)
Suizid-Versuche, absichtliche Selbstverletzungen (10-19 J.)	11,5 (2005-2009)	↔	↑↑	↑↑	~ (2005-2009)

Anmerkungen: n.v.: nicht verfügbar, n.a.: nicht anwendbar, ↔: gleich (geringere Differenz als eine Einheit), ↑: höher um mind. eine Einheit, ↑↑: höher um mind. fünf Einheiten, ↓: niedriger um mind. Eine Einheit, ↓↓: niedriger um mind. fünf Einheiten, ~: kein einheitlicher Trend

Die Beschreibung des subjektiven Gesundheitszustands niederösterreichischer Schüler/innen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren basiert auf aktuellen Daten der Österreichischen Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie (Ramelow et al., 2011).

Den subjektiven Gesundheitszustand beschreibt ein Drittel der niederösterreichischen Schüler/innen als ausgezeichnet, die Hälfte berichtet über einen guten Gesundheitszustand (Tabelle 6). Generell schätzen Mädchen ihren Gesundheitszustand etwas schlechter ein als Knaben und 11-jährige Schüler/innen besser als Schüler/innen der übrigen Altersgruppen. Die Lebenszufriedenheit – als globale Einschätzung über das eigene Leben (Pavot & Diener, 1993) – beurteilen niederösterreichische Schüler/innen auf einer Skala von 0 bis 10 mit 7,4, wobei ein höherer Wert eine höhere Lebenszufriedenheit bedeutet. Bei diesem Indikator zeigen sich keine Geschlechtsunterschiede. Die Bewertung der Lebenszufriedenheit sinkt allerdings mit zunehmendem Alter. Die Beschwerdelast (z.B.: körperliche Beschwerden, psychologische Symptome) charakterisiert die negativen Aspekte der subjektiven Gesundheit. Fast ein Fünftel der niederösterreichischen Schüler/innen berichtet, mehrmals pro Woche oder täglich an Einschlafschwierigkeiten zu leiden. Jeweils rund ein Siebtel erlebt Kopfschmerzen, Gereiztheit und Rücken-/Kreuzschmerzen. Insgesamt steigt bei niederösterreichischen Kinder und Jugendlichen die mittlere Beschwerdelast mit dem Alter, und diese ist bei Mädchen höher als bei Knaben.

Tabelle 6: Überblick über subjektiven Gesundheitszustand

Indikator	Anteil/Wert (Jahr)	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Knaben	mit steigendem Alter	im zeitlichen Verlauf
Anteil der Kinder, die ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet beschreiben	34% (2010)	↔	↓	Mädchen: ↓	n.v.
Mittelwert: Lebenszufriedenheit	7,4 (2010)	↔	↔	↓	n.v.
Mittelwert: subjektive Beschwerden	34,9 (2010)	↔	↑↑	↑↑	n.v.

Anmerkungen: n.v.: nicht verfügbar, n.a.: nicht anwendbar, ↔: gleich (kein oder vernachlässigbarer Effekt/Zusammenhang), ↑: höher (geringer Effekt/Zusammenhang), ↑↑: höher (mittlerer Effekt/Zusammenhang), ↓: niedriger (geringer Effekt/Zusammenhang), ↓↓: niedriger (mittlerer Effekt/Zusammenhang), ~: kein einheitlicher Trend

Determinanten der Gesundheit

Thematisiert werden zentrale Lebensstildeterminanten, wie Bewegungsverhalten und Suchtmittelkonsum sowie die Integration in und die Unterstützung durch soziale Netzwerke (Eltern und Schulkameraden). Die ausgewählten Aspekte des Gesundheitsverhaltens der niederösterreichischen Schüler/innen und Schüler sind vergleichbar mit dem der Schüler/innen aus Gesamtösterreich. Besonders auffällig sind das geringe Bewegungsausmaß der Kinder und Jugendlichen und die Zunahme von risikohaften Verhaltensweisen mit dem Alter der Kinder.

Nur etwas weniger als ein Fünftel der niederösterreichischen Schüler/innen (17%) erfüllt die Bewegungsempfehlungen der WHO von täglich 60 Minuten körperlicher Aktivität bei mittlerer bis hoher Intensität (Tabelle 7). Mädchen erfüllen die Bewegungsempfehlungen zu einem geringeren Anteil als Burschen (13% verglichen mit 21%). Das Bewegungsausmaß sinkt auffallend mit dem Alter der Kinder und Jugendlichen.

Derzeit rauchen insgesamt 27% der niederösterreichischen Burschen und Mädchen, 14% davon jeden Tag. Auch dieser Indikator zeigt altersabhängige Unterschiede. Beim Konsum von Alkohol zeigen sich ähnliche altersspezifische Muster. Rund ein Viertel (26%) der niederösterreichischen Schüler/innen trinkt mindestens einmal pro Woche Alkohol. Im Alter von 17 Jahren trinken rund sechs von zehn Jugendlichen mindestens einmal pro Woche Alkohol. Der Anteil beträgt bei den 15-Jährigen 35% und bei den 13-Jährigen 6%. Burschen trinken in dieser Regelmäßigkeit etwas häufiger Alkohol als Mädchen. Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen gaben 9% bzw. 7% der 17- bzw. 15-jährigen Knaben und 4% bzw. 2% der Mädchen an. Die Anteile derjenigen, die im letzten Jahr oder jemals in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben, liegen weitaus höher.

In Gesamt-Österreich zeigt sich ein leicht positiver linearer Zusammenhang des Familienwohlstandes mit dem Bewegungsverhalten und dem Rauchverhalten der Schüler/innen. Bei Schüler/inne/n, die einem mittleren Wohlstandsniveau zugerechnet werden können, ist das Risiko wöchentlich Alkohol zu konsumieren höher als bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem geringen Familienwohlstandsniveau.

Tabelle 7: Lebensstildeterminanten

Indikator	Anteil/Wert (Jahr)	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Knaben	mit steigendem Alter	im zeitlichen Verlauf
Mittelwert: Anzahl der Tage/Woche an denen K&J für mind. 60 Min körperlich aktiv	3,9 (2010)	↔	↓	↓↓	n.v.
Anteil der K&J, die der Bewegungsempfehlung der WHO entsprechen	17% (2010)	↓*	↓*	↓*	n.v.
Anteil der K&J, die täglich rauchen	15% (2010)	↔	↔	↑↑	n.v.
Anteil der K&J, die mind. einmal pro Woche Alkohol trinken	26% (2010)	↔	↓	↑↑	n.v.
Anteil der K&J, die in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert haben	6% (2010)	↔	↓	↔	n.v.

Anmerkungen: n.v.: nicht verfügbar, n.a.: nicht anwendbar, ↔: gleich (kein oder vernachlässigbarer Effekt/Zusammenhang), ↑: höher (geringer Effekt/Zusammenhang), ↑↑: höher (mittlerer Effekt/Zusammenhang), ↓: niedriger (geringer Effekt/Zusammenhang), ↓↓: niedriger (mittlerer Effekt/Zusammenhang), ~: kein einheitlicher Trend, *: keine Effektstärkenberechnungen

Niederösterreichische Schüler/innen beurteilen das Gesprächsklima mit ihrer Mutter besser als jenes mit ihrem Vater (Tabelle 8). 81% aller befragten Schüler/innen geben an, sehr leicht bzw. leicht mit ihrer Mutter sprechen zu können, während das nur 59% mit dem Vater können. Mit dem Alter der Kinder und Jugendlichen sinkt der Anteil derjenigen, die über ein (sehr) gutes Gesprächsklima mit Vater oder Mutter berichten. Die einzige Ausnahme stellen 17-jährige Mädchen dar, die das Gesprächsklima mit ihrer Mutter wieder positiver beurteilen.

Fast zwei Drittel (62%) der Schüler/innen berichten über eine sehr gute bzw. eher gute Beziehung zu ihren Schulkameraden. Mädchen bewerten die Beziehungen zu den Mitschülerinnen und Mitschülern generell besser als Burschen. 11- und 17-Jährige beurteilen das Klassenklima positiver als 15- und 13-Jährige.

Tabelle 8: Soziale Determinanten, 2010

Indikator	Anteil/Wert (Jahr)	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Knaben	mit steigendem Alter	im zeitlichen Verlauf
Anteil der K&J, die angeben, sehr leicht mit ihrer Mutter über wichtige Dinge sprechen zu können	39% (2010)	↔	↔	↓	n.v.
Anteil der K&J, die angeben, sehr leicht mit ihrem Vater über wichtige Dinge sprechen zu können	21% (2010)	↔	↓	↓	n.v.
Anteil der K&J, die über eine sehr gute bzw. eher gute Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung berichten	62% (2010)	↔	↑	~	n.v.

Anmerkungen: n.v.: nicht verfügbar, n.a.: nicht anwendbar, ↔: gleich (kein oder vernachlässigbarer Effekt/Zusammenhang), ↑: höher (geringer Effekt/Zusammenhang), ↑↑: höher (mittlerer Effekt/Zusammenhang), ↓: niedriger (geringer Effekt/Zusammenhang), ↓↓: niedriger (mittlerer Effekt/Zusammenhang), ~: kein einheitlicher Trend,

Ergebnisse der Stellungenuntersuchung des niederösterreichischen Bundesheeres

Jährlich treten rund 9.000 junge Männer in Niederösterreich zur Stellungskommission an. Der Anteil der als untauglich bewerteten Stellungspflichtigen lag im Jahr 2010 (Geburtsjahrgang 1992) bei 12,2%, der Anteil der als tauglich bewerteten Stellungspflichtigen bei 82,1% (Tabelle 9). Der Anteil der als untauglich beurteilten Stellungspflichtigen ist im Beobachtungszeitraum von 1980 an leicht angestiegen. Die am häufigsten diagnostizierten Krankheiten und Störungen fallen in die Kategorie „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (24,8%). Ebenfalls häufig diagnostiziert werden „Psychische und Verhaltensstörungen“ (13,6%), „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ (12,4%) sowie „Krankheiten des Atmungssystems“ (11,6%).

Tabelle 9: Stellungenuntersuchung des niederösterreichischen Bundesheeres

Indikator	Anteil/Wert (Jahr)	im Vergleich zu Österreich	Mädchen im Vergleich zu Knaben	mit steigendem Alter	im zeitlichen Verlauf
Anteil der als „Untauglich“ befundenen Stellungspflichtigen	12,2% (2010)	↔	n.a.	n.a.	↑

Anmerkungen: n.v.: nicht verfügbar, n.a.: nicht anwendbar, ↔: gleich (geringere Differenz als ein Prozentpunkt), ↑: höher um mind. einen Prozentpunkt, ↑↑: höher um mind. fünf Prozentpunkte, ↓: niedriger um mind. einen Prozentpunkt, ↓↓: niedriger um mind. fünf Prozentpunkte, ~: kein einheitlicher Trend

5 Einleitung

In den Lebenswelten und Erfahrungen Kinder und Jugendlicher liegt der Grundstein für die Entwicklung des Gesundheitszustands als Erwachsener. In diesem Lebensabschnitt werden gesundheitsrelevante Verhaltensweisen erlernt, die auch den Lebensstil im Erwachsenenalter beeinflussen. Die Beachtung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen besitzt darüber hinaus als eigenständiges Ziel Bedeutung: Der Artikel 24 der UN-Konvention über die Rechte des Kindes hält das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit fest (Vereinte Nationen, 1990). Im Jahr 2010 lebten in Niederösterreich 338.500 Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 19 Jahren. Dies entspricht einem Anteil von 21% an der niederösterreichischen Gesamtbevölkerung.

Die Beschreibung der Lebenswelten, der soziodemographischen Rahmenbedingungen, des Gesundheitszustandes und der Gesundheitsdeterminanten von diesen Kindern und Jugendlichen als spezifische Subgruppe der Gesundheitsförderung ist Ziel dieses Berichts.

In diesem Bericht können nur einzelne und ausgewählte Aspekte der Gesundheit, des Gesundheitsverhaltens und der Determinanten der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dargestellt werden. Die Leitlinien für diese Auswahl und die verwendeten Datenquellen werden im Kapitel Methodik beschrieben. Die ausgewählten Themen gliedern sich in vier große Teilbereiche:

Soziodemographie: Dieses Kapitel liefert einen Überblick über die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen in Niederösterreich. Von besonderem Interesse ist hierbei die soziale Ungleichheit in der Gesellschaft gemessen unter anderem am Bildungsniveau und der beruflichen Stellung der Eltern, die wiederum Auswirkungen auf die gesundheitliche Ungleichheit hat. Die Integration ins Ausbildungs- und Erwerbssystem der Jugendlichen ist ebenfalls Teil dieses Kapitels.

Gesundheitszustand und Wohlbefinden: Neben objektiven Kriterien zur Beschreibung der Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten sowie Unfällen wird auch der subjektive Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen beschrieben. Die relevanten Mortalitätsindikatoren für diese Altersgruppe werden ebenfalls dargestellt.

Gesundheitliche Determinanten: Thematisiert werden zentrale Lebensstildeterminanten, wie Bewegungsverhalten und Suchtmittelkonsum sowie die Integration in und Unterstützung durch soziale Netzwerke (Eltern und Schulkameraden).

Ergebnisse der Stellungsuntersuchung des niederösterreichischen Bundesheeres: Diese geben einen Einblick in den für den Zweck der Befundung der Tauglichkeit erhobenen Gesundheitszustand von jungen Männern.

Eine zielgerichtete und verlässliche Datenbasis über den Gesundheitszustand von Kindern schafft die Voraussetzungen für eine systematische Identifizierung von relevanten Handlungsfeldern, für die Definition von Zielen im Gesundheitswesen sowie die daraus abgeleiteten gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

6 Methodik

6.1 Auswahl der Themen, Kriterien und Indikatoren

Als Rahmen für die Auswahl der Themen, Kriterien und Indikatoren für den vorliegenden Bericht fanden die Aufgaben und Zielsetzungen des Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds sowie internationale und nationale Indikatorensätze und Empfehlungen Berücksichtigung (Das Land Steiermark, 2010; Gesundheit Österreich GmbH, 2007a; Rigby & Köhler, 2002). Auf europäischer Ebene verfolgte das Child Health Indicators of Life and Development (CHILD)-Projekt das Ziel, Themenbereiche zu spezifizieren und geeignete Indikatoren für die Beschreibung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu definieren (Rigby & Köhler, 2002). Eine weitest mögliche Orientierung an diesen Empfehlungen schafft die Basis für eine internationale und nationale Vergleichbarkeit.

Der Artikel 1 der UN-Konvention über die Rechte des Kindes definiert alle Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, als Kinder (Vereinte Nationen, 1990). Gemäß der UN-Definition empfehlen auch Rigby und Köhler (2002) die Fokussierung auf Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 17 Jahren und die Bildung der Altersgruppen 0-4, 5-9, 10-14 und 15-17 Jahre. Die Daten können auf 15- bis 19-Jährige erweitert werden, wenn sie für die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen nicht zur Verfügung stehen (Rigby & Köhler, 2002).

Die Darstellung der Daten erfolgt wenn möglich gemäß den Empfehlungen von Rigby und Köhler (2002) getrennt nach Geschlecht, nach sozioökonomischem Hintergrund und nach Alter. Die Ergebnisse aus Niederösterreich werden denen von Gesamt-Österreich gegenübergestellt.

6.2 Datenquellen und Berechnung

Die Daten stammen aus unterschiedlichen Quellen der öffentlichen Verwaltung, Registern von wissenschaftlichen Einrichtungen und spezifischen Befragungen von Kindern und Jugendlichen. Die verwendeten Datenquellen sind in den jeweiligen Kapiteln explizit erwähnt. Vorab werden zwei relevante Datenquellen genauer erläutert.

Daten zur Volkszählung aus den Jahren 1961 – 2001, zu den Mikrozensus-Erhebungen, zur Todesursachen-, Krebs- und Krankenhausentlassungstatistik und zum Bevölkerungsregister wurden vorwiegend über das Integrierte Statistische Informationssystem (ISIS) oder der Statistischen Datenbank (SDB) der Statistik Austria abgerufen. Die Berechnung der altersspezifischen Sterblichkeitsraten, Unfallraten und Krebsinzidenzraten erfolgte basierend auf der Anzahl der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen sowie auf Bevölkerungsdaten zum Jahresdurchschnitt.

Eine Vielzahl an Indikatoren beruht auf den aktuellen Daten der Österreichischen Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie. Die HBSC-Studie ist ein international vergleichendes Forschungsvorhaben unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO), welches alle 4 Jahre durchgeführt wird. Ziele der Studie sind es, neue Einblicke und ein vermehrtes Verständnis über die Gesundheit und das Wohlbefinden sowie das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu erlangen. Zudem sind Gesundheitsdeterminanten, vor allem in der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen, ein Schwerpunkt der Studie. Die Daten der HBSC-Studie

sollen Entscheidungsträger/innen und Praktiker/innen in der Gesundheitsförderung bei ihrer Arbeit unterstützen.

Die Daten beruhen auf einem Fragebogen, der von 11-, 13- und 15-jährigen Schüler/innen selbst ausgefüllt wird. Die Stichprobe basiert auf einer Zufallsauswahl aller österreichischen Schulklassen der 5., 7. und 9. Schulstufe (Ausnahme sonder- und heilpädagogische Einrichtungen), quotiert nach Alter, Geschlecht, Schultyp und Bundesland. Im aktuellen HBSC-Survey aus dem Schuljahr 2009/2010 wurden auch erstmals Daten von 17-jährigen Schülerinnen bzw. Schülern aus der 11. Schulstufe erhoben.

Die Daten des HBSC-Survey sowie die dazugehörige statistische Auswertung wurden über das Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research bezogen. Die Ergebnisse für Gesamtösterreich sind im aktuellen HBSC-Bericht, der vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben wurde, detailliert dargestellt und nachlesbar (Ramelow et al., 2011).

Die niederösterreichische HBSC-Stichprobe umfasst insgesamt 1.152 Schüler/innen. Die Rücklaufquote für Niederösterreich beträgt auf Schul- und Klassenebene jeweils ca. 72%, auf Schüler/innenebene 63% (Griebler et al., 2011). Für die statistische Analyse der HBSC-Daten wurden verschiedene Effektstärken (Cramér's V^1 , der Phi-Koeffizient² und Cohen's d^3) verwendet, die nach folgendem Schema interpretiert werden können: *Cramér's V und Phi*: 0,0 bis <0,1 (unbedeutender Zusammenhang); 0,1 bis <0,2 (schwacher Zusammenhang); 0,2 bis <0,4 (mittlerer Zusammenhang); 0,4 bis <0,6 (relativ starker Zusammenhang); 0,6 bis <0,8 (starker Zusammenhang); 0,8 bis 1 (sehr starker Zusammenhang) (Kotrlik et al., 2011). *Cohen's d*: $d=0,2$ (geringe Stärke); $d=0,5$ (mittlere Stärke); $d=0,8$ (hohe Stärke) (Kotrlik et al., 2011).

¹ Cramér's V ist ein Chi-quadrat-basiertes Zusammenhangsmaß, das bei beliebig großen Kreuztabellen angewandt werden kann. Cramér's V liegt bei jeder Kreuztabelle – unabhängig von der Anzahl der Zeilen und Spalten – zwischen 0 und 1.

² Der Phi-Koeffizient ist ein Maß für die Stärke des Zusammenhangs zweier dichotomer Merkmale. Cramér's V und Phi werden für nominale Daten verwendet

³ Cohen's d ist ein übliches Maß für die Berechnung von Effektstärken bei t-tests mit unabhängigen Variablen.

7 Soziodemographie

Dieses Kapitel fokussiert auf gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen, unter denen Kinder und Jugendliche in Niederösterreich aufwachsen. Besonders die sozioökonomischen Lebensumstände, gemessen an der beruflichen Stellung der Eltern, der Armutsgefährdung der Kinder, dem Bildungsniveau der Eltern und dem eigenen erreichten höchsten abgeschlossenen Bildungsniveau, weisen bedeutende Zusammenhänge mit dem Gesundheitsverhalten und dem Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen auf.

7.1 Zusammenfassung

Im Jahr 2010 lebten in Niederösterreich 338.500 Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 19 Jahren. Dies entspricht einem Anteil von 21% an der niederösterreichischen Gesamtbevölkerung. Die gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen dieser Kinder und Jugendlichen werden im Sinne des Determinanten-Modells der Gesundheit auch von den sozioökonomischen Lebensumständen der Eltern beeinflusst (Rigby & Köhler, 2002). Das Bildungsniveau der Eltern, deren berufliche Stellung und das Einkommen sind wichtige voneinander abhängige Indikatoren zur Identifizierung von benachteiligten Personengruppen in einer Gesellschaft (Veichtlbauer & Schlögl, 2001).

Im Jahr 2010 war bei 15% der niederösterreichischen Kinder bis zum Alter von 17 Jahren die berufliche Stellung der Familienreferenzperson „ungelernte Arbeitskraft“ bzw. „in Lehrausbildung“. Im Jahr 2010 lebten 10,9% der Kinder bis zum Alter von 14 Jahren in Haushalten von Alleinerzieherinnen und 0,3% in Haushalten von Alleinerziehern. In tatsächlich armutsgefährdeten Haushalten lebten im Jahr 2009 11% der Kinder im Alter bis zu 19 Jahren (35.000 von 327.000 Kinder und Jugendlichen). Die Anteile der niederösterreichischen Kinder und Jugendlichen, die armutsgefährdet sind bzw. in Haushalten von Alleinerzieherinnen und Alleinerziehern leben sind vergleichbar mit dem Österreich-Durchschnitt.

Insbesondere bei Kindern aus bildungsfernen Familien kann der Kindergartenbesuch das Risiko eines verspäteten Schuleintritts reduzieren (Kratzmann & Schneider, 2009). Im Jahr 2010 lag die Kinderbetreuungsquote der 3- bis 5-Jährigen in Niederösterreich bei 95,2%. Auch eine längere Integration ins Bildungssystem schafft zukünftige Chancen für die Teilhabe am Erwerbsleben. In Österreich zählten im Jahr 2008 in der Altersgruppe der 15- bis 16-Jährigen 6,2% und in der Altersgruppe der 23- bis 24-Jährigen 12,9% zu frühen Schulabgänger/inne/n (Steiner, 2009). Die Integration in den Arbeitsmarkt von niederösterreichischen Jugendlichen liegt unter dem Österreich-Durchschnitt. Die Register-Arbeitslosenquote der bis 19-Jährigen lag in Niederösterreich im Jahr 2010 bei 5,7%, in Österreich bei 4,9%. Frauen sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Männer.

7.2 Bevölkerungsstruktur

7.2.1 Beschreibung des Kriteriums „Bevölkerungsstruktur“

Die Darstellung der Bevölkerungsstruktur Niederösterreichs erfolgt in diesem Bericht nach Geschlecht sowie nach Altersgruppen (0 bis unter 19 Jahre, 20 bis unter 65 Jahre sowie 65 Jahre und älter), da daraus wichtige Informationen über Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen gewonnen werden können.

Bei Rigby und Köhler (2002) wird das Kriterium „Bevölkerungsstruktur“ als solches nicht empfohlen. Es wird auf die European Community Health Indicators verwiesen.

Für unseren Bericht verwenden wir zur Beschreibung der Bevölkerungsstruktur die Daten aus der ISIS-Datenbank der Statistik Austria.

7.2.2 Bevölkerungsstruktur nach Geschlecht und breiten Altersgruppen in Niederösterreich und Österreich im Jahr 2010

Die Bevölkerungsstruktur nach Geschlecht und breiten Altersgruppen in Niederösterreich sowie in Österreich im Jahr 2010 wird in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Bevölkerungsstruktur nach Geschlecht und breiten Altersgruppen in Niederösterreich und Österreich, 2010

				Gesamt			Frauen			Männer		
	Gesamt	Frauen	Männer	0 bis 19 Jahre	20 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter	0 bis 19 Jahre	20 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter	0 bis 19 Jahre	20 bis 64 Jahre	65 Jahre und älter
	in 1.000			in Prozent								
Niederösterreich	1.609,8	821,2	788,6	21,0	60,3	18,7	20,1	58,9	21,0	22,0	61,7	16,3
Österreich	8.387,7	4.301,3	4.086,4	20,7	61,6	17,6	19,7	60,2	20,1	21,8	63,1	15,1

Datenquelle: Statistik Austria 2011, Datenbankabfrage ISIS (abgerufen am 06.12.2011)

Bearbeitung: Donau-Universität Krems

Im Jahr 2010 waren 21% der Niederösterreicher/innen zwischen null und 19 Jahre alt und 18,7% 65 Jahre und älter (Tabelle 10). Betrachtet man diese Zahlen nach Geschlecht, ist der Anteil der älteren Personen mit 21% bei den Frauen höher als bei den Männern (16,3%). Die weibliche Bevölkerung ist durchschnittlich älter als die männliche Bevölkerung.

Die Bevölkerungsstruktur in Niederösterreich dargestellt nach Geschlecht und Alter entspricht weitestgehend der österreichischen Bevölkerungsstruktur.

7.2.3 Bevölkerungsstruktur im zeitlichen Trend

Im Folgenden (Abbildung 1 und Abbildung 2) sind die zeitlichen Bevölkerungstrends sowohl für Niederösterreich als auch für Österreich zur jeweiligen Jahresmitte von 1981, 1991, 2001, 2005 sowie 2010 dargestellt.

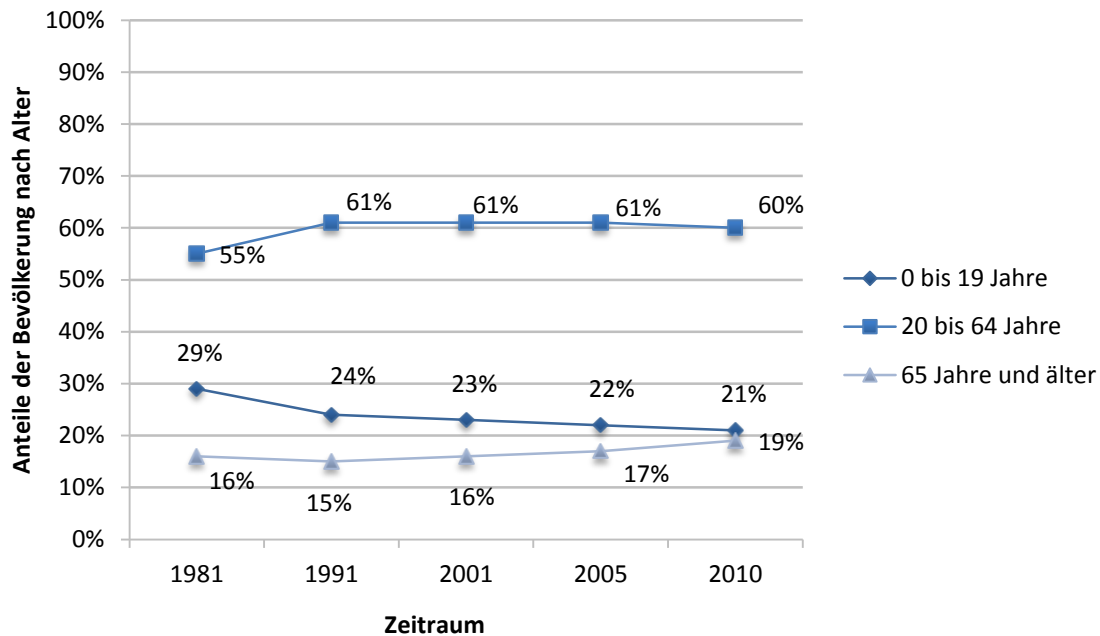


Abbildung 1: Bevölkerungsstruktur zur jeweiligen Jahresmitte nach breiten Altersgruppen in Niederösterreich, 1981-2010
 Datenquelle: Statistik Austria 2011, Datenbankabfrage ISIS (abgerufen am 12.12.2011)
 Bearbeitung: Donau-Universität Krems

Anhand dieser Trendanalyse der Altersstruktur der niederösterreichischen Bevölkerung ist ersichtlich, dass der Anteil der Bevölkerung im Alter von 65 und älter seit 1991 angestiegen ist. Gleichzeitig ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen bis 19 Jahre von 1981 bis 2010 von 29% auf 21% gesunken.

Ein ähnlicher Trend ist auch für Österreich in Abbildung 2 erkennbar.

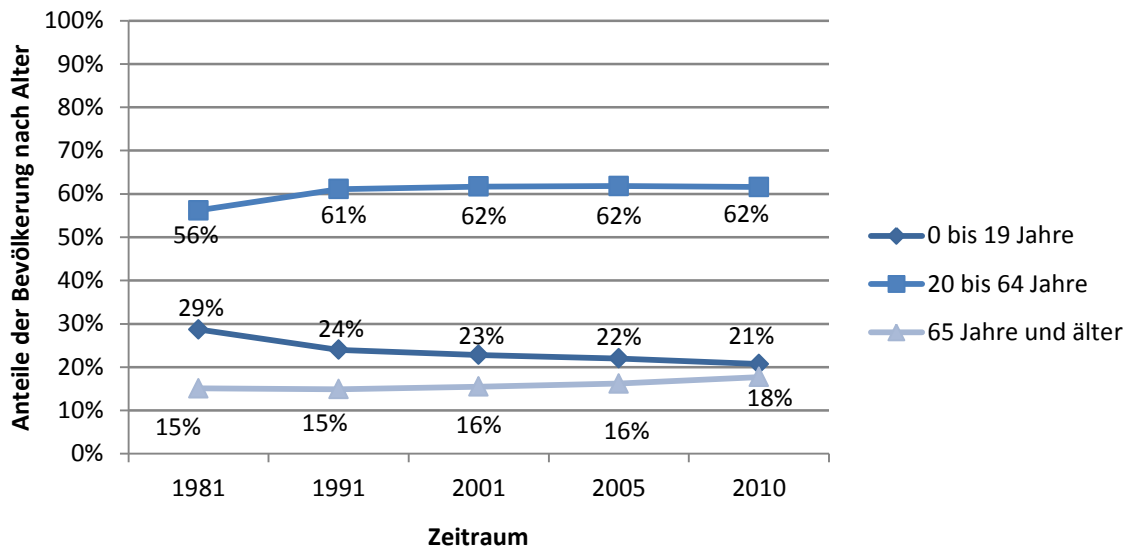


Abbildung 2: Bevölkerungsstruktur zur jeweiligen Jahresmitte nach breiten Altersgruppen in Österreich und im zeitlichen Trend

Datenquelle: Statistik Austria 2011, Datenbankabfrage ISIS (abgerufen am 12.12.2011)

So zeigt sich auch im Zeitverlauf für Österreich, dass der Anteil der jüngeren Bevölkerung bis 19 Jahre seit 1981 um 8 Prozentpunkte (von 29% auf 21%) gesunken ist, gleichzeitig der Anteil der älteren Bevölkerung ab 65 Jahren von 15% auf 18% angestiegen ist.

7.3 Bildungsniveau der Eltern

7.3.1 Beschreibung des Indikators „Bildungsniveau der Eltern“

Kinder von Eltern mit einem vergleichsweise niedrigen Bildungsabschluss sind in vielfältiger Weise benachteiligt (Rigby & Köhler, 2002). Der höchste erreichte Bildungsabschluss beeinflusst über die berufliche Stellung (vgl. Kapitel 7.4) das erzielte Einkommen und damit auch den sozioökonomischen Status (Veichtlbauer & Schlögl, 2001).

Außerdem übt das Bildungsniveau Einfluss auf das Gesundheitsverhalten aus, indem beispielsweise medizinische Dienste schneller in Anspruch genommen werden (Rigby & Köhler, 2002). So gibt es unter anderem Hinweise, dass besser gebildete Mütter bei Verdacht auf frühkindliche Hörschäden eher eine Klinik aufsuchen als weniger gut Gebildete (De Maddalena et al., 1997).

Die Auswirkungen von Bildung zeigen sich bereits perinatal. Frauen mit höherem Bildungsniveau rauchen seltener in der Schwangerschaft und somit wird ein Risiko für Frühgeburten reduziert (J. Currie & Moretti, 2002). Mütter mit höherem Bildungsniveau stillen ihre Kinder häufiger und länger (Van Rossem et al., 2009).

Kinder aus niederen Bildungsschichten leiden häufiger unter Adipositas (Dannemann et al., 2011) und deren Mütter neigen vermehrt dazu, die Risiken dieser Erkrankung zu unterschätzen (Warschburger, 2010).

Das Bildungsniveau der Eltern bestimmt zu einem Großteil das Bildungsniveau der Kinder. Rund die Hälfte der Jugendlichen zwischen 15 und 34 Jahren (53%), die ihre Ausbildung bereits abgeschlossen haben, erreichen denselben Bildungsabschluss wie ihre Eltern. Rund ein Drittel (30%) erreicht einen höheren Ausbildungsabschluss (Knittler, 2011).

Basierend auf den Empfehlungen der EU-Child-Indikatoren werden die prozentualen Werte der Kinder aufgezeigt, die eine Mutter oder einen Vater (je nach Tabelle) mit dem jeweilig dargestellten Bildungsabschluss haben. Da differenzierte Zahlen der empfohlenen Altersgruppen 0-4, 5-9, 10-14 und 15-17 nicht zur Verfügung stehen werden die Kinder im Alter von 0-17 Jahren zusammengefasst dargestellt. Als Grundlage dienen die Daten der Volksbefragungen 1981, 1991 und 2001, sowie die Mikrozensus-Erhebungen 2004 bis 2009.

7.3.2 Verteilung des Bildungsniveaus der Eltern in Niederösterreich

Von 1981 bis 2001 zeigt sich der Anstieg des Bildungsniveaus in der Bevölkerung (Tabelle 11). 1981 hatten mit 58,5% noch mehr als die Hälfte der Kinder eine Mutter, die Pflichtschulabschluss aufwies. Dieser Wert hat sich bis 2001 mit 31,9% beinahe halbiert. In Niederösterreich lag der Anteil der Mütter mit Pflichtschulabschluss im Jahr 2001 mit 34,3% etwas über dem österreichischen Schnitt. Im selben Zeitraum ist in Niederösterreich der Anteil der Kinder, deren Mütter Universitäts- oder Hochschulabschluss erreichten, von 1,7% auf 8,5% auf das Fünffache angestiegen.

Tabelle 11: Anteil der Kinder nach höchstem abgeschlossenem Bildungsniveau der Mutter für Niederösterreich und Österreich im Trend

	Niederösterreich			Österreich		
	1981	1991	2001	1981	1991	2001
Universität, (Fach-)Hochschule	1,7	4,8	8,5	2,1	5,1	8,8
Matura	4,4	7,0	10,4	4,8	6,8	9,4
Berufsbildende mittlere Schule	14,6	18,9	21,8	13,4	16,8	19,3
Lehrlingsausbildung	20,8	28,6	27,3	19,3	26,3	28,2
Pflichtschule	58,5	40,7	31,9	60,3	45,0	34,3

Datenquelle: Statistik Austria, Volkszählungen 1981-2001. Datenbankabfrage ISIS (abgerufen am 15.11.2011).
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

In der jüngeren Vergangenheit stieg der Anteil der Kinder, deren Mutter einen Universitäts- oder Hochschulabschluss aufwies von 13,3% im Jahr 2004 auf 15,1% im Jahr 2009 an (Tabelle 12). Sowohl in Niederösterreich als auch in Österreich blieb der Anteil der Elternteile mit Matura im Zeitraum zwischen 2004 bis 2009 weitgehend konstant. In Niederösterreich war zuletzt der Anteil der Kinder, deren Mütter einen Pflichtschulabschluss aufwiesen, mit 16,7% niedriger als in Österreich mit 20,6%.

Tabelle 12: Anteil der Kinder nach höchstem abgeschlossenem Bildungsniveau der Mutter für Niederösterreich und Österreich im Trend

	Niederösterreich						Österreich					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Universität, (Fach-) Hochschule	13,3	14,3	12,4	12,6	13,1	15,1	11,7	11,6	11,9	12,5	13,6	14,5
Matura	18,2	16,2	18,3	17,7	18,0	17,4	15,3	14,5	14,8	14,7	15,6	15,6
Berufsbildende mittlere Schule	23,9	23,3	21,2	21,6	19,9	19,9	20,2	20,1	18,7	18,4	17,8	17,5
Lehrlingsausbildung	26,5	26,0	26,6	27,9	32,0	29,9	30,2	30,2	30,6	31,3	31,6	30,6
Pflichtschule	16,9	19,5	20,7	19,0	15,5	16,7	21,2	22,4	22,7	22,0	20,1	20,6
Keine Mutter in Familie	1,2	0,7	0,9	1,2	1,7	1,1	1,4	1,2	1,3	1,1	1,3	1,3

Datenquelle: Statistik Austria, Mikrozensus-Erhebungen 2004-2009; Datenbankabfrage ISIS (abgerufen am 15.11.2011).
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Bei den Vätern zeigt sich ein ähnliches Bild (Tabelle 13). 1981 hatten noch 32,4% der Kinder einen Vater mit lediglich Pflichtschulabschluss, 2001 waren es noch 14,2% - rund 4% weniger als der österreichische Durchschnitt.

Tabelle 13: Anteil der Kinder nach höchstem abgeschlossenem Bildungsniveau des Vaters für Niederösterreich und Österreich im Trend

	Niederösterreich			Österreich		
	1981	1991	2001	1981	1991	2001
Universität, (Fach-) Hochschule	4,2	7,0	9,4	5,3	8,0	10,5
Matura	6,4	8,9	11,7	6,5	8,3	10,4
Berufsbildende mittlere Schule	8,1	9,4	9,8	7,6	8,7	8,6
Lehrlingsausbildung	48,8	55,4	54,9	43,5	49,7	52,3
Pflichtschule	32,4	19,2	14,2	37,1	25,3	18,3

Datenquelle: Statistik Austria, Volkszählungen 1981-2001; Datenbankabfrage ISIS (abgerufen am 15.11.2011).
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Wie der Vergleich von Tabelle 12 mit Tabelle 14 zeigt, weisen im Jahr 2009 mehr Mütter als Väter in Niederösterreich einen Universitäts- oder Hochschulabschluss auf (15,1% vs. 10,9%). Weiterhin weisen auch im Jahr 2009 mehr niederösterreichische Mütter (16,7%) als Väter (6,9%) nur einen Pflichtschulabschluss auf. Etwa die Hälfte der niederösterreichischen Väter (48,4%) wies im Jahr 2009 eine abgeschlossene Lehrlingsausbildung auf.

Tabelle 14: Anteil der Kinder nach höchstem abgeschlossenem Bildungsniveau des Vaters für Niederösterreich und Österreich im Trend

	Niederösterreich						Österreich					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Universität, (Fach-) Hochschule	11,6	11,8	12,4	11,2	9,3	10,9	12,1	11,5	12,0	11,9	11,9	12,9
Matura	15,3	13,7	12,7	15,1	14,5	12,1	12,7	12,1	11,9	11,9	12,3	11,6
Berufsbildende mittlere Schule	12,9	11,2	12,3	10,1	10,7	11,4	9,7	8,6	8,6	8,5	8,8	8,4
Lehrlingsausbildung	39,7	41,7	43,6	42,3	48,3	48,4	41,4	43,3	44,3	44,0	44,9	44,3
Allgemeinbildende Pflichtschule	10,7	10,7	8,6	10,1	7,8	6,9	11,9	11,8	10,8	11,0	10,0	10,6
Kein Vater in Familie	9,9	10,9	10,4	11,3	9,4	10,2	12,2	12,7	12,5	12,7	12,1	12,2

Datenquelle: Statistik Austria, Mikrozensus-Erhebungen 2004-2009; Datenbankabfrage ISIS (abgerufen am 15.11.2011).
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

7.4 Berufliche Stellung der Eltern

7.4.1 Beschreibung des Indikators „Berufliche Stellung der Eltern“

Die berufliche Stellung determiniert die Positionierung in der sozialen Hierarchie in einer Gesellschaft. Sie spiegelt einerseits das höchste abgeschlossene Bildungsniveau wider (vgl. 7.3 Bildungsniveau der Eltern) und stellt andererseits auch die finanziellen Möglichkeiten und sozialen Chancen (Prestige, Macht, etc.) dar (Rigby & Köhler, 2002). Darüber hinaus ist die berufliche Stellung der Erwerbspersonen mit Einkommenssicherheit, Arbeitsbedingungen, Lebensstil und Gesundheit eng verknüpft (World Health Organization, 2009). Die sozioökonomischen Lebensumstände der Kinder sind durch die berufliche Stellung der Eltern charakterisiert (Rigby & Köhler, 2002).

Basierend auf den EU-CHILD Indikatoren wird der sozioökonomische Status der Kinder bis zum Alter von 17 Jahren anhand der elterlichen beruflichen Stellung definiert (Rigby & Köhler, 2002) Die Klassifizierung der beruflichen Stellung soll nach ISCO (International Standard Classification of Occupations) in folgende sechs Kategorien erfolgen: Selbständige/r, Leitende/r Angestellte/r, Angestellte/r, Facharbeiter/in, angelernte Fachkraft, Landwirt/in.

Abweichend von der Empfehlung von Rigby und Köhler (2002), die jeweils höchste berufliche Stellung von Vater oder Mutter für die Kinder heranzuziehen, wird die berufliche Stellung der Familienreferenzperson (älteste Person der Kernfamilie) dargestellt (Statistik Austria, 2011b). Die Kategorisierung der beruflichen Stellung weicht geringfügig von ISCO ab. Der von den EU-CHILD Indikatoren empfohlenen Gliederung in Altersgruppen von 0-4, 5-9, 10-14 und 15-17 Jahren kann nicht entsprochen werden, da die resultierenden Stichprobengrößen zu stark zufallsbehafteten Werten führen würden (Rigby & Köhler, 2002).

7.4.2 Berufliche Stellung der Eltern in Niederösterreich

In Niederösterreich im Jahr 2010 war bei rund einem Drittel der Kinder (29,5%) bis zum Alter von 17 Jahren die berufliche Stellung der Familienreferenzperson Arbeiter/in (Tabelle 15). Davon war bei 14,5% der Kinder die Familienreferenzperson Facharbeiter/in und bei 15,0% der Kinder die Familienreferenzperson eine ungelernete Arbeitskraft bzw. in Lehrausbildung. Im Jahr 2010 lebten 38,5% der Kinder bis zum Alter von 17 Jahren in einem Haushalt, deren Familienreferenzperson als Angestellte/r bzw. Beamter/Beamtin beschäftigt war. Davon zählten 20,3% der Kinder zu einem Haushalt bei dem die Familienreferenzperson als höchstes Bildungsniveau Matura bzw. Universitätsabschluss aufwies. Bei rund einem Viertel der Kinder bis zum Alter von 17 Jahren (23,5%) war die berufliche Stellung der Familienreferenzperson Angestellte/r bzw. Beamter/Beamtin mit einem niedrigeren Bildungsabschluss. Bei 3,3% der Kinder war die Familienreferenzperson im Jahr 2010 arbeitslos und bei 6,8% nicht berufstätig.

Die Daten von Niederösterreich entsprechen im Wesentlichen denen von Österreich. In den Jahren 2004 bis 2010 kam es außer dem Anstieg im Bildungsniveau der Eltern zu keinen weiteren großen Veränderungen.

Tabelle 15: Anteil der Kinder bis 17 Jahre nach der beruflichen Stellung der Familienreferenzperson in Niederösterreich sowie in Österreich in den Jahren 2004 bis 2010

	Niederösterreich							Österreich						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Landwirt/in	6,4	6,3	6,8	5,3	4,5	5,6	6,1	4,6	4,5	4,5	3,9	3,8	4,3	4,0
Selbstständige/r	10,1	8,1	9,8	11,5	9,1	9,0	8,8	9,9	9,4	9,4	10,0	9,5	9,7	9,5
Facharbeiter/in	14,5	15,2	16,6	15,4	16,4	16,3	14,5	16,1	16,4	16,3	15,3	14,4	14,5	13,9
Sonst. Arbeit./ in & Lehrlinge	16,6	16,6	17,5	17,8	15,8	14,3	15,0	21,0	20,4	20,7	20,1	20,6	19,2	19,4
Ang./Beam. bis mittl. Schule	21,5	21,6	19,8	20,6	23,1	23,4	23,5	18,1	17,3	17,4	19,1	20,5	19,8	20,0
Ang./Beam. mit Matura/ Uni.	18,6	18,8	18,3	19,3	19,4	20,4	20,3	16,8	17,0	17,1	17,8	18,4	19,1	19,3
arbeitslos	2,5	2,7	2,6	2,0	2,0	2,4	3,3	3,0	3,3	3,5	3,4	2,7	3,4	3,5
nicht berufstätig	6,8	7,9	6,1	6,2	6,8	6,0	6,8	7,7	8,9	8,1	8,0	7,4	7,2	8,3
sonstige Stellung	2,9	2,8	2,5	2,0	2,8	2,5	1,6	2,9	2,7	2,9	2,5	2,6	2,9	2,2

Anmerkung: In der Kategorie „Sonstige Stellung“ sind die Kategorien „in Pension“, „Schüler/in, Studierende“ sowie „weitere sonstige Stellung“ zusammengefasst.

Datenquelle: Statistik Austria, Mikrozensus-Erhebungen 2004-2010; Datenbankabfrage ISIS (abgerufen am 15.11.2011).

Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

7.5 Armutsgefährdung

7.5.1 Beschreibung des Kriteriums „Armutsgefährdung“

Soziale Ungleichheit⁴, also die ungleiche Verteilung von Ressourcen, ist ein bedeutender Einflussfaktor auf die Gesundheit bzw. das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus Gesundheitsbefragungen von Kindern und Jugendlichen zeigen einen Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und einer Beeinträchtigung im subjektiven Gesundheitszustand (Dür & Griebler, 2007).

Rigby und Köhler (2002) beschreiben die Darstellung des Kriteriums „Armutsgefährdung“ folgendermaßen: Die Armutsgefährdung von Kindern und Jugendlichen wird (nach Empfehlung der EU) durch den Prozentsatz jener Kinder und Jugendlicher dargestellt, die in einem Haushalt leben, in dem das Einkommen weniger als 60% des nationalen Median-Äquivalenzeinkommens beträgt (Rigby & Köhler, 2002). In Österreich lag im Jahr 2008 die Armutsgefährdungsschwelle für Einpersonenhaushalte bei einem Jahresnettoeinkommen von 11.406 Euro im Jahr. Für einen Haushalt mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern lag die Schwelle im Jahr 2008 bei einem Jahresnettoeinkommen von 23.953 Euro (Statistik Austria, 2010c).⁵

Laut Rigby und Köhler (2002) führt ein höheres familiäres Einkommen zu besserer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, da die Eltern bessere Investitionsmöglichkeiten in Ernährung, Wohnen, medizinische Versorgung und Bildung haben. Wären die Eltern hingegen armutsgefährdet, könnten sie ihren Kindern zusätzlich auch weniger Aufmerksamkeit, Betreuung und Stabilität bieten (Rigby & Köhler, 2002).

Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sind vermehrt übergewichtig und adipös und leiden häufiger an akuten Erkrankungen sowie an körperlichen Schmerzen (Lampert et al., 2002). Hinzu kommt, dass sich in Armut aufwachsende Kinder ungesünder ernähren, sich weniger bewegen oder die Zahnpflege vernachlässigen. Sie weisen somit zusätzlich ein gesundheitsriskanteres Verhalten als andere Kinder auf (Klocke & Lampert, 2005).

Anhaltende Armut hat im Vergleich zu vorübergehender Armut nachteilige Effekte auf Intelligenz, Schulleistungen sowie die soziale Kompetenz (Rigby & Köhler, 2002). Dies bedeutet auch, dass armutsgefährdete Kinder von vornherein schlechtere Chancen in Bezug auf Berufstätigkeit und Bildung in der Zukunft haben (Lampert et al., 2002).

⁴ „Soziale Ungleichheit bezieht sich auf eine ungleiche Verteilung von Ressourcen, das heißt darauf, dass einige Bevölkerungsgruppen über weniger Ressourcen verfügen als andere. Im Alltagsverständnis werden unter dem Begriff „soziale Ungleichheit“ zumeist Unterschiede nach Bildung, beruflichem Status, Einkommen und Macht verstanden.“ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Leitbegriffe, abgerufen am 15.12.2011 unter www.bzga.de/leitbegriffe.

⁵ Die Berechnung des Haushaltseinkommens beinhaltet sämtliches monetäres Einkommen (wie z.B. auch aus Mieten, Pacht, Kapitalanlagen, aber auch Sozialleistungen) und nicht nur das Einkommen aus unselbstständiger oder selbstständiger Arbeit von allen Personen im Haushalt ab 16 Jahren (Statistik Austria, 2007). Dieses Haushaltseinkommen wird verwendet, um das Äquivalenzhauseinkommen zu berechnen. Der Median dieses Äquivalenzeinkommens wird dann für die Berechnung der Armutsgefährdung herangezogen. Das verfügbare Nettojahreshaushaltseinkommen wird zur Anzahl der Personen im Haushalt, gewichtet nach deren Alter, in Bezug gesetzt. Mit Hilfe dieser Größe sollen verschieden große und unterschiedlich strukturierte Haushalte vergleichbar gemacht werden (Statistik Austria, 2010).

7.5.2 Ausmaß von Armutsgefährdung in Niederösterreich

2009 lebten von den 327.000 Personen in Niederösterreich im Alter bis zu 19 Jahren 35.000 Kinder und Jugendliche in armutsgefährdeten Haushalten, dies entspricht einer Quote von 11 %. Diese Quote ist etwas niedriger als im österreichischen Schnitt (13%) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Konsumentenschutz, 2011). Im Jahr 2009 wohnten 15% aller armutsgefährdeten in Österreich lebenden Kinder und Jugendlichen in Niederösterreich.

Nachfolgende Tabelle 16 stellt die Armutsgefährdung von Kindern bis 19 Jahren in Niederösterreich im Vergleich zur Gesamtbevölkerung dar.

Tabelle 16: Armutsgefährdung von Kindern bis 19 Jahren in armutsgefährdeten Haushalten in Niederösterreich sowie in Österreich im Jahr 2009

	Gesamt (=100%) in 1.000	nicht armutsgefährdet			armutsgefährdet		
		in 1.000	Anteil**	Quote*	in 1.000	Anteil**	Quote*
			in Prozent			in Prozent	
Niederösterreich	327	291	18	89	35	15	11
Österreich	1.836	1.598	100	87	238	100	13

Datenquelle: Statistik Austria

Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Anmerkung: * Die Quote setzt jeweils die Anzahl der Kinder in armutsgefährdeten oder nicht armutsgefährdeten Haushalten in Relation zur Gesamtkinderanzahl in einer geografischen Einheit. Beispiel für Niederösterreich: 291.000 der 327.000 Kinder sind nicht armutsgefährdet, dies entspricht einer Quote von 89 ($291.000 / 327.000 \times 100$).

** Der Prozentanteil der Armutsgefährdeten in Niederösterreich an allen Armutsgefährdeten in Gesamt-Österreich.

Ein Trendvergleich der Jahre 2005 und 2009 zeigt, dass die Quote der als armutsgefährdet klassifizierten Kinder bis 19 Jahre in Niederösterreich um sieben Prozentpunkte (von 18% auf 11%) gesunken ist. Waren es 2008 noch 62.000 von 342.000 Kindern bis 19 Jahre, die in Niederösterreich als armutsgefährdet galten, so waren es 2009 35.000 von 327.000 Kindern (Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Konsumentenschutz, 2009, 2011).

7.6 Kinder in Haushalten von Alleinerziehenden

7.6.1 Beschreibung des Indikators „Kinder in Haushalten von alleinerziehenden Elternteilen“

Kinder in Haushalten von Alleinerziehenden sind laut Rigby und Köhler (2002) eher von Armut und schlechterer mentaler Gesundheit betroffen. Alleinerziehende Eltern verfügen häufiger über ein niedrigeres Bildungsniveau (Rigby & Köhler, 2002). Diese Zusammenhänge werden auch in den Kapiteln 7.3 und 7.5 beschrieben.

Basierend auf dem, im Rahmen eines EU-Projekts entwickelten, CHILD-Indikatorenset, wird empfohlen, den Anteil der Kinder und Jugendlichen darzustellen, der in Haushalten mit alleinerziehenden Elternteilen wohnt. Dieser soll getrennt nach Altersgruppen sowie nach Geschlecht des primären Erziehungsberechtigten analysiert werden. Die berichteten Zahlen stammen aus den Volkszählungen von 1981, 1991 und 2001 sowie aus der Familien- und Haushaltsstatistik der Jahre 2004 bis 2010. Standardmäßig liegen keine Daten zur Unterscheidung der Kinder nach den empfohlenen Altersgruppen vor. Aus diesem Grund wird der Anteil der Kinder bis zum Alter von 14 Jahren nach dem jeweiligen Familientyp dargestellt. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die in Haushalten von alleinerziehenden Elternteilen aufwachsen, wird somit um den Anteil der Jugendlichen, die im Alter zwischen 15 und 17 Jahren bei einem Elternteil leben, unterschätzt.

7.6.2 „Kinder in Haushalten von alleinerziehenden Elternteilen“ in Niederösterreich

Im Jahr 2010 wohnten in Niederösterreich insgesamt 239.500 Kinder bis zum Alter von 14 Jahren. Davon lebten 88,7% der Kinder in Haushalten von Paaren (Ehepaare oder Paare in Lebensgemeinschaft), 10,9% in Haushalten von Alleinerzieherinnen und 0,3% in Haushalten von Alleinerziehern (Tabelle 17). Der Anteil, der in Haushalten von alleinerziehenden Elternteilen lebenden Kindern liegt in Niederösterreich etwas unter dem österreichischen Durchschnitt (11,2% vs. 12,7%).

In Niederösterreich schwankt der Anteil der Kinder, die bei Alleinerzieherinnen leben zwischen 9,9% im Jahr 2004 und 10,9% im Jahr 2010. Der Anteil der Kinder, die bei Alleinerziehern aufwachsen schwankt zwischen 1,1% im Jahr 2004 und 0,3% im Jahr 2010.

Tabelle 17: Anteile der Kinder (bis zum Alter von 14 Jahren), die bei Alleinerziehenden leben, nach Geschlecht des Elternteils für Niederösterreich und Österreich (2004-2010)

	Niederösterreich				Österreich			
	Gesamt	Paare (Ehepaare & Lebensgem.)	Alleinerzieherin	Alleinerzieher	Gesamt	Paare (Ehepaare & Lebensgem.)	Alleinerzieherin	Alleinerzieher
	in 1.000	in Prozent			in 1.000	in Prozent		
2004	252,8	89,0	9,9	1,1	1303,6	87,0	11,8	1,2
2005	253,1	89,1	10,4	0,6	1304,2	86,9	12,1	0,9
2006	252,4	89,3	10,3	0,3	1299,8	87,3	11,8	0,9
2007	248,3	88,3	10,8	0,9	1279,5	87,0	12,1	0,9
2008	245,0	90,0	9,1	0,9	1261,7	87,5	11,6	0,9
2009	242,7	89,4	10,1	0,5	1248,1	87,2	11,9	1,0
2010	239,5	88,7	10,9	0,3	1234,6	87,3	11,9	0,8

Datenquelle: Statistik Austria, Familien- und Haushaltsstatistik 2004-2010;
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

In Tabelle 18 zeigt sich ein klarer Trend im Anstieg des Anteils der Kinder bis zum Alter von 14 Jahren, die bei Alleinerzieherinnen aufwachsen. Während in Niederösterreich im Jahr 1981 der Anteil der bei Alleinerzieherinnen lebenden Kinder noch bei 6,9% lag, stieg der Anteil bis zum Jahr 2001 auf 12,3% an. Im selben Zeitraum stieg der Anteil der bei Alleinerzieherinnen lebenden Kinder in Österreich von 9,4% auf 14,6%.

Tabelle 18: Anteile der Kinder (bis zum Alter von 14 Jahren), die bei Alleinerziehenden leben, nach Geschlecht des Elternteils für Niederösterreich und Österreich (1981-2001)

	Niederösterreich				Österreich			
	Gesamt	Paare (Ehepaare & Lebensgem.)	Alleinerzieherin	Alleinerzieher	Gesamt	Paare (Ehepaare & Lebensgem.)	Alleinerzieherin	Alleinerzieher
	in 1.000	in Prozent			in 1.000	in Prozent		
1981	280,7	92,0	6,9	1,1	1492,1	89,5	9,4	1,0
1991	253,5	88,3	9,7	2,0	1344,3	85,4	12,8	1,8
2001	259,6	86,0	12,3	1,7	1335,5	83,9	14,6	1,5

Datenquelle: Volkszählung 1981, 1991, 2001, (abgerufen am 15.11.2011).
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Die Anzahl der Kinder bis zum Alter von 14 Jahren ist in Niederösterreich von 280.700 im Jahr 1981 auf 259.600 im Jahr 2001 und weiter auf 239.500 im Jahr 2010 gesunken.

7.7 Anteil der Kinder im Kindergarten

7.7.1 Beschreibung des Kriteriums „Anteil der Kinder im Kindergarten“

Inwiefern der Besuch eines Kindergartens die weitere Entwicklung des Kindes beeinflusst, hängt von der Qualität der Betreuung, dem Betreuungsausmaß und dem Eintrittsalter ab. Die Verknüpfung von medizinischen Schuleingangsuntersuchungen mit einer retrospektiven Befragung zum Kindergartenbesuch zeigte, dass Kinder mit einem mehr als zweijährigen Kindergartenbesuch seltener motorische, kognitive und soziale Auffälligkeit aufwiesen, als Kinder mit einem maximal einjährigen Kindergartenbesuch (Caniato, Alvarenga, Stich, Jansen, & Baune, 2010). Zwischen Dauer des Kindergartenbesuchs und Sprachschwierigkeiten zeigte sich kein klarer linearer Zusammenhang (Caniato et al., 2010).

Vor allem Kinder aus bildungsfernen und Risikofamilien profitieren von einem Kindergartenbesuch insofern, als dieser die Wahrscheinlichkeit eines verspäteten Schuleintritts reduziert (Kratzmann & Schneider, 2009). Bei Kindern mit Migrationshintergrund zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Vergrößerung des Wortschatzes und der institutionellen Betreuung (Becker, 2010).

Basierend auf den Ergebnissen des CHILD-Projektes wird empfohlen, den Anteil der Kinder im Alter zwischen drei und fünf Jahren, die einen Kindergarten oder Vorschule besuchen (ISCED Ebene 0), darzustellen (Rigby & Köhler, 2002).

Für die Darstellung des Anteils der Kinder in Kindergärten in Österreich werden die Kinderbetreuungsquoten nach Altersgruppen (3- bis 5-Jährige) von 1995 bis 2010 verwendet. Die Kinderbetreuungsquote setzt die Anzahl der Kinder, die sich in institutioneller Betreuung befinden, in Verhältnis zur Gesamtanzahl der Kinder der jeweiligen Altersgruppe und Region. Davon ausgeschlossen ist die Hortbetreuung.

7.7.2 Anteil der Kinder im Kindergarten in Niederösterreich

Für Österreich liegen Zahlen über den Anteil der Kinder in Kindertagesheimen vor. Zu diesen zählen die Krippen, Kindergärten und altersgemischte Betreuungseinrichtungen, aber keine Horte.

Seit 1995 befindet sich eine stetig steigende Zahl der österreichischen Kinder in institutioneller Betreuung (Tabelle 19). Niederösterreich stellt hier keine Ausnahme dar. Die, im Vergleich zum österreichischen Durchschnitt, stets höhere Kinderbetreuungsquote stieg von 81,4% im Jahr 1995 kontinuierlich auf 95,2% im Jahr 2010.

Tabelle 19: Kinderbetreuungsquote (3 - 5 Jahre) in Niederösterreich und Österreich, im Trend

	Niederösterreich	Österreich
1995	81,4	70,6
1996	82,3	71,7
1997	83,1	73,2
1998	85,0	74,7
1999	85,8	76,1
2000	86,6	77,6
2001	87,7	79,0
2002	88,6	80,7
2003	89,1	81,8
2004	88,8	82,1
2005	88,7	82,7
2006	90,4	83,5
2007	91,5	84,9
2008	91,4	86,5
2009	93,4	88,5
2010	95,2	90,7

Datenquelle: Statistik Austria, Kindertagesheimstatistik, Bevölkerungsregister, Datenbank ISIS (abgerufen am 15.11.2011).

Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

In Niederösterreich verbrachten im Jahr 2010 mit 53,9% etwas mehr als die Hälfte der Kinder im Alter zwischen drei bis fünf Jahren ihre Zeit ganztags im Kindergarten. Auf die ausschließliche Vormittagsbetreuung entfielen 46,1%. Im österreichischen Durchschnitt wurden im Jahr 2010 46,8% der Kinder im Alter zwischen drei bis fünf Jahren ganztägig im Kindergarten und 52,8% ausschließlich vormittags im Kindergarten betreut. Weitere 0,4% nutzen ausschließlich die Nachmittagsbetreuung (Statistik Austria, 2011c). Daten zum Zusammenhang zwischen Kindergartenbesuch und Geschlecht der Kinder, sowie zum sozioökonomischen Hintergrund der Familien liegen nicht vor.

7.8 Frühe Schulabgänger/innen

7.8.1 Beschreibung des Kriteriums „Frühe Schulabgänger/innen“

Bildung ist eine zentrale soziale Determinante der Gesundheit. Menschen mit geringerer Bildung weisen eine niedrigere Lebenserwartung und einen schlechteren Gesundheitszustand auf (WHO, 2010). Das Bildungsniveau weist Zusammenhänge mit dem Gesundheitsverhalten, dem Wissen über Gesundheit, dem Bildungsniveau der Eltern und deren Gesundheitsverhalten und –wissen auf (Institute of Public Health in Ireland, 2008). „Early School Leaving“, also früher Schulabgang, bedingt eine fragmentierte und unzureichende Integration in den Arbeitsmarkt (Steiner, 2009) und schafft auf diesem Weg wieder Benachteiligungen (Institute of Public Health in Ireland, 2008). Diese Jugendlichen können nicht mehr über das Setting Schule im Rahmen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten erreicht werden (Institute of Public Health in Ireland, 2008).

Der Indikatorensatz CHILD empfiehlt die Darstellung des Indikators „Early School Leavers“ definiert als der Anteil der Kinder und Jugendlichen, der vor dem Abschluss der Schulpflicht, die Schule freiwillig oder durch Ausschluss verlassen hat (Rigby & Köhler, 2002). Mit dem Schulpflichtgesetz 1985 wird in Österreich eine Unterrichtspflicht für alle sich in Österreich dauernd aufhaltenden Kinder mit der Vollendung des sechsten Lebensjahres folgendem September und mit einer Dauer von neun Jahren festgelegt (SchPflG §§ 1-3, 1985)⁶. Für Österreich liegen jedoch keine Zahlen darüber vor, wie hoch der Anteil derjenigen Schüler/innen ist, die die Schulpflicht nicht erfüllen.

Frühe Schulabgänger/innen werden in der EU einheitlich als diejenigen Personen definiert, die keinen höheren Bildungsabschluss als ISCED 3c kurz (z.B. einjährige Haushaltungsschule) im Alter zwischen 18 und 24 Jahren erreichen konnten und sich derzeit nicht in Ausbildung befinden (Steiner, 2009). Im österreichischen Bildungssystem sind damit Personen gemeint, die keinen Abschluss auf der Sekundarstufe II (z.B. Berufsschule, berufsbildende mittlere oder höhere Schule) in diesem Alter erlangten. Diese Definition führt zu einer sehr heterogenen Gruppe und umfasst Jugendliche ohne Hauptschulabschluss bis zu ausbildungsabbrechenden Jugendlichen von weiterführenden Schulen und Zugewanderten ohne bislang in Österreich anerkanntem Bildungsabschluss (Steiner, 2009). Empfohlen wird eine Anpassung des EU-Indikators auf das österreichische Bildungs- und Ausbildungssystem. In dieser Berechnung werden ausschließlich die Jugendlichen berücksichtigt, die sich in schulischer Ausbildung und nicht in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen befinden. Weiters erfolgt eine Ausweitung der Altersgrenze auf 15 – 24 Jahre.

Diese Berechnungen beruhen auf der Arbeitskräfteerhebung des Mikrozensus. Da hier keine länderspezifischen Auswertungen zur Verfügung stehen, werden die Darstellungen um „Jugendliche mit akutem Qualifikationsbedarf“ ergänzt. Hierbei handelt es sich um Jugendliche bis zum Alter von 25 Jahren, die in das Berufsleben ohne Lehre oder weiterführende Ausbildung eingestiegen sind (Arbeitsmarktservice Österreich, 2008). Die Berechnungen basieren auf Daten der Statistik Austria und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

⁶ <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009576> (abgerufen am 15.11.2011)

7.8.2 Anteil von frühen Schulabgängerinnen bzw. Schulabgängern in Niederösterreich

Unter Verwendung der oben genannten internationalen Definition ergibt sich für Österreich im Jahr 2008 ein Anteil an frühen Schulabgängerinnen bzw. Schulabgängern in der Altersgruppe von 15 – 24 Jahren von 10% im Jahr 2008 und 10,1% im Jahr 2004. Dieser Anteil liegt seit dem Jahr 2000 beinahe unverändert bei 10% (Steiner, 2009).

Die Anteile der frühen Schulabgänger/innen steigen mit dem Alter der Jugendlichen an: Im Jahr 2008 liegt in der Altersgruppe von 15 – 16 Jahren der Anteil der frühen Schulabgänger/innen bei 6,2% und steigt beinahe kontinuierlich auf 12,9% in der Altersgruppe der 23- bis 24-Jährigen an (Steiner, 2009).

Die Darstellung nach dem Migrationshintergrund zeigt große Ungleichheiten auf (Tabelle 20): Im Jahr 2008 zählen 30% der Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren, die selbst außerhalb der EU geboren sind, zu frühen Schulabgängerinnen und Schulabgängern, verglichen mit 20,8% der Jugendlichen der zweiten Generation (das sind Personen, die selbst in Österreich, deren Eltern jedoch im Ausland geboren sind) und mit 4,5% der österreichischen Jugendlichen.

Ebenso zeigt sich eine stärkere Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit vom höchsten erreichten Bildungsabschluss der Eltern: Jugendliche, deren Eltern einen hohen Bildungsabschluss (Matura bzw. Studium) erreichten, wiesen im Jahr 2008 einen Anteil von 3,9% an frühen Schulabgängerinnen und Schulabgängern auf, verglichen mit einem Anteil in Höhe von 7,1% bei Jugendlichen, deren Eltern über ein mittleres Bildungsniveau (Berufsbildungsabschluss) verfügen und mit 19,6% bei Jugendlichen, deren Eltern ein niedriges Bildungsniveau (höchstens Pflichtschulabschluss) aufweisen. Die Analysen nach Geschlecht zeigen keine nennenswerten Unterschiede.

Tabelle 20: Anteile der frühen Schulabgänger/innen im Alter von 15 – 24 Jahren nach Alter, Migrationshintergrund, Bildungsniveau der Eltern, im Jahr 2008, Österreich

Migrationshintergrund			Bildungsniveau der Eltern			Alter				
Eigenes Geburtsland außerhalb EU	2. Generation	Eigenes & Geburtsl. Eltern: Öst.	Höchstens Pflichtschulabschluss	Berufsbildungsabschluss	Matura & Universität	15 – 16 Jahre	17 – 18 Jahre	19 – 20 Jahre	21 – 22 Jahre	23 – 24 Jahre
30,0	20,8	4,5	19,6	7,1	3,9	6,2	7,5	11,4	10,9	12,9

Datenquelle: Steiner, 2009

Für den Indikator frühe Schulabgänger/innen stehen keine bundesländerspezifischen Auswertungen zur Verfügung. Aus diesem Grund werden die Darstellungen um „Jugendliche mit akutem Qualifikationsbedarf“ ergänzt. Hierbei handelt es sich um Jugendliche bis zum Alter von 25 Jahren, die in das Berufsleben ohne Lehre oder weiterführende Ausbildung eingestiegen sind (Arbeitsmarktservice Österreich, 2008). Österreichweit sind im Jahr 2007 14,5% der Jugendlichen bis zum Alter von 24 Jahren, die bereits in das Erwerbsleben eingestiegen sind, durch akuten Qualifikationsbedarf gekennzeichnet (Arbeitsmarktservice Österreich, 2008). In Niederösterreich liegt der Anteil bei 11,8%.

7.9 Jugendarbeitslosigkeit

7.9.1 Beschreibung des Kriteriums „Jugendarbeitslosigkeit“

Eine nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt trägt wesentlich zur Absicherung der ökonomischen Grundlagen sowie zum Erleben von sozialer Anerkennung bei. Arbeitslosigkeit hingegen steht zusätzlich in Zusammenhang mit schlechterem Gesundheitsverhalten, wie erhöhtem Alkohol- und Zigarettenkonsum, mangelhafter Ernährung sowie Depressionen und Selbstmordgefährdung (Hammarström, 1994). Schüler/innen mit einem schlechteren Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten weisen ein höheres Risiko auf, in späteren Jahren arbeitslos zu werden. Darüber hinaus zeigt sich bei den erwähnten Gesundheitsindikatoren eine größere Verschlechterung bei denjenigen Jugendlichen, die nach dem Schulabschluss arbeitslos waren, verglichen mit den Jugendlichen in Beschäftigung (Hammarström, 1994).

Demographische Entwicklungen, wie der Einstieg von Schulabsolventinnen bzw. Schulabsolventen geburtenstarker Jahrgänge aber auch ökonomische Entwicklungen, wie ein Rückgang an offenen Stellen oder auch die Veränderung der Nachfrage an Qualifikationen (Trend zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft) bestimmen das Ausmaß der Jugendarbeitslosigkeit (Vogtenhuber et al., 2010).

Zur Beschreibung der Jugendarbeitslosigkeit werden die Indikatoren Register-Arbeitslosenquote der Jugendlichen sowie die Anzahl der Schulungsteilnehmer/innen und Lehrstellensuchenden (bis inkl. 19 Jahre) verwendet. Die Arbeitslosenquote für Jugendliche setzt die 15- bis 19-jährigen beim Arbeitsmarktservice (AMS) als arbeitssuchend gemeldeten Jugendlichen in Bezug zum Arbeitskräftepotenzial dieser Altersgruppe. Das Arbeitskräftepotenzial ist, laut Hauptverband der Sozialversicherungsträger, die Summe aus Arbeitslosenbestand und unselbständig Beschäftigten.

Eine alleinige Betrachtung des Indikators Arbeitslosenquote lässt die Arbeitsmarktlage von Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren jedoch positiver erscheinen als sie ist. Aus diesem Grund werden weiters die Angaben zu vorgemerkten Lehrstellensuchenden und Teilnehmenden an Schulungen berichtet. Vorgemerkte Lehrstellensuchende sind jene zum Zwecke der Lehrstellenvermittlung registrierten Personen, für die noch keine erfolgreiche Vermittlung zustande gekommen ist. Bei gleichzeitiger Arbeitsplatzsuche erfolgt die Erfassung ausschließlich als Lehrstellensuchender.

7.9.2 Ausmaß von Jugendarbeitslosigkeit in Niederösterreich

Die Register-Arbeitslosenquote der bis 19-Jährigen lag in Niederösterreich in den Jahren 2008, 2009 und 2010 mit 4,8%, 5,7% und 5,7% jeweils höher als im Österreich-Durchschnitt mit 4,4%, 5,2% und 4,9% (Tabelle 21). Während die Arbeitslosenquote der niederösterreichischen jungen Männer in den vergangenen Jahren im Österreich-Durchschnitt lag, sind Frauen dieses Alters in Niederösterreich vergleichsweise häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen: Im Jahr 2010 lag die Arbeitslosenquote der niederösterreichischen Frauen bei 7,7% verglichen mit 5,8% der österreichischen Frauen.

Tabelle 21: Arbeitslosenquote (bis zu 19-Jährige) nach Geschlecht, in Niederösterreich und Österreich

		Niederösterreich					Österreich		
		Gesamt	Männer	Frauen			Gesamt	Männer	Frauen
		absolut	in Prozent		Absolut	in Prozent			
2008	1.559	4,8	3,7	6,8	8.514	4,4	3,7	5,4	
2009	1.813	5,7	4,6	7,7	9.901	5,2	4,6	6,1	
2010	1.761	5,7	4,6	7,7	9.203	4,9	4,3	5,8	

Datenquelle: Arbeitsmarktservice, Hauptverband der Sozialversicherungsträger; BALI Web (Informationssystem des BMASK) (abgerufen am 15.11.2011).

Bearbeitung: Donau-Universität Krems

Neben der Arbeitslosenquote geben auch die Anzahl der Jugendlichen, die eine Lehrstelle suchen sowie Jugendliche, die sich in Schulung befinden, Auskunft über das Ausmaß der (Nicht)-Integration in den Arbeitsmarkt (Abbildung 3). Im Jahr 2010 waren 1.761 Jugendliche bis zum Alter von 19 Jahren als arbeitslos beim AMS gemeldet. Zusätzlich nahmen im Jahresdurchschnitt 2.735 Jugendliche an einer Schulung teil und weitere 1.486 waren als lehrstellensuchend gemeldet. Sowohl die Anzahl der arbeitslosen und an einer Schulung teilnehmenden Jugendlichen stieg seit dem Jahr 2008 an.

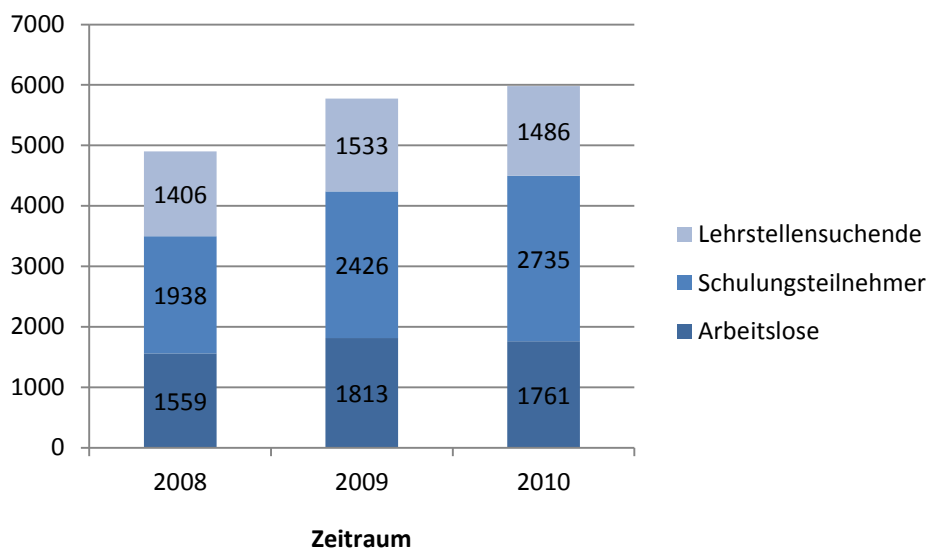


Abbildung 3: Anzahl an Arbeitslosen, Schulungsteilnehmer/innen und Lehrstellensuchenden in Niederösterreich (bis zu 19-Jährige) in den Jahren 2008-2010

Datenquelle: Arbeitsmarktservice, Hauptverband der Sozialversicherungsträger; BALI Web (Informationssystem des BMASK) (abgerufen am 15.11.2011).

Bearbeitung: Donau-Universität Krems

8 Mortalität

8.1 Zusammenfassung

Mortalitätsraten zählen zu den Standard-Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung (Schäfer, 2003). Als „Spitze des Eisberges“ informieren sie mittels der Todesursachenstatistik über den Krankheitszustand und die Betroffenheit von Verletzungen von Kindern und Jugendlichen. Insbesondere im internationalen Vergleich geben sie aber auch Auskunft über das Niveau der sozialen und ökonomischen Entwicklung eines Landes (WHO, 2011b).

Im Jahr 2010 lag die Kindersterblichkeitsrate (gemessen als der Anteil der Kinder, die im Zeitraum der ersten fünf Lebensjahre sterben, bezogen auf 1.000 Lebendgeborene) in Niederösterreich nur geringfügig höher als die Säuglingssterblichkeitsrate (gemessen als der Anteil der Kinder, die im ersten Lebensjahr versterben, bezogen auf 1.000 Lebendgeborene). Die Kindersterblichkeitsrate lag bei jeweils 4‰ für Knaben und für Mädchen und die Säuglingssterblichkeitsrate betrug 3,7‰ bzw. 3,6‰. Das bedeutet, dass die meisten Kinder, schon im ersten Lebensjahr versterben. Die Sterberate (gemessen als der Anteil der Gestorbenen bis zum Erreichen des 20. Lebensjahres bezogen auf 100.000 Personen gleichen Alters und Geschlechts) der Unter-20-Jährigen lag in Niederösterreich im Jahr 2010 für Knaben bei 40 Gestorbenen pro 100.000 und für Mädchen bei 27 Gestorbenen pro 100.000. Diese Zahlen sind ähnlich wie für Gesamt-Österreich.

Die ursachenspezifische Mortalität gibt Auskunft über die Todesursachen. Für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 19 Jahren sind Unfälle die häufigste Todesursache, gefolgt von angeborenen Fehlbildungen, bösartigen Neubildungen und Selbstmord. Im Jahresdurchschnitt der Jahre 2006-2010 verstarben 14 Burschen auf 100.000 im Alter bis zu 19 Jahren an Unfällen verglichen mit fünf Mädchen. An angeborenen Fehlbildungen verstarben jeweils rund fünf Knaben und Mädchen und an bösartigen Neubildungen jeweils rund drei Knaben und Mädchen. Knaben dieser Altersgruppe weisen auch eine höhere Mortalitätsrate für Selbstmord auf als Mädchen: Im Jahresdurchschnitt des Beobachtungszeitraums 2006-2010 verstarben drei Burschen pro 100.000 in Niederösterreich an Selbstmord und Selbstbeschädigung verglichen mit einem Mädchen pro 100.000. Unter Berücksichtigung der einzelnen Altersgruppen sind angeborene Fehlbildungen die häufigste Todesursache für bis 4-Jährige (21 pro 100.000) und unbeabsichtigte Verletzungen für die Gruppe der 15- bis 19-Jährigen (23 pro 100.000).

8.2 Altersspezifische Gesamtmortalität

8.2.1 Beschreibung des Kriteriums „Altersspezifische Gesamtmortalität“

Mortalitätsraten sind zentrale Indikatoren für den Krankheitszustand von Kindern und Erwachsenen (Schäfer, 2003), geben aber auch Auskunft über das Niveau der sozialen und ökonomischen Entwicklung eines Landes (WHO, 2011b). Für den internationalen Vergleich finden vor allem die beiden Indikatoren zur Säuglings- und Kindersterblichkeit Anwendung (Rigby & Köhler, 2002). Diese werden beispielsweise zur Evaluation des Millennium Entwicklungsziels 4 der WHO zur Senkung der Kindersterblichkeit eingesetzt (WHO, 2011b).

Basierend auf den Empfehlungen des EU-Projekts CHILD werden drei Indikatoren zur Beschreibung der altersspezifischen Gesamtmortalität empfohlen (Rigby & Köhler, 2002).

- Die *Säuglingssterblichkeitsrate* ist definiert als die Wahrscheinlichkeit pro 1.000 Lebendgeborene, dass ein Säugling vor Erreichen des ersten Lebensjahres stirbt. Die Rate berechnet sich aus der Anzahl der gestorbenen Kinder zwischen dem Zeitpunkt der Geburt und einem Jahr bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.
- Die *Kindersterblichkeitsrate* bildet die Wahrscheinlichkeit pro 1.000 ab, dass ein Neugeborenes vor Erreichen des fünften Lebensjahres stirbt und bezieht sich hierbei auf die Altersspanne, in der Kinder am verwundbarsten sind. Die Kindersterblichkeitsrate berechnet sich aus der Anzahl der gestorbenen Kinder zwischen der Geburt und den ersten fünf Jahren bezogen auf 1.000 Lebendgeborene.
- Als dritter Indikator wird empfohlen, die *Sterblichkeitsrate der unter 20-Jährigen* pro 100.000 Personen gleichen Alters und Geschlechts anzugeben.

Die Daten zur Berechnung der Indikatoren basieren auf Statistiken der Statistik Austria, abgerufen durch die Statistische Datenbank (SDB) oder ISIS.

8.2.2 „Altersspezifische Gesamtmortalität“ in Niederösterreich

Die Säuglingssterblichkeitsrate lag für Niederösterreich bei 34,6 Promille (‰) im Jahr 1961. Das bedeutet, dass rund 35 Säuglinge bezogen auf 1.000 Lebendgeborene im ersten Lebensjahr verstorben sind (Abbildung 4). Ein stetiger Rückgang führte die Säuglingssterblichkeitsrate zuerst auf 24,6‰ im Jahr 1970. Im Jahr 1996 unterschritt die Säuglingssterblichkeitsrate erstmals den Wert von 5‰ und im Jahr 2010 lag die Säuglingssterblichkeitsrate bei 3,6‰ – ein auch im internationalen Vergleich sehr niedriger Wert (Statistik Austria, 2011a)⁷ (Abbildung 4).

⁷ Eine Darstellung nach Geschlecht ist erst ab 1992 möglich.

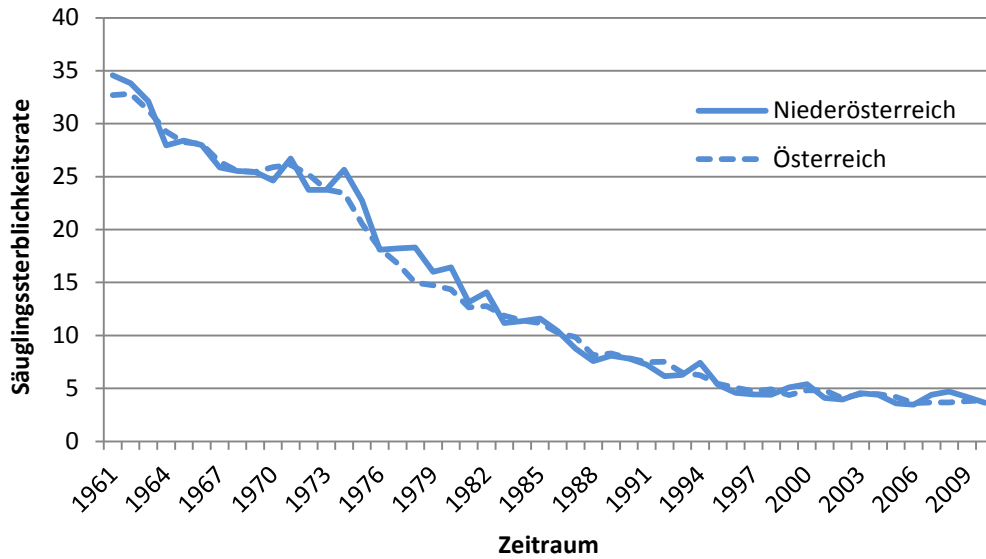


Abbildung 4: Säuglingssterblichkeit für Niederösterreich und Österreich in den Jahren 1961 – 2010
 Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (abgerufen am 15.12.2011).
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

In Niederösterreich gibt es im Jahr 2010 keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen Knaben und Mädchen. Im Jahr 2010 lag in Niederösterreich die Säuglingssterblichkeitsrate für männliche Säuglinge bei 3,7‰ verglichen mit 3,6‰ bei weiblichen Säuglingen. In absoluten Zahlen ausgedrückt, verstarben in Niederösterreich im Jahr 2010 27 männliche und 24 weibliche Säuglinge. Die Säuglingssterblichkeitsrate für Gesamt-Österreich weist vergleichbare Werte und denselben Trend in der Entwicklung auf. Es zeigt sich jedoch ein geschlechtsspezifischer Unterschied: Im Jahr 2010 lag die Säuglingssterblichkeitsrate für Knaben bei 4,3‰ und für Mädchen bei 3,4‰ (Statistik Austria, 2011a).

Die Kindersterblichkeitsrate (Anteil der Kinder, die im Zeitraum der ersten fünf Lebensjahre sterben, bezogen auf 1.000 Lebendgeborene) im Jahr 2010 lag in Niederösterreich nur geringfügig höher als die Säuglingssterblichkeitsrate (jeweils 4‰ für Knaben und für Mädchen verglichen mit 3,7‰ bzw. 3,6‰) (Abbildung 5). In absoluten Zahlen verstarben im Jahr 2010 in Niederösterreich 29 Knaben und 27 Mädchen bis zum fünften Lebensjahr, davon verstarben zwei Knaben und drei Mädchen zwischen dem zweiten und fünften Lebensjahr (Statistik Austria, 2011a).

Die Kindersterblichkeitsrate zeigt ähnliche Werte und einen ähnlichen Entwicklungsverlauf wie die Säuglingssterblichkeitsrate (Abbildung 5), da in die Berechnung der Kindersterblichkeitsrate auch die Anzahl der gestorbenen Säuglinge miteinfließt und im Zeitraum zwischen dem zweiten und dem fünften Lebensjahr um ein Vielfaches weniger Kinder sterben als im ersten Jahr.

Im Jahr 1970 lag die Kindersterblichkeitsrate von Knaben bei 33,6‰ verglichen mit 24,7‰ bei Mädchen. Die Kindersterblichkeitsrate für Gesamt-Österreich weist vergleichbare Werte und denselben Trend in der Entwicklung auf (Abbildung 5).

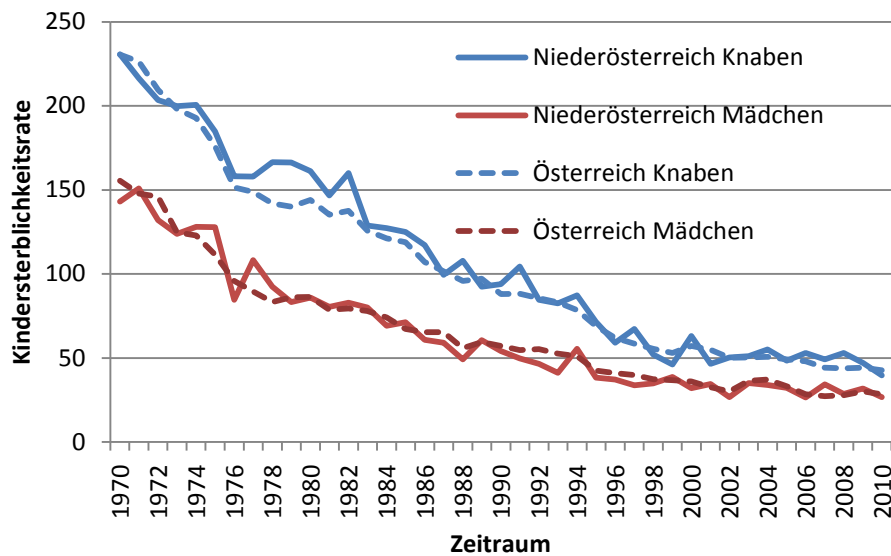


Abbildung 5: Kindersterblichkeitsrate für Niederösterreich und Österreich nach Geschlecht in den Jahren 1970 – 2010
 Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (abgerufen am 15.12.2011).
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Die Sterberate (Anzahl der Gestorbenen bis zum Erreichen des 20. Lebensjahres bezogen auf 100.000 Personen gleichen Alters und Geschlechts) der Unter-20-Jährigen lag in Niederösterreich im Jahr 1970⁸ für Knaben bei 231 und für Mädchen bei 143 (Abbildung 6). Die Sterberate sank für beide Geschlechter kontinuierlich bis zum Jahr 2010. Weiters kam es zu einer Reduktion des Unterschieds in der Sterberate zwischen Knaben und Mädchen. In Niederösterreich betrug im Jahr 2010 die Sterberate der Unter-20-Jährigen für Knaben 40 Gestorbene pro 100.000 und variierte in den Jahren 2001 bis 2009 zwischen 47 und 55. Für Mädchen betrug die Rate 27 Gestorbene pro 100.000. Die Sterberate variierte in den Jahren 2001 bis 2009 geringfügig zwischen 27 und 35 Gestorbenen pro 100.000.

Die Sterberaten der Unter-20-Jährigen Knaben und Mädchen für Gesamt-Österreich weisen ähnliche Werte und ähnliche Entwicklungen auf. Für Gesamt-Österreich betrug im Jahr 2010 die Sterberate der Unter-20-Jährigen für Knaben 43 Gestorbene pro 100.000 und für Mädchen 29 Gestorbene pro 100.000.

⁸ In der statistischen Datenbank (SDB) ist die Anzahl der Gestorbenen erst ab dem Jahr 1970 verfügbar.

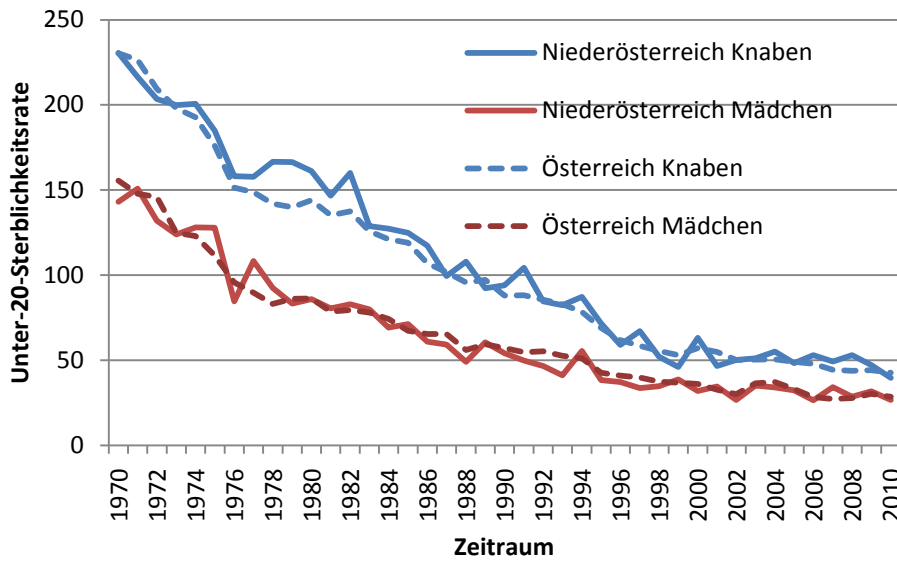


Abbildung 6: Unter-20-Sterblichkeitsrate für Niederösterreich und Österreich
 Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (abgerufen am 15.12.2011)
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Untenstehende Tabelle 22 gibt die absolute Anzahl der Gestorbenen im Jahr 2010 nach Altersgruppen, Geschlecht und Region wieder. Ein Großteil der Gestorbenen entfällt auf das Säuglingsalter und auf die Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen (Statistik Austria, 2011a).

Tabelle 22: Anzahl Gestorbene bis zum 20. Lebensjahr nach Alter und Geschlecht für Niederösterreich und Österreich

	Niederösterreich			Österreich		
	Knaben	Mädchen	Gesamt	Knaben	Mädchen	Gesamt
Unter 1	27	24	51	175	132	307
1 bis 4	2	3	5	33	27	60
5 bis 9	4	4	8	13	20	33
10 bis 14	5	1	6	22	18	40
15 bis 19	31	12	43	137	44	181
Gesamt	69	44	113	380	241	621

Datenquelle: Statistik Austria, Demographisches Jahrbuch 2010
 Bearbeitung: Donau-Universität Krems

Die Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung seit den 1970er Jahren führten zu einer Reduktion der Säuglings- und Kindersterblichkeit. In Österreich wird diese Entwicklung durch die Einführung des Mutter-Kind-Passes begleitet (Institut für Gesundheitsplanung, 2007).

8.3 Ursachenspezifische Gesamtmortalität

8.3.1 Beschreibung des Indikators „Ursachenspezifische Gesamtmortalität“

Anhand von Todesursachenstatistiken ist beobachtbar, dass unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht unterschiedliche Ursachen zum Tod von Menschen führen. Todesursachen sind von verschiedenen Determinanten der Gesundheit (u.a. vom Gesundheitsverhalten, von Umwelteinflüssen, von der Gesundheitsversorgung) beeinflusst (Das Land Steiermark, 2010).

Basierend auf den Empfehlungen der CHILD-Indikatoren und unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit der Daten erfolgt die Darstellung folgender ursachenspezifischer Mortalitätsraten für Kinder und Jugendliche (Todesfälle pro 100.000) getrennt nach Geschlecht und in den Altersgruppen unter 1, 1-4, 5-9, 10-14 und 15-19 Jahre (Rigby & Köhler, 2002):

- Infektionskrankheiten (ICD-10⁹-Codes: A00-B99)
- Bösartige Neubildungen (ICD-10-Codes: C00-C97)
- Angeborene Missbildungen (ICD-10-Codes: Q00-Q99)
- Unbeabsichtigte Verletzungen (ICD-10-Codes: V01-X59, und Rest von X60-Y89)
- Selbstmord und Selbstbeschädigung (ICD-10-Codes: X60-X84)
- Körperverletzung, Totschlag und Mord (ICD-10-Codes: X85-Y09, ohne Y87.1)
- Perinatale Sterblichkeit

Die perinatale Sterblichkeit errechnet sich aus der Zahl der in der ersten Lebenswoche gestorbenen Neugeborenen und der Zahl der totgeborenen Kindern mit einem Geburtsgewicht von über 500 Gramm auf 1.000 Lebendgeborene (Statistik Austria, 2011a).

Um Zufallsschwankungen auszugleichen werden die durchschnittlichen ursachenspezifischen Mortalitätsraten für die Jahre 2006-2010 angegeben.

8.3.2 „Ursachenspezifische Gesamtmortalität“ in Niederösterreich

Todesfälle aufgrund von unbeabsichtigten Verletzungen („Unfälle“) sind die häufigste Todesursache für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 19 Jahren, gefolgt von angeborenen Fehlbildungen, bösartigen Neubildungen und Selbstmord. In Ländern der europäischen Region mit hohem Wohlstand sind Verkehrsunfälle, Ertrinken, Stürze und feuerinduzierte Verbrennungen die häufigsten Unfallsarten mit Todesfolgen (Peden et al., 2008).

In untenstehender Abbildung 7 sind die ursachenspezifischen Mortalitätsraten für Kinder und Jugendliche in Niederösterreich bis zum Alter von 19 Jahren nach Geschlecht dargestellt. Für Unfälle zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede: Im Durchschnitt der Jahre 2006-2010 verstarben 13,9 Burschen auf 100.000 im Alter bis zu 19 Jahren an Unfällen verglichen mit 4,5 Mädchen im selben Zeitraum. Burschen dieser Altersgruppe weisen auch eine höhere Mortalitätsrate für Selbstmord auf als Mädchen: Im Durchschnitt der Jahre 2006-2010 verstarben 3,0 Burschen pro 100.000 in Niederösterreich an Selbstmord und Selbstbeschädigung verglichen mit 0,6 Mädchen pro 100.000.

⁹ ICD – International Classification of Diseases

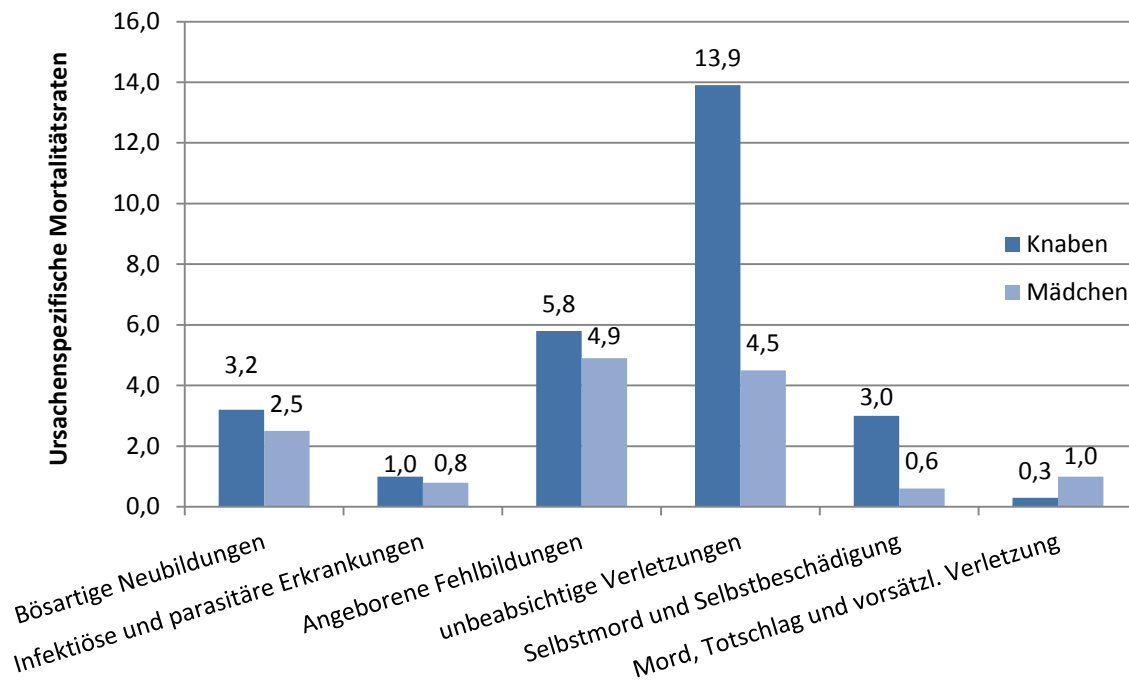


Abbildung 7: Ursachenspezifische Mortalitätsraten für Niederösterreich, nach Geschlecht (Durchschnittswerte für 2006-2010)

Datenquelle: Statistik Austria, Datenabfrage SDB (abgerufen am 15.12.2011)

Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Für Gesamt-Österreich ergeben sich mit Ausnahme der unbeabsichtigten Verletzungen ähnliche Mortalitätsraten wie für Niederösterreich. Allein die ursachenspezifische Mortalitätsrate für unbeabsichtigte Verletzungen lag in Niederösterreich über dem Österreich-Durchschnitt. In Gesamt-Österreich verstarben im Durchschnitt der Jahre 2006-2010 10,8 Knaben pro 100.000 und 3,9 Mädchen pro 100.000 an unbeabsichtigten Verletzungen (siehe Anhang Kapitel 15).

Aufgegliedert nach Altersgruppen zeigen sich angeborene Fehlbildungen als die häufigste Todesursache der bis 4-Jährigen (Abbildung 8). Daran verstarben 20,7 Kinder dieser Altersgruppe pro 100.000 im Durchschnitt der Jahre 2006-2010. An Unfällen verstarben 23,2 Jugendliche im Alter zwischen 15 und 19 Jahren pro 100.000. Die Geschlechtsunterschiede sind in dieser Altersgruppe mit 36,1 bei Knaben und 9,6 bei Mädchen noch ausgeprägter. In Gesamt-Österreich verstarben weniger Knaben dieser Altersgruppe an unbeabsichtigte Verletzungen. Die Mortalitätsrate aufgrund von Unfällen liegt bei Knaben bei 28,2 und bei Mädchen bei 7,7.

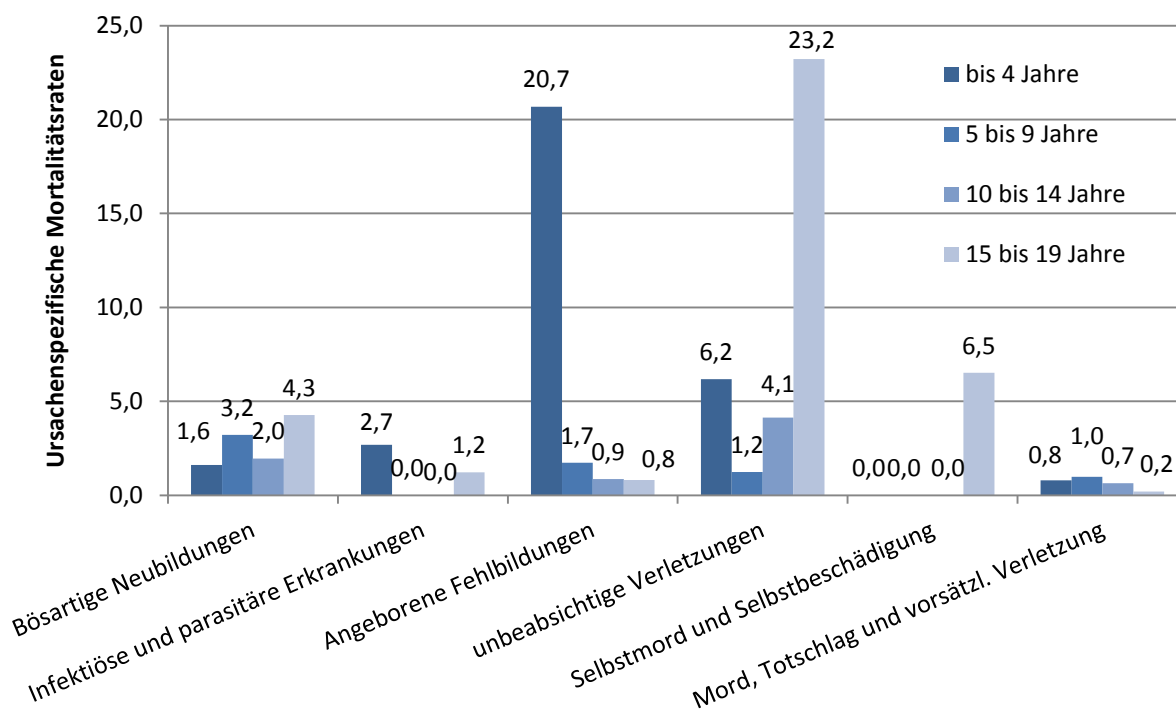


Abbildung 8: Ursachenspezifische Gesamt mortalität für Niederösterreich nach Altersgruppen (Durchschnittswerte für 2006-2010)

Datenquelle: Statistik Austria, Datenabfrage SDB (abgerufen am 15.12.2011)

Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Die perinatale Sterblichkeitsrate liegt im Durchschnitt der Jahre 2006-2010 in Niederösterreich bei 6 Kindern auf 1.000 Lebendgeborene (Tabelle 23).

Tabelle 23: Perinatale Sterblichkeit in Niederösterreich und Österreich im Trend (2006-2010) und Durchschnitt

	Niederösterreich	Österreich
2006	4,7	6,0
2007	7,0	5,9
2008	5,6	5,4
2009	6,2	5,6
2010	5,1	5,9
Durchschnitt 2006-2010	5,7	5,8

Datenquelle: Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010, S. 138

9 Morbidität

Auch die Morbiditätsindikatoren zählen zur Gruppe der „klassischen Indikatoren“ der Gesundheitsberichterstattung (Schwartz et al., 2003). In westlichen Industriegesellschaften bestimmen vor allem chronisch-degenerative Erkrankungen das Krankheitsspektrum im Kindes- und Jugendalter. Infektiöse Krankheiten spielen eine eher untergeordnete Rolle (Palentien, 2003). Rigby & Köhler (2002) schlagen die Inzidenz von Krebserkrankungen und Diabetes sowie die Prävalenz von Asthma als wichtige Indikatoren der Morbidität vor. Weiters folgt die Darstellung der Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen, die Anteile an übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen, sowie Verletzungen aufgrund von Unfällen bei Kindern und Jugendlichen. Abschließend werden Selbstmordversuche als besonders drastische Ausdrucksform von Beeinträchtigungen der mentalen Gesundheit beschrieben (Palentien, 2003).

9.1 Zusammenfassung

Chronische Erkrankungen, wie Asthma und Diabetes Mellitus Typ 1 bestimmen das Krankheitspektrum im Kindes- und Jugendalter (Palentien, 2003), wobei Asthma die häufigste chronische Krankheit der Kindheit darstellt (WHO, 2011a).

Basierend auf einer Eltern-Befragung im Rahmen der ISAAC Studie (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) wurde im Jahr 2008 die Lebenszeitprävalenz von Asthma von niederösterreichischen Schülerinnen bzw. Schülern der ersten Klasse Volksschule bei Knaben mit 6% und bei Mädchen mit 3% erhoben (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2008). Für andere Altersgruppen liegen keine weiteren Daten vor. Die durchschnittliche Inzidenzrate für Diabetes Mellitus Typ 1 Erkrankungen bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren lag im Jahresdurchschnitt im Beobachtungszeitraum von 2004-2009 bei 17 Kindern pro 100.000. Basierend auf selbstberichteten Angaben zu Größe und Gewicht der Schüler/innen wurde der BMI zur Einschätzung von Übergewicht und Adipositas berechnet. Rund 15% der Schüler/innen sind übergewichtig und 5% sind adipös. Burschen sind davon häufiger betroffen als Mädchen, bezüglich des Alters zeigen sich keine besonderen Unterschiede.

Krebserkrankungen sind die ernsthaftesten und lebensbedrohlichsten Erkrankungen für gesund geborene Kinder. Die im Alter zwischen 0 bis 14 Jahren am häufigsten auftretende Form der Krebserkrankung ist Leukämie, gefolgt von Tumoren des Gehirns und des zentralen Nervensystems (Kaatsch et al., 2006). In Niederösterreich erkrankten im Jahresdurchschnitt des Beobachtungszeitraums von 2004 bis 2008 14,2 Kinder pro 100.000 im Alter zwischen 0 bis 14 Jahren und 17,7 Kinder pro 100.000 im Alter zwischen 15 bis 19 Jahren an Krebs. In der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen ist Leukämie die häufigste Form der Krebserkrankung (5,8 Kinder pro 100.000). In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen stellt das Auftreten von anderen malignen Tumoren die häufigste Krebserkrankung dar (12,9 Jugendliche pro 100.000).

Unfälle zählen zu den häufigsten Todesursachen von Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 19 Jahren, aber auch nicht tödliche Unfälle können Einschränkungen in der Lebensqualität mit sich bringen. Zu den häufigsten Unfallursachen zählt die Beteiligung an Verkehrsunfällen: Insgesamt waren im Jahresdurchschnitt des Beobachtungszeitraums von 2005 bis 2010 801,6 Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 19 Jahren in Verkehrsunfälle mit Personenschaden involviert, wobei

Knaben häufiger davon betroffen sind als Mädchen (921,1 verglichen mit 675,5). Die Geschlechtsunterschiede sind in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen am stärksten ausgeprägt: Im Jahresdurchschnitt des Beobachtungszeitraums von 2005-2009 waren 2.108,0 Knaben pro 100.000 verglichen mit 1.389,1 Mädchen pro 100.000 in Verkehrsunfälle involviert.

Zu den häufigsten Folgen von Unfällen unterschiedlicher Ursachen zählen Frakturen des Unterarms, des Oberschenkel- und des Unterschenkelknochens. Insgesamt waren im Jahresdurchschnitt des Beobachtungszeitraums von 2005 bis 2009 255,4 Kinder und Jugendliche pro 100.000 bis zum Alter von 19 Jahren in Niederösterreich betroffen. Im Durchschnitt der Jahre 2005-2009 zeigt sich, dass Knaben in allen Altersgruppen häufiger als Mädchen stationär bezüglich Frakturen versorgt werden. Am zweithäufigsten kam es aufgrund von Vergiftungen zu stationären Aufnahmen. Insgesamt waren 67,5 Kinder und Jugendliche pro 100.000 bis zum Alter von 19 Jahren in Niederösterreich betroffen. 52,5 Kinder und Jugendliche pro 100.000 bis zum Alter von 19 Jahren wurden durchschnittlich jährlich im Beobachtungszeitraum von 2005 - 2009 stationär aufgrund von Verbrennungen und Verätzungen behandelt.

Insbesondere bei Vergiftungen und Frakturen sind Knaben häufiger als Mädchen, und Jugendliche häufiger als Kleinkinder betroffen. Bei Verbrennungen und Verätzungen zeigen sich keine Geschlechtsunterschiede und der Alterseffekt ist gegenläufig.

Selbstmord und Selbstmordversuche stellen eine besonders drastische Ausdrucksform von Beeinträchtigungen der mentalen Gesundheit dar (Palentien, 2003). Im Jahresdurchschnitt des Beobachtungszeitraums von 2005 bis 2009 betrug die Rate an stationären Aufnahmen für Suizidversuche und absichtliche Selbstverletzungen für 10- bis 19-Jährige 11,5 pro 100.000. Vergleichsweise am höchsten ist die Selbstmordversuchsrate bei Mädchen der Altersgruppe 15 bis 19: 43,5 Mädchen pro 100.000 begingen im Jahresdurchschnitt der Jahre 2005 bis 2009 einen Selbstmordversuch, der zu einer stationären Aufnahme führte.

9.2 Inzidenz von Krebserkrankungen

9.2.1 Beschreibung des Indikators „Inzidenz von Krebserkrankungen“

Krebserkrankungen sind die ernsthaftesten und lebensbedrohlichsten Erkrankungen für gesund geborene Kinder. Sie bringen eine weitgreifende Umstellung der Lebenssituation der betroffenen Kinder und eine hohe emotionale Bürde für die Familie mit sich (Rigby & Köhler, 2002). Wohlstandsgesellschaften investieren beträchtliche Ressourcen in die Entwicklung von diagnostischen Mitteln und Behandlungsstrategien sowie in die epidemiologische Analyse von Inzidenz- und Überlebensraten (Kaatsch et al., 2006).

Die im Alter zwischen 0-14 Jahren am häufigsten auftretende Form der Krebserkrankung ist Leukämie, gefolgt von Tumoren des Gehirns und des zentralen Nervensystems (Kaatsch et al., 2006). In Europa beträgt die altersstandardisierte Inzidenzrate für Leukämie bei 0- bis 14-Jährigen 45,1 auf 1.000.000 Personen für den Zeitraum von 1993-1997 und bei Tumoren des Zentralnervensystems 30,4 auf 1.000.000 Personen für denselben Zeitraum (Kaatsch et al., 2006). Für Europa zeigte sich ein signifikanter Anstieg in der Inzidenzrate für Leukämie und für Tumore des Zentralnervensystems im Zeitraum von 1978-1982 bis 1993-1997 (Kaatsch et al., 2006). Der durchschnittliche Anstieg in der Inzidenzrate lag für Mädchen höher als für Burschen, wobei das Erkrankungsrisiko für Mädchen im Zeitraum von 1978-1982 geringer war als für Burschen (Kaatsch et al., 2006).

Im Indikatorensetz des EU-Projekts CHILD wird die Berechnung der jährlichen Inzidenzraten für Krebserkrankungen bei Kindern pro 100.000 Personen für Leukämie (ICD10 Codes C91-95), maligne Tumoren des Gehirns und des Zentralnervensystems (ICD 10 Codes C69-C72) und andere maligne Tumore (ICD10 Codes C00-C68, C73-C90, C96-C99) empfohlen. Die Aufbereitung der Daten sollte getrennt für die Altersgruppen der 0- bis 14-Jährigen sowie der 15- bis 17-Jährigen erfolgen (Rigby & Köhler, 2002).

Die vorliegenden Inzidenzraten für Kinder basieren auf den Daten des österreichischen Krebsregisters, das seit 1969 von der Statistik Austria geführt wird (Statistik Austria, 2010b) und den altersspezifischen Populationen zum Jahresdurchschnitt. Es stehen die Alterskategorien der 0- bis 14-Jährigen und der 15- bis 19-Jährigen zur Verfügung.

9.2.2 „Inzidenz von Krebserkrankungen“ in Niederösterreich

In Niederösterreich erkrankten durchschnittlich in den Jahren 2004-2008 5,8 Kinder pro 100.000 im Alter zwischen 0 bis 14 Jahren an Leukämie, 3,4 Kinder an malignen Tumoren des Gehirns und des Zentralnervensystems und 5,0 Kinder an anderen malignen Krebserkrankungen (Abbildung 9). In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen erkrankten durchschnittlich in den Jahren 2004-2008 weniger Jugendliche an Leukämie (2,7 Jugendliche pro 100.000) und an malignen Tumoren des Gehirns und des Zentralnervensystems (2,1 Jugendliche pro 100.000) und durchschnittlich mehr Jugendliche an anderen malignen Tumoren (12,9 Jugendliche pro 100.000) als Kinder im Alter zwischen 0 bis 14 Jahren.

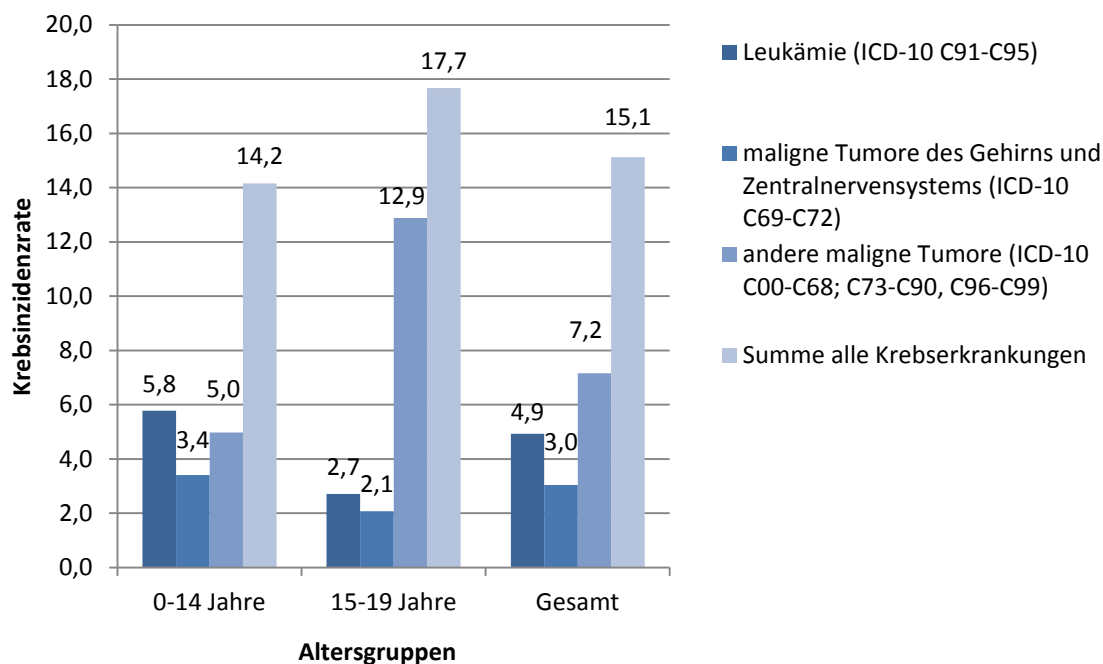


Abbildung 9: Krebsinzidenzrate für Niederösterreich, Durchschnittswerte 2004 – 2008

Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (abgerufen am 22.02.2012)

Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Im Jahresdurchschnitt erkrankten in Niederösterreich in den Jahren 2004-2008 36 Kinder bis zu 14 Jahren und 17 Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren an Krebs.

Die Krebsinzidenzraten der 0- bis 14-Jährigen und der 15- bis 19-Jährigen sind für Niederösterreich und Österreich vergleichbar (Tabelle 24).

Tabelle 24: Krebsinzidenzrate für Niederösterreich und Österreich, Durchschnittswerte 2004-2008

	Niederösterreich			Österreich		
	0-14 J.	15-19 J.	Gesamt	0-14 J.	15-19 J.	Gesamt
Leukämie	5,8	2,7	4,9	4,2	2,7	3,8
Gehirn- & Zentralnervensystem-Tumore	3,4	2,1	3,0	2,7	1,8	2,5
andere maligne Tumore	5,0	12,9	7,2	5,8	14,8	8,3
alle Krebserkrankungen	14,2	17,7	15,1	12,7	19,3	14,6

Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (abgerufen am 22.02.2012)

Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

9.3 Inzidenz von Diabetes Mellitus Typ 1

9.3.1 Beschreibung des Indikators „Inzidenz von Diabetes Mellitus Typ 1“

Bei Diabetes Mellitus Typ 1 handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, bei der die insulinproduzierenden Beta-Zellen nach und nach zerstört werden. Durch den Mangel an Insulin kommt es zu einer erhöhten Glucosekonzentration im Blut, was zu klinischen Symptomen, wie Gewichtsverlust und verstärkte Harnausscheidung verbunden mit starkem Durstgefühl, führt. Die Erkrankung macht eine lebenslange Insulinsubstitution erforderlich (Mehnert et al., 2003). Diabetes Mellitus Typ 1 tritt nur selten bei Kindern unter 5 Jahren auf und erreicht seine Spitze bei Kindern, die jünger als 15 Jahre alt sind. Die Erkrankung Diabetes Mellitus Typ 1 bringt Komplikationen wie Unter- und Überzuckerung mit sich und kann zu Folgeerkrankungen wie Schädigung kleinster Blutgefäße unter anderem an Nieren, Augen, Nerven und Füßen führen (Rigby & Köhler, 2002).

In Europa zeigt sich ein deutliches Nord-Süd-Gefälle. So wies Finnland 2003 mit 52,6 neuen Erkrankungsfällen bei den bis 14-Jährigen pro 100.000 Personen pro Jahr eine deutlich höhere Erkrankungsrate als Slowenien mit 11,1 auf. Neuere Befunde sprechen allerdings für eine Annäherung der länderspezifischen Inzidenzraten (Patterson et al., 2009).

Seit dem Jahr 1979 existiert in Österreich ein nationales Diabetesregister. Alle neu diagnostizierten Fälle des Diabetes Mellitus Typ 1 bei Kindern bis zum Alter von 14 Jahren werden prospektiv registriert (Schober et al., 2008; Waldhoer et al.). Die altersstandardisierten Inzidenzraten Diabetes Mellitus Typ 1 pro 100.000 Personen wurden von der Abteilung für Epidemiologie des Zentrums für Public Health an der Medizinischen Universität Wien auf Bundesländerebene aufbereitet und zur Verfügung gestellt. Eine gesonderte Auswertung nach Altersgruppen, Geschlecht und sozioökonomischen Hintergrund war nicht möglich.

9.3.2 Inzidenz von Diabetes Mellitus Typ 1 in Niederösterreich

In untenstehender Abbildung 10 sind die durchschnittlichen altersstandardisierten Inzidenzraten für Diabetes Mellitus Typ 1 basierend auf der WHO Standardbevölkerung im Zeitverlauf von 1989 bis 2009 dargestellt. Sowohl in Österreich als auch in Niederösterreich kam es in diesem Zeitraum zu einem bedeutenden Anstieg an Diabetes Mellitus Typ 1 Erkrankungen bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren. In Niederösterreich verzeichnete sich ein markanter Anstieg von 9,5 Kindern pro 100.000 in der Periode von 1989-1993 auf 17,2 Kinder pro 100.000 in der Periode von 2004-2009. Die Ursachen für diesen Anstieg sind vielfältig und es fehlen wissenschaftliche Belege. Diskutiert werden ein Anstieg des Alters der Eltern, rasches intrauterines Wachstum, Impfungen im Kleinkindalter und eine bessere Diagnostik (Schober et al., 2008).

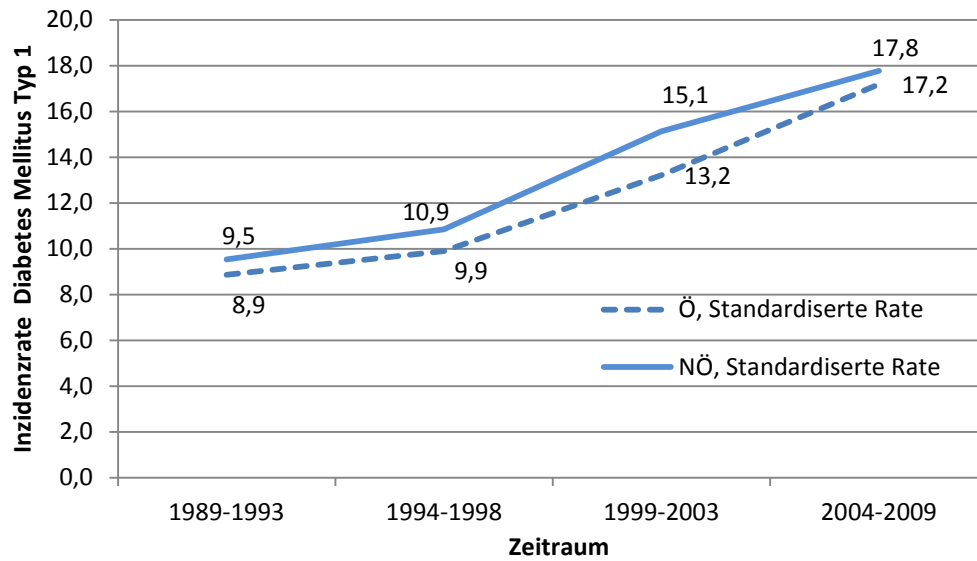


Abbildung 10: Altersstandardisierte Inzidenzraten für Diabetes Mellitus Typ 1 für Niederösterreich und Österreich (1989-2009) im Trend

Datenquelle und Aufbereitung: Abteilung für Epidemiologie, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien

In Gesamt-Österreich zeigen sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen (Waldhoer et al., 2008).

9.4 Prävalenz von Asthma

9.4.1 Beschreibung des Kriteriums „Prävalenz von Asthma“

Bei *Asthma bronchiale*, handelt es sich um eine entzündliche Erkrankung der Atemwege. Diese geht mit einer Verengung der Atemwege einher, verbunden mit obstruktiven Atemgeräuschen und einer erschwerten Atmung. Für die Entstehung von Asthma bronchiale werden vielfältige Ursachen (z.B.: Schadstoffbelastungen in der Umwelt, Passivrauch, Allergien) angenommen (Kroegel, 2002).

Während Rigby und Köhler (2002) noch von einer steigenden Zahl an Erkrankungsfällen berichteten, weisen aktuelle Befunde auf eine Stagnierung des Anstiegs hin. Es scheint, als wäre ein Plateau erreicht und in manchen Staaten sinkt die Zahl der Erkrankten bereits wieder (Schernhammer et al., 2008; Von Mutius, 2010). Trotzdem ist Asthma weiterhin die häufigste chronische Krankheit der Kindheit (WHO, 2011a) und nicht zuletzt dadurch ein bedeutender Indikator (Rigby & Köhler, 2002).

Die Prävalenz von Asthma kann basierend auf Befragungsdaten geschätzt werden. Im Jahr 2008 wurde eine Befragung im Rahmen der ISAAC Studie (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) aller niederösterreichischer Schüler/innen der ersten Klasse Volksschule durchgeführt. Die gesamte Stichprobe belief sich auf 12.584 Kinder. Eltern von 10.107 Kindern füllten die Fragebögen aus. Auch die Bundesländer Oberösterreich, Salzburg (hier wurden die Erst- und Zweitklässler befragt), Kärnten und die Steiermark nahmen im Zeitraum von 1995 bis 2008 an ISAAC teil. Da die Befragungszeitpunkte und die Methode der Stichprobenauswahl (Vollerhebung oder Teilerhebung) zwischen den Bundesländern variieren¹⁰, sind Vergleiche zwischen den Bundesländern unter Vorsicht zu ziehen.

9.4.2 Prävalenz von Asthma in Niederösterreich

Die Frage im Wortlaut „Hatte Ihr Kind irgendwann einmal Asthma (von einem Arzt festgestellt)?“ beantworteten rund 5% der Eltern mit „Ja“ (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2008). Buben sind mit 6% öfter von Asthma betroffen als Mädchen mit 3%. Abbildung 11 wird mit Daten aus bundesländerspezifischen Berichten ergänzt.

¹⁰ In der Steiermark wurde in 6 von 17 Bezirken, in Kärnten in 4 von 10 Bezirken, sowie in Oberösterreich einmal eine Vollerhebung 1995-1997 und in 7 von 18 Bezirken 2001-2003 eine Befragung durchgeführt.

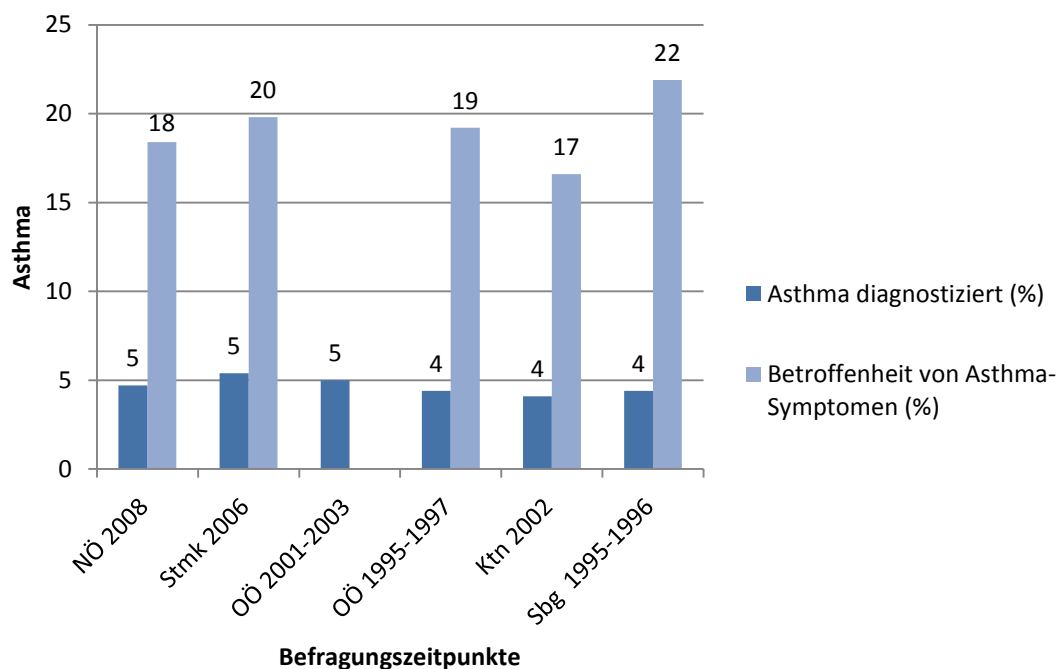


Abbildung 11: Anteil der Kinder mit bereits diagnostiziertem Asthma, bzw. mit Betroffenheit von Asthma-Symptomen
 Datenquelle: ISAAC Befragungen 2002 bis 2008: NÖ 2008 (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2008); Stmk 2006 (Amt der Steiermärkischen Landesregierung, 2006); OÖ 2001-2003 (Haidinger et al., 2007); OÖ 1995-1997 (Haidinger et al., 1998), Ktn 2002 (Amt der Kärntner Landesregierung, 2005); Sbg 1995 – 1996 (Land Salzburg, 1997)
 Bearbeitung: Donau-Universität Krems

Es liegen Daten für Österreich und seine Bundesländer über die Spitalsentlassungen mit der Diagnose Asthma vor (Tabelle 25). Für Niederösterreich stehen nur Zahlen bis 2007 zur Verfügung, da die Diagnose Asthma in den folgenden Jahren unter „Krankheiten des Atmungssystems“ subsumiert wurde. Es zeigt sich, dass in Österreich die Häufigkeit mit der Kinder mit Asthma behandelt werden, seit 2007 abgenommen hat. Dies muss nicht bedeuten, dass die Prävalenz sinkt, sondern könnte auch auf eine bessere medizinische Behandlung sowie auf eine raschere Diagnostik dieser Erkrankung hindeuten, was wiederum eine stationäre Behandlung verhindert. Für Niederösterreich lässt sich von 2004 bis 2007 kein klarer Trend erkennen. Sowohl in Österreich als auch in Niederösterreich werden in etwa doppelt so viele Buben wie Mädchen wegen Asthma im Krankenhaus behandelt.

Tabelle 25: Spitalsentlassungen aus Akutanstalten mit der Diagnose Asthma, für Niederösterreich und Österreich im Trend

	Niederösterreich			Österreich		
	Buben	Mädchen	Gesamt	Buben	Mädchen	Gesamt
2004	158	65	223	1012	520	1532
2005	128	65	193	1033	522	1555
2006	171	89	260	1041	523	1564
2007	136	74	210	867	463	1327
2008	-	-	-	918	488	1406
2009	-	-	-	764	374	1138

Datenquelle: Statistik Austria, Jahrbücher der Gesundheitsstatistik 2005 – 2010

Bearbeitung: Donau-Universität Krems

9.5 Zahngesundheit

9.5.1 Beschreibung des Indikators „Zahngesundheit“

Die Zahngesundheit ist wesentlich für eine gute Lebensqualität und dient der Verhütung verschiedener Erkrankungen. Ein gesundes Milchgebiss liefert die Basis für ein gesundes bleibendes Gebiss (Gesundheit Österreich GmbH, 2007b). Die Zahngesundheit steht weiters im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status und lässt Rückschlüsse auf das Ernährungs- und Hygieneverhalten zu (Rigby & Köhler, 2002).

Um die Gesundheit von Milchzähnen bei Kindern zu messen, wird der *dmft-Index* (in Kleinbuchstaben) herangezogen. Zur Beurteilung der Zahngesundheit des bleibenden Gebisses bei Kindern und Jugendlichen dient der *DMFT-Index* (in Großbuchstaben) (Rigby & Köhler, 2002). Der DMFT- bzw. dmft-Index gibt die durchschnittliche Anzahl an kariösen (decayed), gezogenen (missing), sanierten (filled) Zähnen (teeth) im bleibenden Gebiss bzw. im Milchgebiss an (Roulet & Zimmer, 2003). So würde zum Beispiel ein DMFT von drei bedeuten, dass drei bleibende Zähne kariös, saniert oder gezogen sind.

Die WHO hat für 2020 als Ziel definiert, dass 80% der 6-Jährigen kariesfrei sein sollen, was 2006 österreichweit 45% der Kinder erreicht haben (Gesundheit Österreich GmbH, 2007b). Das WHO 2020 Ziel für das bleibende Gebiss bei 12-Jährigen ist mit einem DMFT-Index kleiner als 1,5 definiert. Im Jahr 2007 wurde dieses Ziel in Österreich mit einem DMFT-Wert von 1,4 unterschritten (Gesundheit Österreich GmbH, 2007b).

In Niederösterreich wird seit dem Jahr 1989 das Kariesprophylaxe Programm *Apollonia 2020* flächendeckend in allen Kindergärten und in rund 90% der Volksschulen (Schuljahr 2010/11) durchgeführt (Niederösterreichische Landesregierung, 2010). Die im vorliegenden Bericht verwendeten Angaben basieren auf den Apollonia 2020 Untersuchungen im Zeitraum 2005/06-2010/11. In den Untersuchungen sind alle am Apollonia 2020 Projekt teilnehmenden Kindergärten und Volksschulen enthalten. Die Koordinationsstelle Zahnstatus des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen erhob im Jahr 2006 den Zahnstatus bei 2.403 6-jährigen Kindern in sechs österreichischen Bundesländern¹¹ (Gesundheit Österreich GmbH, 2007b, 2009) und im Jahr 2007 den Zahnstatus bei 2.663 12-jährigen Jugendlichen in sieben österreichischen Bundesländern¹² (Gesundheit Österreich GmbH, 2007b, 2009). Den Zahnstatuserhebungen des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen liegt eine Clusterstichprobe zugrunde. Nach einer zufälligen Ziehung der teilnehmenden Schulen nahmen weiters ausschließlich die Kinder mit einer positiven Einverständniserklärung der Eltern teil.

9.5.2 „Zahngesundheit“ in Niederösterreich

Im Jahr 2010/11 waren durchschnittlich 2,1 Milchzähne pro Gebiss bei 6-jährigen niederösterreichischen Kindern von Karies befallen oder aus diesem Grund behandelt (Tabelle 26). Der Zahngesundheitsstatus von Knaben und Mädchen ist sehr ähnlich (dmft-Index: 2,1 bei Knaben verglichen mit 1,9 bei Mädchen). Der dmft-Index ist seit den Erhebungen im Jahr 2005/06 kontinuierlich von 2,6 auf 2,1 im Jahr 2010/11 gesunken.

¹¹ Die teilnehmenden Bundesländer waren Vorarlberg, Tirol, Salzburg, Wien, Burgenland und Steiermark.

¹² Die teilnehmenden Bundesländer waren Vorarlberg, Tirol, Salzburg, Wien, Burgenland, Steiermark und Kärnten.

Tabelle 26: Zahnstatus (dmft-Index) bei 6-Jährigen, nach Geschlecht für Niederösterreich (2005/06-2010/11)

	Knaben	Mädchen	Gesamt	Gesamt (n)
2005/06	2,8	2,4	2,6	7.462
2006/07	2,8	2,4	2,6	6.719
2007/08	2,6	2,3	2,5	7.535
2008/09	2,5	2,2	2,4	7.461
2009/10	2,3	2,0	2,1	7.636
2010/11	2,1	1,9	2,1	8.076

Datenquelle: Jaksch&Partner, Apollonia 2020 von 2005 bis 2011 (JAKSCH & PARTNER, o.J.-a, o.J.-b, o.J.-c, o.J.-d, o.J.-e, o.J.-f)

Bearbeitung: Donau-Universität Krems

Die Zahngesundheit der niederösterreichischen Kinder ist vergleichbar mit der von Kindern aus Gesamt-Österreich. Bei österreichischen 6-jährigen Kindern waren im Schuljahr 2006/07 durchschnittlich 2,7 Milchzähne pro Gebiss von Karies betroffen (Gesundheit Österreich GmbH, 2007b, 2009). Bei Knaben waren durchschnittlich rund 2,8 und bei Mädchen rund 2,6 ungesunde Milchzähne pro Gebiss vorzufinden.

Untenstehende Tabelle 27 gibt die Anteile der 6-jährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss wieder. Im Jahr 2005/06 waren 43,8% der untersuchten Kinder kariesfrei. Dieser Anteil ist kontinuierlich bis zum Jahr 2010/11 auf 50,3% gestiegen. In Gesamt-Österreich lag dieser Wert im Jahr 2006/07 bei 45% und ist somit vergleichbar mit dem Kennwert für Niederösterreich von rund 44%.

Tabelle 27: Anteil der 6- jährigen Kinder mit einem kariesfreien Gebiss, Niederösterreich (2006/07 – 2010/11)

	Gesamt	Gesamt (n)
2005/06	43,8%	7.462
2006/07	43,5%	6.719
2007/08	46,6%	7.535
2008/09	47,8%	7.461
2009/10	50,7%	7.636
2010/11	50,3%	8.076

Datenquelle: Jaksch&Partner, Apollonia 2020 von 2006 bis 2011;

Bearbeitung: Donau-Universität Krems

Besonders problematisch ist die Polarisierung der Verteilung von kariösen Zähnen. Karies. In Gesamt-Österreich entfallen auf nur ein Viertel der 6-Jährigen 81% der kariösen Zähne (Gesundheit Österreich GmbH, 2007b, 2009). Hiervon sind Kinder aus sozial schwächeren Familien und Kinder mit Migrationshintergrund häufiger betroffen.

Für Niederösterreich liegen keine repräsentativen Daten für den Zahnstatus von 12-jährigen Jugendlichen vor, da sich die Apollonia 2020 Erhebungen auf Kinder in Volksschulen beschränken. Für Gesamt-Österreich ergab die Zahnstatuserhebung des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen im Jahr 2007, dass bei den untersuchten 12-jährigen österreichischen Jugendlichen im Durchschnitt 1,4 bleibende Zähne pro Gebiss von Karies betroffen waren.

9.6 Übergewicht und Adipositas

9.6.1 Beschreibung des Indikators „Übergewicht und Adipositas“

Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter haben mittlerweile das Ausmaß einer Epidemie erreicht. Die Prävalenzzahlen stiegen in den letzten Jahren und Jahrzehnten ständig und mit ihnen die negativen gesundheitlichen Auswirkungen, die Übergewicht und Adipositas schon in jungen Jahren mit sich bringen (Jackson-Leach & Lobstein, 2006; Lobstein et al., 2004). Adipositas steht in Zusammenhang mit chronischen Krankheiten und deren Vorstufen (vor allem Diabetes mellitus Typ 2 und Herz-Kreislauf-Krankheiten), die schon vermehrt im Kindes- und Jugendalter auftreten, aber auch die Krankheitslast im Erwachsenenalter beeinflussen (Lobstein & Jackson-Leach, 2006). Direkte Konsequenzen von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen haben auch psychosoziale Komponenten: Vor allem Stigmatisierung und Diskriminierung von adipösen Kindern und Jugendlichen hat weitreichende psychologische und soziale Auswirkungen (Lobstein et al., 2004). Dazu kommt, dass übergewichtige oder adipöse Kinder und Jugendliche mit großer Wahrscheinlichkeit auch als Erwachsene übergewichtig oder adipös sind (Singh et al., 2008).

Der Body Mass Index (BMI), der sich aus dem Gewicht in kg dividiert durch die Quadratsumme der Körpergröße in m errechnet (kg/m^2), ist der am weitesten verbreitete Index für die Bestimmung von Übergewicht und Adipositas, auch bei Kindern und Jugendlichen (Lobstein et al., 2004). Der BMI ist außerdem signifikant mit dem relativen Fettanteil von Kindern und Jugendlichen assoziiert (Lobstein et al., 2004).

Auch in der HBSC-Studie wurde der BMI als Maß für Übergewicht und Adipositas verwendet. Für die Einschätzung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas der österreichischen Schülerinnen und Schüler wurde auf die BMI Grenzwerte von Cole et al. (Cole et al., 2000) zurückgegriffen, die von der International Obesity Task Force empfohlen werden. Selbstberichtete Werte für Größe und Gewicht als Grundlage für die Berechnung von BMI-Werten sind jedoch nicht ausreichend verlässlich und führen eventuell zu Unterschätzung des Ausmaßes an Übergewicht und Adipositas (Brettschneider et al., 2011; Elgar et al., 2005).

In der HBSC-Befragung wurden die Schüler/innen gebeten anzugeben, wie viel sie ohne Kleidung wiegen (in kg) und wie groß sie ohne Schuhe sind (in cm). Daraus wurde dann der BMI berechnet und die Prävalenzen für Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas auf Basis der Grenzwerte von Cole et al. (Cole et al., 2000) errechnet (Ramelow et al., 2011).

Zusätzlich zum BMI wurde die subjektive Körperwahrnehmung bezogen auf das Körpergewicht erhoben. Mit Hilfe eines Items wurde erfragt, ob sich die Schülerin bzw. der Schüler für zu dick oder zu dünn hält, oder der Meinung ist, das richtige Gewicht zu haben. Auf die Frage „Glaubst du, dass du...“ gab es folgende fünf Antwortmöglichkeiten: viel zu dünn bist?, ein bisschen zu dünn bist?, ungefähr das richtige Gewicht hast?, ein bisschen zu dick bist?, viel zu dick bist? (Ramelow et al., 2011).

9.6.2 Ausmaß von „Übergewicht und Adipositas“ in Niederösterreich

Insgesamt sind 80% der niederösterreichischen Kinder und Jugendlichen normalgewichtig (Untergewicht ist hier auch miteingeschlossen). Das bedeutet, dass ein Fünftel der jungen

Niederösterreicher/innen übergewichtig oder adipös ist; insgesamt leiden 5% an Adipositas. Das Alter zeigt dabei keinen wesentlichen Einfluss. Das Geschlecht hat einen geringen Einfluss (Cramér's V 0,100; $p < 0,004$), wobei mehr Mädchen der Gruppe der Unter- oder Normalgewichtigen zugeteilt werden können und mehr Burschen als übergewichtig oder adipös zu bezeichnen sind (siehe Abbildung 12).

Im Vergleich zu Gesamtösterreich sind die niederösterreichischen Schüler/innen geringfügig häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen (Cramér's V 0,069; $p < 0,001$), wo nur 3% an Adipositas leiden (im Gegensatz zu 5% in Niederösterreich) (siehe Anhang, Kapitel 15).

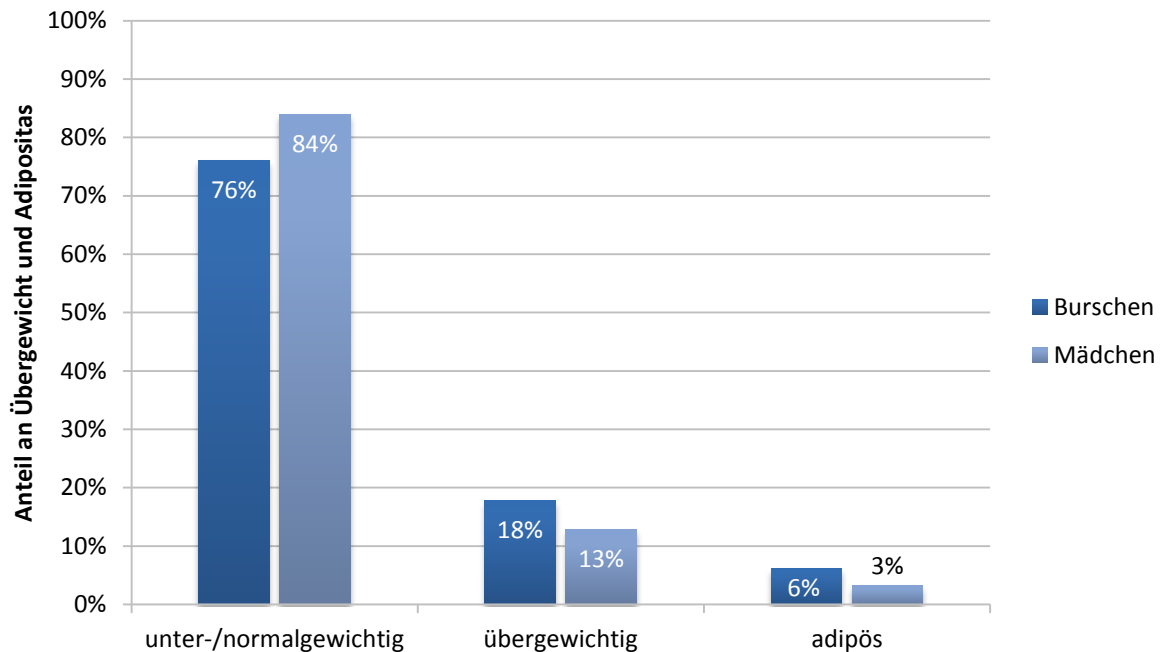


Abbildung 12. Anteil an Übergewicht und Adipositas, nach Geschlecht, Niederösterreich.

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Zirka die Hälfte (46%) der niederösterreichischen Kinder und Jugendlichen geben an, dass ihr Gewicht genau richtig ist. Das Alter hat keinen Einfluss auf diese Einschätzungen, aber das Geschlecht (Cramér's V 0,13; $p = 0,001$). So fühlen sich mehr Mädchen zu dick oder ein bisschen zu dick und weniger Mädchen geben an genau das richtige Gewicht zu haben (siehe Abbildung 13). Einen Unterschied zu Gesamtösterreich gibt es in der Körperwahrnehmung nicht.

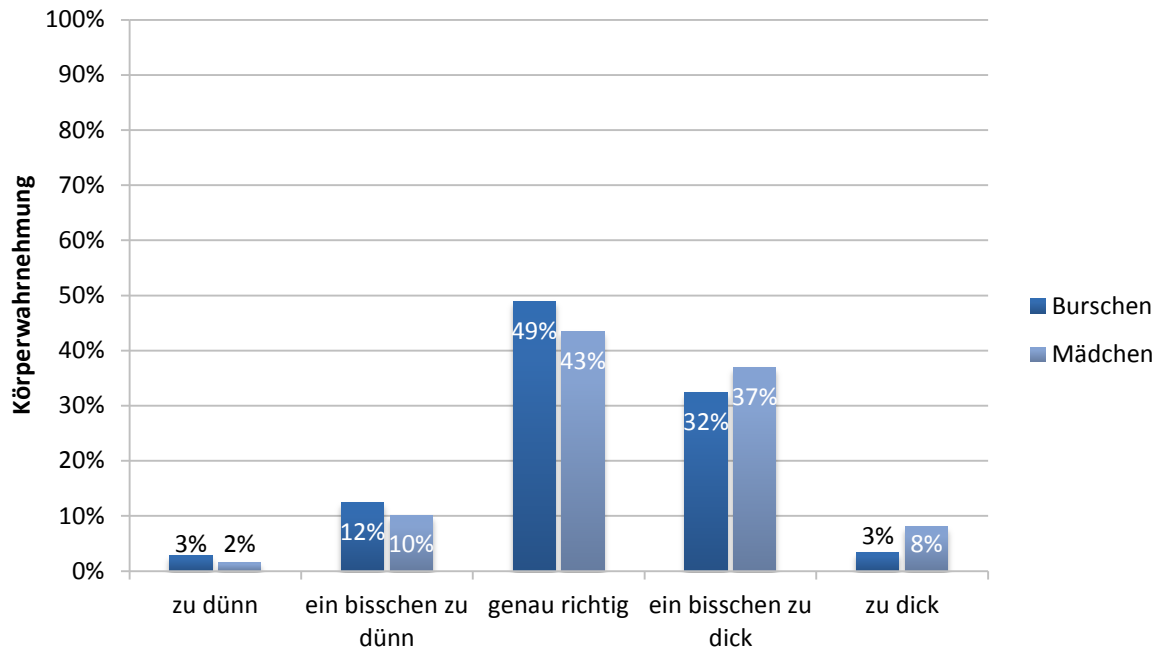


Abbildung 13. Körperwahrnehmung, nach Geschlecht, Niederösterreich.
Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

9.7 Unfälle

9.7.1 Beschreibung des Indikators „Unfälle, die zu einem Krankenhausaufenthalt führen“

Tödliche und nicht-tödliche unbeabsichtigte Verletzungen verursachen hohe Belastungen bei den betroffenen Familien. Wenn Kinder das fünfte Lebensjahr erreicht haben, zählen Unfälle zu den größten Lebensgefahren (Peden et al., 2008). Die Verteilung von Unfällen mit ausschließlich tödlichem Ausgang werden im Kapitel 8.3 ursachenspezifische Mortalität behandelt.

Meist ziehen Unfälle auch langfristige Verletzungen, Beeinträchtigungen und damit verbundene Nachsorgeuntersuchungen mit sich. Stürze und Verkehrsunfälle liegen auf Platz 10 und 11 bei den Ursachen für Einschränkungen der Lebensqualität bei Kindern in Europa (Peden et al., 2008). Knaben und auch Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind häufiger von Unfällen betroffen (Kendrick et al., 2009).

Breit angelegte Präventionskampagnen zielen einerseits auf die Steigerung der Popularität von einzelnen präventiven Maßnahmen und andererseits auf die Bewusstseinsbildung zur prinzipiellen Vermeidbarkeit von Unfällen. Peden et al. (2008) geben einen ausführlichen Überblick über die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen in den Bereichen Bewusstseinsbildung und Aufklärung, Produktsicherheit und Gesetzgebung.

Auf europäischer Ebene werden drei spezifische Indikatoren vorgeschlagen, um das Ausmaß von Unfällen mit unterschiedlichen Verletzungen darzustellen. Ausgewählt werden nur Unfälle mit Verletzungen, die zu einem Krankenhausaufenthalt führten (Rigby & Köhler, 2002). Folgende ICD-10 Kodierungen wurden berücksichtigt:

- Jährliche Rate von stationären Aufnahmen von Kindern aufgrund von *Frakturen von Röhrenknochen* pro 100.000 Personen: ICD-10-Codes: S52 (Fraktur des Unterarms), S72 (Fraktur des Oberschenkelknochens) und S82 (Fraktur des Unterschenkels einschließlich des oberen Sprunggelenks)
- Jährliche Rate von stationären Aufnahmen von Kindern aufgrund von *unbeabsichtigten Vergiftungen* pro 100.000 Personen: ICD-10-Codes: T51-T65 toxische Wirkung vorwiegend nicht medizinischer Substanzen)
- Jährliche Rate von stationären Aufnahmen von Kindern aufgrund von *Verbrennungen und Verätzungen* pro 100.000 Personen: ICD-10-Codes: T20-T32 (Verbrennungen und Verätzungen)

Den Analysen liegen die Daten der Spitalentlassungsstatistik der Statistik Austria zugrunde. Es handelt sich hierbei um keine personenbezogene sondern eine fallbezogene Statistik, was dazu führt, dass eine Person, die innerhalb eines Kalenderjahres mehrmals mit derselben Diagnose stationär behandelt wird auch mehrmals in der Statistik erfasst wird (Statistik Austria, 2010a)

Da Straßenverkehrsunfälle zu den häufigsten Unfällen im Kindes- und Jugendalter zählen, werden diese Unfälle gesondert dargestellt. Sie basieren auf der Statistik der Straßenverkehrsunfälle, in der alle bei der Polizei angezeigten Unfälle erfasst werden (Statistik Austria, 2011d).

9.7.2 Straßenverkehrsunfälle in Niederösterreich

In den Jahren 2005 bis 2010 waren im Jahresdurchschnitt 801,6 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 bis 24 Jahren pro 100.000 in Verkehrsunfällen in Niederösterreich involviert und kamen dabei zu Schaden. Nicht jeder dieser Unfälle führte jedoch zu einem Krankenhausaufenthalt.

Abhängig vom Alter und Geschlecht sind Kinder und Jugendliche in unterschiedlichem Ausmaß von Verkehrsunfällen mit Personenschaden betroffen (Abbildung 14). Am wenigsten involviert waren Kinder im Alter von 0 bis 4 Jahren (rund 132 pro 100.000). Am häufigsten in Straßenverkehrsunfälle verwickelt waren Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren, am zweithäufigsten junge Erwachsene zwischen 20 und 24 Jahren. In beiden Altersgruppen kommen Knaben weitaus häufiger zu Schaden als Mädchen. In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen verunglückten 2.108,0 Knaben pro 100.000 verglichen mit 1.389,1 Mädchen pro 100.000.

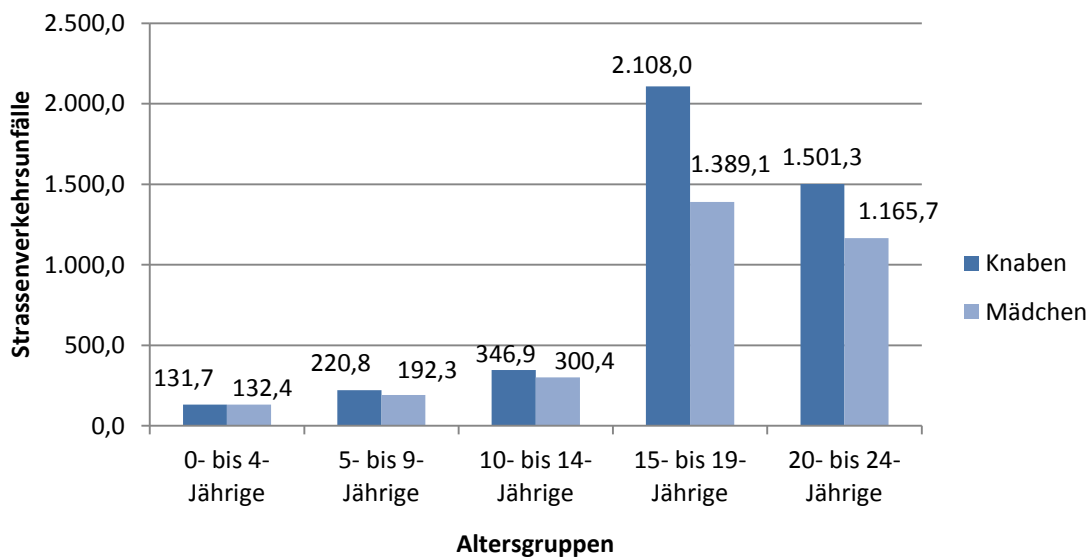


Abbildung 14: Rate an in Straßenverkehrsunfällen verunglückte Kinder und Jugendliche in Niederösterreich, nach Geschlecht und Altersgruppen, Durchschnittswerte 2005 – 2010
 Datenquelle: Statistik Austria, Straßenverkehrsunfälle (zur Verfügung gestellt, 29.02.2012)
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Die Raten für Straßenverkehrsunfälle waren in Niederösterreich ziemlich ähnlich wie in Gesamt-Österreich. Im Jahr 2010 zeigte sich insbesondere in den Altersgruppen der 15- bis 19-Jährigen und der 20- bis 24-Jährigen ein Rückgang der in Straßenverkehrsunfällen involvierten Jugendlichen (siehe Tabellen im Anhang, Kapitel 15).

9.7.3 „Unfälle, die zu einem Krankenhausaufenthalt führen“ in Niederösterreich

Bei Unfällen, die zu einem Krankenhausaufenthalt führen, zählen Frakturen des Unterarms sowie des Ober- und Unterschenkels zu den häufigsten Auswirkungen. Im Durchschnitt der Jahre 2005 bis 2009 wurden jährlich 623 Knaben und 265 Mädchen im Alter bis zu 19 Jahren in Niederösterreich stationär wegen einer Fraktur behandelt.

In untenstehender Abbildung 15 ist die Rate an stationären Aufnahmen für Frakturen des Unterarms, des Ober- und Unterschenkelknochens (ICD-10-Codes: S52, S72, S82) pro 100.000 Personen für

Niederösterreich und Österreich dargestellt. Im Durchschnitt der Jahre 2005-2009 zeigt sich, dass Knaben in allen Altersgruppen häufiger als Mädchen stationär bezüglich Frakturen versorgt werden. Bis zum Alter von 5 bis 9 Jahren steigt bei Mädchen als auch bei Burschen die Rate an Knochenbrüchen. Während bei Mädchen die Rate bis zum Alter von 10 bis 14 Jahren stabil bleibt und in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen sinkt, steigt die Rate bei Burschen stärker an und ist in der letzten untersuchten Altersgruppe nur leicht rückläufig. Zu den Raten für Gesamt-Österreich zeigen sich keine bedeutenden Unterschiede.

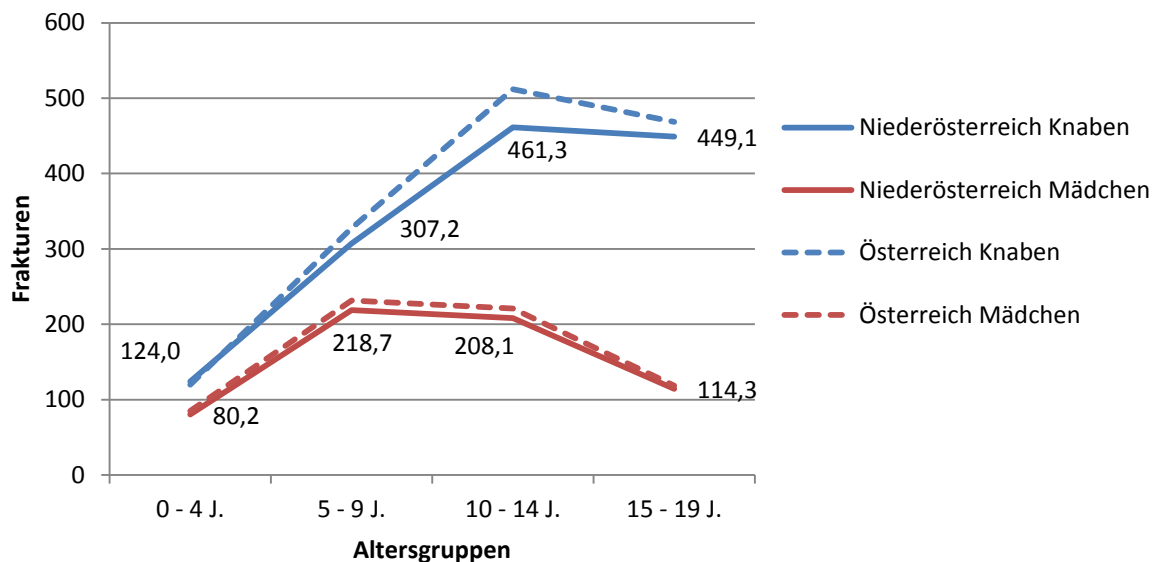


Abbildung 15: Rate an stationären Aufnahmen für Frakturen des Unterarms, des Ober- und des Unterschenkelknochens pro 100.000 Personen für Niederösterreich und Österreich, nach Geschlecht und Altersgruppen, Durchschnittswerte 2005 – 2009

Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (abgerufen am 22.02.2012)

Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Im Zeitverlauf zwischen den Jahren 2005 bis 2009 zeigt sich, dass die Rate der stationär behandelten Frakturen pro 100.000 Kinder und Jugendlicher im Alter zwischen 0 bis 19 Jahren in Niederösterreich gleich bleibt und in Gesamt-Österreich leicht sinkt. Die jahresspezifischen Raten für Österreich und Niederösterreich sind im Anhang (vgl. Kapitel 15) aufgelistet.

In Abbildung 16 sind die Raten an stationären Aufnahmen zur Behandlung von Vergiftungen (ICD-10-Codes: T51-T65) der Kinder und Jugendlicher im Alter bis zu 19 Jahren dargestellt. Vergiftungen werden häufig aufgrund von Pflanzen, Medikamenten, Chemikalien und Lebensmitteln hervorgerufen. Im Durchschnitt der Jahre 2005 bis 2009 wurden jährlich 138 Knaben und 96 Mädchen im Alter bis zu 19 Jahren in Niederösterreich stationär wegen einer Vergiftung behandelt.

Insbesondere in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen steigt die Rate der stationären Aufnahmen für Vergiftungen bedeutend an. Knaben sind häufiger als Mädchen aus diesem Grund in stationärer Behandlung (104,2 Mädchen verglichen mit 156,6 Knaben pro 100.000 Personen). Der Anstieg ist auf die toxischen Wirkungen aufgrund des Konsums von Alkohol zurückzuführen. Die Rate der stationären Aufnahmen für Niederösterreich für Knaben und Mädchen getrennt liegt unter den Werten von Gesamt-Österreich.

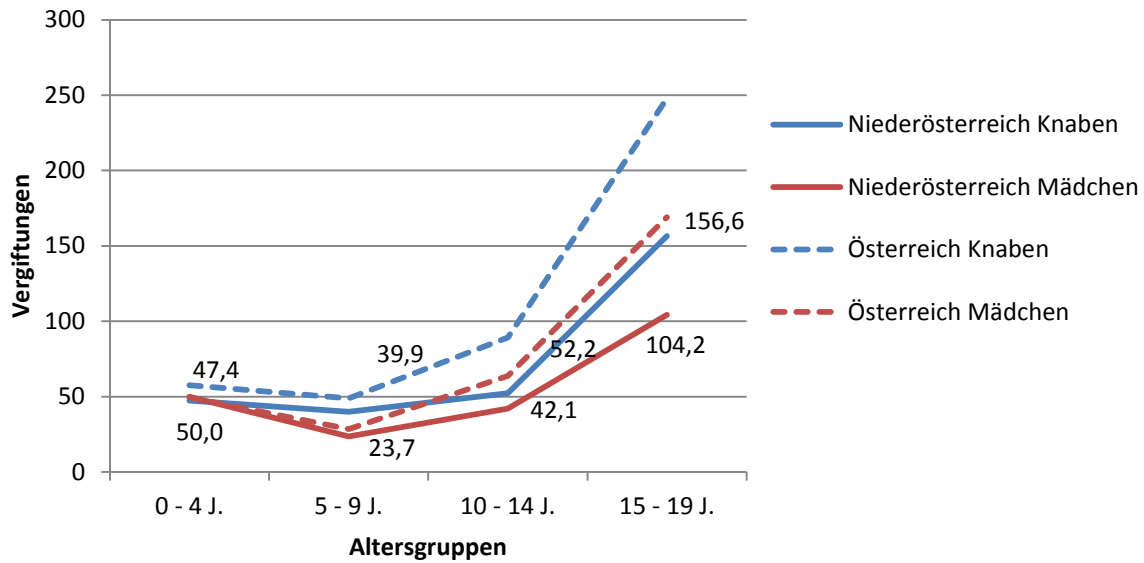


Abbildung 16: Rate an stationären Aufnahmen für Vergiftungen pro 100.000 Personen für Niederösterreich und Österreich, nach Geschlecht und Altersgruppen, Durchschnittswerte 2005 – 2009
 Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (abgerufen am 22.02.2012)
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Die Rate an stationären Aufnahmen für Vergiftungen ist sowohl für Niederösterreich als auch für Gesamt-Österreich in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen im Beobachtungszeitraum von 2005 bis 2009 angestiegen. Bei den niederösterreichischen Knaben dieser Altersgruppe verdoppelte sich die Rate an stationären Aufnahmen. Waren es im Jahr 2005 noch 110,9 Knaben auf 100.000 Personen gleichen Alters und Geschlechts, verdoppelte sich die Rate bis zum Jahr 2009 auf 216,0 Knaben. Bei niederösterreichischen Mädchen zeigte sich ebenfalls eine Verdoppelung der Rate von 71,7 auf 140,8. Im Jahr 2009 entspricht dies 110 Knaben und 68 Mädchen. Die jahresspezifischen Raten für Österreich und Niederösterreich sind im Anhang (vgl. Kapitel 15) aufgelistet.

Verbrennungen und Verätzungen können durch Heizkörper, heiße Dämpfe und Chemikalien verursacht sein (Rigby & Köhler, 2002). In untenstehender Abbildung 17 sind die Raten an stationären Aufnahmen zur Behandlung von Verbrennungen und Verätzungen (ICD-10-Codes: T20-T32) der Kinder und Jugendlichen im Alter bis zu 19 Jahren dargestellt. Im Durchschnitt der Jahre 2005 bis 2009 wurden jährlich 109 Knaben und 74 Mädchen im Alter bis zu 19 Jahren in Niederösterreich stationär wegen einer Verbrennung oder Verätzung behandelt.

Insbesondere die Kleinsten, die 0- bis 4-Jährigen, müssen häufiger aufgrund von Verbrennungen und Verätzungen stationär behandelt werden. Bei Knaben beträgt die Rate 162,0 auf 100.000 Personen und bei Mädchen beträgt die Rate 147,3 auf 100.000 Personen.

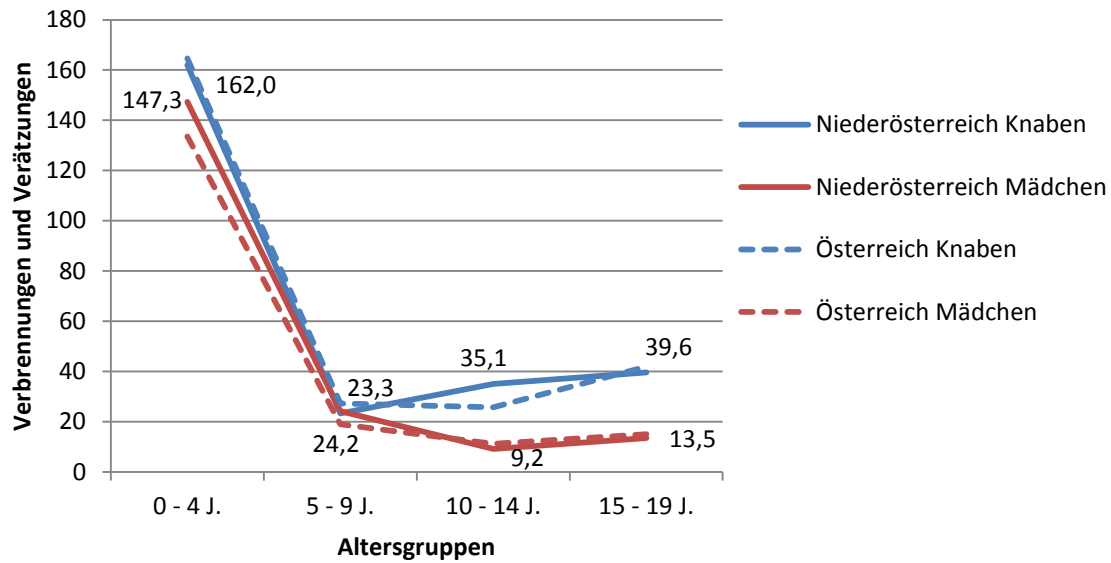


Abbildung 17. Rate an stationären Aufnahmen für Verbrennungen und Verätzungen pro 100.000 Personen für Niederösterreich und Österreich, nach Geschlecht und Altersgruppen, Durchschnittswert für 2005-2009
 Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (abgerufen am 22.02.2012)
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Die Rate an stationären Aufnahmen für Verbrennungen und Verätzungen ist für Niederösterreich in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen im Beobachtungszeitraum von 2005 bis 2009 gleich geblieben. In Gesamt-Österreich sind die Raten leicht gesunken. Die jahresspezifischen Raten für Österreich und Niederösterreich sind im Anhang (vgl. Kapitel 15) aufgelistet.

9.8 Mentale Gesundheit

9.8.1 Beschreibung des Indikators „Selbstmordversuch“

Selbstmord und Selbstmordversuche stellen eine besonders drastische Ausdrucksform von Beeinträchtigungen der mentalen Gesundheit dar (Palentien, 2003). Im Kapitel 8.3 Ursachenspezifische Mortalität wurde angeführt, dass 6,5 Jugendliche im Alter zwischen 15 und 19 Jahren pro 100.000 in Niederösterreich an Selbstmord versterben. Einer der stärksten Prädiktoren für erfolgten Selbstmord ist ein vorangegangener Selbstmordversuch (Kaess et al., 2011). Die Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit von 128 Studien über die Prävalenz von Selbstmordversuchen bei Jugendlichen zeigen, dass 9,7% (95% Konfidenzintervall 8,5 – 10,9) der Jugendlichen einen Selbstmordversuch unternommen hatten, während 29,9% (95% KI 26,1 – 33,8) angaben, daran schon einmal in ihrem Leben gedacht zu haben (Kaess et al., 2011).

Berechnet wurden die jährlichen Raten an Suizidversuchen und absichtlichen Selbstverletzungen (ICD-10-Code: U31) für Knaben und Mädchen in den Altersgruppen von 10 bis 14 Jahren und von 15 bis 17 Jahren pro 100.000 basierend auf den Spitalsentlassungsstatistiken der Statistik Austria (Rigby & Köhler, 2002).

9.8.2 Ausmaß an Selbstmordversuchen in Niederösterreich

In untenstehender Abbildung 18 sind die Raten an stationären Aufnahmen für Suizidversuche und absichtliche Selbstverletzungen für 10- bis 14-Jährige und für 15- bis 19-Jährige für Niederösterreich und Gesamt-Österreich im Durchschnitt der Jahre 2005-2009 dargestellt. Mädchen weisen eine höhere Rate an Suizidversuchen auf als Knaben. Bei beiden Geschlechtern steigt die Rate der Suizidversuche mit dem Alter an.

Im Durchschnitt der Jahre 2005 bis 2009 begehen jährlich in absoluten Zahlen 40 Kinder und Jugendliche in Niederösterreich im Alter zwischen 10 und 19 Jahren einen Selbstmordversuch, der zu einer stationären Aufnahme führt. Das sind etwa 25 Mädchen und 15 Knaben. Die Rate ist mit Gesamt-Österreich vergleichbar.

Ausgewählte Indikatoren zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

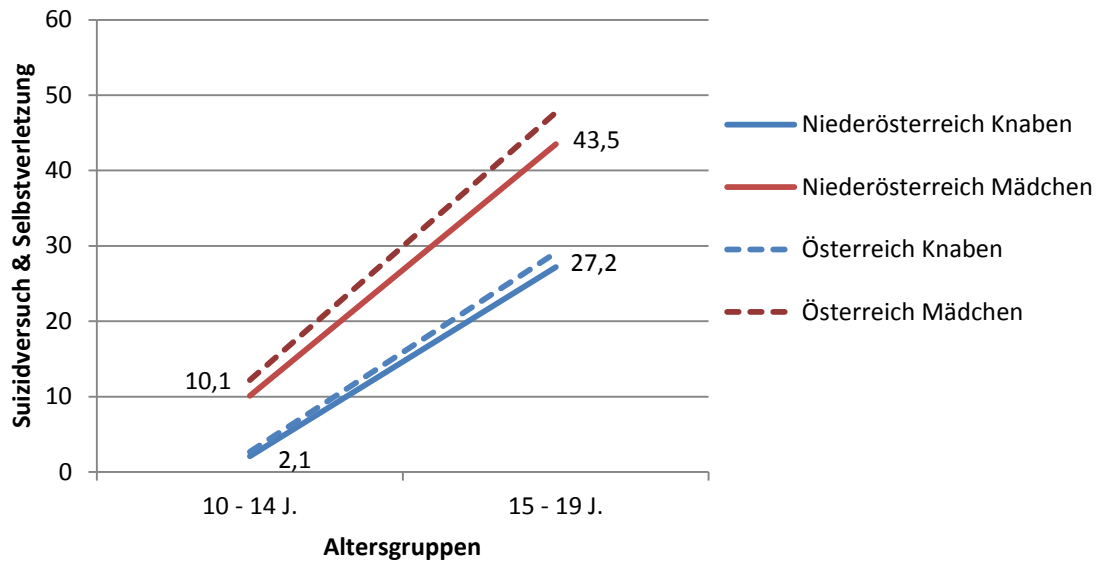


Abbildung 18: Rate an stationären Aufnahmen für Suizidversuch und absichtliche Selbstverletzung pro 100.000 Personen für Österreich und Niederösterreich, nach Geschlecht und Altersgruppen, Durchschnittswerte 2005 – 2009

Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (abgerufen am 22.02.2012)

Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

10 Subjektiver Gesundheitszustand

Der subjektive Gesundheitszustand stellt, neben Kriterien zur Morbidität, einen Teil der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar. Im Gegensatz zu den klassischen medizinischen Kriterien zur Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Person beinhaltet das Konzept der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit oder gesundheitsbezogenen Lebensqualität die für viele Aspekte maßgebliche Sichtweise der Betroffenen hinsichtlich ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit und ihres psychischen Wohlbefindens (Ravens-Sieberer et al., 2001).

Im vorliegenden Bericht kommen drei Indikatoren zur Anwendung:

- a. Selbsteingeschätzte Gesundheit
- b. Lebenszufriedenheit
- c. Subjektive Beschwerden

10.1 Zusammenfassung

Der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung liegt ein positiver Gesundheitsbegriff zu Grunde, der physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden umfasst und letztlich subjektiv erlebbar und fassbar ist (WHO, 1986). Die Beschreibung des subjektiven Gesundheitszustands niederösterreichischer Schüler/innen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren basiert auf aktuellen Daten der Österreichischen Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie (Ramelow et al., 2011).

Den subjektiven Gesundheitszustand beschreibt ein Drittel der niederösterreichischen Schüler/innen als ausgezeichnet, die Hälfte berichtet über einen guten Gesundheitszustand. Generell schätzen Mädchen ihren Gesundheitszustand etwas schlechter ein als Knaben und 11-jährige Schüler/innen besser als Schüler/innen der übrigen Altersgruppen.

Die Lebenszufriedenheit beschreibt inwiefern die eigenen Erwartung und Ansprüche an das Leben erfüllt werden und stellt somit eine globale Einschätzung über das eigene Leben dar (Pavot & Diener, 1993). Insgesamt beurteilen niederösterreichische Schüler/innen ihre Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 0 bis 10 mit 7,4, wobei ein höherer Wert eine höhere Lebenszufriedenheit bedeutet. Bei diesem Indikator zeigen sich keine Geschlechtsunterschiede. Die Bewertung der Lebenszufriedenheit sinkt allerdings mit zunehmendem Alter.

Die Beschwerdelast (z.B.: körperliche Beschwerden, psychologische Symptome) charakterisiert die negativen Aspekte der subjektiven Gesundheit. Fast ein Fünftel der niederösterreichischen Schüler/innen berichtet, mehrmals pro Woche oder täglich an Einschlafschwierigkeiten zu leiden. Jeweils rund ein Siebtel erlebt Kopfschmerzen, Gereiztheit und Rücken-/Kreuzschmerzen. Insgesamt steigt bei niederösterreichischen Kinder und Jugendlichen die mittlere Beschwerdelast mit dem Alter und ist höher bei Mädchen als bei Knaben. Bei allen drei Indikatoren zur Beschreibung des subjektiven Gesundheitszustandes zeigt sich eine Benachteiligung von Schüler/innen, die aus niedrigen Wohlstandsgruppen stammen.

10.2 Selbsteingeschätzte Gesundheit

10.2.1 Beschreibung des Kriteriums „Selbsteingeschätzte Gesundheit“

Die Gesundheit ist laut WHO als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen (WHO, 1948). Das Fehlen von Gesundheit schränkt folglich die Erzielung der eigenen Lebensziele ein. Im Kinder- und Jugendalter kann ein schlechter Gesundheitszustand besondere Bedeutung haben, da schlechte Gesundheit die Erfüllung von Entwicklungsaufgaben beeinflusst und so eventuelle Langzeitfolgen resultieren können.

Die selbsteingeschätzte Gesundheit ist ein subjektives Maß zur Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Sie erfasst die individuelle und subjektive Beschreibung der eigenen Gesundheit, die oftmals im Vergleich zu relevanten Bezugs- und Referenzgruppen erfolgt. Die Einschätzung der eigenen Gesundheit ist das Ergebnis eines komplexen kognitiven Bewertungsprozesses, der sich verschiedener Komponenten bedient (Jylhä, 2009). In Studien mit Erwachsenen hat sich gezeigt, dass die selbsteingeschätzte Gesundheit mit der Mortalität in Zusammenhang steht (Burström & Fredlund, 2001; Idler & Benyamini, 1997). Im Kinder- und Jugendalter ist die selbsteingeschätzte Gesundheit ein angemessenes Instrument zur Messung der Gesundheit, geeigneter als traditionelle Indikatoren zur Morbidität und Mortalität.

Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands wurde in der HBSC-Studie mit Hilfe eines Einzelitems erhoben. Auf die Frage: „Wie würdest Du Deinen Gesundheitszustand beschreiben?“ konnten die Kinder und Jugendlichen aus folgenden Antwortmöglichkeiten wählen: „ausgezeichnet“, „gut“, „eher gut“ oder „schlecht“ (Dür & Griebler, 2007; Ramelow et al., 2011).

10.2.2 „Selbsteingeschätzte Gesundheit“ in Niederösterreich

Ein Drittel der niederösterreichischen Schüler/innen bezeichnet ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet, die Hälfte berichtet über eine gute Gesundheit. Generell schätzen Mädchen ihren Gesundheitszustand etwas schlechter ein als ihre männlichen Kollegen (Φ 0,105; $p=0,005$). Abbildung 19 zeigt, dass es bei Mädchen auch eine deutliche Altersabhängigkeit in der Einschätzung ihrer Gesundheit gibt; so sinkt der Anteil der Mädchen mit ausgezeichneter selbsteingeschätzter Gesundheit zwischen 11 und 15 Jahren deutlich und steigt mit 17 Jahren wieder an (Cramér's V 0,154; $p<0,001$).

Der Unterschied in der Bewertung der selbsteingeschätzten Gesundheit zwischen niederösterreichischen und gesamt-österreichischen Schulkindern und Jugendlichen ist vernachlässigbar (Cramér's V 0,051; $p=0,001$; Details siehe Anhang, Kapitel 15).

Der sozioökonomische Status hat einen leichten bis mittelstarken Einfluss auf die selbsteingeschätzte Gesundheit der österreichischen Schüler/innen. Kinder und Jugendliche, die einem höheren Wohlstandsniveau zugerechnet werden können, schätzen ihre Gesundheit signifikant häufiger als ausgezeichnet ein im Vergleich zu Schüler/innen aus niedrigen Wohlstandsgruppen (OR 1,8; 95% KI¹³: 1,5-2,2; $p<0,001$) (Ramelow et al., 2011).

¹³ KI=Konfidenzintervall

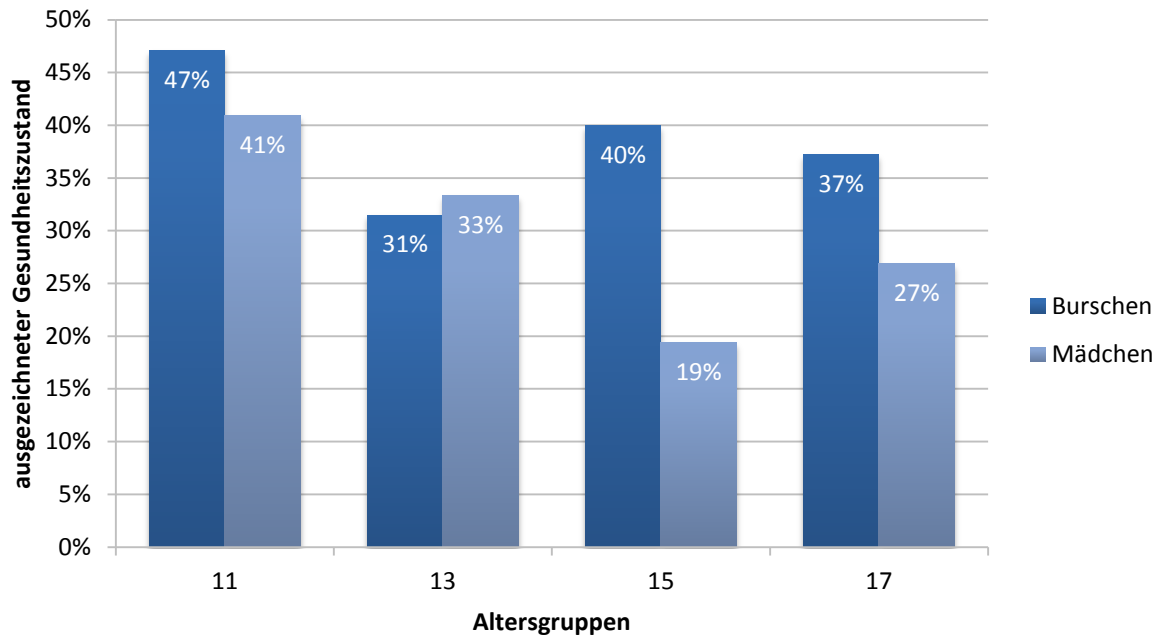


Abbildung 19. Ausgezeichnete selbsteingeschätzte Gesundheit, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich.
Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

10.3 Lebenszufriedenheit

10.3.1 Beschreibung des Kriteriums „Lebenszufriedenheit“

Lebenszufriedenheit ist eine globale Einschätzung über das eigene Leben (Pavot & Diener, 1993) und stellt einen Indikator zur Erfassung des emotionalen Wohlbefindens bzw. der mentalen Gesundheit dar (Diener, 1994; Headey et al., 1993). Im Jugendalter ist die Lebenszufriedenheit vor allem von Erfahrungen und Beziehungen im Kontext der Familie beeinflusst (C. Currie et al., 2010). Das Kriterium Lebenszufriedenheit beschreibt die generelle Zufriedenheit mit dem eigenen Leben in der jetzigen Situation und fokussiert nicht auf die gesundheitsorientierte Zufriedenheit. Jede Person hat eigene Kriterien, die in die Bewertung der Lebenszufriedenheit einfließen und die dementsprechend unterschiedlich nach eigenen Maßstäben gewichtet werden (Pavot & Diener, 1993).

In der HBSC-Studie wird eine Frage zur Messung der Lebenszufriedenheit herangezogen, die von der „Cantril Leiter“ adaptiert wurde. Die Kinder und Jugendlichen sollten das Bild einer Leiter ansehen und sich dann einordnen, wo sie derzeit stehen: zwischen der obersten Sprosse der Leiter „10“, die das beste mögliche Leben darstellt, und dem Boden der Leiter „0“, der das schlechteste in der Situation mögliche Leben darstellt (Ramelow et al., 2011).

10.3.2 „Lebenszufriedenheit“ in Niederösterreich

Durchschnittlich geben niederösterreichische Schüler/innen ihre Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 0 bis 10 mit 7,4 (SD^{14} 2) an, wobei 0 das schlechteste und 10 das Beste in der Situation mögliche Leben darstellt. Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind dabei nicht zu beobachten. Die Bewertung der Lebenszufriedenheit geht allerdings mit steigendem Alter zurück ($p < 0,001$), d.h. während 11-Jährige ihre Lebenszufriedenheit noch mit 8,0 bewerten, sinkt die Bewertung bei 15-Jährigen auf 7,0, steigt dann aber wieder bei den 17-Jährigen auf 7,3 (siehe Abbildung 20, Burschen und Mädchen getrennt).

¹⁴ SD=Standardabweichung

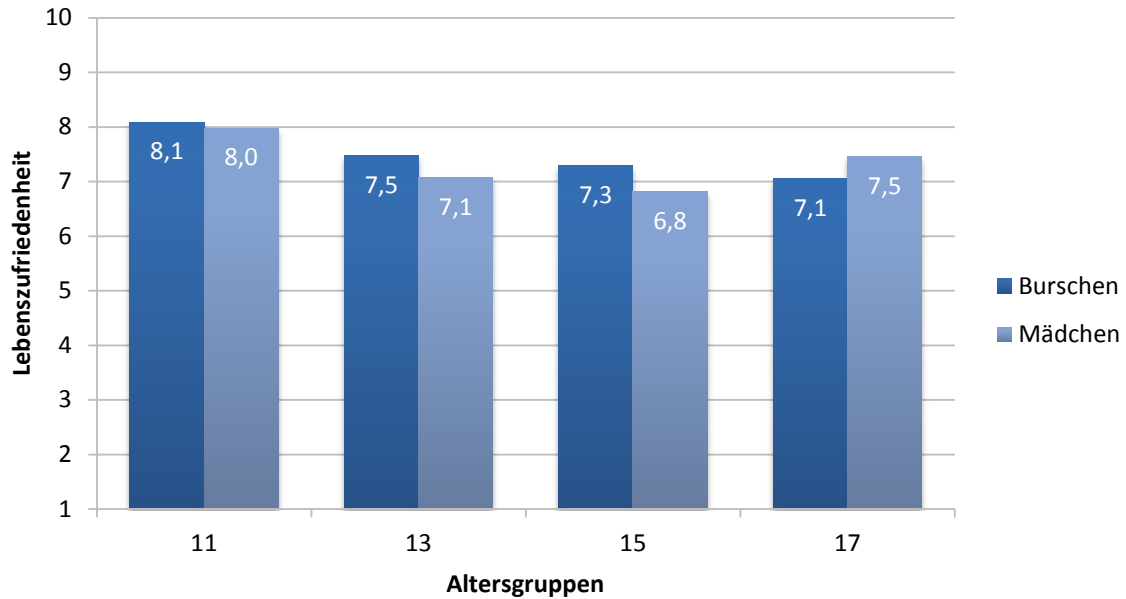


Abbildung 20. Bewertung der Lebenszufriedenheit, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich.
 Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Im Vergleich zu Gesamtösterreich schätzen die niederösterreichischen Schüler/innen ihre Lebenszufriedenheit sehr ähnlich ein (NÖ 7,4 vs. Ö 7,5; Cohen's d 0,1; $p=0,003$).

Die gesamtösterreichischen Daten zeigen, dass der sozioökonomische Status (gemessen als Familienwohlstand) einen mittelstarken Einfluss (Cohen's $d=0,42$) auf die Einschätzungen der Lebenszufriedenheit der Schüler/innen hat. Demnach geben Schüler/innen mit geringem Familienwohlstand im Durchschnitt eine Lebenszufriedenheit von 6,9 an, im Vergleich zu Schüler/inne/n mit hohem Familienwohlstand mit 7,8 (Ramelow et al., 2011).

10.4 Subjektive Beschwerden

10.4.1 Beschreibung des Kriteriums „Subjektive Beschwerden“

Neben der positiven Gesundheit, repräsentiert das Auftreten von körperlichen und psychischen Beschwerden die „negative“ Seite der subjektiven Gesundheit. Unter gesundheitlichen Beschwerden werden körperliche Beschwerden, wie etwa Kopfweg oder Kreuzschmerzen, aber auch psychologische Symptome, wie Nervosität und Reizbarkeit subsummiert. Bei Jugendlichen neigen Beschwerden gehäuft aufzutreten und können so zu einer großen Belastung werden (C. Currie et al., 2010).

Die körperlichen und psychischen Beschwerden wurden in der aktuellen HBSC-Befragung mit der „HBSC Symptom Checklist“ gemessen (C. Currie et al., 2010; Dür & Griebler, 2007) (Ramelow et al., 2011). Dabei wurde erhoben, wie häufig bestimmte körperliche und psychische Beschwerden bei den Schüler/innen auftreten. Für folgende Beschwerden sollten die Kinder angeben wie oft sie in den vergangenen 6 Monaten aufgetreten sind: Kopfschmerzen, Magen-/Bauchschmerzen, Rücken-/Kreuzschmerzen, Fühle mich allgemein schlecht, Bin gereizt oder schlecht gelaunt, Fühle mich nervös, Kann schlecht einschlafen, Fühle mich benommen, schwindlig. Für jede der Beschwerden stand eine fünfteilige Antwortskala zur Verfügung: „fast jeden Tag“, „mehrmals pro Woche“, „fast jede Woche“, „fast jeden Monat“, „selten“ oder „nie“.

Die subjektiven Beschwerden sind selbstberichtet und daher nicht mit medizinischen Diagnosen zu verwechseln. Die HBSC Symptom Checklist repräsentiert Indikatoren zur Messung der mentalen Gesundheit, die zwei Facetten von Gesundheit abbildet – eine psychologische und eine somatische. Dennoch können alle Items der Symptom Checklist gemeinsam verwendet werden, um die selbstberichteten psychosomatischen Beschwerden zu messen (Ravens-Sieberer et al., 2008). Die einzelnen Items können mittels eines von Ravens-Sieberer et al. (Ravens-Sieberer et al., 2008) entwickelten Algorithmus zu einem Index zusammengefasst werden. Der Index, welcher von 0 „keine Beschwerdelast“ bis 100 „hohe Beschwerdelast“ reicht, stellt ein intervallskaliertes Maß für die individuelle Beschwerdelast dar. Werte zwischen 40 und 50 gelten bereits als relativ hoch (Ravens-Sieberer et al., 2008). Zusätzlich wird auch der Anteil der Schüler/innen angegeben, die mehrmals pro Woche bzw. täglich unter Beschwerden leiden.

10.4.2 „Subjektive Beschwerden“ in Niederösterreich

Die durchschnittliche Beschwerdelast der niederösterreichischen Kinder und Jugendlichen steigt mit dem Alter und ist höher bei Mädchen (siehe Abbildung 21). Während 11-jährige Schüler/innen noch von einer durchschnittlichen Beschwerdelast von 30,0 berichten, steigt diese stetig bis 37,1 bei den 17-Jährigen ($p < 0,001$) an. Mädchen berichten in allen Altersgruppen von einer höheren Beschwerdelast als ihre männlichen Kollegen (Cohen's d 0,31; $p < 0,001$).

Die Beschwerdelast der niederösterreichischen Schüler/innen unterscheidet sich nicht signifikant von der gesamtösterreichischen (siehe Anhang, Kapitel 15).

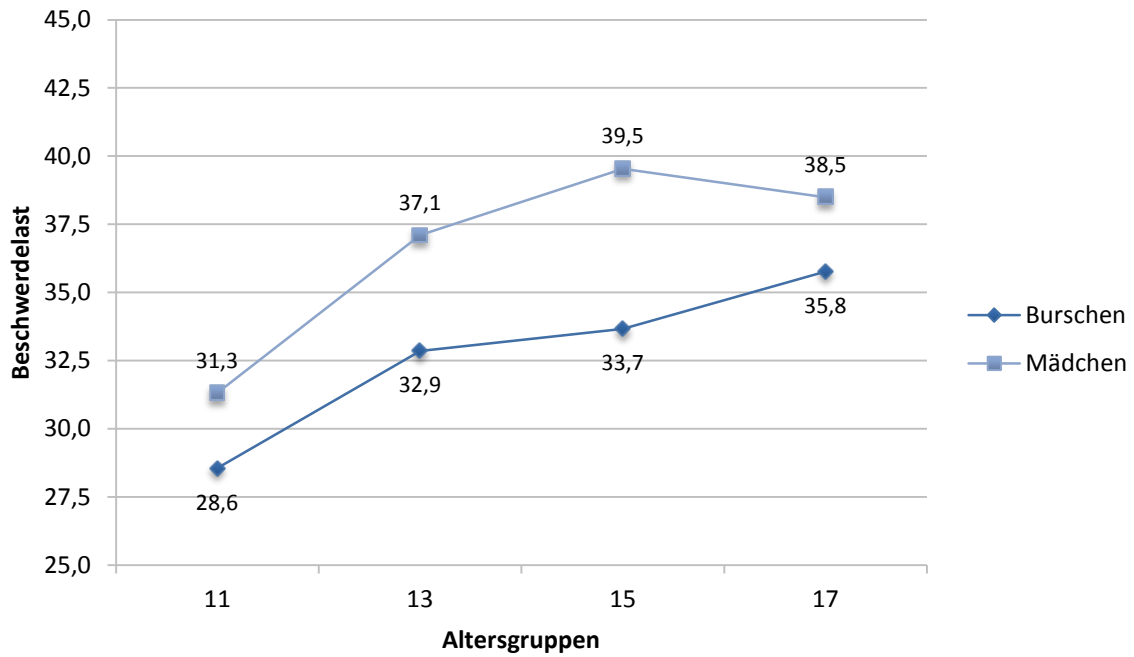


Abbildung 21. Mittlere Beschwerdelast, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich.

Anmerkung: Spannweite: 0 (keine Beschwerden) – 100 (hohe Beschwerdelast)

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Abbildung 22 zeigt eine Reihung der Beschwerden, die täglich oder mehrmals pro Woche, auftreten. Fast ein Fünftel der niederösterreichischen Schüler/innen kann schlecht einschlafen, danach kommen in der Reihung Kopfschmerzen, Gereiztheit und Rücken-/Kreuzschmerzen.

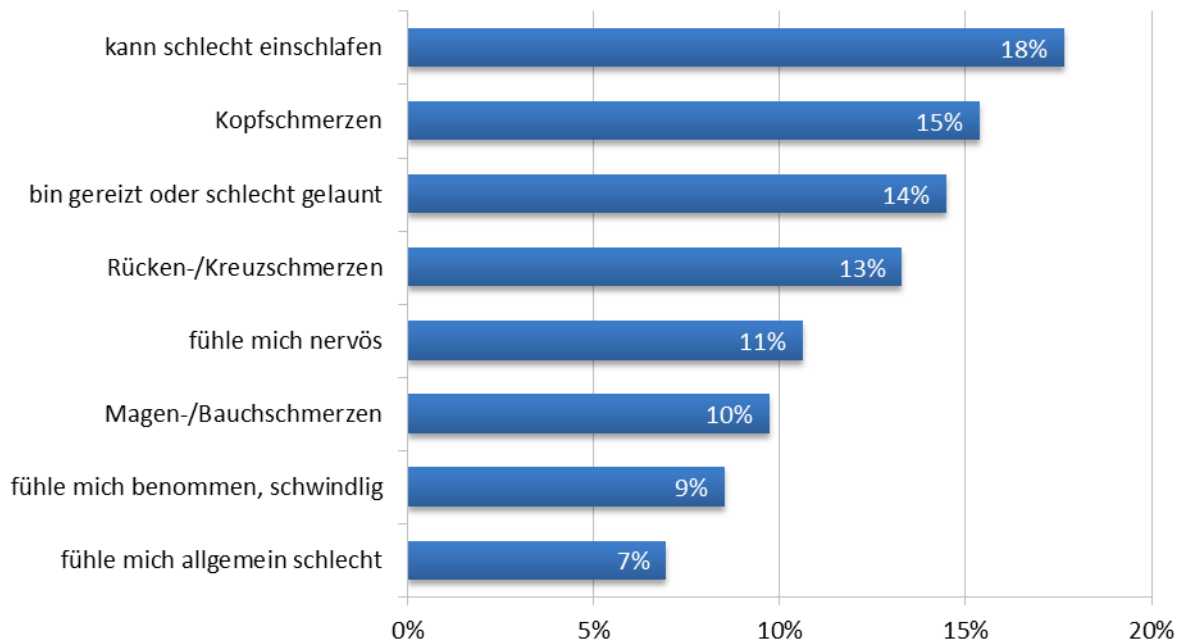


Abbildung 22. Rangliste der häufigsten Beschwerden (täglich oder mehrmals pro Woche) in %, Niederösterreich.

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

11 Lebensstildeterminanten

Unter den Lebensstildeterminanten der Kinder und Jugendlichen werden im vorliegenden Bericht vorwiegend Aspekte des Gesundheits- und Risikoverhaltens beschrieben und dargestellt. Hierbei handelt es sich um das Bewegungsverhalten sowie um ausgewählten Suchtmittelkonsum.

11.1 Zusammenfassung

Die ausgewählten Aspekte des Gesundheitsverhaltens der niederösterreichischen Schüler/innen ist vergleichbar mit dem der Schüler/innen aus Gesamtösterreich. Besonders auffällig sind das geringe Bewegungsausmaß der Kinder und Jugendlichen und die Zunahme von risikohaften Verhaltensweisen mit dem Alter der Kinder.

Nur etwas weniger als ein Fünftel der niederösterreichischen Schüler/innen (17%) erfüllt die Bewegungsempfehlungen der WHO von täglich 60 Minuten körperlicher Aktivität bei mittlerer bis hoher Intensität. Mädchen erfüllen die Bewegungsempfehlungen zu einem geringeren Anteil als Burschen (13% verglichen mit 21%). Das Bewegungsausmaß sinkt auffallend mit dem Alter der Kinder und Jugendlichen. Während bei den 11- und 13-Jährigen noch 29% und 22% die Empfehlungen erfüllen, so sind es bei den 15- und 17-Jährigen nur mehr je 9%.

Derzeit rauchen insgesamt 27% der niederösterreichischen Burschen und Mädchen, 14% davon jeden Tag. Auch dieser Indikator zeigt altersabhängige Unterschiede: Während keine/r der 11-Jährigen derzeit raucht, rauchen 36% der 17-Jährigen täglich, 20% der 15-Jährigen und 3% der 13-Jährigen. Mehr als doppelt so viele 17-jährige Burschen rauchen täglich verglichen mit 17-jährigen Mädchen (49% vs. 23%). Unter Berücksichtigung aller Altersgruppen zeigen sich keine Geschlechtsunterschiede.

Auch beim Konsum von Alkohol zeigen sich ähnliche altersspezifische Muster. Rund ein Viertel (26%) der niederösterreichischen Schüler/innen trinkt mindestens einmal pro Woche Alkohol. Im Alter von 17 Jahren trinken rund sechs von zehn Jugendlichen mindestens einmal pro Woche Alkohol. Der Anteil beträgt bei den 15-Jährigen 35% und bei den 13-Jährigen 6%. Burschen trinken in dieser Regelmäßigkeit etwas häufiger Alkohol als Mädchen.

Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen gaben 9% bzw. 7% der 17- bzw. 15-jährigen Knaben und 4% bzw. 2% der Mädchen an. Die Anteile, derjenigen, die im letzten Jahr oder jemals Cannabis konsumiert haben, liegen weitaus höher.

In Gesamt-Österreich zeigt sich ein leicht positiver linearer Zusammenhang des Familienwohlstandes mit dem Bewegungsverhalten und dem Rauchverhalten der Schüler/innen. Bei Schüler/inne/n, die einem mittleren Wohlstandsniveau zugerechnet werden können, ist das Risiko wöchentlich Alkohol zu konsumieren höher als bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem geringen Familienwohlstandsniveau.

11.2 Bewegungsverhalten

11.2.1 Beschreibung des Indikators „Bewegungsverhalten“

Bewegung, dazu gehören jegliche Art von körperlicher Betätigung und sportliche Aktivitäten, ist unabdingbar für die Erhaltung und Förderung von Gesundheit. Regelmäßige Bewegung während der Adoleszenz hat einen positiven Einfluss auf Schulleistungen und kognitive Funktionen (Fedewa & Ahn, 2011). Im Jugendalter kann Bewegung zu Verbesserungen der mentalen Gesundheit führen und inaktive Freizeitbeschäftigungen (sedentary behaviour) stehen in Zusammenhang mit einer schlechteren mentalen Gesundheit (Biddle & Asare, 2011).

Übergewicht und Adipositas entstehen durch ein Ungleichgewicht von Energieaufnahme und Energieverbrauch. Bewegung ist einer der Faktoren, die den Energieverbrauch des Körpers erhöhen, und direkt beeinflussbar sind. Dadurch kann regelmäßige Bewegung schon im Jugendalter zur Prävention von Übergewicht und Adipositas beitragen (Hills et al., 2011).

Verhaltensweisen, die sich im Kinder- und Jugendalter festigen, werden oft auch noch im Erwachsenenalter beibehalten. Somit ist die Etablierung von regelmäßigem Bewegungsverhalten im Kinder- und Jugendalter von besonderer Bedeutung, denn etablierte Bewegungsroutinen in jüngeren Jahren können sich bis ins Erwachsenenalter ziehen (Hallal et al., 2006; Telama et al., 2005).

Für positive Gesundheitseffekte durch Bewegung empfiehlt die WHO für Kinder und Jugendliche insgesamt mindestens 60 Minuten an moderater bis starker körperlicher Betätigung pro Tag. Zur Bewegung bzw. körperlicher Betätigung zählen für Kinder und Jugendliche Spiele, Sport, Freizeitaktivitäten, Turnunterricht, Training und Bewegung am Weg zur Schule, im Kontext der Familie, Schule und von Gemeinschaftsaktivitäten (World Health Organization, 2010).

Das Bewegungsverhalten der Schüler/innen wurde in der HBSC-Studie mittels eines Items erhoben, in dem danach gefragt wird, an wie vielen der vergangenen sieben Tage die Schülerin bzw. der Schüler für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv war (Ramelow et al., 2011). Eine umfassende Darstellung des Bewegungsverhaltens und der körperlichen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Niederösterreich erfolgt in der Get Fit Kids Studie (Podolsky & Getfitkid Team, 2011).

11.2.2 „Bewegungsverhalten“ in Niederösterreich

Durchschnittlich sind niederösterreichische Schüler/innen an 3,9 (SD 2,1) Tagen pro Woche mindestens 60 Minuten lang körperlich aktiv. Dieser Wert liegt sehr ähnlich zum Durchschnittswert für Gesamtösterreich mit 4,1 (SD 2,1) (Cohen's $d=0,11$; $p=0,001$).

Die Anzahl der Tage, an denen Schüler/innen mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind, hängt stark vom Alter und vom Geschlecht ab (siehe Abbildung 23). Burschen bewegen sich generell mehr als Mädchen (Cohen's $d=0,37$; $p<0,001$), aber bei beiden Geschlechtern sinkt die Anzahl der aktiven Tage mit steigendem Alter dramatisch (Cohen's $d=0,96$; $p<0,001$).

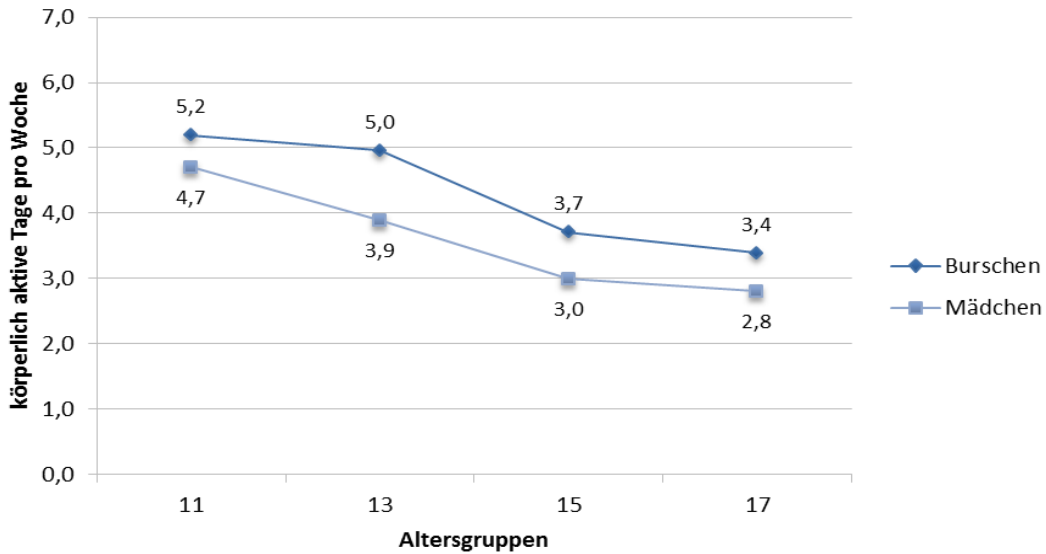


Abbildung 23. Tage pro Woche, an denen niederösterreichische Schüler/innen für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind, nach Alter und Geschlecht.

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Nur knapp 17% der niederösterreichischen Schüler/innen erfüllen die Bewegungsempfehlungen der WHO von täglich 60 Minuten körperlicher Aktivität bei mittlerer bis hoher Intensität; etwas weniger als in Gesamtösterreich mit 20% (Abbildung 24). Auch hier ist der Anteil der Mädchen, die die Empfehlungen erfüllen niedriger als der Anteil der Burschen (13% vs. 21%) und mit steigendem Alter sinkt der Anteil dramatisch. Während bei den 11- und 13-jährigen Schüler/innen noch 29% und 22% die Empfehlungen erfüllen, so sind es bei den 15- und 17-Jährigen nur mehr je 9%.

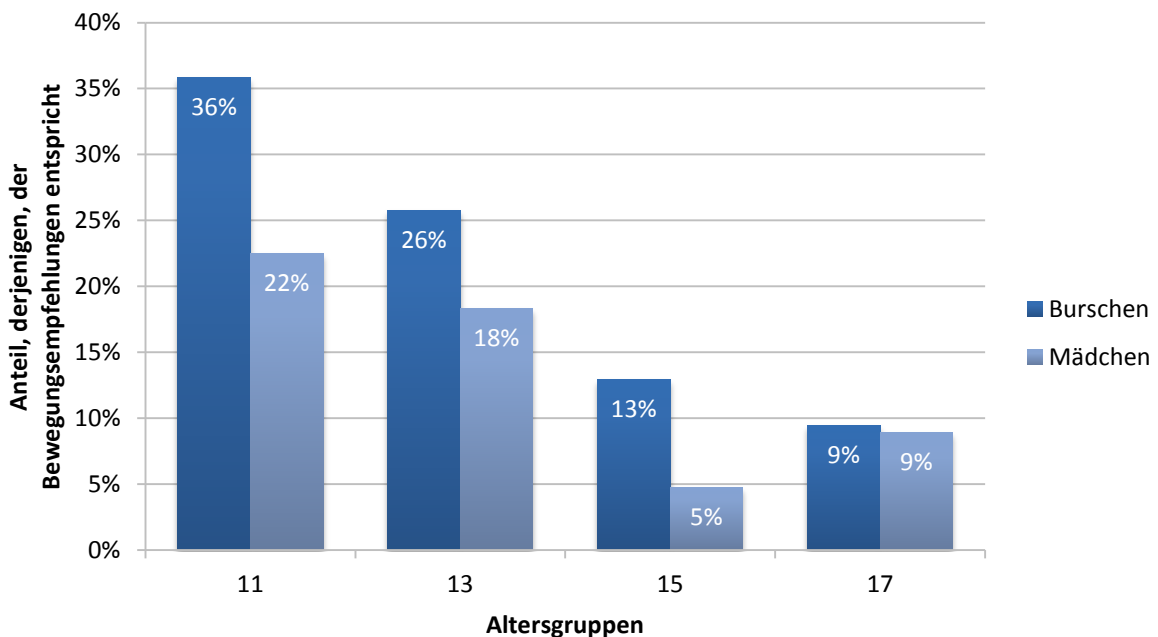


Abbildung 24. Anteil der niederösterreichischen Schüler/innen, die die Bewegungsempfehlungen von 60 min körperlicher Aktivität bei mittlerer bis hoher Intensität pro Tag erfüllen, nach Alter und Geschlecht.

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

In Gesamtösterreich gibt es einen leicht positiven Einfluss des Familienwohlstandes auf das Bewegungsverhalten der 11- bis 17-jährigen Schüler/innen. Burschen und Mädchen mit einem geringen Familienwohlstand sind seltener mindestens 60 Minuten lang täglich körperlich aktiv verglichen mit jenen mit hohem Familienwohlstand (3,8 Tage pro Woche vs. 4,3 Tage pro Woche; Cohen's $d=0,23$) (Ramelow et al., 2011).

11.3 Rauchverhalten

11.3.1 Beschreibung des Indikators „Rauchverhalten“

Rauchen ist nach wie vor eine der Hauptursachen für vermeidbare Todesfälle weltweit (World Health Organization, 2009). Rauchen wirkt sich nachweislich negativ auf die Gesundheit aus und ist ein Risikofaktor für eine Reihe von Krankheiten, u.a. Herz-Kreislaufkrankungen, Lungenkrebs und andere Krebsarten sowie chronische Lungenkrankheiten (U.S. Department of Health and Human Services, 2004).

Je früher mit dem Rauchen begonnen wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit auch im Erwachsenenalter zu rauchen. Damit steigt auch die Gesamtdauer des Tabakkonsums während des Lebens und erhöht so wiederum das Risiko für negative Gesundheitsauswirkungen (U.S. Department of Health and Human Services, 1994).

Rauchen hat aber auch kurzfristige Gesundheitseffekte für junge Menschen, unter anderem eine verminderte Lungenfunktion, geringere körperliche Fitness, vermehrte asthmatische Probleme und Kurzatmigkeit (U.S. Department of Health and Human Services, 1994).

Rauchen im Jugendalter ist aber auch mit anderen Risikoverhaltensweisen verbunden. Jugendliche Raucher/innen trinken häufiger Alkohol, konsumieren Cannabis oder andere Drogen und sind häufiger in Kämpfe verwickelt oder haben mehr ungeschützten Sex (Duhig et al., 2005; Duncan et al., 1998; U.S. Department of Health and Human Services, 1994).

Das Rauchverhalten österreichischer Jugendlicher wurde in der HBSC-Studie mit Hilfe von zwei Items erhoben. Eine Frage erhebt, ob die Schüler/innen jemals Tabak (eine Zigarette, Zigarre oder Pfeife) geraucht haben. Das zweite Item erfasst den derzeitigen Raucherstatus und fragt „Wie oft rauchst du derzeit Tabak?“ mit einer 4-teiligen Antwortskala: „jeden Tag“, „einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag“, „seltener als einmal pro Woche“, „ich rauche gar nicht“ (Ramelow et al., 2011).

11.3.2 „Rauchverhalten“ in Niederösterreich

Fast 44% der niederösterreichischen Schüler/innen geben an, jemals Tabak geraucht zu haben. Dabei gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Burschen und Mädchen, aber einen klaren Altersunterschied (Cramér's V 0,540; $p < 0,001$). Während noch 97% der 11-jährigen Schüler/innen angeben nie geraucht zu haben, sind es nur mehr ca. ein Viertel (24%) der 17-Jährigen (siehe Abbildung 25).

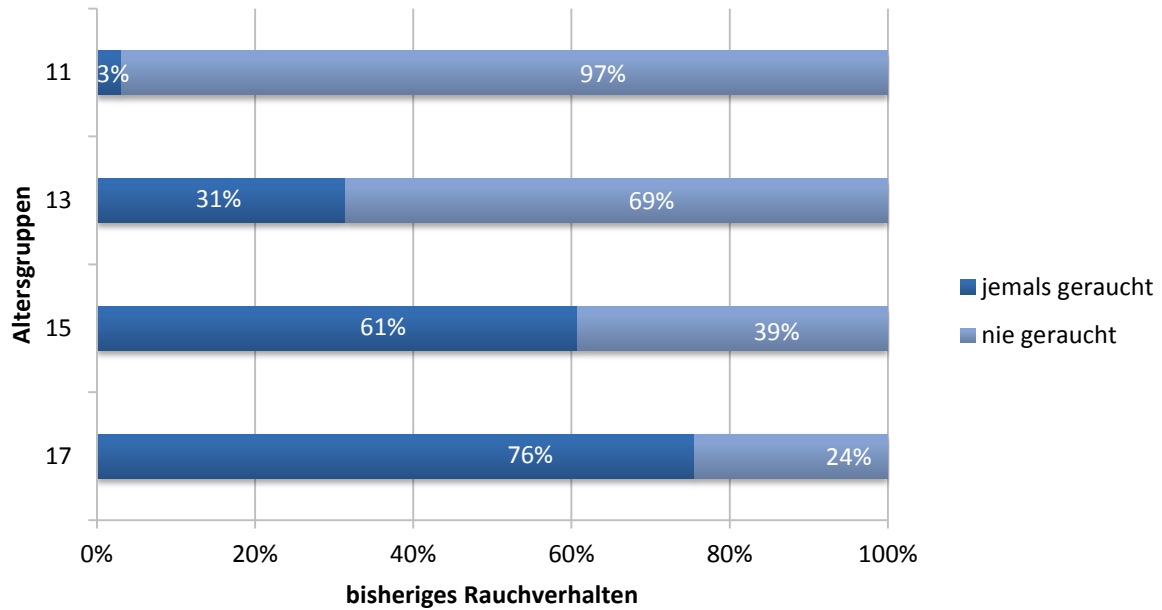


Abbildung 25. Anteil der niederösterreichischen Schüler/innen, die jemals geraucht haben, nach Alter.
 Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Derzeit rauchen insgesamt 27% der niederösterreichischen Burschen und Mädchen, 14% davon jeden Tag. Die Zahlen liegen etwas über dem österreichischen Durchschnitt, aber nicht statistisch signifikant.

Beim aktuellen Rauchverhalten der niederösterreichischen Kinder und Jugendlichen gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Burschen und Mädchen. Allerdings ist markant, dass mehr als doppelt so viele 17-jährige Burschen täglich rauchen (49%) als 17-jährige Mädchen (23%). Das Alter hingegen hat einen großen Einfluss (Cramér's V 0,270; $p < 0,001$). Während keine/r der 11-Jährigen derzeit raucht, rauchen 36% der 17-Jährigen täglich und immerhin 20% der 15-Jährigen (siehe Abbildung 26).

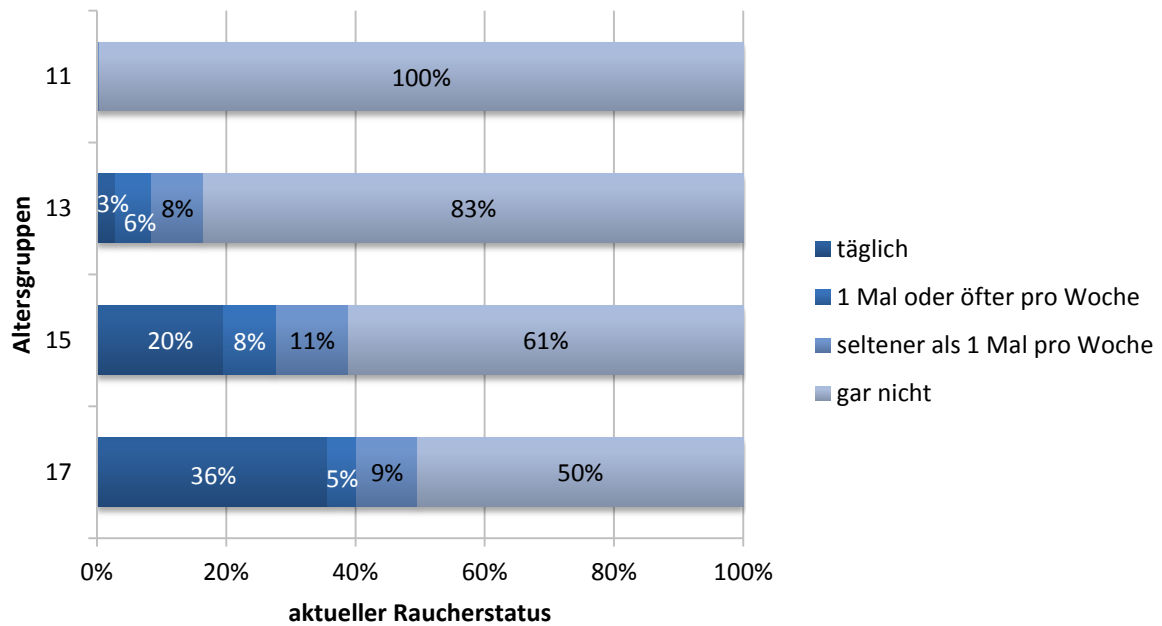


Abbildung 26. Aktueller Raucherstatus, nach Alter, Niederösterreich.
 Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Der sozioökonomische Status hat einen Einfluss auf das Rauchverhalten der österreichischen Jugendlichen. Die Wahrscheinlichkeit Nichtraucher/in zu sein steigt bei Burschen und Mädchen mit hohem Familienwohlstand im Vergleich zu jenen mit einem niedrigen Familienwohlstand (OR 1,4, 96% KI: 1,133-1,711) (Ramelow et al., 2011).

11.4 Problematischer Alkoholkonsum

11.4.1 Beschreibung des Indikators „Problematischer Alkoholkonsum“

In Europa wird weltweit am meisten Alkohol konsumiert und Alkoholkonsum ist in den Kulturen der meisten europäischen Länder fest verankert und nicht wegzudenken (Anderson & Baumberg, 2006). Alkoholkonsum ist ein Risikofaktor für soziale und physische Gewalt, das geht von häuslicher Gewalt, Kindesmissbrauch bis hin zu anderen Straftaten, Tötungsdelikten und Selbstmord (Anderson & Baumberg, 2006; Ramstedt, 2001; Rossow, 2001). Alkohol ist nicht nur eine Droge, die schon in geringen Dosen abhängig machen kann (Caetano & Cunradi, 2002), sondern auch für die Entstehung von zahlreichen Krankheiten mitverantwortlich (Anderson & Baumberg, 2006).

Jugendlicher Alkoholmissbrauch steht häufig mit anderen Verhaltensweisen wie Rauchen, der Einnahme illegaler Suchtmittel sowie mit einem riskanten Sexualverhalten in Zusammenhang (Chassin, 2002; Patton, 2007; Wechsler, 1994; Cooper 2002; Kandel, 1993). Außerdem gibt es Assoziationen zwischen Alkoholkonsum und problematischen und dissozialen Verhaltensweisen, Schulversagen, verminderter schulischer Leistung, Depressionen und Angststörungen (Perkins, 2002; Wechsler et al., 1994).

In der HBSC-Studie erfasst eine Frage die aktuelle Häufigkeit des Konsums von folgenden sechs ausgewählten alkoholischen Getränken: Bier, Wein oder G'spritze oder Sekt, Spirituosen (Schnaps, Wodka, Gin, Whisky, Rum, etc.), Alkopops (z.B. Smirnoff Ice, Bacardi Breezer, Feigling Eyes), Most, andere alkoholische Getränke. Folgende Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben: „täglich“, „jede Woche“, „jeden Monat“, „seltener“, „nie“. Der geschätzte absolute Alkoholkonsum ergibt sich aus der Zusammenfassung dieser Items zu einem Index (Ramelow et al., 2011).

11.4.2 „Problematischer Alkoholkonsum“ in Niederösterreich

Etwas mehr als ein Viertel (26%) der niederösterreichischen Schüler/innen trinkt regelmäßig (mindestens einmal pro Woche oder öfter) Alkohol, wobei geringfügig mehr Burschen (28%) als Mädchen (24%) in dieser Regelmäßigkeit Alkohol konsumieren (Cramér's V 0,13; $p=0,001$). Abbildung 27 macht anschaulich, dass deutliche Unterschiede in den verschiedenen Altersgruppen bestehen, wobei der Anteil der Burschen und Mädchen, die nie Alkohol trinken zwischen dem 11. und 17. Lebensjahr stark abnimmt (Cramér's V 0,42; $p<0,001$). Interessant ist, dass bei den 17-jährigen Burschen 14% täglich Alkohol trinken, im Vergleich zu 1% der Mädchen (siehe Abbildung 27).

Niederösterreichische Kinder und Jugendliche unterscheiden sich nicht von denen aus Gesamtösterreich. Auf österreichischer Ebene ist ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und dem häufigen Alkoholkonsum (wöchentlich) zu erkennen. Bei Schüler/innen, die einem mittleren Wohlstandsniveau zugerechnet werden können, ist das Risiko wöchentlich Alkohol zu konsumieren höher als bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem geringen Familienwohlstandsniveau (OR 1,4, 95% KI: 1,1-1,7; $p<0,001$) (Ramelow et al., 2011).

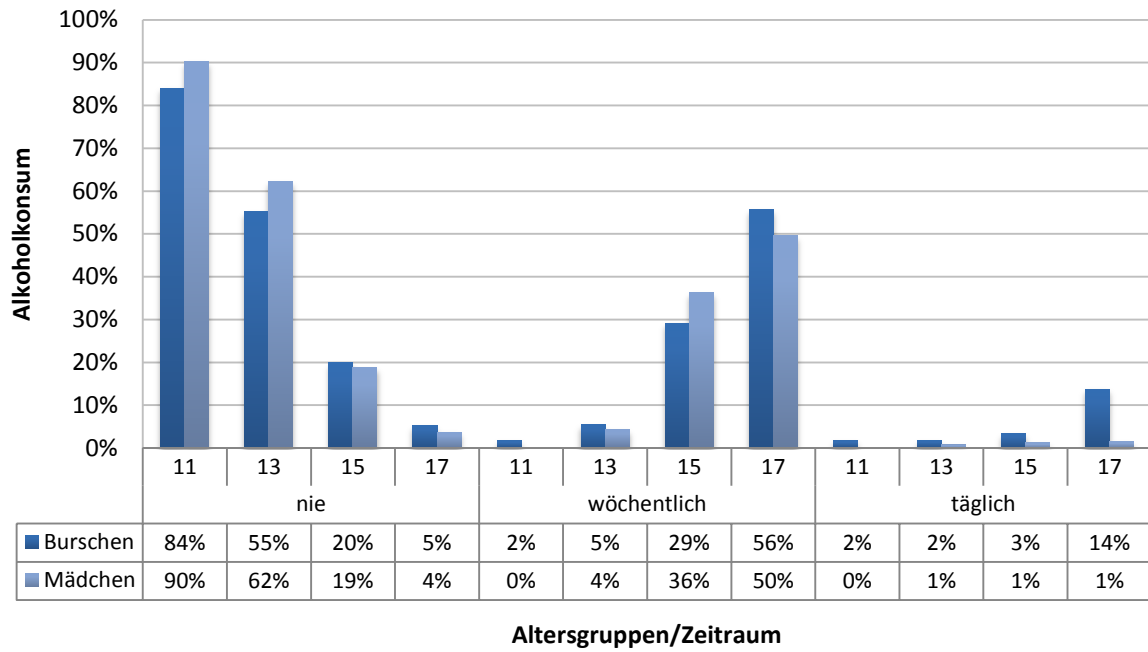


Abbildung 27. Häufigkeit des Alkoholkonsums, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich.
 Anmerkung: Die Antworthäufigkeiten für „jeden Monat“ und „seltener“ sind nicht dargestellt.
 Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

11.5 Cannabiskonsum

11.5.1 Beschreibung des Indikators „Cannabiskonsum“

Cannabis ist ein Überbegriff für Produkte der *Cannabis sativa* Pflanze (z.B. Marihuana oder Haschisch), die zu Euphorie und Entspannung sowie zu gesteigerter Wahrnehmung und Ungezwungenheit führen können (Degenhardt & Hall, 2012).

Cannabis ist das meistkonsumierte illegale Suchtmittel weltweit. Seit den 1970er Jahren ist Cannabis unter jungen Leuten immer beliebter geworden. Der Anteil an Jugendlichen, die Cannabis konsumieren steigt stetig, während das Alter beim ersten Konsum sinkt (Hall, 2006). Die Prävalenzzahlen für jemals konsumierten Cannabis liegen für 16- bis 17-jährige Jugendliche in den USA und Australien höher als in Europa (Rey et al., 2004). In der HBSC-Befragung 2006 gaben durchschnittlich 18% der 15-Jährigen an schon einmal Cannabis konsumiert zu haben (C. Currie et al., 2006).

Cannabiskonsum unter Jugendlichen ist wegen einer Reihe von gesundheitlichen Risiken besorgniserregend. Hinzukommt, dass die Häufigkeit des Cannabiskonsums die negativen Wirkungen verstärkt. Cannabiskonsum kann zu physischer und psychischer Abhängigkeit führen. Das Risiko der Abhängigkeit ist niedriger als für Alkohol, Nikotin oder Opiate. Je niedriger das Einstiegsalter und je häufiger der Konsum ist, desto größer ist das Risiko für eine Abhängigkeit (Hall, 2006; Rey et al., 2004). Cannabiskonsum wird vor allem mit Beeinträchtigungen der mentalen Gesundheit in Zusammenhang gebracht. Häufiger Cannabiskonsum führt zu einem erhöhten Risiko für akute psychotische Symptome oder der Entwicklung einer Psychose, allen voran Schizophrenie (Hall, 2006; Malone et al., 2010). Panikattacken und andere Angstsymptome sind vor allem bei weiblichen Cannabiskonsumern verbreitet (Rey et al., 2004). Es gibt außerdem Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum im Jugendalter und dem Auftreten von Depressionen im Erwachsenenalter (de Graaf et al., 2010). Akute Auswirkungen des Rauschzustandes durch Cannabiskonsum können vermehrte Unfälle und Gewaltbereitschaft sein (Degenhardt & Hall, 2012). Jugendliche, die regelmäßig Cannabis konsumieren neigen dazu auch andere illegale Drogen, wie Heroin oder Kokain, zu konsumieren (Hall, 2006).

Cannabiskonsum unter Jugendlichen wurde auch mit schlechteren Schulnoten, schlechterer Einstellung zur Schule und vermehrten Schulabgängen in Zusammenhang gebracht (Rey et al., 2004). Außerdem zeigte eine Studie einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum im späten Jugendalter und niedrigerem Einkommen, höheren Arbeitslosenquoten und geringerer Lebenszufriedenheit im Erwachsenenalter (Fergusson & Boden, 2008).

Der Cannabiskonsum der Jugendlichen wurde in der HBSC-Befragung anhand von drei Items erhoben, die danach fragen, ob die 15- und 17-jährigen Schüler/innen jemals, innerhalb der letzten 12 Monate und innerhalb der letzten 30 Tage Cannabis konsumiert haben (mit einer 7-teiligen Antwortskala: nie, 1-2 mal, 3-5 mal, 6-9 mal, 10-19 mal, 20-39 mal, 40 mal oder öfter). Die Fragen zum Cannabiskonsum wurden nur den 15- und 17-Jährigen gestellt (Ramelow et al., 2011).

11.5.2 „Cannabiskonsum“ in Niederösterreich

Ein Fünftel (20%) der niederösterreichischen 15- und 17-jährigen Schüler/innen haben schon zumindest einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert. Abbildung 28 zeigt deutlich, dass es Altersunterschiede bei den Jugendlichen gibt, die jemals bzw. in den letzten 12 Monaten Cannabis genommen haben (jemals: Cramér's V 0,221; $p < 0,001$; letzte 12 Monate: Cramér's V 0,129; $p = 0,002$), aber nicht bei denen, die im letzten Monat Cannabis konsumiert haben. Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen sind bei allen drei Items zu beobachten, wobei Mädchen seltener Cannabis konsumieren als ihre männlichen Kollegen (siehe Abbildung 28). Mehr Burschen als Mädchen haben 1-2-mal Cannabis konsumiert (11% vs. 7%), aber vor allem geben viel mehr Burschen an 40 mal oder öfter in ihrem Leben Cannabis genommen zu haben (5% vs. 0,3%).

Im Vergleich zu Österreich gibt es keine signifikanten Unterschiede. Es besteht auch kein Zusammenhang zwischen Wohlstandsniveau und Cannabiskonsum (Ramelow et al., 2011).

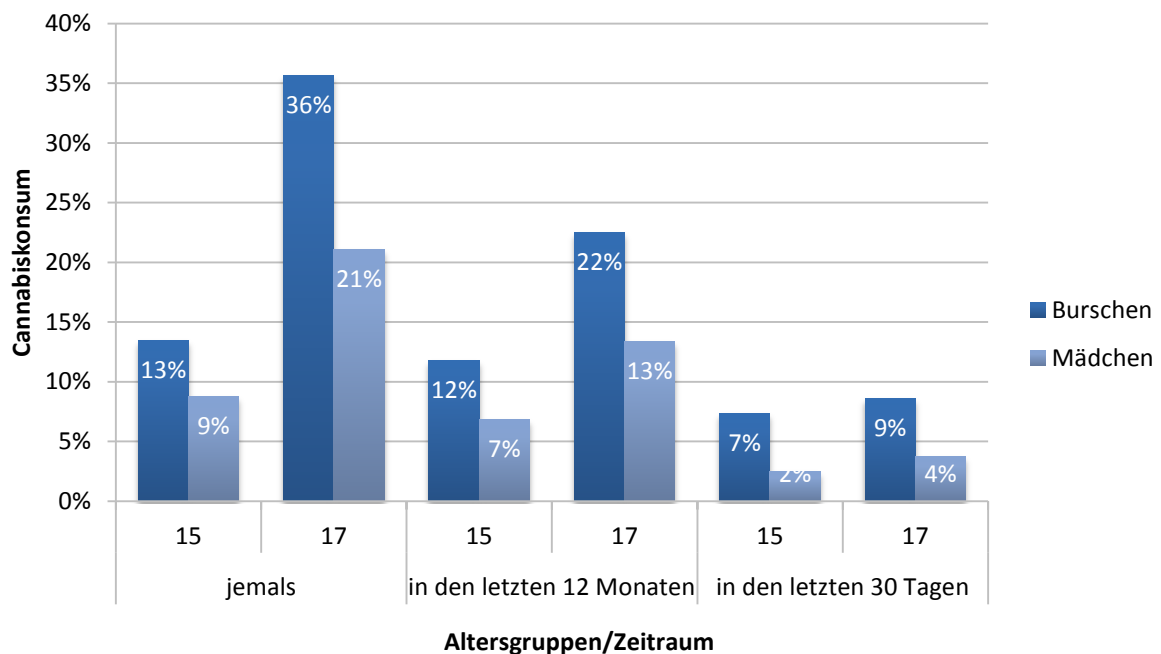


Abbildung 28. Cannabiskonsum der 15- und 17-jährigen Schüler/innen, nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich. Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

12 Weitere Gesundheitsdeterminanten

Eine Vielzahl an weiteren Einflussfaktoren bestimmt direkt oder über das Gesundheitsverhalten die Gesundheit. Insbesondere die Einbindung in soziale Netzwerke, wie den Klassenverband oder die emotionale Unterstützung durch Eltern zählen zu wichtigen Gesundheitsdeterminanten.

12.1 Zusammenfassung

Die Familie und die Schulklasse stellen im Kindes- und Jugendalter wichtige soziale Netzwerke dar und weisen Zusammenhänge mit dem Gesundheitszustand auf. Niederösterreichische Schüler/innen beurteilen das Gesprächsklima mit ihrer Mutter besser als mit ihrem Vater. 81% aller befragten Schüler/innen geben an, sehr leicht bzw. leicht mit ihrer Mutter sprechen zu können verglichen mit einem Anteil von 59% mit dem Vater als Gesprächspartner. Mit dem Alter der Kinder und Jugendlichen sinkt der Anteil derjenigen, die über ein (sehr) gutes Gesprächsklima mit Vater oder Mutter berichten. Die einzige Ausnahme stellen 17-jährige Mädchen dar, die das Gesprächsklima mit ihrer Mutter wieder positiver beurteilen.

Fast zwei Drittel (62%) der Schüler/innen berichten über eine sehr gute bzw. eher gute Beziehung zu ihren Schulkameraden. Mädchen bewerten die Beziehungen zu den Mitschülerinnen und Mitschülern generell besser als Burschen. 11- und 17-Jährige beurteilen das Klassenklima positiver als 15- und 13-Jährige.

12.2 Gesprächsklima mit Eltern

12.2.1 Beschreibung des Indikators „Gesprächsklima mit Eltern“

Die Qualität des Familienlebens ist ein wichtiger Faktor für die mentale und physische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Die Kommunikation zwischen Eltern und Kindern ist einer der wichtigsten Komponenten für eine funktionierende Familie. Eine harmonische Eltern-Kind Beziehung, eine offene Kommunikation und elterliche Unterstützung sind wichtige Faktoren für eine adäquate psychische und physische Entwicklung jedes Kindes. Eine gute Beziehung zwischen Kind und Eltern wirkt sich protektiv auf das Risikoverhalten von Jugendlichen aus (DeVore & Ginsburg, 2005). Wenig soziale Unterstützung der Familie kann die Wahrscheinlichkeit für psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen erhöhen (Klineberg et al., 2006). Ein gutes Gesprächsklima zwischen Eltern und Kindern ist mit dem Gesundheitszustand und der Lebenszufriedenheit assoziiert (Todd et al., 2007).

Das Gesprächsklima mit den Eltern wurde in der HBSC-Studie mithilfe von zwei Items erfasst. Die Kinder und Jugendlichen sollten auf einer 5-teiligen Skala („sehr leicht“, „leicht“, „schwer“, „sehr schwer“, „ich habe oder sehe diese Person nicht“) beantworten, wie leicht oder schwer es ihnen fällt, mit der Mutter bzw. dem Vater über Dinge zu sprechen, die ihnen wirklich nahe gehen und wichtig sind (Ramelow et al., 2011).

12.2.2 „Gesprächsklima mit Eltern“ in Niederösterreich

Niederösterreichischen Schülerinnen und Schülern zwischen 11 und 17 Jahren fällt es generell leichter mit der Mutter über wichtige Dinge zu sprechen als mit dem Vater (81% verglichen mit 59% fällt es leicht oder sehr leicht). Betrachtet man Burschen und Mädchen in den verschiedenen Altersgruppen getrennt (siehe Abbildung 29 und Abbildung 30), dann bietet sich ein differenzierteres Bild.

Für das Gesprächsklima mit beiden Elternteilen gilt für Burschen und Mädchen, dass das Alter einen großen Einfluss auf die Bewertung hat. Demnach sinkt der Anteil der Burschen, die angeben mit der Mutter sehr leicht über wichtige Dinge zu sprechen zwischen dem 11. und 17. Lebensjahr (Cramér's V 0,18; $p < 0,001$), bei den Mädchen sinkt der Anteil nur zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr und steigt im 17. Lebensjahr wieder (Cramér's V 0,14; $p < 0,001$) (siehe Abbildung 29). Auch der Anteil an Schüler/inne/n, denen es sehr leicht fällt mit dem Vater über wichtige Dinge zu sprechen, sinkt mit dem Alter (siehe Abbildung 30); für Mädchen (Cramér's V 0,18; $p < 0,001$) allerdings deutlicher als bei Burschen (Cramér's V 0,15; $p < 0,001$).

Beim Gesprächsklima mit der Mutter gibt es keine Geschlechtsunterschiede, während es beim Gesprächsklima mit dem Vater deutliche Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen gibt. So fällt es Burschen in allen Altersgruppen etwas leichter mit dem Vater über wichtige Dinge zu sprechen, als den Mädchen (Cramér's V 0,17; $p < 0,001$).

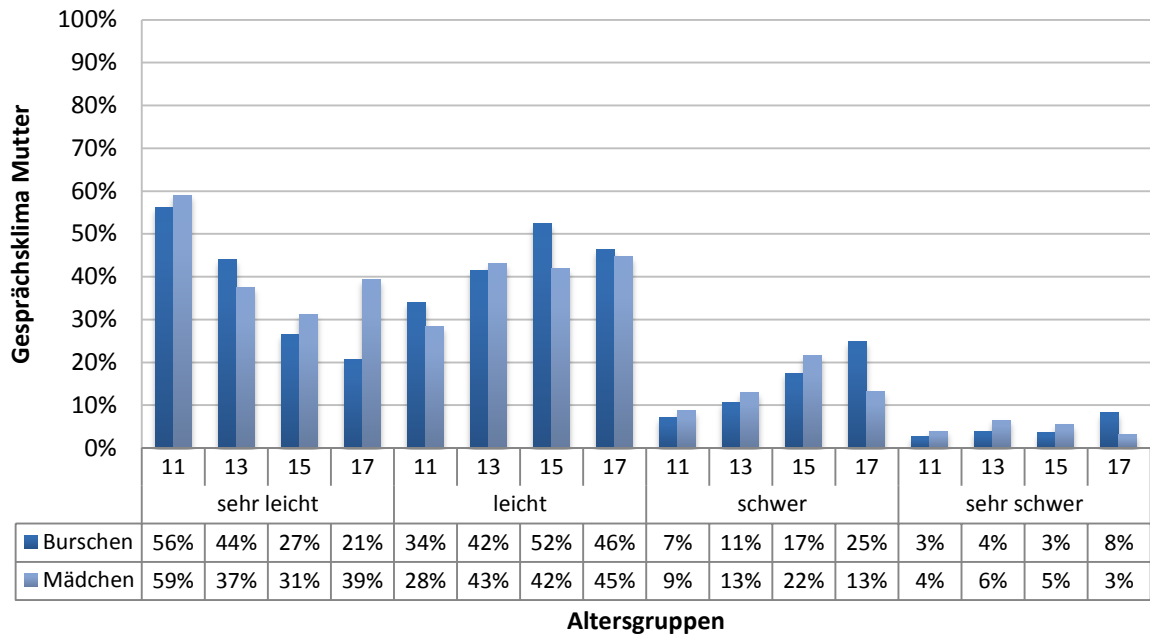


Abbildung 29. Gesprächsklima mit der Mutter, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich.
 Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

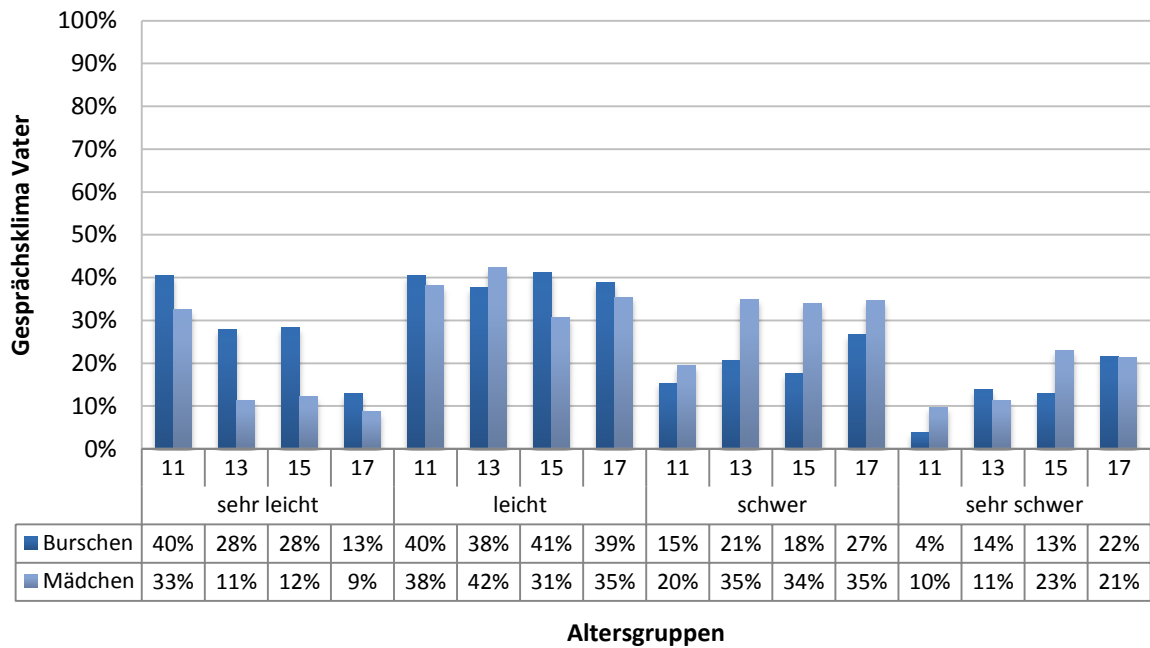


Abbildung 30. Gesprächsklima mit dem Vater, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich.
 Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Für das Gesprächsklima mit der Mutter und dem Vater zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Niederösterreich und Gesamtösterreich (Details siehe Anhang, Kapitel 15).

12.3 Klassenklima

12.3.1 Beschreibung des Kriteriums „Klassenklima“

Die Schule zählt für heranwachsende Kinder und Jugendliche neben der Familie zu einer der wichtigsten Determinante für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Erlebnisse in der Schule können einen Einfluss haben auf die Entwicklung des Selbstbewusstseins, der Selbstwahrnehmung und auf das Gesundheitsverhalten. Ein positives soziales Klima in der Schule und Klasse wirkt sich positiv auf die akademische Leistung und die Einstellung zur Schule aus (Ravens-Sieberer et al., 2008). Soziale Unterstützung von Klassenkameraden beeinflussen die Gesundheit und das Wohlbefinden von Schülerinnen bzw. Schülern positiv (Ravens-Sieberer et al., 2008). Schüler/innen, die ein negatives soziales Klima in der Schule erleben, berichten vermehrt über psychosomatische Beschwerden, die sich wiederum auf das Wohlbefinden auswirken (Ottova et al., 2012). Während positive Erlebnisse in der Schule als Ressource für Gesundheit angesehen werden, können negative Erlebnisse einen Risikofaktor darstellen. So stellt die Zufriedenheit mit der Schule einen protektiven Faktor vor allem gegen Alkoholkonsum und Rauchen dar (Samdal et al., 2000).

Die Dimension „Klassenklima“ setzt sich aus zwei Indikatoren zusammen: der Schulzufriedenheit und der Qualität der Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung. Die Schulzufriedenheit wird in der HBSC-Studie mit einem Item erhoben und misst die emotionale und seelische Verbundenheit mit der Schule. Die Schüler/innen sollen dabei auf einer vierteiligen Antwortskala angeben, wie gut es ihnen derzeit in der Schule gefällt: „es gefällt mir sehr gut“, „es gefällt mir ganz gut“, „es gefällt mir nicht so gut“, „es gefällt mir gar nicht“ (Ramelow et al., 2011).

Die Qualität der Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehungen wurde mit fünf Items¹⁵ erhoben, die zu einem Gesamtwert addiert und durch die Anzahl der Items dividiert wurden. Das Ergebnis ist eine Bewertung der Beziehung zu anderen Schülerinnen und Schülern, die von einer sehr negativen (Wert 1) zu einer sehr positiven Bewertung (Wert 5) reichen kann. In der Ergebnisdarstellung wurden vier Kategorien gebildet: sehr gute Beziehung (Werte von 1 bis 1,49), eher gute Beziehung (Werte von 1,5 bis 2,49), eher schlechte Beziehung (Werte von 2,5 bis 3,49) und sehr schlechte Beziehung (Werte über 3,5) (Ramelow et al., 2011).

12.3.2 „Klassenklima“ in Niederösterreich

Insgesamt sind die niederösterreichischen Schülerinnen und Schüler mit der Schule (sehr) zufrieden – 28% gefällt es sehr gut und 51% eher gut in der Schule, wobei die Bewertung der Mädchen geringfügig besser ausfällt als die der Burschen (Cramér's V 0,09; $p=0,016$). Sie unterscheiden sich damit nicht signifikant von Gesamtösterreich. Altersgemäße Unterschiede sind vor allem im Vergleich der 11-Jährigen mit den älteren Kolleginnen bzw. Kollegen sichtbar (siehe Abbildung 31). Den jüngeren Schülerinnen und Schülern gefällt es deutlich besser in der Schule und so gut wie keine 11-jährigen Mädchen geben an, dass es ihnen in der Schule gar nicht gefällt. Der Altersunterschied gilt für beide Geschlechter (Burschen: Cramér's V 0,15; $p<0,001$; Mädchen: Cramér's V 0,17; $p<0,001$).

¹⁵ Die Antworten auf folgende fünf Items wurden zu einem Index zusammengefasst: 1) Die Schüler/innen in meiner Klasse sind gerne zusammen; 2) Die meisten in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit; 3) Meine Mitschüler/innen akzeptieren mich so wie ich bin; 4) Wenn es einem Schüler oder einer Schülerin in meiner Klasse schlecht geht, versuchen die Mitschüler/innen ihm oder ihr zu helfen; 5) Die Schüler/innen meiner Klasse gehen respektvoll miteinander um. Die Antwortskala ist fünfteilig: stimmt genau, stimmt, weder richtig noch falsch, stimmt nicht, stimmt überhaupt nicht.

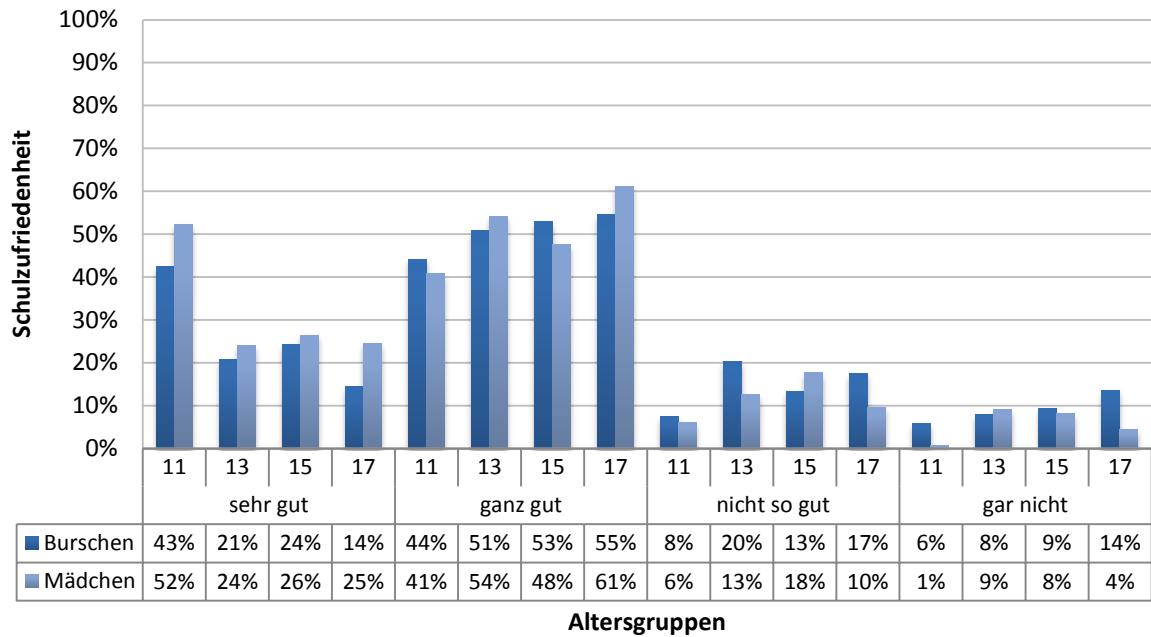


Abbildung 31. Schulzufriedenheit (Wie gut gefällt es dir in der Schule?), nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich. Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Auch die Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung wurde in Niederösterreich durchwegs positiv bewertet. Fast zwei Drittel (62%) der Schüler/innen geben an, dass die Beziehungen untereinander sehr gut oder eher gut sind. In Niederösterreich hängt die Bewertung der Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung vom Alter und vom Geschlecht ab. Abbildung 32 zeigt, dass die besten Bewertung der Beziehungen unter den Schüler/inne/n von den 11- und 17-Jährigen gegeben werden, sowie die schlechtesten Bewertungen von den 15- und 13-Jährigen (Cramér's V 0,117; $p < 0,001$). Mädchen bewerten die Beziehungen zu den Mitschüler/innen generell besser als Burschen (Cramér's V 0,155; $p < 0,001$).

Niederösterreichische Schüler/innen geben im Vergleich mit Gesamtösterreich eine geringfügig schlechtere Bewertung für die Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung ab (Cramér's V 0,064; $p < 0,001$). In Gesamtösterreich bewerten 17% der Schüler/innen die Beziehungen untereinander sehr gut und 32% eher schlecht oder sehr schlecht, für Niederösterreich sind es 14% für sehr gute Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung und 38% für eher schlecht oder sehr schlecht (siehe Anhang, Kapitel 15).

Ausgewählte Indikatoren zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

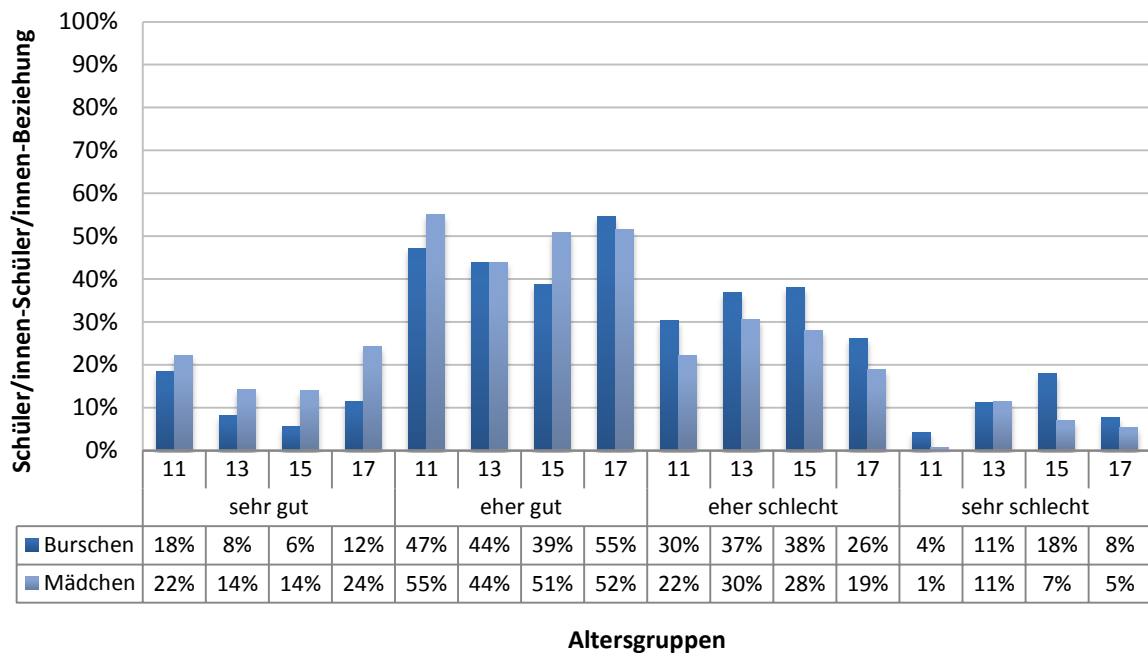


Abbildung 32. Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich.
 Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

13 Ergebnisse der Stellungsuntersuchungen in Niederösterreich

Die Stellungsuntersuchungen des österreichischen Bundesheeres dienen der Feststellung der medizinischen und psychologischen Eignung für den Grundwehrdienst. Zu bedenken ist, dass das Ziel nicht die Erhebung eines allgemeinen Gesundheitszustandes ist¹⁶. Jeder männliche österreichische Staatsbürger ist ab dem 17. Geburtstag stellungspflichtig, wobei die Untersuchungen meist im Alter von etwa 18 Jahren stattfinden.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse der niederösterreichischen Stellungsuntersuchungen aus den letzten Jahren dargestellt. Mit dem Stellungsjahr 2005 erfolgte die Umstellung von ICD-9 auf ICD-10 bei der Vergabe von Diagnosen. Zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit werden daher ausschließlich die Befunde nach Diagnosehauptgruppen ab dem Stellungsjahr 2005 dargestellt. Für die Bewertung der Tauglichkeit der stellungspflichtigen Männer stehen Zeitreihen ab dem Stellungsjahr 1980 zur Verfügung.

13.1 Zusammenfassung

Jährlich treten rund 9.000 junge Männer in Niederösterreich zur Stellungskommission an. Der Anteil, der als untauglich bewerteten Stellungspflichtigen liegt im Jahr 2010 (Geburtsjahrgang 1992) bei 12,2%, der Anteil, der als tauglich bewerteten Stellungspflichtigen liegt bei 82,1%. Der Anteil, der als untauglich beurteilten Stellungspflichtigen ist im Beobachtungszeitraum von 1980 an leicht angestiegen. Der größte Anteil der diagnostizierten Krankheiten und Störungen entfällt auf die Kategorie „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (24,8%). Ebenfalls häufig diagnostiziert werden „Psychische und Verhaltensstörungen“ (13,6%), „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ (12,4%) und „Krankheiten des Atmungssystems“ (11,6%).

¹⁶ http://www.bmlv.gv.at/rekrut/stellung_einberufung/stellung.shtml

13.2 Tauglichkeit

Das Stellungsverfahren endet mit einem Beschluss über die Tauglichkeit bzw. Untauglichkeit für den verpflichtenden Grundwehrdienst. Eine Unterkategorie ist „tauglich mit medizinischem Ausnahmeprofil“. Dies bedeutet, dass die Stellungspflichtigen von einzelnen Tätigkeiten wie Laufen, Heben, Tragen, etc. befreit sind. Vorübergehende Untauglichkeit kann aufgrund einer medizinischen oder psychologischen Problematik bescheinigt werden. Nach einer bestimmten Beobachtungsfrist erfolgt eine neuerliche Aufforderung zur Stellung. Diese Gruppe ist in untenstehender Abbildung 33 gemeinsam mit den Stellungspflichtigen, die in diesem Stellungsjahr noch keinen Beschluss erhalten haben, in der Kategorie „Rest, kein Beschluss“ dargestellt.

Seit dem Stellungsjahr 1980 (Geburtsjahrgang 1962) ist der Anteil der als untauglich bewerteten Stellungspflichtigen in Niederösterreich leicht von 10,7% auf 12,2% im Jahr 2010 (Geburtsjahrgang 1992) angestiegen. Im Stellungsjahr 2005 (Geburtsjahrgang 1987) war die Rate von untauglich befundenen Stellungspflichtigen mit 16,9% bisher am höchsten. Die Vergabe der Kategorie „Tauglichkeit mit medizinischem Ausnahmeprofil“ unterliegt starken Schwankungen. Im Stellungsjahr 1997 (Geburtsjahrgang 1979) verzeichnete diese Kategorie mit einem Anteil von 4,4% den niedrigsten Wert und im Stellungsjahr 1991 (Geburtsjahrgang 1973) mit 19,1% den höchsten Wert. Eine ausführliche Tabelle dazu findet sich im Anhang (Kapitel 15).

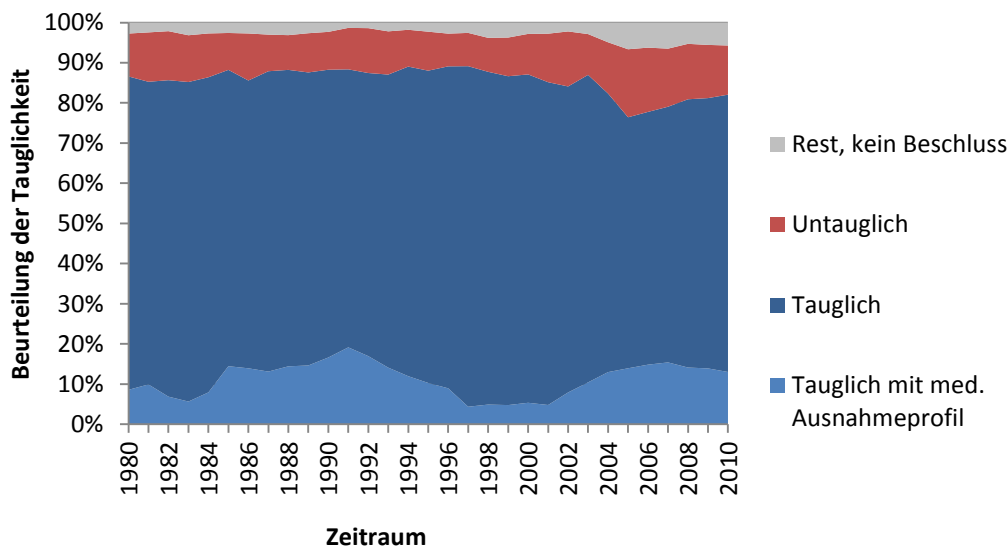


Abbildung 33: Tauglichkeit, Stellungsjahre 1982-2010 (Geburtsjahrgänge 1962-1992), Niederösterreich.
 Datenquelle: Stellungsuntersuchungen des österreichischen Bundesheeres
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

Verglichen mit Gesamt-Österreich zeigt sich ein sehr ähnliches Bild (Abbildung 34). Auch hier verzeichnete sich ein kontinuierlicher leichter Anstieg des Anteils an untauglichen Stellungspflichtigen. Während im Stellungsjahr 1980 (Geburtsjahrgang 1962) 11,8% der Stellungspflichtigen als untauglich bewertet wurden, lag der Anteil im Jahr 2010 (Geburtsjahrgang 1992) bei 13,2%. In Gesamt-Österreich ist der Anteil der als uneingeschränkt tauglich beurteilten Stellungspflichtigen

kontinuierlich gesunken (von 75,4% auf 60,2%) und der als tauglich mit medizinischem Ausnahmeprofil bewerteten kontinuierlich gestiegen (von 8,8% auf 18,7%).

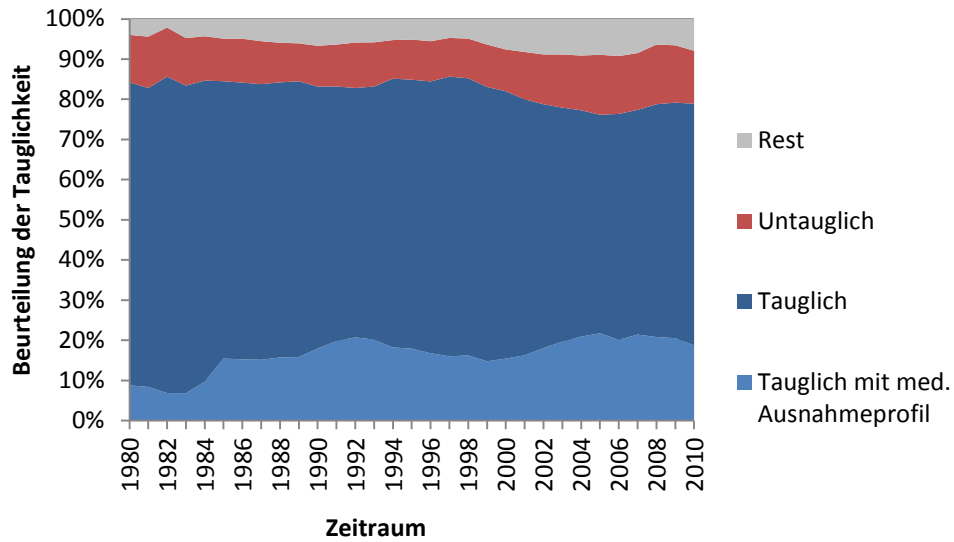


Abbildung 34: Tauglichkeit, Stellungsjahre 1982-2010 (Geburtsjahrgänge 1962-1992), Gesamt-Österreich.
 Datenquelle: Stellungsuntersuchungen des österreichischen Bundesheeres
 Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

13.3 Befunde nach Diagnosehauptgruppen

Die im Rahmen der Stellungsuntersuchung vergebenen Diagnosen sind in Abbildung 35 anteilmäßig an allen Diagnosen als Durchschnittswerte über die Jahre 2005 – 2010 dargestellt.

Der größte Anteil der diagnostizierten Krankheiten und Störungen entfällt dabei mit einem Anteil von 24,8% auf die Kategorie „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“. Psychische und Verhaltensstörungen (13,6%), Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (12,4%) und Krankheiten des Atmungssystems (11,6%) werden ebenfalls häufig diagnostiziert.

Im Beobachtungszeitraum 2005 bis 2011 ist kein eindeutiger Trend erkennbar. Verglichen mit Gesamt-Österreich werden in Niederösterreich häufiger die Diagnosen „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (24,8% zu 20,0%), „Psychische und Verhaltensstörungen“ (13,6% zu 11,1%) sowie „Krankheiten des Atmungssystems“ (11,6% zu 9,0%) vergeben. In Gesamt-Österreich werden vermehrt „Krankheiten des Auges und des Anhangsgebilde“ diagnostiziert als in Niederösterreich (9,1% zu 1,7%). Die Rangreihe der diagnostizierten Krankheiten und Störungen ist jedoch größtenteils sehr ähnlich.

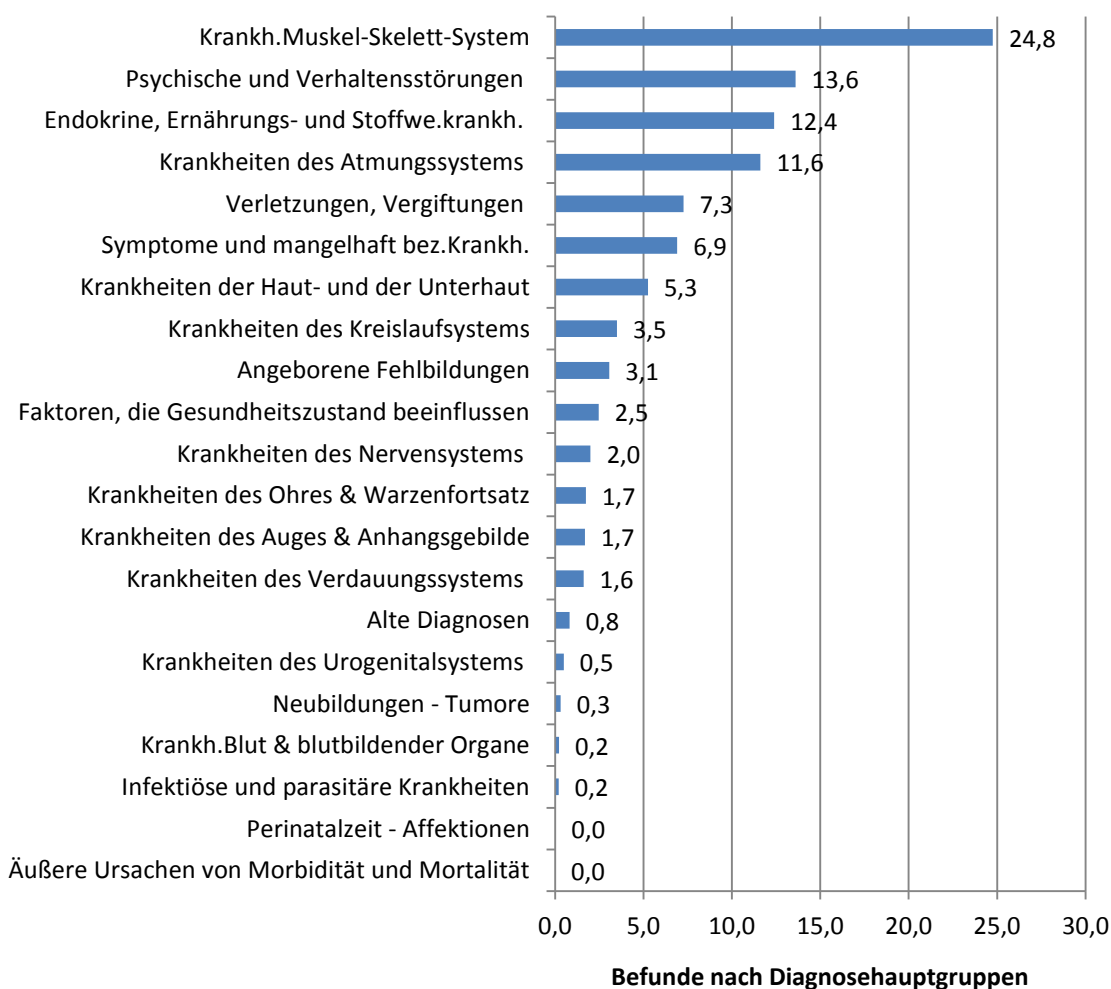


Abbildung 35: Befunde nach Diagnosehauptgruppen, Gesamt (Stellungsjahre 2005-2010), Niederösterreich.

Datenquelle: Stellungsuntersuchungen des österreichischen Bundesheeres

Bearbeitung und Berechnung: Donau-Universität Krems

14 Literaturverzeichnis

- Amt der Kärntner Landesregierung. (2005). Zur Häufigkeit und zum Schweregrad von Asthma bronchiale, Heuschnupfen und Neurodermitis bei Volksschulkindern im Bundesland Kärnten im Rahmen der International Study on Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) (pp. 84). Klagenfurt und Wien: Amt der Kärntner Landesregierung.
- Amt der Niederösterreichischen Landesregierung. (2008). Zur Häufigkeit und zum Schweregrad von Asthma bronchiale, Heuschnupfen und Neurodermitis bei Schulkindern in Niederösterreich (pp. 101). St. Pölten: Amt der Niederösterreichischen Landesregierung.
- Amt der Steiermärkischen Landesregierung. (2006). Zur Häufigkeit und zum Schweregrad von Asthma bronchiale, Heuschnupfen und Neurodermitis bei Schulkindern in sechs Bezirken der Steiermark (pp. 94). Wien: Amt der Steiermärkischen Landesregierung.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe - A public health perspective - A report for the European Commission. In H. C. P. D.-G. European Commission (Ed.): Institut of Alcohol Studies, UK.
- Arbeitsmarktservice Österreich. (2008). Jugendliche mit akutem Qualifikationsbedarf 2007–2015. Monitoring und Prognosen. Wien: Arbeitsmarktservice Österreich.
- Becker, B. (2010). Wer profitiert mehr vom Kindergarten? *KzfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 62(1), 139-163. doi: 10.1007/s11577-010-0090-5
- Biddle, S. J., & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews.
- Brettschneider, A. K., Rosario, A. S., & Ellert, U. (2011). Validity and predictors of BMI derived from self-reported height and weight among 11- to 17-year-old German adolescents from the KiGGS study. *BMC Research Notes*, 4.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Konsumentenschutz. (2009). Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Tabellenband. Ergebnisse aus EU-SILC 2008. Statistik Austria im Auftrag des BMASK. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Konsumentenschutz. (2011). Armutsgefährdung und Lebensbedingungen in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC 2009. Tabellenband. Studie der Statistik Austria im Auftrag des BMASK. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Burström, B., & Fredlund, P. (2001). Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health*, 55, 836-840.
- Caetano, R., & Cunradi, C. (2002). Alcohol dependence: a public health perspective. (0965-2140 (Print)).
- Caniato, R. N., Alvarenga, M. E., Stich, H. L., Jansen, H., & Baune, B. T. (2010). Kindergarten attendance may reduce developmental impairments in children: results from the Bavarian Pre-School Morbidity Survey. *Scand J Public Health*, 38(6), 580-586. doi: 10.1177/1403494810376558
- 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. *BMJ*, 320, 6.
- Currie, C., Griebler, R., Inchley, J., Theunissen, A., Molcho, M., Samdal, O., & Dür, W. (Eds.). (2010). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2009/2010 Survey*. Edinburgh and Vienna: CAHRU and LBIHPR.
- Currie, C., Nic Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, C., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A., & Barnekow, V. (2006). Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005/2006 survey. .
- Currie, J., & Moretti, E. (2002). Mother's Education and the Intergenerational Transmission of Human Capital: Evidence from College Openings and Longitudinal Data. *National Bureau of Economic Research*.

- Dannemann, A., Ernert, A., Rücker, P., Babitsch, B., & Wiegand, S. (2011). Adipositas bei Kindern und Jugendlichen - Einfluss von Migrationshintergrund und Bildung der Eltern auf das Auftreten eines metabolischen Syndroms. *Bundesgesundheitsblatt*, *54*:636-641.
- Das Land Steiermark. (2010). Kinder- und Jugend-Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark.
- de Graaf, R., Radovanovic, M., van Laar, M., Fairman, B., Degenhardt, L., Aguilar-Gaxiola, S., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Kostychenko, S., Lepine, J. P., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Neumark, Y., Ormel, J., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Tachimori, H., Wells, J. E., & Anthony, J. C. (2010). Early cannabis use and estimated risk of later onset of depression spells: Epidemiologic evidence from the population-based World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. (1476-6256 begin_of_the_skype_highlighting 1476-6256 end_of_the_skype_highlighting (Electronic)).
- De Maddalena, H., Reich, K., & Arold, R. (1997). Der Einfluß von Elternmerkmalen auf die Früherkennung von kindlichen Hörstörungen. Ergebnisse einer retrospektiven Befragung von Eltern hörgeschädigter Kinder. *Phoniatrie und Pädaudiologie*, *45*, 30-35.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. (1474-547X (Electronic)).
- DeVore, E. R., & Ginsburg, K. R. (2005). The protective effects of good parenting on adolescents. (1040-8703 begin_of_the_skype_highlighting 1040-8703 end_of_the_skype_highlighting (Print)).
- Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. *Social Indicators Research*, *31*(2), 103-157.
- Duhig, A. M., Cavallo, D. A., McKee, S. A., George, T. P., & Krishnan-Sarin, S. (2005). Daily patterns of alcohol, cigarette, and marijuana use in adolescent smokers and nonsmokers. *Addict Behav*, *30*(2), 271-283. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.05.016
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., & Hops, H. (1998). Progressions of alcohol, cigarette, and marijuana use in adolescence. *J Behav Med*, *21*(4), 375-388.
- Dür, W., & Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Wien: Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend.
- Elgar, F. J., Roberts, C., Tudor-Smith, C., & Moore, L. (2005). Validity of self-reported height and weight and predictors of bias in adolescents. (1879-1972 (Electronic)).
- Fedewa, A. L., & Ahn, S. (2011). The effects of physical activity and physical fitness on children's achievement and cognitive outcomes: a meta-analysis.
- Fergusson, D. M., & Boden, J. M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. (0965-2140 (Print)).
- Gesundheit Österreich GmbH. (2007a). Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung.
- Gesundheit Österreich GmbH. (2007b). ZAHNSTATUS 2006: Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich (pp. 1-78).
- Gesundheit Österreich GmbH. (2009). ZAHNSTATUS 2007: Zwölfjährige mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. 1-78.
- Griebler, R., Hojni, M., & Dür, W. (2011). Dokumentation zum 8. Österreichischen HBSC-Survey 2009/10. LBIHPR Forschungsbericht. (pp. 1-38).
- Haidinger, G., Waldhoer, T., & Vutuc, C. (1998). The Prevalence of Smoking in Austria. *Preventive Medicine*, *27*, 50-55. doi: Article No. PM970234
- Haidinger, G., Waldhör, T., Meusburger, S., Süß, G., & Vutuc, C. (2007). Asthma und Allergien im Kindesalter in 7 Bezirken Oberösterreichs -ISAAC 111. *Atemw.-Lungenkrkh.*, *4*(33), 166-171.
- Hall, W. (2006). The mental health risks of adolescent cannabis use. (1549-1676 (Electronic)).
- Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J. C. (2006). Adolescent physical activity and health: a systematic review.
- Hammarström, A. (1994). Health Consequences of Youth Unemployment. *Public Health*, *108*, 403-412.
- Headey, B., Kelley, J., & Wearing, A. (1993). Dimensions of Mental Health: Life Satisfaction, Positive Affect, Anxiety and Depression. *Social Indicators Research*, *29*(1), 63-82.
- Hills, A. P., Andersen, L. B., & Byrne, N. M. (2011). Physical activity and obesity in children.

- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.
- Institut für Gesundheitsplanung. (2007). Kinder- und Jugendgesundheit in Oberösterreich. Linz: Institut für Gesundheitsplanung.
- Institute of Public Health in Ireland. (2008). Health Impacts of Education - a review (pp. 38): Institute of Public Health in Ireland.
- Jackson-Leach, R., & Lobstein, T. (2006). Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 1. The increase in the prevalence of child obesity in Europe is itself increasing.
- JAKSCH & PARTNER. (o.J.-a). APOLLONIA 2020 STATISTIK KARIESPROPHYLAXE AKTION 2005/2006 (pp. 1-82).
- JAKSCH & PARTNER. (o.J.-b). APOLLONIA 2020 STATISTIK KARIESPROPHYLAXE AKTION 2006/2007 (pp. 1-94).
- JAKSCH & PARTNER. (o.J.-c). APOLLONIA 2020 STATISTIK KARIESPROPHYLAXE AKTION 2007/2008 (pp. 1-93).
- JAKSCH & PARTNER. (o.J.-d). APOLLONIA 2020 STATISTIK KARIESPROPHYLAXE AKTION 2008/2009 (pp. 1-94).
- JAKSCH & PARTNER. (o.J.-e). APOLLONIA 2020 STATISTIK KARIESPROPHYLAXE AKTION 2009/2010 (pp. 1-93).
- JAKSCH & PARTNER. (o.J.-f). APOLLONIA 2020 STATISTIK KARIESPROPHYLAXE AKTION 2010/2011 (pp. 1-104).
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69, 307-316.
- Kaatsch, P., Steliarova-Foucher, E., Crocetti, E., Magnani, C., Spix, C., & Zambon, P. (2006). Time trends of cancer incidence in European children (1978-1997): report from the Automated Childhood Cancer Information System project. *Eur J Cancer*, 42(13), 1961-1971. doi: 10.1016/j.ejca.2006.05.014
- Kaess, M., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., Brunner, R., & Resch, F. (2011). Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. *BMC Public Health*, 11, 597. doi: 10.1186/1471-2458-11-597
- Kendrick, D., Mulvaney, C., & Watson, M. (2009). Does targeting injury prevention towards families in disadvantaged areas reduce inequalities in safety practices? *Health Educ Res*, 24(1), 32-41. doi: 10.1093/her/cym083
- Klineberg, E., Clark, C., Bhui, K. S., Haines, M. M., Viner, R. M., Head, J., Woodley-Jones, D., & Stansfeld, S. A. (2006). Social support, ethnicity and mental health in adolescents. (0933-7954 begin_of_the_skype_highlighting 0933-7954 end_of_the_skype_highlighting (Print)).
- Klocke, A., & Lampert, T. (2005). Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (pp. 15). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Knittler, K. (2011). Intergenerationale Bildungsmobilität. Bildungsstruktur junger Erwachsener im Alter von 15 bis 34 Jahren im Vergleich mit jener ihrer Eltern. *Bildung und Kultur. Statistische Nachrichten*, 4/2011, 252-266.
- Kotrlik, J. W., Williams, H. A., & Jabor, K. M. (2011). Reporting and Interpreting Effect Size in Quantitative Agricultural Education Research. *Journal of Agricultural Education*, 52(1), 132-142.
- Kratzmann, J., & Schneider, T. (2009). Soziale Ungleichheiten beim Schulstart. Empirische Untersuchungen zur Bedeutung der sozialen Herkunft und des Kindergartenbesuchs auf den Zeitpunkt der Einschulung. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 61, 1-24. doi: 10.1007/s11577-009-0051-z
- Kroegel, C. (2002). *Asthma bronchiale. Pathogenetische Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Lampert, T., Schenk, L., & Stolzenberg, H. (2002). Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (Vol. 64 Sonderheft 1, pp. 48-52). Berlin: Robert Koch Institut.

- Land Salzburg. (1997). ISAAC Studie Salzburg 1995&1996. Studie zu Atemwegserkrankungen und Allergien bei Salzburger Kindern und Jugendlichen. Salzburg: Land Salzburg.
- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health.
- Lobstein, T., & Jackson-Leach, R. (2006). Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease.
- Malone, D., Hill, M. N., & Rubino, T. (2010). Adolescent cannabis use and psychosis: epidemiology and neurodevelopmental models. (1476-5381 begin_of_the_skype_highlighting 1476-5381 end_of_the_skype_highlighting (Electronic)).
- Mehnert, H., Standl, E., Usadel, K.-H., & Häring, H.-U. (2003). *Diabetologie in Klinik und Praxis*: Thieme.
- Niederösterreichische Landesregierung. (2010). Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2010. Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der niederösterreichischen Bevölkerung. Inanspruchnahme und Leistungen des niederösterreichischen Gesundheitssystems. Wien: Niederösterreichische Landesregierung.
- Ottova, V., Erhart, M., Vollebergh, W., Kökönyei, G., Morgan, A., Gobina, I., Jericek, H., Cavallo, F., Välimaa, R., Gaspar de Matos, M., Gaspar, T., Schnohr, C. W., Ravens-Sieberer, U., & Group, P. H. F. (2012). The Role of Individual- and Macro-Level Social Determinants on Young Adolescents' Psychosomatic Complaints. *The Journal of Early Adolescence*, 32. doi: 10.1177/0272431611419510
- Palentien, C. (2003). Einzelne Bevölkerungsgruppen. Kinder und Jugendliche. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, R. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Eds.), *das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (2 ed., pp. 636-642). München: Urban & Fischer Verlag.
- Patterson, C., Dahlquist, G., Gyürüs, E., Green, A., & Soltész, G. (2009). Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989–2003 and predicted new cases 2005–20: a multicentre prospective registration study. *The Lancet*, 373, 2027–2033.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.
- Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Fazlur Rahman, A. K. M., F., R., & Bartolomeos, K. (2008). World report on child injury prevention (pp. 1-232).
- Perkins, H. W. (2002). Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. (0363-468X (Print)).
- Podolsky, A., & Getfitkid Team. (2011). Endbericht Gesundheits- und Fitnessstudie NÖ SchülerInnen.
- Ramelow, D., Griebler, R., Hofmann, F., Unterweger, K., Mager, U., Felder-Puig, R., & Dür, W. (2011). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen
- Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010 (pp. 1-146).
- Ramstedt, M. (2001). Alcohol and suicide in 14 European countries. (0965-2140 (Print)).
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., Hetland, J., Freeman, J., Danielson, M., Thomas, C., & Group, H. P. H. (2008). An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 18(3), 294-299.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B. M., Bruil, J., Dür, W., Power, M., Rajmil, L., & European KIDSCREEN Group. (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Soz.-Präventivmed.*, 46, 294-302.
- Rey, J. M., Martin, A., & Krabman, P. (2004). Is the party over? Cannabis and juvenile psychiatric disorder: the past 10 years. (0890-8567 begin_of_the_skype_highlighting 0890-8567 end_of_the_skype_highlighting (Print)).
- Rigby, M., & Köhler, L. (2002). European Union Community Health Monitoring Programme. Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission (pp. 101): European Union Community Health Monitoring Programme.

- Rossow, I. (2001). Alcohol and homicide: a cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries. (0965-2140 (Print)).
- Roulet, J. F., & Zimmer, S. (2003). *Prophylaxe und Präventivzahnmedizin*: Georg Thieme Verlag.
- Samdal, O., Wold, B., Klepp, K. L., & Kannas, L. (2000). Students' perception of school and their smoking and alcohol use: A cross-national study. *Addiction Research and Theory*, 8(2), 27.
- Schäfer, T. (2003). *Gesundheitsberichterstattung und ihre Indikatorensysteme. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Jena: Urban&Fischer.
- Schernhammer, E. S., Vutuc, C., Waldhoer, T., & Haidinger, G. (2008). Time trends of the prevalence of asthma and allergic disease in Austrian children. *Pediatr Allergy Immunol*, 19, 125-131.
- Schober, E., Rami, B., Waldhoer, T., & Group, A. D. I. S. (2008). Steep increase of incidence of childhood diabetes since 1999 in Austria. Time trend analysis 1979-2005. A nationwide study. *Eur J Epidemiol*, 167, 293-297.
- Schwartz, F. W., Siegrist, J., von Troscke, J., & Schlaud, M. (2003). Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? . In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, R. Raspe, J. Siegrist & U. Walter (Eds.), *das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (2 ed., pp. 23-46). München: Urban & Fischer Verlag.
- Singh, A. A., Mulder, C., Twisk, J. W. R., van Mechelen, W., & Chinapaw, M. J. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature.
- Statistik Austria. (2010a). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009 (pp. 402). Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (2010b). KREBSINZIDENZ UND KREBSMORTALITÄT IN ÖSTERREICH (pp. 1-143).
- Statistik Austria. (2010c). Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu EU-SILC 2008 (pp. 39). Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (2011a). Demographisches Jahrbuch 2010 (pp. 399). Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (2011b). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010 (pp. 400). Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (2011c). Kinder in Kindertagesheimen nach Dauer der Anwesenheit und der Einnahme von Mittagessen 2010. Wien: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (2011d). STRASSENVERKEHRSUNFÄLLE 2010 (pp. 1-204).
- Steiner, M. (2009). Early School Leaving in Österreich 2008 Ausmaß, Unterschiede, Beschäftigungswirkung. Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien.
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Valimaki, I., Wanne, O., & Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study.
- Todd, J., Smith, R., Levin, K., Inchley, J., Currie, D., & Currie, C. (2007). Family structure and relationships and health among schoolchildren. In W. C. C. N. S. HBSC (Ed.), *HBSC Briefing Paper* (Vol. 12): University of Edinburgh, Child & Adolescent Health Research Unit.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1994). Preventing Tobacco Use among Young People: A report of the Surgeon General (pp. 1-22).
- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). The Health Consequences of Smoking: a Report of the Surgeon General. (pp. 1-20).
- Van Rossem, L., Oenema, A., Steegers, E. A. P., Moll, H. A., Vincent, W., Jaddoe, V., Hofman, A., Mackenbach, J. P., & Raat, H. (2009). Are Starting and Continuing Breastfeeding Related to Educational Background? The Generation R Study. *American Academy of Pediatrics*, 123, 1017.
- Veichtlbauer, J., & Schlögl, P. (2001). BILDUNGSERTRÄGE. Kommentierte Übersicht bestehender Ansätze und Indikatoren zur Erfassung von Bildungserträgen. Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien.
- Vereinte Nationen. (1990). Vereinten Nationen: Konvention über die Rechte des Kindes Retrieved 19.12.2011, from http://www.kinderrechte.gv.at/home/upload/downloads/kinderrechtskonvention/un-konvention_ueber_die_rechte_des_kindes_deutsche_fassung.pdf
- Vogtenhuber, S., Gottwald, R., & Lassnigg, L. (2010). Evaluierung von Beschäftigungsmaßnahmen für Jugendliche in Oberösterreich: Arbeiterkammer Oberösterreich.

- Von Mutius, E. (2010). Prävalenz und Determinanten des Asthma bronchiale. *Monatsschrift Kinderheilkd*, 158, 121-128.
- Waldhoer, T., Rami, B., Schober, E., & Austrian Diabetes Incidence Study Group. (2008). Changing geographical distribution of diabetes mellitus type 1 incidence in Austrian children 1989-2005. *Eur J Epidemiol*, 23, 213-218. doi: 10.1007/s10654-008-9223-9
- Warschburger, P. (2010). Prävention kindlicher Adipositas: Was beeinflusst die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten? *Public Health Forum*, 18(69).
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., & Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses. (0098-7484 (Print)).
- WHO. (1948). Constitution of the World Health Organisation.
- WHO. (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.
- WHO. (2010). Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region – Executive summary European Social Determinants and Health Divide Review. Kopenhagen: WHO.
- WHO. (2011a). Asthma, from <http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>
- WHO. (2011b). Levels & Trends in Child Mortality. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation: WHO.
- World Health Organization. (2009). Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks (pp. 1-70).
- World Health Organization. (2010). Global Recommendations on physical activity for health. Geneva, Switzerland.

15 Anhang

Tabelle 28: Rate an stationären Aufnahmen für Frakturen des Unterarms, des Ober- und des Unterschenkelknochens (ICD-10-Code: S52, S72, S82) pro 100.000 Personen für Österreich, nach Geschlecht und Altersgruppen für die Jahre 2005 - 2009

Alter	Geschlecht	2005	2006	2007	2008	2009	Durchschnitt (2005-2009)
0-4 J.	Knaben	113,5	111,6	132,0	126,2	115,3	119,7
	Mädchen	80,6	89,0	82,9	85,2	86,8	84,9
	gesamt	97,5	100,6	108,0	106,2	101,4	102,7
5-9 J.	Knaben	339,2	322,8	333,4	317,2	324,1	327,5
	Mädchen	231,8	239,3	219,3	231,1	235,4	231,4
	gesamt	286,8	282,1	277,8	275,3	280,9	280,7
10-14 J.	Knaben	564,2	529,1	474,6	489,1	498,4	511,7
	Mädchen	227,7	239,3	222,5	203,4	210,8	221,0
	gesamt	400,3	387,9	351,7	349,6	358,0	369,9
15-19 J.	Knaben	480,1	479,1	467,5	475,6	440,9	468,5
	Mädchen	136,6	107,8	112,1	127,0	108,8	118,4
	gesamt	312,6	298,1	294,3	305,7	279,1	297,9
0-19 J.	Knaben	388,1	374,1	363,5	364,3	355,4	369,2
	Mädchen	171,7	169,9	159,8	161,7	159,4	164,5
	gesamt	282,7	274,6	264,2	265,5	259,9	269,4

Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (22.02.2012)

Bearbeitung: Donau-Universität Krems

Tabelle 29: Rate an stationären Aufnahmen für Frakturen des Unterarms, des Ober- und des Unterschenkelknochens (ICD-10-Code: S52, S72, S82) pro 100.000 Personen für Niederösterreich, nach Geschlecht und Altersgruppen für die Jahre 2005 – 2009

Alter	Geschlecht	2005	2006	2007	2008	2009	Durchschnitt (2005-2009)
0-4 J.	Knaben	113,5	111,6	132,0	126,2	115,3	119,7
	Mädchen	80,6	89,0	82,9	85,2	86,8	84,9
	gesamt	97,5	100,6	108,0	106,2	101,4	102,7
5-9 J.	Knaben	339,2	322,8	333,4	317,2	324,1	327,5
	Mädchen	231,8	239,3	219,3	231,1	235,4	231,4
	gesamt	286,8	282,1	277,8	275,3	280,9	280,7
10-14 J.	Knaben	564,2	529,1	474,6	489,1	498,4	511,7
	Mädchen	227,7	239,3	222,5	203,4	210,8	221,0
	gesamt	400,3	387,9	351,7	349,6	358,0	369,9
15-19 J.	Knaben	480,1	479,1	467,5	475,6	440,9	468,5
	Mädchen	136,6	107,8	112,1	127,0	108,8	118,4
	gesamt	312,6	298,1	294,3	305,7	279,1	297,9
0-19 J.	Knaben	388,1	374,1	363,5	364,3	355,4	369,2
	Mädchen	171,7	169,9	159,8	161,7	159,4	164,5
	gesamt	282,7	274,6	264,2	265,5	259,9	269,4

Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (22.02.2012)

Bearbeitung: Donau-Universität Krems

Tabelle 30: Rate an stationären Aufnahmen für Verbrennungen und Verätzungen (ICD-10-Code: T20-T32) pro 100.000 Personen für Österreich, nach Geschlecht und Altersgruppen für die Jahre 2005 – 2009

Alter	Geschlecht	2005	2006	2007	2008	2009	Durchschnitt (2005-2009)
0-4 J.	Knaben	113,5	111,6	132,0	126,2	115,3	119,7
	Mädchen	80,6	89,0	82,9	85,2	86,8	84,9
	gesamt	97,5	100,6	108,0	106,2	101,4	102,7
5-9 J.	Knaben	339,2	322,8	333,4	317,2	324,1	327,5
	Mädchen	231,8	239,3	219,3	231,1	235,4	231,4
	gesamt	286,8	282,1	277,8	275,3	280,9	280,7
10-14 J.	Knaben	564,2	529,1	474,6	489,1	498,4	511,7
	Mädchen	227,7	239,3	222,5	203,4	210,8	221,0
	gesamt	400,3	387,9	351,7	349,6	358,0	369,9
15-19 J.	Knaben	480,1	479,1	467,5	475,6	440,9	468,5
	Mädchen	136,6	107,8	112,1	127,0	108,8	118,4
	gesamt	312,6	298,1	294,3	305,7	279,1	297,9
0-19 J.	Knaben	388,1	374,1	363,5	364,3	355,4	369,2
	Mädchen	171,7	169,9	159,8	161,7	159,4	164,5
	gesamt	282,7	274,6	264,2	265,5	259,9	269,4

Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (22.02.2012) Bearbeitung: Donau-Universität Krems

Tabelle 31: Rate an stationären Aufnahmen für Verbrennungen und Verätzungen (ICD-10-Code: T20-T32) pro 100.000 Personen für Niederösterreich, nach Geschlecht und Altersgruppen für die Jahre 2005 – 2009

Alter	Geschlecht	2005	2006	2007	2008	2009	Durchschnitt (2005-2009)
0-4 J.	Knaben	113,5	111,6	132,0	126,2	115,3	119,7
	Mädchen	80,6	89,0	82,9	85,2	86,8	84,9
	gesamt	97,5	100,6	108,0	106,2	101,4	102,7
5-9 J.	Knaben	339,2	322,8	333,4	317,2	324,1	327,5
	Mädchen	231,8	239,3	219,3	231,1	235,4	231,4
	gesamt	286,8	282,1	277,8	275,3	280,9	280,7
10-14 J.	Knaben	564,2	529,1	474,6	489,1	498,4	511,7
	Mädchen	227,7	239,3	222,5	203,4	210,8	221,0
	gesamt	400,3	387,9	351,7	349,6	358,0	369,9
15-19 J.	Knaben	480,1	479,1	467,5	475,6	440,9	468,5
	Mädchen	136,6	107,8	112,1	127,0	108,8	118,4
	gesamt	312,6	298,1	294,3	305,7	279,1	297,9
0-19 J.	Knaben	388,1	374,1	363,5	364,3	355,4	369,2
	Mädchen	171,7	169,9	159,8	161,7	159,4	164,5
	gesamt	282,7	274,6	264,2	265,5	259,9	269,4

Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (22.02.2012)

Bearbeitung: Donau-Universität Krems

Tabelle 32: Rate an stationären Aufnahmen für Vergiftungen (ICD-10-Code: T51-T65) pro 100.000 Personen für Österreich, nach Geschlecht und Altersgruppen für die Jahre 2005 – 2009

Alter	Geschlecht	2005	2006	2007	2008	2009	Durchschnitt (2005-2009)
0-4 J.	Knaben	113,5	111,6	132,0	126,2	115,3	119,7
	Mädchen	80,6	89,0	82,9	85,2	86,8	84,9
	gesamt	97,5	100,6	108,0	106,2	101,4	102,7
5-9 J.	Knaben	339,2	322,8	333,4	317,2	324,1	327,5
	Mädchen	231,8	239,3	219,3	231,1	235,4	231,4
	gesamt	286,8	282,1	277,8	275,3	280,9	280,7
10-14 J.	Knaben	564,2	529,1	474,6	489,1	498,4	511,7
	Mädchen	227,7	239,3	222,5	203,4	210,8	221,0
	gesamt	400,3	387,9	351,7	349,6	358,0	369,9
15-19 J.	Knaben	480,1	479,1	467,5	475,6	440,9	468,5
	Mädchen	136,6	107,8	112,1	127,0	108,8	118,4
	gesamt	312,6	298,1	294,3	305,7	279,1	297,9
0-19 J.	Knaben	388,1	374,1	363,5	364,3	355,4	369,2
	Mädchen	171,7	169,9	159,8	161,7	159,4	164,5
	gesamt	282,7	274,6	264,2	265,5	259,9	269,4

Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (22.02.2012)

Bearbeitung: Donau-Universität Krems

Tabelle 33: Rate an stationären Aufnahmen für Vergiftungen (ICD-10-Code: T51-T65) pro 100.000 Personen für Niederösterreich, nach Geschlecht und Altersgruppen für die Jahre 2005 – 2009

Alter	Geschlecht	2005	2006	2007	2008	2009	Durchschnitt (2005-2009)
0-4 J.	Knaben	65,0	54,4	33,7	39,1	44,8	47,4
	Mädchen	44,4	68,5	49,0	54,8	33,1	50,0
	gesamt	55,0	61,2	41,2	46,8	39,1	48,7
5-9 J.	Knaben	25,3	54,1	40,8	46,0	34,0	39,9
	Mädchen	14,6	22,5	23,0	28,3	31,0	23,7
	gesamt	20,1	38,7	32,1	37,4	32,5	32,1
10-14 J.	Knaben	42,5	36,8	68,6	61,5	52,2	52,2
	Mädchen	46,6	19,3	45,7	35,7	64,1	42,1
	gesamt	44,5	28,3	57,4	48,9	58,0	47,2
15-19 J.	Knaben	110,9	117,2	147,2	188,7	216,0	156,6
	Mädchen	71,7	91,7	102,8	112,2	140,8	104,2
	gesamt	91,9	104,7	125,6	151,5	179,4	131,1
0-19 J.	Knaben	61,7	66,8	76,7	89,5	93,7	77,6
	Mädchen	45,2	50,6	57,2	60,0	71,9	56,9
	gesamt	53,6	58,9	67,2	75,1	83,1	67,5

Datenquelle: Statistik Austria, Datenbankabfrage SDB (22.02.2012)

Bearbeitung: Donau-Universität Krems

Tabelle 34: Anteil an Übergewicht und Adipositas, nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Gesamt-Österreich

	Österreich			Niederösterreich		
	Unter- /Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	Unter- /Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
Knaben						
	11 Jährige	83,95	12,96	3,09	18,35	5,50
	13 Jährige	81,58	14,79	3,63	17,11	6,58
	15 Jährige	79,34	17,36	3,30	15,71	4,29
	17 Jährige	80,16	16,59	3,26	20,66	8,26
	Gesamt	81,16	15,51	3,33	17,82	6,13
Mädchen						
	11 Jährige	87,26	11,69	1,05	12,60	1,57
	13 Jährige	87,64	9,74	2,62	15,91	4,55
	15 Jährige	89,22	8,23	2,55	11,95	3,77
	17 Jährige	88,85	8,27	2,89	10,85	3,10
	Gesamt	88,30	9,38	2,33	12,80	3,29
Gesamt						
	11 Jährige	85,63	12,32	2,05	15,25	3,39
	13 Jährige	84,67	12,21	3,12	16,55	5,63
	15 Jährige	84,41	12,67	2,91	13,71	4,01
	17 Jährige	84,86	12,08	3,06	15,60	5,60
	Gesamt	84,85	12,33	2,81	15,25	4,68

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Tabelle 35: Körperwahrnehmung nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich

	Österreich						Niederösterreich					
	viel zu dünn	ein bisschen zu dünn	genau richtig	ein bisschen zu dick	viel zu dick		viel zu dünn	ein bisschen zu dünn	genau richtig	ein bisschen zu dick	viel zu dick	
Knaben	2,7	12,6	54,7	26,8	3,3		1,7	12,6	51,3	32,8	1,7	100
	2,6	13,7	52,0	28,7	3,0		2,4	10,3	49,7	33,9	3,6	100
	2,8	17,3	49,5	27,7	2,8		4,7	17,3	44,7	29,3	4,0	100
	2,2	17,7	53,3	23,9	2,8		2,3	9,2	50,8	33,8	3,8	100
Gesamt	2,6	15,4	52,3	26,8	3,0		2,8	12,4	48,9	32,4	3,4	100
Mädchen	1,5	13,7	49,7	29,9	5,3		2,3	9,4	51,6	31,3	5,5	100
	2,3	8,9	44,9	35,6	8,3		2,9	9,3	40,0	36,4	11,4	100
	2,0	9,1	38,9	43,1	6,9		0,6	11,1	37,4	42,1	8,8	100
	0,7	6,1	49,4	38,1	5,6		0,7	10,4	46,7	36,3	5,9	100
Gesamt	1,7	9,3	45,3	37,1	6,6		1,6	10,1	43,4	36,9	8,0	100
Gesamt	2,1	13,2	52,1	28,3	4,3		2,02	10,93	51,42	31,98	3,64	100
	2,5	11,2	48,4	32,3	5,7		2,62	9,84	45,25	35,08	7,21	100
	2,4	13,1	44,0	35,6	4,9		2,49	14,02	40,81	36,14	6,54	100
	1,4	11,4	51,2	31,7	4,3		1,51	9,81	48,68	35,09	4,91	100
Gesamt	2,1	12,2	48,6	32,1	4,9		2,20	11,25	46,13	34,71	5,71	100

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Tabelle 36: Selbsteingeschätzte Gesundheit nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich und Österreich

		Niederösterreich			Österreich		
		Mädchen	Knaben	Gesamt	Mädchen	Knaben	Gesamt
11-Jährige	ausgezeichnet	41	47	44	50	44	47
	gut	50	44	47	42	45	44
	eher gut	8	8	8	7	10	8
	schlecht	2	2	2	2	2	2
13-Jährige	ausgezeichnet	33	31	32	34	47	41
	gut	50	56	53	50	44	47
	eher gut	8	9	8	14	7	10
	schlecht	9	4	7	3	2	2
15-Jährige	ausgezeichnet	19	40	30	26	40	33
	gut	56	47	52	52	49	51
	eher gut	22	11	17	18	9	14
	schlecht	2	3	3	3	2	2
17-Jährige	ausgezeichnet	27	37	32	20	40	29
	gut	50	40	45	58	45	52
	eher gut	16	19	18	17	12	15
	schlecht	7	4	6	5	3	4
Gesamt	ausgezeichnet	29	39	34	31	44	37
	gut	52	47	50	52	45	49
	eher gut	14	11	13	15	9	12
	schlecht	5	3	4	3	2	3

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Tabelle 37: Lebenszufriedenheit nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich und Österreich

		Niederösterreich	Österreich
Knaben	11 Jährige	8,09	8,09
	13 Jährige	7,47	7,83
	15 Jährige	7,29	7,47
	17 Jährige	7,05	7,52
	Gesamt	7,45	7,72
Mädchen	11 Jährige	7,98	7,98
	13 Jährige	7,08	7,34
	15 Jährige	6,82	7,00
	17 Jährige	7,46	7,20
	Gesamt	7,30	7,35
Gesamt	11 Jährige	8,04	8,03
	13 Jährige	7,29	7,58
	15 Jährige	7,04	7,23
	17 Jährige	7,26	7,35
	Gesamt	7,38	7,53

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Tabelle 38: Subjektive Beschwerdelast (Mittelwerte) nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich

		Österreich	Niederösterreich
Knaben	11 Jährige	28,44	28,55
	13 Jährige	31,72	32,85
	15 Jährige	33,15	33,66
	17 Jährige	33,60	35,76
	Gesamt	31,79	32,86
Mädchen	11 Jährige	30,18	31,31
	13 Jährige	36,33	37,10
	15 Jährige	38,84	39,54
	17 Jährige	39,74	38,49
	Gesamt	36,52	36,81
Gesamt	11 Jährige	29,33	30,0
	13 Jährige	34,09	34,8
	15 Jährige	36,08	36,8
	17 Jährige	36,95	37,1
	Gesamt	34,25	34,87

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Ausgewählte Indikatoren zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Tabelle 39: Anteil der Schüler/innen, die die Bewegungsempfehlungen von 60 min körperlicher Aktivität bei mittlerer bis hoher Intensität pro Tag erfüllen, nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich und Österreich

	Österreich							Niederösterreich								
	0 Tage	1 Tage	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage	6 Tage	7 Tage	0 Tage	1 Tage	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage	6 Tage	7 Tage
Knaben																
11 Jährige	0,56	1,97	4,63	9,83	14,61	12,64	15,73	40,03	1,67	0,83	6,67	9,17	15,00	18,33	12,50	35,83
13 Jährige	1,80	3,60	4,80	9,95	12,95	16,55	16,67	33,69	2,45	4,29	5,52	8,59	11,66	22,09	19,63	25,77
15 Jährige	2,88	8,06	11,87	17,63	17,74	11,98	10,02	19,82	4,08	10,20	14,97	19,05	19,05	10,88	8,84	12,93
17 Jährige	8,05	12,07	14,31	18,18	15,65	11,62	8,64	11,48	7,09	17,32	12,60	16,54	13,39	14,17	9,45	9,45
Gesamt	3,18	6,32	8,82	13,87	15,27	13,29	12,84	26,42	3,77	8,08	9,87	13,29	14,72	16,52	12,93	20,83
Mädchen																
11 Jährige	0,98	3,77	6,97	14,64	15,20	17,02	11,85	29,57	0,78	3,10	5,43	16,28	22,48	17,05	12,40	22,48
13 Jährige	1,75	4,89	13,04	18,28	19,56	16,07	9,55	16,88	1,41	11,27	15,49	17,61	19,01	11,97	4,93	18,31
15 Jährige	4,69	17,69	21,62	17,36	13,76	10,15	6,22	8,52	7,74	17,26	19,05	20,24	13,10	10,12	7,74	4,76
17 Jährige	10,41	18,19	20,20	17,94	12,67	8,91	5,40	6,27	11,11	18,52	21,48	17,78	10,37	9,63	2,22	8,89
Gesamt	4,50	11,43	15,84	17,15	15,32	12,89	8,12	14,75	5,40	12,89	15,68	18,12	16,03	12,02	6,79	13,07
Gesamt																
11 Jährige	0,77	2,87	5,81	12,25	14,91	14,84	13,79	34,78	1,20	2,01	6,02	12,85	18,88	17,67	12,45	28,9
13 Jährige	1,77	4,25	8,98	14,18	16,30	16,30	13,05	25,16	1,97	7,54	10,16	12,79	15,08	17,38	12,79	22,3
15 Jährige	3,81	13,00	16,87	17,49	15,70	11,04	8,07	14,01	6,03	13,97	17,14	19,68	15,87	10,48	8,25	8,6
17 Jährige	9,33	15,40	17,51	18,05	14,03	10,15	6,88	8,65	9,16	17,94	17,18	17,18	11,83	11,83	5,73	9,2
Gesamt	3,86	8,96	12,44	15,56	15,30	13,08	10,40	20,40	4,60	10,52	12,82	15,74	15,38	14,24	9,81	16,89

Tabelle 40: Tage pro Woche, an denen Schüler/innen für mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sind (Mittelwerte), nach Alter und Geschlecht, Niederösterreich und Österreich

		Österreich	Niederösterreich
Knaben	11 Jährige	5,37	5,19
	13 Jährige	5,13	4,96
	15 Jährige	4,14	3,71
	17 Jährige	3,48	3,39
	Gesamt	4,55	4,32
Mädchen	11 Jährige	4,86	5,19
	13 Jährige	4,20	4,96
	15 Jährige	3,16	3,71
	17 Jährige	2,84	3,39
	Gesamt	3,72	3,55
Gesamt	11 Jährige	5,11	4,94
	13 Jährige	4,66	4,46
	15 Jährige	3,64	3,33
	17 Jährige	3,13	3,09
	Gesamt	4,12	3,93

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Tabelle 41: Aktueller Zigarettenkonsum nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich

	Österreich					Niederösterreich						
	täglich	einmal wöchentlich	weniger als einmal/ Woche	nie		täglich	einmal wöchentlich	weniger als einmal/ Woche	nie			
Knaben												
	11 Jährige	0,70	0,14	1,95	97,21	0,0	0,0	0,8	99,2	100		
	13 Jährige	2,73	2,01	6,40	88,86	2,4	6,1	7,3	84,2	100		
	15 Jährige	17,61	7,61	7,95	66,82	17,2	6,6	11,3	64,9	100		
	17 Jährige	35,35	5,60	9,72	49,34	48,9	1,5	8,4	41,2	100		
	Gesamt	13,55	3,94	6,54	75,97	16,6	3,9	7,2	72,3	100		
Mädchen												
	11 Jährige	0,00	0,00	1,50	98,50	0,0	0,0	0,0	100,0	100		
	13 Jährige	3,08	3,77	6,51	86,64	3,5	4,9	9,1	82,5	100		
	15 Jährige	21,14	8,15	10,19	60,52	21,8	9,4	11,2	57,6	100		
	17 Jährige	30,36	8,80	10,29	50,56	23,0	7,4	10,4	59,3	100		
	Gesamt	14,01	5,38	7,35	73,27	12,6	5,7	7,9	73,8	100		
Gesamt	11 Jährige	0,3	0,1	1,7	97,9	0,00	0,00	0,40	99,60	100		
	13 Jährige	2,9	2,9	6,5	87,7	2,92	5,52	8,12	83,44	100		
	15 Jährige	19,4	7,9	9,1	63,6	19,63	8,10	11,21	61,06	100		
	17 Jährige	32,6	7,3	10,0	50,0	35,71	4,51	9,40	50,38	100		
	Gesamt	13,8	4,7	7,0	74,6	14,56	4,80	7,59	73,06	100		

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Tabelle 42: Rauchen (jemals)

		Österreich		Niederösterreich		
		Ja	Nein	Ja	Nein	
Knaben	11 Jährige	7,7	92,3	6,72	93,28	100
	13 Jährige	29,4	70,6	30,30	69,70	100
	15 Jährige	57,3	42,7	56,67	43,33	100
	17 Jährige	77,5	22,5	77,86	22,14	100
	Gesamt	42,8	57,2	43,36	56,64	100
Mädchen	11 Jährige	3,5	96,5	0,00	100,00	100
	13 Jährige	27,8	72,2	32,87	67,13	100
	15 Jährige	62,6	37,4	64,33	35,67	100
	17 Jährige	72,9	27,1	73,33	26,67	100
	Gesamt	43,0	57,0	43,99	56,01	100
Gesamt	11 Jährige	5,6	94,4	3,17	96,83	100
	13 Jährige	28,6	71,4	31,49	68,51	100
	15 Jährige	60,0	40,0	60,75	39,25	100
	17 Jährige	75,0	25	75,56	24,44	100
	Gesamt	42,9	57,1	43,68	56,32	100

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Tabelle 43: Lebenszeitprävalenz von Cannabiskonsum nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich

		Österreich		Niederösterreich		
		Nein	Ja	Nein	Ja	
Knaben	15 Jährige	85,60	14,40	86,57	13,43	100
	17 Jährige	68,60	31,60	64,34	35,66	100
	Gesamt	77,90	22,00	75,67	24,33	100
Mädchen	15 Jährige	87,20	12,80	91,25	8,75	100
	17 Jährige	77,20	22,80	78,95	21,05	100
	Gesamt	82,50	17,50	85,67	14,33	100
Gesamt	15 Jährige	86,40	13,50	89,12	10,88	100
	17 Jährige	73,30	26,60	71,76	28,24	100
	Gesamt	80,40	19,70	80,94	19,06	100

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Tabelle 44: Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich

		Österreich		Niederösterreich		
		Nein	Ja	Nein	Ja	
Knaben	15 Jährige	87,90	12,10	88,24	11,76	100
	17 Jährige	76,30	23,70	77,52	22,48	100
	Gesamt	82,60	17,30	83,02	16,98	100
Mädchen	15 Jährige	91,60	8,40	93,17	6,83	100
	17 Jährige	84,20	15,80	86,67	13,33	100
	Gesamt	88,20	11,90	90,20	9,80	100
Gesamt	15 Jährige	89,80	10,20	90,91	9,09	100
	17 Jährige	80,70	19,30	82,20	17,80	100
	Gesamt	85,60	14,30	86,81	13,19	100

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Tabelle 45: Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich

		Österreich		Niederösterreich		
		Nein	Ja	Nein	Ja	
Knaben	15 Jährige	91,80	8,20	92,65	7,35	100
	17 Jährige	88,30	11,70	91,41	8,59	100
	Gesamt	90,00	10,00	92,05	7,95	100
Mädchen	15 Jährige	95,80	4,30	97,52	2,48	100
	17 Jährige	92,70	7,40	96,30	3,70	100
	Gesamt	94,30	5,80	96,96	3,04	100
Gesamt	15 Jährige	93,90	6,20	95,29	4,71	100
	17 Jährige	90,70	9,30	93,92	6,08	100
	Gesamt	92,40	7,60	94,64	5,36	100

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Tabelle 46: Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich

	Österreich						Niederösterreich					
	täglich Alkohol	jede Woche	jeden Monat	seltener	nie Alkohol	täglich Alkohol	jede Woche	jeden Monat	seltener	nie Alkohol		
Knaben	1,53	1,53	1,67	14,92	80,33	1,7	1,7	0,8	11,8	84,0	100	
11 Jährige												
13 Jährige	2,38	4,99	7,96	27,67	57,01	1,8	5,5	7,9	29,7	55,2	100	
15 Jährige	5,34	31,93	16,82	22,16	23,75	3,3	29,1	21,9	25,8	19,9	100	
17 Jährige	9,84	60,79	13,95	9,84	5,58	13,7	55,7	14,5	10,7	5,3	100	
Gesamt	4,65	23,97	10,32	19,29	41,76	4,9	22,6	11,7	20,5	40,3	100	
Mädchen	0,27	0,27	0,82	7,11	91,52	0,0	0,0	1,5	8,3	90,2	100	
11 Jährige												
13 Jährige	1,14	3,42	5,47	23,69	66,29	0,7	4,2	6,3	26,6	62,2	100	
15 Jährige	1,39	26,93	23,18	28,65	19,85	1,2	36,3	21,1	22,8	18,7	100	
17 Jährige	1,73	50,06	23,67	17,47	7,06	1,5	49,6	27,4	17,8	3,7	100	
Gesamt	1,16	20,52	13,77	19,95	44,59	0,9	23,2	14,4	19,2	42,3	100	
Gesamt	0,90	0,90	1,24	10,98	85,98	0,79	0,79	1,19	9,92	87,30	100	
11 Jährige												
13 Jährige	1,74	4,19	6,69	25,64	61,74	1,30	4,87	7,14	28,25	58,44	100	
15 Jährige	3,31	29,36	20,09	25,50	21,74	2,17	32,92	21,43	24,22	19,25	100	
17 Jährige	5,44	54,97	19,22	13,98	6,38	7,52	52,63	21,05	14,29	4,51	100	
Gesamt	2,84	22,19	12,11	19,64	43,23	2,87	22,91	13,07	19,86	41,29	100	

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Tabelle 47: Gesprächsklima mit der Mutter nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich

	Österreich				Niederösterreich			
	sehr leicht	leicht	schwer	sehr schwer	sehr leicht	leicht	schwer	sehr schwer
Knaben								
11 Jährige	58,80	31,20	8,60	1,50	56,25	33,93	7,14	2,68
13 Jährige	44,00	41,20	12,10	2,60	44,03	41,51	10,69	3,77
15 Jährige	31,50	46,90	17,60	3,90	26,57	52,45	17,48	3,50
17 Jährige	28,70	46,40	18,50	6,40	20,66	46,28	24,79	8,26
Gesamt	40,60	41,60	14,20	3,50	36,64	43,93	14,95	4,49
Mädchen								
11 Jährige	57,00	30,80	8,90	3,30	59,06	28,35	8,66	3,94
13 Jährige	38,90	37,80	16,10	7,20	37,41	43,17	12,95	6,47
15 Jährige	29,50	44,80	20,00	5,70	31,14	41,92	21,56	5,39
17 Jährige	38,60	42,30	14,50	4,60	39,23	44,62	13,08	3,08
Gesamt	40,10	39,40	15,20	5,30	40,85	39,79	14,56	4,80
Gesamt								
11 Jährige	57,90	31,00	8,80	2,40	57,74	30,96	7,95	3,35
13 Jährige	41,40	39,50	14,20	5,00	40,94	42,28	11,74	5,03
15 Jährige	30,50	45,80	18,90	4,90	29,03	46,77	19,68	4,52
17 Jährige	34,10	44,20	16,30	5,40	30,28	45,42	18,73	5,58
Gesamt	40,40	40,40	14,80	4,40	38,80	41,80	14,75	4,64

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBHPR

Tabelle 48: Gesprächsklima mit dem Vater nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich

	Österreich						Niederösterreich					
	sehr leicht	leicht	schwer	sehr schwer	sehr leicht	leicht	schwer	sehr schwer	sehr leicht	leicht	schwer	sehr schwer
Knaben												
11 Jährige	44,21	37,44	14,44	3,91	40,38	40,38	15,38	3,85	40,38	40,38	15,38	3,85
13 Jährige	34,26	38,96	17,77	9,01	27,81	37,75	20,53	13,91	27,81	37,75	20,53	13,91
15 Jährige	26,42	42,72	20,62	10,25	28,24	41,22	17,56	12,98	28,24	41,22	17,56	12,98
17 Jährige	22,03	40,68	24,60	12,70	12,93	38,79	26,72	21,55	12,93	38,79	26,72	21,55
Gesamt	31,72	40,03	19,27	8,98	27,09	39,44	20,12	13,35	27,09	39,44	20,12	13,35
Mädchen												
11 Jährige	34,02	36,07	20,82	9,09	32,52	38,21	19,51	9,76	32,52	38,21	19,51	9,76
13 Jährige	14,30	35,57	32,46	17,66	11,36	42,42	34,85	11,36	11,36	42,42	34,85	11,36
15 Jährige	11,55	34,64	31,67	22,14	12,18	30,77	33,97	23,08	12,18	30,77	33,97	23,08
17 Jährige	12,20	34,01	32,79	21,00	8,66	35,43	34,65	21,26	8,66	35,43	34,65	21,26
Gesamt	17,43	35,05	29,73	17,79	15,80	36,43	31,04	16,73	15,80	36,43	31,04	16,73
Gesamt	39,05	36,75	17,67	6,53	36,12	39,21	17,62	7,05	36,12	39,21	17,62	7,05
13 Jährige	24,18	37,25	25,19	13,38	20,14	39,93	27,21	12,72	20,14	39,93	27,21	12,72
15 Jährige	18,85	38,61	26,24	16,30	19,51	35,54	26,48	18,47	19,51	35,54	26,48	18,47
17 Jährige	16,69	37,06	29,04	17,21	10,70	37,04	30,86	21,40	10,70	37,04	30,86	21,40
Gesamt	24,36	37,47	24,66	13,51	21,25	37,88	25,77	15,10	21,25	37,88	25,77	15,10

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Tabelle 49: Schüler/innen-Schüler/innen-Beziehung nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich

	Österreich					Niederösterreich				
	sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht		sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht	
Knaben	20,46	51,50	22,89	5,15		18,49	47,06	30,25	4,20	100
	13,31	50,43	30,40	5,86		8,13	43,75	36,88	11,25	100
	9,07	47,09	33,60	10,23		5,52	38,62	37,93	17,93	100
	10,48	55,09	28,59	5,84		11,54	54,62	26,15	7,69	100
Gesamt	13,13	50,76	29,19	6,93		10,47	45,67	33,21	10,65	100
Mädchen	29,27	50,56	17,37	2,80		22,14	54,96	22,14	0,76	100
	16,43	53,73	24,13	5,71		14,18	43,97	30,50	11,35	100
	16,97	50,82	25,90	6,31		14,04	50,88	28,07	7,02	100
	19,90	51,51	22,54	6,05		24,24	51,52	18,94	5,30	100
Gesamt	20,21	51,69	22,77	5,33		18,26	50,26	25,22	6,26	100
Gesamt	24,91	51,03	20,10	3,96		20,40	51,20	26,00	2,40	100
	14,91	52,12	27,19	5,78		10,96	43,85	33,89	11,30	100
	13,15	49,02	29,62	8,21		10,13	45,25	32,59	12,03	100
	15,60	53,15	25,31	5,95		17,94	53,05	22,52	6,49	100
Gesamt	16,81	51,24	25,86	6,10		14,44	48,01	29,14	8,41	100

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR

Tabelle 50: Schulzufriedenheit nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich
Schulzufriedenheit nach Geschlecht und Alter, Niederösterreich und Österreich

	Österreich				Niederösterreich			
	sehr gut	ganz gut	nicht ganz so gut	gar nicht	sehr gut	ganz gut	nicht ganz so gut	gar nicht
Knaben								
11 Jährige	47,6	38,3	9,7	4,3	42,5	44,2	7,5	5,8
13 Jährige	24,2	51,8	16,2	7,7	20,9	50,9	20,2	8,0
15 Jährige	25,4	51,4	15,7	7,4	24,2	53,0	13,4	9,4
17 Jährige	17,5	52,4	19,1	10,9	14,4	54,5	17,4	13,6
Gesamt	28,5	48,7	15,2	7,6	24,8	50,9	15,1	9,2
Mädchen								
11 Jährige	53,2	37,9	7,5	1,4	52,3	40,9	6,1	0,8
13 Jährige	26,6	52,8	13,8	6,9	23,9	54,2	12,7	9,2
15 Jährige	28,3	51,7	14,5	5,5	26,5	47,6	17,6	8,2
17 Jährige	16,0	59,8	18,0	6,2	24,6	61,2	9,7	4,5
Gesamt	30,4	51,0	13,6	5,1	31,3	50,9	11,9	5,9
Gesamt								
11 Jährige	50,4	38,1	8,6	2,8	47,62	42,46	6,75	3,17
13 Jährige	25,4	52,3	15,0	7,3	22,30	52,46	16,72	8,52
15 Jährige	26,9	51,6	15,1	6,4	25,39	50,16	15,67	8,78
17 Jährige	16,7	56,4	18,5	8,4	19,55	57,89	13,53	9,02
Gesamt	29,5	49,9	14,4	6,3	28,11	50,88	13,49	7,53

Datenquelle: WHO-HBSC-Survey 2010, Auswertung LBIHPR