

WIENER KINDERGESUNDHEITSBERICHT

2



WIENER
KINDERGESUNDHEITSBERICHT **2**

Impressum

KONZEPT

Dr.ⁱⁿ Karin Spacek¹²⁾
a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger¹²⁾

PROJEKT- UND WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger¹²⁾

PROJEKTKOORDINATION

Mag.^a Daniela Thurner¹²⁾
Dr.ⁱⁿ Christina Bässler¹²⁾

REDAKTION

Mag.^a Daniela Thurner¹²⁾

HERZLICHEN DANK AN DIE MITGLIEDER DES EXPERTINNENBEIRATS

| | |
|---|--|
| Dr. ⁱⁿ Erika Baldasztj ¹⁾ | Dr. ⁱⁿ Margarete Lässig ¹²⁾ |
| Agnes Mag. ^a Berlakovich ²⁾ | Mag. Dr. Gustav Lebhart ³⁾ |
| Mag. Gernot Barton ³⁾ | Prim. Prof. Mag. DDR. Reinhard Marek ¹³⁾ |
| Prim. Univ.-Doz. Dr. Günther Bernert ⁴⁾ | Dr. ⁱⁿ Beate Pietschnig ¹²⁾ |
| Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. med. Thomas E. Dorner ⁵⁾ | Dr. Otto Rafetseder ²⁾ |
| Dr. ⁱⁿ Susanne Drapalik ⁴⁾ | Mag. ^a Cornelia Rhombert ¹¹⁾ |
| Univ.-Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür ⁷⁾ | Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Anita Rieder ⁵⁾ |
| Andreas Ehlers ⁸⁾ | Dr. Rudolf Schmitzberger ¹⁴⁾ |
| Mag. Robert Griebler ⁷⁾ | Dr. ⁱⁿ Helga Schwarz ¹²⁾ |
| Mag. ^a Stephanie Kießling ⁹⁾ | Dr. Thomas Svitil ¹²⁾ |
| Mag. ^a Jeannette Klimont ¹⁾ | Patrick Wolf ¹⁵⁾ |
| Prim. Dr. Herbert Kurz ¹⁰⁾ | Gabriele Ziering |
| Elfriede Kurzmänn ¹¹⁾ | |

1) Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, Abteilung Gesundheit; 2) MA 24 – Gesundheits- und Sozialplanung; 3) MA 23 – Wirtschaft, Arbeit und Statistik; 4) SMZ Süd Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital, Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde; 5) Medizinische Universität Wien, Institut für Sozialmedizin; 6) Generaldirektion der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund, Geschäftsbereich Qualitätsarbeit; 7) Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research; 8) Landesverband Wien der Elternvereine an den öffentlichen Pflichtschulen; 9) MA 57 – Frauenförderung und Koordinierung von Frauenangelegenheiten; 10) Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauespital; 11) MA 10 – Wiener Kindergärten; 12) MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien; 13) Wiener Gebietskrankenkasse; 14) Ärztekammer für Wien; 15) Wiener Stadtschulrat; 16) MAG ELF – Amt für Jugend und Familie;

KÜNSTLERISCHE GESTALTUNG

Ein großes Danke an die SchülerInnen der 1. und 2. Klasse des Evangelischen Realgymnasiums Donaustadt sowie an Alina und Jana, 5 Jahre, und Lorenz, 9 Jahre

GRAFISCHE GESTALTUNG

Atelier Unterkircher Jankoschek

LEKTORAT

Ernst Böck
Mag. Petra Niederhametner, MAS

MEDIENINHABER, HERAUSGEBER UND VERLEGER

Stadt Wien
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien
Thomas-Klestil-Platz 8/2, A-1030 Wien
© STADT WIEN 2012

DRUCK

Holzhausen Druck GmbH, Wien

Vorgeschlagene Zitierweise: Stadt Wien (Hrsg.), Wiener Kindergesundheitsbericht 2011.
Anmerkung: Die Sichtweisen und Kommentare der AutorInnen spiegeln nicht zwangsläufig die Meinung des Herausgebers wider.

HERZLICHEN DANK AN ALLE AM BERICHT MITWIRKENDEN AUTORINNEN (alphabetische Reihenfolge)

Hans Peter Adler, DSA

Abteilung Liaisondienste und Beratung,
Behandlung, Betreuung der Sucht- und
Drogenkoordination Wien

Dr.ⁱⁿ Erika Baldaszi

Direktion Bevölkerung, Gesundheitsstatistik
Statistik Austria

Mag.^a Parisa Bayaty

Department für Ernährungswissenschaften
Universität Wien

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Angelika Berger

Klinische Abteilung für Neonatologie, Pädiatrie,
Intensivmedizin und Neuropädiatrie
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde,
Medizinische Universität Wien

Prim. Univ.-Doz. Dr. Günther Bernert

Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde
Gottfried v. Preyer'sches Kinderspital

Mag.^a Sophie Böhm

Wiener Gesundheitsförderung GmbH – WiG

Mag.^a Martina Böhsner

Öffentlichkeitsarbeit und Grundlagen
Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung

Dr. Peter Buxbaum

Fachbereich Infektionsvorsorge
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Dr. Stefan Dorner

Generaldirektion
Wiener Krankenanstaltenverbund

Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. med. Thomas E. Dorner

Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health
Medizinische Universität Wien

Univ.-Doz. Dr. Mag. Wolfgang Dür

Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Emminger

Stv. Leiter der Klinischen Abteilung für
Pädiatrische Nephrologie und Gastroenterologie
Leiter der Kinderrheumaambulanz
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde

Dr.ⁱⁿ Mag.^a MSc Rosemarie Felder-Puig

Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research

Mag.^a Gabi Gundacker

Frauengesundheitszentrum FEM Süd

Ass.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Brigitte Hackenberg

Tagesklinische Station für Psychosomatik und
Klinische Psychologie
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde,
Medizinische Universität Wien

Mag.^a Kristina Hametner

Wiener Gesundheitsförderung GmbH – WiG

Carina Hauser, MA

Institut für Ethik und Recht in der Medizin
Forschungsplattform der Universität Wien

Mag. Felix Hofmann

Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Holter

Abteilung für Pädiatrie
St. Anna Kinderspital, Medizinische Universität Wien

Mag.^a Elisabeth Höld

Department für Ernährungswissenschaften
Universität Wien

Mag. Matthias Hümmelink

Wiener Gesundheitsförderung GmbH – WiG

Dr.ⁱⁿ Julia Inthorn

Institut für Ethik und Recht in der Medizin
Forschungsplattform der Universität Wien

Dr.ⁱⁿ Ursula Karthaler

Fachbereich Infektionsvorsorge
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Dr.ⁱⁿ Maria Kletečka-Pulker
Institut für Ethik und Recht in der Medizin
Forschungsplattform der Universität Wien

Mag.^a Jeannette Klimont
Direktion Bevölkerung, Bereich Demografie,
Gesundheit, Arbeitsmarkt
Statistik Austria

Karin Knapp
Regionalstelle Soziale Arbeit mit Familien für den
10. Bezirk
MAG ELF – Amt für Jugend und Familie

Sonja Kuster-Harl, DSA
Abteilung Liaisondienste der Sucht- und Drogen-
koordination Wien

Mag.^a Michaela Langer
Wiener Programm für Frauengesundheit
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Dr.ⁱⁿ Margarete Lässig
Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche,
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Dr. Mag. Gustav Lebhart
Magistratsabteilung 23 – Wirtschaft Arbeit und Statistik

Mag.^a Barbara Leitner
Direktion Bevölkerung, Bereich Demografie und
Arbeitsmarkt
Statistik Austria

Priv.-Doz. Dr. Georg Mann
Abteilung für Pädiatrie
St. Anna Kinderspital, Medizinische Universität Wien

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ina Michel-Behnke
Kinderherzzentrum Wien
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde,
Medizinische Universität Wien

Dr.ⁱⁿ Belinda Mikosz
Psychologischer Dienst
MAG ELF – Amt für Jugend und Familie

Dr.ⁱⁿ Ingrid Nagy
Amts- und fachärztliche Begutachtungen
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Dr.ⁱⁿ Eva Oppolzer
Jugendzahnklinik
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Sabine Parrag
Institut für Ethik und Recht in der Medizin
Forschungsplattform der Universität Wien

Dr.ⁱⁿ Beate Pietschnig
Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche,
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

o. Univ.-Prof. Dr. Arnold Pollak
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde,
Medizinische Universität Wien

Mag.^a Daniela Ramelow
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Birgit Rami-Merhar
Diabetesambulanz
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde,
Medizinische Universität Wien

Dipl. Hebamme Uschi Reim-Hofer
Haus Lena
Krankenhaus Göttlicher Heiland GmbH

Dr.ⁱⁿ Eva Reznicek
Dezernat 2 – Betrieb städtische Kindergärten und Horte
Magistratsabteilung 10 – Wiener Kindergärten

Univ.-Prof. Dr. Rudolf Richter
Dekan der Fakultät für Sozialwissenschaften
Universität Wien

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Anita Rieder
Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health
Medizinische Universität Wien

o. Univ.-Prof.ⁱⁿ em. Dr.ⁱⁿ Brigitte Rollett
Institut für Entwicklungspsychologie und
Psychologische Diagnostik
Universität Wien

Ass.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Petra Rust
Department für Ernährungswissenschaften
Universität Wien

Karoline Sahl
Department für Ernährungswissenschaften
Universität Wien

Mag. Thomas Schmadlbauer MPH
Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health
Medizinische Universität Wien

Dr.ⁱⁿ Daniela Schmid MSc (LSHTM)
Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene Wien
Österreichische Agentur für Gesundheit und
Ernährungssicherheit GmbH

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Edith Schober
Diabetesambulanz
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde
Medizinische Universität Wien

Elisabeth Schuschnig, DSA
Sonderpädagogische Zentren
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Dr. Dieter Sebald
Medizinisch wissenschaftlicher Leiter
Magistratsabteilung 70 – Rettungs- und Kranken-
beförderungsdienst

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Irene Slavc
Neuroonkologie an der Universitätsklinik für Kinder-
und Jugendheilkunde
Medizinische Universität Wien

Dipl.Päd.ⁱⁿ Marina Thuma MBA
IBL Institut Bewegtes Lernen

Mag.^a Daniela Thurner
Querschnittsbereich Gesundheitsdaten und -entwicklung
Wiener Programm für Frauengesundheit
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Mag.^a Eva Trettler
Frauengesundheitszentrum FEM Süd

Priv.-Doz.ⁱⁿ DDR.ⁱⁿ Eva Untersmayr-Elsenhuber
Institut für Pathophysiologie und Allergieforschung
Medizinische Universität Wien

Mag.^a Katrin Unterweger
Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research

Primarius Dr. Norbert Vetter
II. Interne Lungenabteilung
SMZ Otto-Wagner-Spital

Univ.-Prof. Dr. Thomas Waldhör
Diabetesambulanz
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde
Medizinische Universität Wien

a.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger
Wiener Frauengesundheitsbeauftragte
Wiener Programm für Frauengesundheit
Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Mag.^a Hilde Wolf
Frauengesundheitszentrum FEM Süd

Dr. Christian Zagler
II. Interne Lungenabteilung
SMZ Otto-Wagner-Spital

Dipl. Demografin Nadine Zielonke
Gesundheitsstatistik/Österreichisches Krebsregister
Statistik Austria

Gabriele Ziering
Familienpolitische Grundsatzfragen,
Assistenz der Dienststellenleitung
MAG ELF – Amt für Jugend und Familie

Inhaltsverzeichnis

| | |
|----|--|
| 11 | VORWORT |
| 12 | KURZFASSUNG |
| 25 | ABSTRACT |
| 38 | PRÄAMBEL |
| 40 | STATEMENTS |
| | KINDHEIT IST NICHT GLEICH KINDHEIT |
| 43 | KINDHEIT GESTERN, HEUTE, MORGEN |
| 43 | 1.1 AUSGANGSLAGE: KINDHEIT IST NICHT GLEICH KINDHEIT |
| 45 | 1.2 DER WANDEL DER KINDHEIT |
| | ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE |
| 51 | GRUNDLAGEN DER ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE |
| 51 | 2.1 ENTWICKLUNG IM SÄUGLINGSSALTER |
| 54 | 2.2 ENTWICKLUNG IM KLEINSTKINDALTER |
| 55 | 2.3 ENTWICKLUNG IM KLEINKINDALTER |
| 56 | 2.4 ENTWICKLUNG IN DER MITTLEREN KINDHEIT |
| 56 | 2.5 ENTWICKLUNG IN DER ADOLESCENZ |
| | DEMOGRAFIE |
| 61 | SOZIODEMOGRAFISCHE TRENDS UND PERSPEKTIVEN IN WIEN |
| 61 | 3.1 DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG |
| 62 | 3.1.1 Bevölkerungsentwicklung |
| 63 | 3.1.2 Fertilität und Geburtenentwicklung |
| 65 | 3.1.3 Mortalität und Lebenserwartung |
| 65 | 3.1.4 Migration aus dem In- und Ausland |
| 67 | 3.2 BEVÖLKERUNGS- UND SOZIALSTRUKTUR |
| 67 | 3.2.1 Bevölkerungszusammensetzung |
| 69 | 3.2.2 Haushalt und Familienstruktur |
| 70 | 3.2.3 Einkommen und Beschäftigung |
| 71 | 3.3 KINDERBETREUUNG UND SCHULE |
| 72 | 3.3.1 Kindergartenbetreuung |
| 73 | 3.3.2 Schulkinder |
| 74 | 3.4 ZUSAMMENFASSUNG |
| 76 | 3.5 TABELLENANHANG |
| | EPIDEMIOLOGIE |
| 81 | 4.1 SCHWANGERSCHAFT – GEBURT – PERINATALE EINFLUSSFAKTOREN |
| 81 | 4.1.1 Die Betreuung von Neu- und Frühgeborenen |
| 86 | 4.1.2 Säuglingsernährung und Stillen |
| 91 | 4.1.3 Teenagerschwangerschaften |
| 95 | 4.2 AUSGEWÄHLTE ERKRANKUNGEN INKLUSIVE MASSNAHMEN |
| 95 | 4.2.1 Stationäre Spitalsaufenthalte |

1

2

3

4

| | |
|-----|--|
| 102 | 4.2.2 Infektionskrankheiten |
| 114 | 4.2.2.1 Meningokokkenerkrankung in Österreich/Wien |
| 126 | 4.2.2.2 Aids/HIV |
| 130 | 4.2.3 Krebsneuerkrankungen und Krebssterblichkeit |
| 136 | 4.2.3.1 Versorgung im St. Anna Kinderspital |
| 139 | 4.2.4 Diabetes mellitus |
| 143 | 4.2.5 Übergewicht und Adipositas |
| 152 | 4.2.6 Neurologische Erkrankungen |
| 158 | 4.2.7 Kardiologische Erkrankungen |
| 162 | 4.2.8 Allergien und Asthma |
| 169 | 4.2.9 Juvenile Arthritis |
| 171 | 4.2.10 Haltungsschäden |
| 175 | 4.2.11 Zahngesundheit |
| 181 | 4.3 MORTALITÄT VON SÄUGLINGEN UND KINDERN |
| 181 | 4.3.1 Totgeburten und Säuglingssterblichkeit |
| 182 | 4.3.2 Lebendgeborene mit erkennbaren Missbildungen |
| 182 | 4.3.3 Kindersterblichkeit und Todesursachen |
| 183 | 4.3.4 Datenquellen |
| 184 | 4.3.5 Definitionen |

PSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT

| | |
|-----|--|
| 193 | 5.1 ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN – ENTWICKLUNGSDIAGNOSTIK |
| 193 | 5.1.1 Entwicklungsstörungen |
| 194 | 5.1.2 Datenlage |
| 195 | 5.1.3 Das Wiener Modell |
| 197 | 5.2 KINDER SCHÜTZEN – FAMILIEN STÜTZEN |
| 205 | 5.3 ESSSTÖRUNGEN |
| 205 | 5.3.1 Soziokulturelle Einflussfaktoren |
| 205 | 5.3.2 Psychische Dynamik von Essstörungen |
| 206 | 5.3.3 Definition und Symptomatologie |
| 207 | 5.3.4 Komorbiditäten |
| 207 | 5.3.5 Gesundheitliche Konsequenzen |
| 207 | 5.3.6 Verbreitung |
| 209 | 5.3.7 Therapie |
| 209 | 5.3.8 Früherkennung und niederschwellige Behandlungsangebote |
| 212 | 5.4 KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN |
| 213 | 5.4.1 Epidemiologie kinder- und jugendpsychiatrische Störungen |
| 214 | 5.4.2 Grundsätze kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung |
| 214 | 5.4.3 Einzelne Störungsbilder |
| 218 | 5.5 KÖRPERLICHE, SEELISCHE UND SEXUELLE GEWALT |
| 219 | 5.5.1 Zahlen & Fakten |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|-----|---|
| 222 | 5.5.2 Maßnahmen für Wien |
| 222 | 5.5.2.1 Kinderschutzgruppen in Wien |
| 226 | 5.6 SUCHTBELASTETE FAMILIENSYSTEME |
| 226 | 5.6.1 Probleme der Kinder suchtkranker Eltern |
| 228 | 5.6.2 Maßnahmen der Prävention und Behandlung |
| 231 | 5.7 STATIONÄRE VERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN |

6

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

AUSWERTUNG FÜR WIEN

| | |
|-----|--|
| 237 | 6.1 GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSVERHALTEN VON WIENER SCHÜLERINNEN UND SCHÜLERN |
| 238 | 6.1.1 Gesundheitszustand |
| 238 | 6.1.1.1 Subjektive Gesundheit |
| 241 | 6.1.1.2 Lebenszufriedenheit |
| 243 | 6.1.1.3 Beschwerdelast |
| 244 | 6.1.2 Gesundheits- und Risikoverhalten |
| 245 | 6.1.2.1 Ernährungsverhalten |
| 248 | 6.1.2.2 Bewegungsverhalten und sitzendes Verhalten |
| 251 | 6.1.2.3 Rauchen, Alkohol und Cannabiskonsum |
| 256 | 6.1.2.4 Sexualverhalten |
| 258 | 6.1.3 Trendanalysen für Wien |
| 260 | 6.1.4 Resümee |
| 263 | 6.2 EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE SUBJEKTIVE GESUNDHEIT UND DAS RISIKOVERHALTEN VON WIENER SCHÜLERINNEN UND SCHÜLER |
| 263 | 6.2.1 Der sozioökonomische Status als Determinante der Gesundheit |
| 263 | 6.2.1.1 Einleitung |
| 264 | 6.2.1.2 Methode |
| 265 | 6.2.1.3 Sozioökonomischer Status der Wiener SchülerInnen |
| 265 | 6.2.1.4 Sozioökonomischer Status und subjektive Gesundheit |
| 266 | 6.2.1.5 Sozioökonomischer Status und Gesundheits- und Risikoverhalten |
| 268 | 6.2.1.6 Sozioökonomischer Status und besuchter Schultyp |
| 269 | 6.2.2 Die psychosoziale Familiensituation als Determinante der Gesundheit |
| 269 | 6.2.2.1 Einleitung |
| 269 | 6.2.2.2 Methode |
| 270 | 6.2.2.3 Psychosoziale Familiensituation der Wiener SchülerInnen |
| 272 | 6.2.2.4 Psychosoziale Familiensituation und subjektive Gesundheit |
| 274 | 6.2.2.5 Psychosoziale Familiensituation und Gesundheits- und Risikoverhalten |
| 276 | 6.2.3 Die Rolle der Schule für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten |
| 276 | 6.2.3.1 Einleitung |
| 276 | 6.2.3.2 Methode |
| 277 | 6.2.3.3 Schulverhältnisse der Wiener SchülerInnen |
| 279 | 6.2.3.4 Schulische Determinanten und subjektive Gesundheit |
| 281 | 6.2.3.5 Schulische Determinanten und Gesundheits- und Risikoverhalten |
| 282 | 6.2.4 Resümee |

LEBENSRAUM KINDERGARTEN UND SCHULE

| | |
|-----|---|
| 287 | 7.1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DEN STÄDTISCHEN KINDERGÄRTEN |
| 287 | 7.1.1 Gesunde Ernährung |
| 288 | 7.1.2 Bewegung als Basis für Lernprozesse und Gesundheit |
| 289 | 7.1.3 Gesundheitsfördernde Maßnahmen – Vorsorgeangebote |
| 291 | 7.2 BEDEUTUNG VON GESUNDER ERNÄHRUNG IM KINDESALTER |
| 291 | 7.2.1 Die optimierte Mischkost |
| 291 | 7.2.2 Ernährungsgewohnheiten |
| 292 | 7.2.3 Der Kindergarten als Ort der Prägung von Ernährungsgewohnheiten |
| 295 | 7.3 ERHEBUNG: KÖRPERLICHE AKTIVITÄT VON VOLKSSCHULKINDERN |
| 295 | 7.3.1 Hintergrund |
| 296 | 7.3.2 Methode |
| 297 | 7.3.3 Ergebnisse |
| 297 | 7.3.3.1 Stellenwert körperlicher Gewalt |
| 298 | 7.3.3.2 Bezug zu den „Österreichischen Bewegungsempfehlungen“ |
| 299 | 7.3.3.3 Körperliche Aktivität im Rahmen des Schulwegs |
| 300 | 7.3.3.4 Geschlechtsspezifische Unterschiede |
| 301 | 7.3.3.5 Bewegungsprogramme in Volksschulen |
| 302 | 7.3.3.6 Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten |
| 308 | 7.3.4 Diskussion und Schlussfolgerung |

VERSORGUNGSSTRUKTUREN IN WIEN

| | |
|-----|--|
| 311 | 8.1 NIEDERGELASSENE FACHÄRZTINNEN UND -ÄRZTE |
| 311 | 8.1.1 Kinderärztliche Praxen |
| 312 | 8.1.2 Öffnungszeiten der kinderärztlichen Praxen |
| 313 | 8.2 KRANKENANSTALTEN UND AMBULENZEN |
| 313 | 8.2.1 Versorgung |
| 314 | 8.3 SOZIALMEDIZINISCHES BERATUNGS- UND BETREUUNGSANGEBOT |
| 328 | 8.4 EINSÄTZE DER WIENER RETTUNG |

330 RESÜMEE

| | |
|-----|-----------------------|
| 336 | Tabellenverzeichnis |
| 339 | Abbildungsverzeichnis |
| 343 | Abkürzungsverzeichnis |

Vorwort

Die Gesundheit der Kinder von Anfang an zu sichern und ihnen optimale Lebensbedingungen zu ermöglichen, ist mir sowohl ein politisch wie persönlich wichtiges Anliegen. Ein gesunder Start ist die Basis für die weitere Entwicklung und zukünftige Chancen im Leben. Kinder sind die schwächste und von vielen Bedingungen abhängige Bevölkerungsgruppe. Ihnen gehört unsere gesamtgesellschaftliche Aufmerksamkeit.

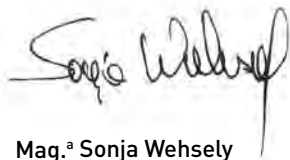
Eine der Voraussetzungen für weitere Weichenstellungen ist es, einen Überblick über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen zu haben. Der vorliegende 2. Kindergesundheitsbericht der Stadt Wien bereitet für diese Altersgruppe relevante Daten auf und gibt Einblick in die soziale und familiäre Situation. Ein wesentlicher Aspekt ist sowohl eine geschlechtsspezifische Aufbereitung als auch eine Berücksichtigung der Einkommens- und Bildungssituation. Im Anschluss an die jeweilige Darstellung der Gesundheitssituation wird auf die entsprechenden Angebote und Maßnahmen der Stadt Wien und deren Inanspruchnahme eingegangen.

Der Bericht enthält auch wertvolle Erkenntnisse darüber, inwiefern Maßnahmen greifen. Ein Beispiel sind Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Bereich der Zahngesundheit sowie der Rückgang der Infektionskrankheiten und steigende Heilungschancen bei Kinderkrebserkrankungen.

Angebote und Maßnahmen in Bildung, Gesundheit und Soziales müssen darauf abzielen, Entwicklungspotenziale in diesem Lebensabschnitt weiter zu fördern und unterstützen. In diesem Altersabschnitt werden die Weichen für das spätere Gesundheitsverhalten gestellt und die Grundlage für Gesundheit aber auch für die Entstehung chronischer Erkrankungen im Erwachsenenalter gelegt.

Die Aufbereitung von Kindergesundheitsdaten bietet eine profunde Basis, aus der sich wesentliche Handlungsfelder für Prävention und Gesundheitsförderung ableiten lassen. Kinder- und Jugendgesundheit nachhaltig zu unterstützen bedarf eines gemeinsamen Schulterschlusses im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatzes der WHO, eine Strategie, die wir in Wien bereits in verschiedenen Lebenswelten wie Kindergarten und Schule erfolgreich umsetzen.

Besonders herzlich möchte ich mich bei allen, die an der Erstellung dieses Berichts maßgeblich beteiligt waren, für ihr überzeugendes Engagement bedanken.



Mag.^a Sonja Wehsely

Amtsführende Stadträtin für Gesundheit und Soziales



Kurzfassung

Wie steht es heute um die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen von Wien?

Mit dieser Frage hat sich ein ExpertInnengremium auseinandergesetzt, in der alle für Kinder- und Jugendgesundheit relevanten Institute, Stakeholder und VertreterInnen der verschiedenen medizinischen Disziplinen eingeladen wurden. In drei Arbeitssitzungen unter der Leitung von Abteilungsleiterin OSR Dr.ⁱⁿ Spacek und A.o. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Wimmer-Puchinger wurden die wesentlichen Themenstellungen diskutiert. In Hinblick auf eine neue Berichtsstruktur hat man sich darauf geeinigt, nicht nur Daten und Fakten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen beschreiben zu wollen, sondern auch bestehende Angebote und Maßnahmen der Stadt Wien abzubilden. Die umfangreicheren Abschnitte Epidemiologie und Psychische Gesundheit wurden zusätzlich im Rahmen von internen Arbeitsgruppen bearbeitet und koordiniert. Im Folgenden werden die wichtigsten Inhalte der jeweiligen Kapitel kurz wiedergegeben.

Kindheit ist nicht gleich Kindheit

Kinder werden nicht nur durch ihre Eltern entscheidend geprägt, sondern auch durch ihr soziales Umfeld. Unterschiedliche Lebensstile, Werthaltungen und Verhaltensweisen gestalten Kindheit in der Großstadt. Heute sind die Lebenswelten individualisiert, in der für alle verbindliche und konsensuelle Normen fehlen. Folglich kann man auch nicht mehr nur von einer Kindheit sprechen, sondern von unterschiedlichen Lebensweisen von Kindern. Diese Individualisierung geht einher mit größerer beruflicher Mobilität. Flexible Arbeitsverhältnisse mit unterschiedlichen Zeitstrukturen nehmen zu. Die Bedürfnisse der Kinder nach Erwartbarkeiten und geordneten Tagesrhythmen werden heute nur mehr bedingt erfüllt. Die Abgrenzung gegenüber der Jugend- und Erwachsenenwelt wird schwierig. Am deutlichsten zeigt sich dies in der Pädagogisierung der Kindheit: Kindern werden bereits früh große Leistungen abverlangt, der Kindergarten wird zur Vorschule. Um diesen Veränderungen gerecht zu werden, muss auch der Tagesablauf von Kindern organisiert werden. Die Lebensräume werden als verschiedene Inseln wahrgenommen, zu denen Kinder „transportiert“ werden. Diese erlebte Flexibilität bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die körperliche Befindlichkeit. So werden heute vermehrt Krankheiten, die früher nur bei Erwachsenen diagnostiziert wurden, bei Kindern festgestellt.

Grundlagen der Entwicklungspsychologie

Anlage und Umwelt bestimmen wechselseitig die Entwicklung des Kindes, und je nach Entwicklungsbereich auch in unterschiedlichem Ausmaß. Dabei gibt es natürlich sehr große individuelle Unterschiede. Für jeden Entwicklungsbereich gibt es Richtwerte, bei Entwicklungsverzögerungen sollten sofort notwendige Förderungen einsetzen.

Die psychische Entwicklung eines Kindes beginnt eigentlich bereits im Mutterleib, z. B. sind die Sinnesorgane des Neugeborenen weitgehend funktionsfähig. Schon bei der Geburt zeigen sich daher sehr unterschiedliche Temperamente.

Das Säuglingsalter von der Geburt bis 1 Jahr ist neben der Entwicklung der Motorik und der Sprache auch besonders wichtig für das spätere Sozial- und Bindungsverhalten. Besonders entwicklungsfördernd ist hier ebenso wie im Kleinstkindalter (1–3 Jahre) Spielen und soziale Interaktion. Der internationale Standard bei Krippenbetreuung in diesem Alter ist eine Betreuungsperson für vier Kinder, was sich oft aufgrund finanzieller Engpässe nicht realisieren lässt.

Im Kleinkindalter (3–6 Jahre) werden bereits die meisten Kinder im Kindergarten betreut. Für einige Kinder, welchen eine Trennung von der Bezugsperson schwerfällt, muss diese Ablöseperiode besonders einfühlsam gestaltet werden. Die mittlere Kindheit (6–11 Jahre) wird von der Schulzeit geprägt. Eine wichtige Voraussetzung für den schulischen Erfolg ist die Schulfähigkeit. Diese wird in einer Untersuchung festgestellt, um zu klären, ob eventuell ein Vorschuljahr vorgeschoben werden soll. Die Entwicklung des Denkens sollte unbedingt berücksichtigt werden, um den Unterricht angemessen zu gestalten. Bei schulischen Problemen muss rasch reagiert und gemeinsam mit den Lehrkörpern Lösungen gefunden werden. Die Adoleszenz (11–21 Jahre) gliedert sich in Vorpubertät, Pubertät und Jugendalter und tritt bei Mädchen im Allgemeinen 1–2 Jahre früher als bei Burschen ein. Der Beginn hat sich während der letzten 100 Jahre deutlich vorverlagert. Parallel zum Eintritt der reproduktiven Gesundheit, das heißt Eintritt in die Menarche und Reifung der primären und sekundären Geschlechtsorgane, kann häufig auch ein Leistungsknick beobachtet werden, der damit zusammenhängen kann, dass sich Jugendliche vorübergehend in ihrem Körper „nicht mehr zu Hause“ fühlen. Ablösekonflikte von den primären Bezugspersonen bzw. Eltern sind „vorprogrammiert“, da sich bei Mädchen und Burschen in dieser Lebensphase die individuelle Persönlichkeit, eigene Vorstellungen und Wünsche und vor allem das Selbstbild etablieren müssen. Die Eltern sind zwar Modelle, gleichzeitig muss die/der Jugendliche aus diesem Schatten heraustreten, um die Individuation zu beschleunigen. Dies führt zu Verunsicherung und Destabilisierung und macht Jugendliche auch vulnerabler. Beziehungen und Attraktivität stehen auf dem Prüfstand. Diese auf mehreren Ebenen konfliktträchtige Phase ist aber auch die Chance, eine verantwortungsbewusste reife Beziehung zu den Eltern zu entwickeln. Manche Eltern sind auch mangels eigener persönlicher und sozialer Ressourcen gefordert bis überfordert. Elternberatungen sind hier wichtige Angebote.

Soziodemografische Trends und Perspektiven in Wien

Die Bevölkerungsentwicklung in Wien war in der jüngsten Vergangenheit von einem starken EinwohnerInnenzuwachs geprägt und wird laut Prognose weiter steigen. Die Zahl der Sterbefälle ist rückläufig, wobei das Sterberisiko nicht nur im höheren Erwachsenenalter, sondern auch für Kinder und Jugendliche gesunken ist. Die Lebenserwartung ist gestiegen. Ab dem Jahr 2004 wird eine positive Geburtenbilanz verzeichnet. 2011 leben 245.314 Kinder in Wien. Die Gesamtfertilitätsrate liegt seit 1970 konstant bei rund 1,4 Kindern pro Frau. Das durchschnittliche Fertilitätsalter ist weiter gestiegen und liegt derzeit bei 29,8 Jahren. Auch die Haushalts- und Familienstruktur hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt: Single-Haushalte haben zugenommen, Mehrpersonenhaushalte abgenommen. Wohngemeinschaften, Patchworkfamilien, Alleinerziehende mit ihren Kindern oder Lebensgemeinschaften ersetzen immer mehr die traditionelle Familienform.

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessert sich zusehends. 2010 wurde für alle Kinder der Gratiskindergarten eingeführt. Bereits 93% der betreuten Kinder waren in Einrichtungen untergebracht, deren Öffnungszeit eine Vollzeitbeschäftigung beider Elternteile zugelassen hätte. 34% der ganzjährig berufstätigen Frauen sowie 12% der Männer gehen einer Teilzeitbeschäftigung nach. Durch den laufenden intensiven Ausbau an Kinderbetreuungsplätzen wird sich die Versorgungsquote auch in Zukunft weiter verbessern.

Für rund 15.700 ErstklasslerInnen beginnt in Wien jährlich ein neues Schuljahr. Insgesamt gibt es in der AHS-Unterstufe mehr Schülerinnen und Schüler als in der Hauptschule bzw. Neuen Mittelschule. Laut Prognosen wird die Zahl der SchülerInnen im Pflichtschulbereich zunehmen (2010: 224.697 SchülerInnen, 2020: 226.345 SchülerInnen).

Epidemiologie

Schwangerschaft – Geburt – Perinatale Einflussfaktoren

Die Betreuung von Neu- und Frühgeborenen

6,7% der Neugeborenen (1.208 absolut) in Wien hatten ein Geburtsgewicht unter 2.500g, 9,5% (1.712 absolut) wurden vor der SSW 37 geboren. Frühgeburtlichkeit, angeborene Fehlbildungen und Geburtskomplikationen sind die häufigsten Ursachen für Morbidität und Mortalität in der Neonatalperiode bzw. die Ursache für potenzielle Spätfolgen. Der Reifegrad des heranwachsenden Kindes im Mutterleib ist maßgeblich für den weiteren Gesundheitszustand des Neugeborenen. Bei 0,2% der Säuglinge wurden bei der Geburt erkennbare Fehlbildungen diagnostiziert, eine peripartale Asphyxie erleiden 1–2% aller Neugeborenen. Die Fortschritte im Bereich der Geburtshilfe haben zu einem starken Rückgang peripartaler Komplikationen geführt. Dem gegenüber steht die steigende Kaiserschnitttrate (2010: 28,5%). Die Versorgung von Frühgeborenen und kranken Neugeborene erfolgt in Wien an den neonatologischen Stationen im Perinatalzentrum MUW/AKH Wien, Perinatalzentrum SMZ Ost, in der Kinderklinik Glanzing im Wilhelminenspital, im Preyer'schen Kinderspital sowie in der Krankenanstalt Rudolfstiftung.

Säuglingsernährung und Stillen

Die Ernährung Neugeborener ist dann als optimal zu sehen, wenn in den ersten 6 Lebensmonaten ausschließlich gestillt bzw. die Muttermilch aus der Flasche verabreicht wird. Gegen Ende der ersten 6 Lebensmonate soll zusätzlich zum Stillen Beikost zugefüttert werden. Ab dem 1. Lebensjahr sind die Familienmahlzeiten für das Kind sehr gut verträglich. Einer österreichweiten Studie zufolge beginnen 93% aller Mütter nach der Geburt zu stillen. Nach 3 Monate wurden noch 60% der Babys voll- und 12% teilgestillt. Im Alter von 6 Monaten werden lediglich 10% voll- bzw. 55% teilgestillt. In Wien gibt es derzeit 3 „stillfreundliche Spitäler“: Semmelweis-Klinik, Krankenhaus Göttlicher Heiland und Krankenanstalt Rudolfstiftung. Dieses Programm dient der optimalen Betreuung und Stillförderung im Bereich der Geburtshilfe und Wochenbettstation. Darüber hinaus können sich Eltern in den Familienhebammenstützpunkten, Elternberatungsstellen, den Eltern-Kind-Zentren oder Stillambulanzen etc. vorinformieren und kostenlos beraten lassen.

Teenagerschwangerschaften

Eine ungewollte Schwangerschaft im Jugendalter bringt Jugendliche, insbesondere Mädchen, in eine besonders belastende Situation. Viele, für das weitere Leben folgenschwere Entscheidungen, deren Konsequenzen noch lange nicht überschaubar sind, müssen getroffen werden. Die Lebenssituation stellt eine zusätzliche Herausforderung dar: keine abgeschlossene Schulbildung, kein Beruf, keine finanziellen Ressourcen oder soziale Unterstützung sowie keine Wohnung. 2010 fielen 4,2% aller Geburten in Wien, 747 Neugeborene, auf junge Mütter, die 11 bis 19 Jahre alt waren. Um Jugendliche vor dieser Situation zu bewahren, sind gerade in der Phase der erwachenden sexuellen Neugierde Informationen notwendig, die ihr lückenhaftes Wissen über den weiblichen Menstruationszyklus, über den richtigen Umgang mit Verhütungsmitteln und über einen verantwortungsvollen Umgang mit dem eigenen Körper ergänzen. Dazu dienen unter anderem der Aufklärungsfilm „Sex we can?“ bzw. die sexualpädagogischen Workshops, die in Wiener Schulen angeboten werden. Die MAG ELF – Amt für Jugend und Familie sowie die Einrichtung YoungMum bieten Beratung und Betreuung für schwangere Teenager und Teenagemütter in diesem belastenden Lebensabschnitt an.

Ausgewählte Erkrankungen

Stationäre Spitalsentlassungen

Im Jahr 2010 wurden 46.754 Fälle (42% Mädchen, 58% Buben) der Spitalsaufenthalte bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 15 Jahren verzeichnet. Die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt sind Krankheiten des Atmungssystems, Krebserkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie psychische Verhaltensstörungen. Bei den Diagnosegruppen „Neubildungen“ und „Psychische und Verhaltensstörungen“ ist im Zeitlauf der letzten 20 Jahre eine deutlich steigende Tendenz festzustellen. Neben den verbesserten diagnostischen Möglichkeiten und der dadurch bedingten häufigeren Diagnosestellung bzw. einer besseren und länger andauernden Begleittherapie könnte auch der Ausbau des Versorgungsangebots diesen Anstieg erklären.

Die Zahl der Entlassungen in der Diagnosegruppe „Krankheiten des Atmungssystems“ hingegen ist stark gesunken. Eine Erklärung für diesen Trend könnte an der vermehrten Behandlung in den Ambulanzen der Spitäler und im niedergelassenen Bereich sein bzw. am laufenden Ausbau des ambulanten Leistungsangebots liegen.

Infektionskrankheiten

Zu den im Kindesalter relevanten viralen Infektionen gehören unter anderem Masern und Röteln. Die Österreichischen Impfpfehlungen sehen vor, dass Kinder bereits im 2. Lebensjahr 2-mal gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft werden sollen. Diese Impfungen sind im Rahmen des bundesweiten Kinderimpfkonzepts kostenlos. Masern und Röteln sind dadurch selten geworden. Für Masern wurde 2002 eine Meldepflicht eingeführt, für Röteln erging diese im Jahr 2006. 2010 wurden bei Kindern bis 15 Jahre 10 Fälle an Masern bzw. keine Fälle an Röteln in Wien gemeldet. Eine Ausnahmesituation stellte die im Jahr 2009 aufgetretene Pandemie durch Influenza A/H1N1(2009) dar. 357 laborbestätigte Erkrankungsfälle dieser Influenza wurden in der Altersgruppe 0–15 Jahre in der Grippesaison 2009/10 in Wien gemeldet. Bei bakteriellen Infektionen spielen zahlenmäßig v. a. die bakteriellen Lebensmittelvergiftungen eine Rolle. Bakterielle Meningitiden haben einen Altersgipfel im Kleinkindalter und können wegen ihres Krankheitsverlaufs von besonderer Bedeutung sein. Den Ergebnissen einer epidemiologischen Untersuchung von 1995 bis 2010 durch die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit zufolge war die Altersgruppe der 0- bis 5-Jährigen hier am stärksten betroffen (jahresdurchschnittliche Inzidenzrate: Sg-B-Erkrankung 5,88/100.000 Personenjahre und Sg-C-Erkrankung 0,61/100.000 Personenjahre in Wien).

Krebserkrankungen

In den letzten 10 Jahren sind in Wien jährlich etwa 30–45 Kinder unter 16 Jahren an Krebs neu erkrankt. Im Jahr 2008 betraf dies 14 Burschen und 15 Mädchen. 2 Mädchen und 3 Burschen sind im gleichen Zeitraum an Krebs verstorben. Von allen Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind dies: Leukämie (31,0%), bösartige Neubildungen des Gehirns und des Nervensystems (27,6%) sowie das Non-Hodgkin-Lymphom (17,2%). Die häufigste Krebstodesursache im Kindes- und Jugendalter sind Hirntumore. Die derzeitige Heilungsrate, abhängig von Diagnose und Krankheitsstadium, beträgt im Mittel über 70%, bei der akuten lymphatischen Leukämie sogar über 90%.

Das St. Anna Kinderspital, das größte kideronkologische Zentrum Österreichs, versorgt jährlich 120 Kinder und Jugendliche mit neu aufgetretenen Krebserkrankungen. Der Großteil der PatientInnen kommt aus den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland. Etwa

50 an einem Hirntumor erkrankte Kinder werden jährlich an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde der Medizinischen Universität Wien behandelt. Das Children's Cancer Research Institute (CCRI), das Forschungsinstitut der St. Anna Kinderkrebsforschung sowie das Dokumentationsinstitut der Kinderkrebsforschung tragen enorm zur einer fortschrittlichen und am letzten Stand der Wissenschaft orientierten Versorgung von erkrankten Kinder und Jugendlichen bei.

Diabetes

Mit einer Häufigkeit von mehr als 90% tritt der Typ 1 Diabetes mellitus im Kindesalter auf. Der Typ 2 Diabetes mellitus wird bei Kindern und Jugendlichen bis zum 14. Lebensjahr wesentlich seltener diagnostiziert. Eine positive Familienanamnese, ein Vorliegen des metabolischen Syndroms oder die Zugehörigkeit zur Risikopopulation erhöhen das Risiko der Diagnose. Über die Inzidenz des Typ-2-Diabetes im Kindesalter gibt es nur wenige Angaben, seit 2000 wird im Rahmen der Diabetesinzidenzerhebung auch versucht, den Typ-2-Diabetes zu erfassen, wobei hier die Angaben aufgrund der geringen Fallzahlen sehr unsicher sind. Derzeit scheint die Inzidenz bei ca. 1 pro 100.000 Personenjahre zu liegen.

Die Manifestationsrate von Typ 1 Diabetes mellitus ist in den letzten Jahrzehnten auch in Österreich jährlich um 3% gestiegen und verläuft bei Kindern unter 5 Jahren besonders steil. Für Wien ergibt sich ein ähnliches Bild. Die standardisierte Inzidenzrate für Typ 1 Diabetes mellitus bei Kindern unter 15 Jahren beträgt 14,1/100.000. Weitere Einflussfaktoren auf den Blutzucker sind Ernährung, Emotionen, Bewegung, Erkrankungen etc. Für eine erfolgreiche Durchführung der Therapie brauchen die Eltern, Kinder sowie sonstiges Betreuungspersonal eine entsprechende Schulung. Für die medizinische Betreuung bieten vier Kinderabteilungen von Wiener Krankenhäusern eine ambulante Diabetesbetreuung an. Übergangsambulanzen sorgen für eine Kontinuität der Diabetesversorgung von jugendlichen PatientInnen, die sich auf der Schwelle zum Erwachsenwerden befinden.

Übergewicht und Adipositas

Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden an Übergewicht. Die im Rahmen des HELENA-Projekts in Wien erhobenen Daten zeigen, dass 22,9% der Mädchen und 22,2% der Knaben übergewichtig und adipös sind. Eine Auswertung der Daten des österreichischen Adipositasberichts 2006 nach Altersgruppen für Wien zeigt, dass insbesondere die Altersgruppen der 7- bis 9-Jährigen (Mädchen: 21,8%; Knaben: 22,6%) und der 10- bis 12-Jährigen (Mädchen: 19,4%; Knaben: 21,7%) von Übergewicht und Adipositas betroffen sind. Unterschiede zeigen sich auch bei den Kriterien Schultyp und Migrationshintergrund. So haben HauptschülerInnen sowie Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund eine höhere Prävalenz. Die Therapiemethoden müssen multidisziplinär sein mit Fokus auf Langfristigkeit, Einbeziehung der Familie in die Ernährungsumstellung, Steigerung der körperlichen Aktivität sowie psychologischer Begleitung. Prävention hat einen wesentlichen Stellenwert. Das „Wiener Forum Übergewicht und Adipositas“, das „Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (WieNGS)“ sowie verschiedene Kursangebote im Rahmen der Initiative „rundum gesund“, ein Angebot des Instituts für Frauen und Männergesundheit in Kooperation mit dem Fonds Gesundes Österreich FGÖ und der Wiener Gesundheitsförderung WIG, stellen sich dieser Aufgabe. „rundum gesund“ ist österreichweit das einzige Projekt zur geschlechts- und kultursensiblen Gesundheitsförderung bei Adipositas. Dabei handelt es sich um ein umfassendes Programm, das sich an sozial benachteiligte Frauen, Männer und Familien mit und ohne Migrationshintergrund richtet und eine gender- und kulturspezifische Ausrichtung hat.

Neurologische Erkrankungen

Bei etwa 20% aller im Kindes- und Jugendalter auftretenden Erkrankungen sind neurologische Erkrankungen die Ursache. Sie treten somit relativ häufig und in vielen Fällen chronisch auf. Die Prävalenz für unterschiedliche neurologische Krankheiten kann nur geschätzt werden: 2–2,5% infantile Zerebralparese, 3–6% Epilepsie, erbliche neuromuskuläre Erkrankungen 0,53% etc. Häufig werden nicht nur bereits bestehende Funktionen des Nervensystems, sondern auch das Potenzial für zukünftige Entwicklungsschritte beeinträchtigt. Kinder mit unklaren Entwicklungsstörungen werden in erster Linie in diagnostischen und therapeutischen Zentren öffentlicher Träger, beispielsweise in dem Zentrum für Entwicklungsförderung (ZEF), oder in den Ambulatorien des VKKJ betreut. Die Diagnostik von Schädigungen und Erkrankungen des kindlichen Nervensystems als auch die Akuttherapie fallen in Wien in das Aufgabengebiet der Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde.

Kardiologische Erkrankungen

Etwa 8–10 von 1.000 Neugeborenen werden mit einem Herzfehler geboren. Somit ist ein Herzfehler die häufigste aller angeborenen Fehlbildungen im Kindesalter. Die Diagnose wird meist schon während der Schwangerschaft mittels eines Herzultraschalls festgestellt. Der vermuteten Erstdiagnose folgen weitere Untersuchungen in spezialisierten Zentren. So wurden im Jahr 2010 an der Universitätsfrauenklinik der Medizinischen Universität Wien 526 fetale Echokardiografien durchgeführt. Bei etwa 10% (53 Feten) bestätigte sich ein Vitium, 6 weitere hatten fetale Herzrhythmusstörungen. Mit 30% kommt der Ventrikelseptumdefekt am häufigsten vor. 2011 mussten 206 herzchirurgische Eingriffe am Kinderherzzentrum der MUW/AKH Wien vorgenommen werden. Über 50% der Operationen (52 Neugeborene, 64 Säuglinge) erfolgten bei Kindern im 1. Lebensjahr. Zusätzlich wurden 269 Herzkatheteruntersuchungen vorgenommen. In den Kinderambulanzen sind Kinder mit angeborenen Herzfehlern, Herzrhythmusstörungen, angeborene Herzmuskelerkrankungen und entzündliche Herzerkrankungen in Langzeitbetreuung.

Allergie und Asthma

Allergische Erkrankungen weisen eine steigende Tendenz auf und zählen zu den häufigsten Erkrankungen im Kindesalter. Als Gründe für die Zunahme werden u. a. Umweltfaktoren wie die Zunahme der Hygienestandards oder die Zunahme der Umweltverschmutzung sowie vermehrte Exposition von Kindern gegenüber Passivrauch diskutiert. Buben sind von Allergien häufiger betroffen als Mädchen. Allergisches Asthma ist die häufigste chronische Erkrankung und tritt häufig noch vor dem 5. Lebensjahr auf. Eine frühzeitige Diagnosestellung und adäquate Therapie hat einen erheblichen positiven Einfluss auf die weitere Entwicklung dieser Erkrankung. Die Ergebnisse des Wiener Gesundheits- und Sozialsurveys zeigen, dass etwa 17% der Buben und 14% der Mädchen unter 15 Jahren an allergischen Erkrankungen leiden, wobei Kinder in der Altersgruppe 6–9 Jahre am meisten betroffen sind (20% der Buben und 17% der Mädchen). An Asthma leiden insgesamt etwa 2% der Mädchen und Buben, Buben insbesondere häufig im Alter von 0 bis 2 Jahren (3,5% der Buben und 0,8% der Mädchen).

Kinderrheuma – Juvenile idiopathische Arthritis

Die juvenile idiopathische Arthritis ist die schwerste und häufigste Form des kindlichen Rheumas und ist eine chronisch entzündliche gelenkszerstörende Erkrankung im Kindesalter. In Wien sind davon ungefähr 800 Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren betroffen. Die Behandlung erfolgt in den Kinderrheumaambulanzen des MUW/AKH Wien, des SMZ Ost – Donauspital, des Preyer'schen Kinderspitals und des St. Anna Kinderspitals (in Zusammenarbeit

mit MUW). Die Diagnosestellung im niedergelassenen Bereich erfolgt meist sehr rasch und gewährleistet somit eine schnelle Zuweisung in eines der Kinderrheumazentren. Die Prognose hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Ein Drittel aller kindlichen PatientInnen mit JIA hat allerdings im Erwachsenenalter mit deutlichen Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit zu rechnen, ein Drittel mit geringen Funktionseinschränkungen. Ein Drittel aller PatientInnen haben jedoch keinerlei Gelenkseinschränkungen im Erwachsenenalter zu erwarten.

Haltungsschäden

Im Schuljahr 2010/11 wurde bei insgesamt 2.033 Volksschulkindern in Wien kostenlos eine orthopädische Reihenuntersuchung durchgeführt. Die Untersuchungsergebnisse zeigen ein sehr hohes Aufkommen von Wirbelsäulenanomalien (jedes 2. Kind). Dabei handelt es sich um überwiegend muskulär, aber auch um skoliotisch bedingte Fehlhaltungen. Ebenso untersucht werden Fuß- und Beinveränderungen (jedes 5. Kind) sowie aspektmäßiges Übergewicht (jedes 7. Kind). Um dieser Entwicklung nachhaltig entgegenzutreten, wurde von der Stadt Wien das Projekt „Bewegtes Lernen“ mit betreut. Die nunmehrige „Initiative Bewegtes Lernen“ ist inzwischen als eigenständiger Bereich in der Wiener Gesundheitsförderung angesiedelt. 2012 wurde der „Nationale Aktionsplan Bewegung“ beschlossen bzw. implementiert, der in Folge auch für die Stadt Wien eine Fülle von positiven bewegungsfördernden Initiativen mit sich bringt.

Zahngesundheit

Die Auswertung der „ÖBIG Koordinationsstelle Zahnstatus“ im Jahr 2006 hat gezeigt, dass österreichweit der Anteil jener 6-jährigen Kinder ohne kariöse Zahnschäden gestiegen ist (1996: 47%; 2006: 53%). Diese positive Entwicklung ist Resultat jahrelang durchgeführter Zahngesundheitserziehung in Kindergärten und Volksschulen, beispielsweise durch das erfolgreiche Programm Tipptopp-Kariesstop. Dennoch ist ein kleiner Anteil von Kindern, nämlich Kinder aus Familien mit geringem Einkommen und Bildungsniveau bzw. Kinder mit Migrationshintergrund, besonders kariesgefährdet. Immer häufiger kommt es vor, dass Kinder an Frühkindlicher Karies erkranken. Die kariogenen Keime werden einerseits durch ein Fehlverhalten der Eltern auf das Kind übertragen, beispielsweise durch eine, vor allem nachts, verlängerte Trinkzufuhr von zuckerhaltigen Getränken aus der Babyflasche (Einschlafhilfe), Verwendung eines gemeinsamen Löffels etc. Andererseits stellen insbesondere auch eine ungenügende Mundhygiene, Fehlernährung oder die unregelmäßige Inanspruchnahme ärztlicher Dienste Risikofaktoren dar. Letzteres führt dann oft dazu, dass Karies erst im fortgeschrittenen Stadium erkannt werden kann. Zu den HochrisikopatientInnen im Rahmen der Zahngesundheit zählen im Besonderen körperlich und/oder geistig behinderte Menschen. Die Jugendzahnklinik der MA 15 ist auf die Behandlung und Betreuung von Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sowie auf PatientInnen mit Behinderung ohne Altersbegrenzung spezialisiert. Im Rahmen der kurativen Tätigkeit finden jährlich rund 10.000 Behandlungssitzungen statt. Ein Drittel entfällt dabei auf Behandlungen in der kieferorthopädischen Station. Etwa 1.500 Behandlungssitzungen wurden im Jahr 2010 in Sedierungen und Vollnarkosen durchgeführt.

Mortalität von Säuglingen und Kindern

Die Säuglingssterblichkeit befindet sich schon seit längerem auf einem sehr niedrigen Niveau. In Wien wurden im Jahr 2010 4,7 Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene tot geboren, in den ersten 24 Stunden nach der Geburt verstarben 3,0 je 1.000 Lebendgeborene und weitere 3,7

je 1.000 lebendgeborene Säuglinge starben innerhalb der 1. Lebenswoche bzw. starben 4,3 je 1.000 Lebendgeborene innerhalb der ersten 28 Tage. Angeborene Fehlbildungen waren als häufigste Ursache der Säuglingssterblichkeit für rund ein Viertel der Sterbefälle verantwortlich. Ein Fünftel der Todesfälle war auf eine zu kurze Schwangerschaftsdauer bzw. ein zu niedriges Geburtsgewicht zurückzuführen. An plötzlichem Kindstod verstarben in Wien 6 Säuglinge. In der Altersgruppe 0–15 starben insgesamt 143 Kinder, davon 104 Fälle im 1. Lebensjahr. Perinatale Affektionen, vor allem aufgrund von zu kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, und angeborene Fehlbildungen waren im 1. Lebensjahr die Haupttodesursache. In der Altersgruppe 1–15 Jahre verstarben 7 Kinder an Krebs (ICD-10 C00–C97), 6 Kinder an infektiösen und parasitären Krankheiten (ICD-10 A00–B99), jeweils 4 Kinder verstarben an einer Todesursache aus einer der Gruppen Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (ICD-10 G00–H95) oder Unfälle (V01–X59) sowie 3 Kinder verstarben an einer Ernährungs- und Stoffwechselkrankheit (ICD-10 E00–E90).

Psychosoziale Gesundheit

Entwicklungsstörungen – Entwicklungsdiagnostik

Entwicklung ist ein komplexer Prozess, der sich in der Interaktion zwischen dem Kind, seinen engen Bezugssystemen und der Umwelt entfaltet. Entwicklung wird beeinflusst durch die biopsychosozialen Anlagen des Kindes sowie förderliche und hemmende Umweltbedingungen. Die Aufgabe der Entwicklungsdiagnostik ist es, Entwicklungsverzögerungen, Entwicklungsstörungen und Entwicklungsauffälligkeiten möglichst früh zu erkennen und eine entsprechende Betreuung bzw. Therapie bei Bedarf einzuleiten. Österreichweit gibt es mangels fehlender standardisierter epidemiologischer Erhebungen zur Prävalenz von Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen kaum zuverlässige Daten. In Fachkreisen wird angenommen, dass rund 20% aller Kinder „Risikokinder“ sind. Die EntwicklungsdiagnostikerInnen der Stadt Wien bestätigen diese Entwicklung. Im Rahmen des Wiener Risikokinderprogramms werden seit 1979 die Eltern all jener Neugeborenen, die Risikofaktoren während der Schwangerschaft sowie vor, während und unmittelbar nach der Geburt aufweisen, zu Entwicklungsuntersuchungen an eine der beiden Stellen der MA 15 eingeladen. Die Auswahl der Risikokinder erfolgt durch die geburtshilflichen Abteilungen und Kinderabteilungen. Somit ist eine frühzeitige Diagnostik von Auffälligkeiten und Gefährdungen, eine geeignete Beratung, Förderung und Therapie im Sinne einer präventiven Pädiatrie gegeben. Angebote der Elternberatung zur Förderung der elterlichen Kompetenz bzw. um diese für einen einfühlsamen, förderlichen und angemessenen Umgang mit ihrem Kind zu stärken, sind unverzichtbar.

Kinder schützen – Familien stützen

Die MAG ELF – Amt für Jugend und Familie ist die größte Kinderschutzorganisation in Wien, die sich präventiv und aktiv für den Kinderschutz einsetzt. Zahlreiche Maßnahmen und Angebote, passgenaue Hilfestellung, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen und anderen Fachkräften sollen die psychische und physische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern sowie eine positive Elternschaft bereits vor der Geburt des Kindes unterstützen. Für jede Lebenslage stehen Eltern und Kindern in Wien verschiedene Beratungsstellen zur Verfügung, deren Hilfestellungen sie in Anspruch nehmen können. Die Angebote der Eltern-Kind-Zentren beispielsweise sorgen vor allem für eine Verbesserung der Kommunikation bzw. eine Verhinderung von psychischer und

physischer Gewalt in der Familie bzw. soll belasteten Eltern ermöglicht werden, ihre Elternschaft positiver bewältigen und somit auch mehr Freude entwickeln zu können: 2010 wurden in der Ehe- und Familienberatung 2.211 Beratungen, in der Familienplanung 2.713 Beratungen durchgeführt. Weiters können Mütter und Väter Babytreffs, Treffpunkt für Krabbelkinder oder ein Eltern-Kinder-Treffen in Anspruch nehmen.

Das Kompetenzzentrum für Integrationsfragen ist für die Durchführung der Sozialen Dienste für Kinder mit Behinderung zuständig. Gemeinsam mit den Familien wird ein Unterstützungs- und Entlastungskonzept erarbeitet. Insgesamt betreute das Kompetenzzentrum im Jahr 2010 86 Mädchen und 117 Burschen.

In der Elternschule können sich werdende Eltern von vortragenden ExpertInnen zu verschiedenen Themenbereichen informieren und sich so auf das künftige Leben mit dem Kind/den Kindern vorbereiten (2010: 3.921 BesucherInnen an 346 Abenden). Die Stadt Wien stellt zahlreiche, präventive und frühe Hilfsangebote zur Verfügung, um größere Krisen in Familien erst gar nicht entstehen zu lassen. Ziel der Beratung ist die Hilfe zur Selbsthilfe, damit Familien Lebens- und Beziehungsherausforderungen hinkünftig zufriedenstellend bewältigen.

Esstörungen

Die Essstörungen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Disorder gehören zu den gravierendsten psychischen Störungen im Jugendalter. Zu den Ursachen zählen ein gestörter Selbstwert, vermindertes Selbstvertrauen, Identitätsstörungen und ein negatives Körperbild. Essen oder Nicht-Essen bestimmen das Leben der Erkrankten. Anorexia ist charakterisiert durch einen gewollten, starken Gewichtsverlust, Bulimie durch wiederkehrende Essattacken mit Kontrollverlust und anschließendem Kompensationsverhalten, Binge Eating Disorder durch wiederkehrende Heißhungerattacken mit Kontrollverlust ohne Kompensation. In über 90% aller Essstörungsfälle betrifft die Erkrankung Mädchen bzw. junge Frauen. Laut der Spitalsentlassungsstatistik sind bundesweit und auch in Wien die Diagnosen Anorexia nervosa sowie Bulimia nervosa seit 2001 stark angestiegen. Diese spiegeln allerdings bei weitem nicht die Anzahl der tatsächlich Betroffenen wider. Denn neben der geringen Krankheitseinsicht der Betroffenen selbst werden Essstörungen von FachexpertInnen oftmals nicht korrekt oder zu spät diagnostiziert. Laut Umfragen erkennen nur etwa 2% der AllgemeinmedizinerInnen, trotz Vorliegen der typischen Symptome, eine vorliegende Essstörung. Ein Risikofaktor für das Auftreten von gestörtem Essverhalten bis hin zu Essstörungen ist die Unzufriedenheit von Teenagern mit ihrem Gewicht bzw. Körperbild oder die Durchführung von zahlreichen Diäten. Aktuelle Daten liefert die HBSC-Studie für Wien: 52% der befragten 15-jährigen Mädchen fühlen sich zu dick, obwohl nur 14% tatsächlich übergewichtig sind; 25% halten Diät.

Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat sich diesem Thema besonders angenommen und schon 1998 ein Basisangebot wie Telefonberatung (Hotline für Essstörung), Fortbildungen für Lehrkräfte und Sozialbedienstete aus dem Kinder- und Jugendbereich und die Plattform gegen Essstörungen als Netzwerk aufgebaut, um niederschwellige frühe Hilfe anbieten zu können. Auch fanden in den letzten Jahren zahlreiche Schulworkshops mit Jugendlichen statt, um Mädchen und Burschen für diese Thematik zu sensibilisieren. Ziele waren, in Schulen ein positives Körperklima aufzubauen und Diskriminierung und Mobbing von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen zu verhindern.

Kinder- und Jugendpsychiatrische Erkrankungen

Das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie befasst sich mit der Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Begutachtung von psychischen, psychosozialen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie mit psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie verfolgt in der Diagnostik einen ganzheitlichen Ansatz, der im „multiaxialen Klassifikationsschema“ (MAS) der WHO nach der ICD-10-Klassifikation seinen Niederschlag findet. Die aus den Daten der deutschen KiGGS und BELLA-Studie abzuleitenden Erkenntnisse zeigen, dass sich bei etwa 20% der Kinder und Jugendlichen zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten finden lassen, 10% bräuchten eine Behandlung. Auf Basis dieser Daten würde sich für Wien folgendes Ergebnis ableiten: 50.000 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren zeigen Hinweise auf psychische Störungen, 25.000 Kinder und Jugendliche brauchen eine Behandlung. Zu den häufigsten Störungsbildern zählen emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität und ADHS, Probleme mit Gleichaltrigen. Besorgniserregend sind die Verschreibungszahlen von Psychopharmaka für Kinder mit der „Modediagnose“ ADHS. Die sprunghaft steigenden Behandlungszahlen lassen eine Überdiagnostizierung vermuten (2006: 4.673 Rezeptverordnungen an 809 Kinder; 2010: 7.730 Rezeptverordnungen an 1.557 Kinder).

Körperliche, seelische und sexuelle Gewalt

Die Folgen körperlicher oder psychischer Gewalt sind weitreichend und führen bei ihren Opfern oft zu erheblichen akuten und langfristigen gesundheitlichen, psychischen, psychosomatischen und auch psychosozialen Folgeschäden. Gerade wenn die Täter aus der Familie kommen, was überwiegend der Fall ist, ist die Situation für Kinder und Jugendliche besonders prekär, da sie sich oft aufgrund eines Loyalitätskonflikts niemandem anvertrauen. Einer österreichischen Prävalenzstudie aus dem Jahr 2011 zufolge waren 40% der Frauen und 50% der Männer in ihrer Kindheit Opfer psychischer und physischer Gewalt. Der Verein Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie hat 2010 5.914 Opfer familiärer Gewalt nach einem Polizeieinsatz betreut. Im selben Jahr wurden in den 4 Frauenhäusern in Wien 538 Kinder betreut. Das Amt für Jugend und Familie hat 2010 9.964 Gefährdungsabklärungen vorgenommen. Die polizeiliche Kriminalstatistik verzeichnet insgesamt 1.884 Fälle, die zur Anzeige gebracht wurden. 2001 wurde als österreichweit erstes Projekt ein Curriculum für das Spitalpersonal zur Früherkennung von Gewaltopfern (Frauen und Kinder) auf Initiative vom Wiener Programm für Frauengesundheit entwickelt und in zweitägigen Workshops pro Krankenanstalt durchgeführt. Über 800 ÄrztInnen sowie Pflegepersonal haben an dieser Früherkennungs- und Kommunikationsschulung teilgenommen. Seit 2004 sind Krankenanstalten mit Kinderabteilungen/pädiatrischen Abteilungen gesetzlich verpflichtet, Kinderschutzgruppen zu installieren, um den Opferschutz von Kindern zu gewährleisten. Ob eine Meldung an das Jugendamt erfolgen soll, ist zentrale Aufgabe dieser Einrichtung. Kinderschutzgruppen können auch jederzeit selbst Anzeige erstatten. In der Praxis hat sich aber die Kooperation mit dem Jugendamt sehr bewährt.

Suchtbelastete Familiensysteme

Substanzmissbrauch während der Schwangerschaft kann sich auf die Gesundheit der werdenden Mutter, des Feten und des Neugeborenen unterschiedlich schädlich auswirken (2010: 87 Geburten suchtabhängiger Mütter). Eine gute Betreuung der Mütter vor, während und nach der Geburt ist für ihre medizinische und psychosoziale Gesundheit wesentlich. Damit können

die Voraussetzungen für eine positive Mutter-Kind-Beziehung geschaffen werden, was wiederum zu einer deutlichen Verbesserung von Gesundheit und Entwicklung des Kindes beiträgt. Um eine adäquate und qualitativ hochwertige Betreuung aller substanzabhängigen schwangeren Frauen und Mütter mit Kleinkindern sicherzustellen, finden verschiedene Arbeitskreise und Koordinationstreffen statt. KISAM (Kinder substanzabhängiger Mütter) ist das Koordinationstreffen der MAG ELF unter Beteiligung des Drogenbeauftragten der Stadt Wien, der Sucht- und Drogenkoordination Wien, der Entwicklungsambulanz am NRZ Rosenhügel, des Preyer'schen Kinderspitals und der MA 15. Zahlreiche Arbeitsgruppen, wie jene der Wiener Drogenhilfeeinrichtungen „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ oder Projekte, wie jenes des Preyer'schen Kinderspitals „Optimierung der stationären Betreuung Neugeborener substanzabhängiger Mütter“ in Kooperation mit MAG ELF, Sucht- und Drogenkoordination Wien, Entwicklungsambulanz am NRZ Rosenhügel und Wilhelminenspital versuchen die Qualität der laufenden Angebote zu verbessern. Die Zusammenarbeit mit den Risikoambulanzen, den geburtshilflichen Stationen und den Kinderstationen der Wiener Krankenhäuser wurde ebenfalls verstärkt.

So bei Kindern oder Jugendlichen eine manifeste Suchtmittelproblematik vorliegt, ist eine multidisziplinäre Betreuung bzw. Behandlung, insbesondere kinder- und jugendpsychiatrisch, sowie eine vernetzte Zusammenarbeit der ProfessionistInnen und Einrichtungen notwendig.

Health behaviour in school-aged children (Ausgewählte Ergebnisse der HBSC-Studie)

Die folgenden Auswertungen zum Gesundheitszustand und -verhalten von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen SchülerInnen und einigen wichtigen Determinanten davon basieren auf Daten des 8. HBSC-Survey aus dem Schuljahr 2009/10.

Es zeigte sich, dass das Alter der Befragten sowohl in Wien als auch im restlichen Österreich relativ stark mit den meisten Variablen zusammenhängt. So gehen z. B. die Lebenszufriedenheit und die körperliche Aktivität mit dem Alter zurück, während sich die Beschwerdelast und der Konsum von Alkohol und Tabak erhöhen. Die Beziehungen zwischen dem Geschlecht und den dargestellten Indikatoren sind im Allgemeinen weniger stark. Tendenziell beurteilen Mädchen ihr subjektives Befinden schlechter und neigen weniger zu gesundheitsschädlichem Verhalten. Eine Ausnahme stellt der Tabakkonsum dar, wo die Mädchen die Burschen mittlerweile eingeholt haben. Weiters wurde festgestellt, dass einige dieser Zusammenhänge in Wien stärker ausgeprägt sind als im Rest des Landes. Ungeachtet von Geschlecht und Alter zeigten sich in Wien in den letzten Jahren leicht positive Trends bei der subjektiven Gesundheit und der Beschwerdelast.

Der sozioökonomische Status weist einen leichten bis mittelstarken Effekt auf, vor allem bei der subjektiven Gesundheit und der Lebenszufriedenheit, wobei SchülerInnen mit geringerem Familienwohlstand diese schlechter einschätzen. Den stärksten Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Wiener SchülerInnen hat die psychosoziale Familiensituation. Kinder und Jugendliche, die ein hohes Ausmaß an elterlicher Zuwendung erfahren, zeigen eine deutlich bessere subjektive Gesundheit, eine stark verringerte Beschwerdelast, eine besonders hohe Lebenszufriedenheit und haben ein geringeres Risiko, zu rauchen. Ein gutes Schulverhältnis verbessert ebenfalls die subjektive Gesundheit und reduziert das Risiko, zu rauchen oder Alkohol zu konsumieren. Es wirkt sich auch positiv auf die Verzehrshäufigkeit von Obst und Gemüse aus.

Lebensraum Kindergarten und Schule

Gesundheitsförderung in den städtischen Kindergärten

In Wien werden in privaten und städtischen Kinderbetreuungseinrichtungen insgesamt etwa 84.000 Betreuungsplätze angeboten. Die MA 10 – Wiener Kindergärten stellt etwa die Hälfte aller benötigten Plätze zur Verfügung und fördert mit rund 47.500 Plätzen ebenso private Tagesbetreuungseinrichtungen. Durch die Implementierung des Wiener Bildungsplans im Jahr 2006 wurde die Bedeutung des Kindergartens als elementare Bildungseinrichtung nachhaltig transparent gemacht. Ein wichtiger Aspekt dieser Bildung ist die umfassende Sicht auf die Förderung und Erhaltung der Gesundheit. Gesundheitsfördernde Maßnahmen, z. B. zur Zahnprophylaxe oder verschiedene Initiativen, die eine gesunde Lebensweise unterstützen, wie „Wirbeltrix – gesund wie nix“, „Kinder gesund bewegen“ oder das Anlegen und Bepflanzen von Gemüsebeeten, werden von den PädagogInnen gerne aufgegriffen und umgesetzt.

Gesunde Ernährung im Kindesalter

Der Kindergarten als erste Ebene des Bildungssystems ist bei der Verankerung eines gesundheitsbewussten Denkens und Handelns in einer frühen Entwicklungsphase von Kindern eine wichtige Institution. Der Großteil der Kinder im Vorschulalter kann hier leicht erreicht werden, wodurch die Möglichkeit gegeben ist, gesundheitliche Benachteiligung aufgrund von sozialem Status, Geschlecht oder Migrationshintergrund auszugleichen. Aus diesem Grund kommt dem Setting Kindergarten hinsichtlich der Gesundheitsförderung eine besonders wichtige Schlüsselfunktion zu. Eine bedarfsgerechte Ernährung kann die physiologische und psychologische Entwicklung optimal beeinflussen und die ernährungsbedingten Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Adipositas oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen. Das Ernährungskonzept „optimix“ vereint ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse, Ernährungsgewohnheiten und Lebensmittelvorlieben von Kindern und Jugendlichen. Dabei handelt es sich um eine optimierte Mischkost, die die Versorgung mit den empfohlenen Energie- und Nährstoffmengen gewährleistet bzw. für die ganze Familie geeignet ist.

Erhebung: Körperliche Aktivität von Volksschulkindern

Ziel der Studie „Körperliche Aktivität bei Wiener Volksschulkindern“ ist die Identifikation von begünstigenden Faktoren sowie mögliche Barrieren, die das Bewegungsverhalten von Volksschulkindern beeinflussen bzw. die Einstellungen der Kinder, Eltern und SchulleiterInnen zu den Themen Sport, Bewegung, aktive Bewältigung täglicher Strecken zu erheben. Methodisch wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Dazu wurden 8 Interviews mit 8 Wiener DirektorInnen und 2 Fokusgruppendifkussionen mit insgesamt 19 Volksschulkindern und 2 Fokusgruppendifkussionen mit 17 Eltern durchgeführt. Demnach messen Kinder, Eltern und DirektorInnen körperlicher Aktivität bei Kindern einen großen Stellenwert bei. Kinder selbst schätzen die positiven Auswirkungen von Bewegung auf das eigene Wohlbefinden/die Fitness ebenfalls hoch ein. In Bezug auf die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung kann gesagt werden, dass diese zum großen Teil bereits in der Unterrichtszeit umgesetzt werden. Die Empfehlung, dass Kinder sich täglich mindestens 60 Minuten bewegen sollten, wird meist gut erreicht. Sitzende Tätigkeiten, die länger als eine Stunde dauern, gibt es der Studie zufolge in modernen Wiener Volksschulen nicht. Das Bewegungsverhalten von Volksschulkindern wird neben individuellen Faktoren wie Spaß an der Bewegung

und Motivation auch von sozialen Faktoren wie das Vorbild der Eltern, LehrerInnen und vor allem der gleichaltrigen FreundInnen beeinflusst. An baulichen Ressourcen werden in erster Linie das Vorhandensein von Grünflächen und sichere aktive Bewältigungsmöglichkeiten der Schulwege genannt.

Versorgungsstrukturen

Medizinische und sozialmedizinische Versorgungsstrukturen

Insgesamt verfügt Wien über 184 fachärztliche Ordinationen. Dabei lässt sich eine lokale Konzentration rund um das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien, das St. Anna Kinderspital sowie im Umkreis des Krankenhauses Rudolfstiftung beobachten. Das Allgemeine Krankenhaus beherbergt jeweils eine Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinderchirurgie und Kinderpsychiatrie. Das St. Anna Kinderspital ist vor allem auf die Behandlung von kindlichen Krebserkrankungen spezialisiert, die Kinderklinik Glanzing im Wilhelminenspital auf Kinderinfektiologie und das Donauspital auf Perinatalmedizin und Kinderchirurgie. In ganz Wien sind rund 42% aller kinderärztlichen Praxen Wahlarztpraxen. Bezüglich der Öffnungszeiten häufen sich diese von Montag bis Freitag zwischen 9 und 12 Uhr und Montag bis Donnerstag von 14 bis 17 Uhr. Freitags ab 14 Uhr haben im Vergleich zu Montag bis Donnerstag um ca. zwei Drittel weniger Praxen für Kinder- und Jugendheilkunde geöffnet. Das bedeutet für berufstätige Eltern, dass bei üblichen Arbeitszeiten eine Konsultation beim Kinderarzt bzw. bei der Kinderärztin nur Freitag vormittags möglich ist bzw. nachmittags die ambulante Betreuung der Krankenanstalten in Anspruch genommen werden muss. Wien verfügt über viele Angebote im sozial-medizinischen Dienstleistungssektor, die der öffentliche Gesundheitsdienst in Kooperation mit den Sozial- und Bildungseinrichtungen der Stadt Wien für die Wiener Bevölkerung bereitstellt.

So verfügt Wien über 24 Elternberatungsstellen, über einen ärztlichen Dienst in den städtischen Kindergärten und einen schulärztlichen Dienst. Darüber hinaus wird in zahlreichen Stellen, wie z. B. beim Psychologischen Dienst, eine rasche und unentgeltliche psychologische Beratung sichergestellt. Es gibt ein vielfältiges Angebot für Entwicklungsdiagnostik sowie für die Förderung und Begleitung von entwicklungsverzögerten, entwicklungsgefährdeten und behinderten Kleinkindern. In Fällen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche bieten Kinderschutzzentren Beratung und Hilfestellungen an.

Rettungseinsätze

Die Wiener Rettung war bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2011 insgesamt 13.419 Mal im Einsatz. Hauptsächlich waren leichte bis mäßig schwere Gesundheitsstörungen die Ursache. 20% der Einsätze erfolgten wegen Atemwegs- und grippalen Infekten. Interventionen wegen übermäßigem Alkoholkonsum mussten hingegen sehr selten durchgeführt werden.

Abstract

The last Children's Health Report of the City of Vienna was published in 2000. What about the current health situation of children and young people in Vienna today?

An expert group composed of all institutes, stakeholders and representatives of the different medical disciplines was set up. Three work sessions chaired by Dr. Karin Spacek, head of Municipal Department 15 – Public Health Services of the City of Vienna, and Dr. Beate Wimmer-Puchinger, Women's Health Commissioner of the City of Vienna, discussed the key issues at stake. To create a new reporting structure, it was agreed to not only describe the health situation of children and young people in facts and figures but also to provide an overview of the services and measures currently offered by the City of Vienna. The more extensive chapters on epidemiology and mental health were moreover edited and co-ordinated in the framework of internal working groups. The following text summarises the key information contained in the individual chapters.

Early childhood development

A child's development is decisively influenced not only by the parents but also by the social environment. Different lifestyles, value systems and patterns of behaviour inform the lives of children growing up in the metropolis. Modern living environments are individualised, while universally binding and consensual standards are lacking. As a result, we can no longer speak of "one" childhood but rather have to consider that children in the city live in quite different ways. This individualisation is accompanied by greater workplace mobility. Flexible employment conditions with differentiated time structures are on the rise. As a result, the need of children for foreseeable and ordered daily rhythms is met only to a limited degree. It becomes increasingly difficult to delimit children's lives from the world of adolescents and adults. This is shown most clearly by the pedagogisation of childhood: children are supposed to perform effectively already at a young age; the kindergarten becomes a preschool. To cope with these changes, the daily routines of children must be organised as well. Individual living environments are perceived as separate and distinct islands to and from which children are "transported". This experience of flexibility obviously affects the physical conditions of youngsters. Thus illnesses formerly exclusively diagnosed in adults are increasingly often identified in children as well.

Psychology: basics of development

Innate predispositions and the environment mutually determine the development of children to varying degrees, depending on the respective area of development. Of course, the differences between individuals are massive. There are guidelines for every area of development, if normal development is delayed in any of these areas, appropriate remedial measures should be undertaken immediately.

Strictly speaking, the psychological development of the child begins in the womb; for example, the sensory organs of newborns are almost fully functional. Thus highly different temperaments already emerge at birth.

In addition to its importance for the development of motor skills and language, infancy – defined as the period from birth to the end of the first year of life – takes on a particularly significant role in the development of the individual's social and attachment behaviour. At this age as well as at the stage of infancy (1-3 years of life), development is especially fostered by playing and

being social interactiv. The international standard for crèche care at this age is one caregiver for four children, which is often impossible to provide for financial reasons. In early childhood (3–6 years of age), most children already attend kindergarten. For youngsters experiencing the separation from their main attachment figure as particularly difficult, this period of detachment must be handled with great sensitivity. Middle childhood (6–11 years of age) is characterised by school. School readiness is a key prerequisite for learning success and is ascertained in an examination to clarify whether the child in question requires a preschool year before attending primary school. Cognitive development should absolutely be taken account of to be able to provide adequate tuition. In case of problems at school, it is essential to react quickly and find a solution together with the teaching staff. Adolescence (11–21 years of age) is composed of pre-puberty, puberty and pre-adulthood and as a rule sets in one to two years earlier in girls than in boys. Over the past 100 years, the onset of this phase tends to occur at an increasingly young age. Parallel to the onset of the reproductive phase, i.e. menarche and maturity of primary and secondary genital organs in girls, it is common to observe a performance drop which, however, should not dramatically affect the young person's school career if adequate support and care are provided. Conflicts due to the adolescent's gradual detachment from the primary reference persons or parents are "pre-programmed", since girls and boys undergoing this life phase need to establish their individual personality, their own notions and goals and above all their own self-perception. While the parents act as models, the young person also has to become independent to accelerate the process of individuation. This leads to feelings of uncertainty and destabilisation and also renders young people more vulnerable. Relationships and attractiveness are being tested. Although in many ways conflict-laden, this phase also offers the opportunity to develop a responsible, mature relationship with the parents. Due to a lack of personal and social resources of their own, some parents are moreover (over-) challenged by this development. Here, parents-counselling-services can offer important support.

Sociodemographic trends and perspectives in vienna

In the recent past, Vienna's demographic development has been characterised by a strong population growth, which is expected to be continued. The number of deaths is declining, with mortality risks decreasing not only for older adults but also for children and young people. Life expectancy has increased. Since 2004, Vienna has been recording a net population growth (number of births over deaths). In 2011, 245,314 children were living in Vienna. Since 1970, the total fertility rate has been constant at approx. 1.4 children per woman. The average fertility age has risen further and currently stands at 29.8 years. Household and family structures, too, have changed over the past decades: single households have increased, while multi-person households have decreased. Flat sharing, patchwork families, single parents or life partnerships are more and more replacing the traditional family.

The compatibility of work and family is continuously improving. Free kindergarten places for all children were introduced in 2010. 93% of the children attending such facilities are provided with whole-day care, thus enabling both parents to work full-time. 34% of women working throughout the year as well as 12% of men have part-time jobs. The ongoing concentrated provision of additional childcare places will improve the childcare quota even further.

Every year, approx. 15,700 first-formers in Vienna begin their school career. In all, the lower cycle of the **Allgemeinbildende höhere Schule** (academic secondary school) has more pupils than the **Hauptschule** (general school) or **Neue Mittelschule** (new secondary school). According to forecasts, the number of pupils in compulsory schooling will increase further (2020: 226,345 pupils).

Epidemiology

Pregnancy – delivery – influence of perinatal factors

Care for newborn and premature babies

6.7% of newborns (1,208 in absolute figures) in Vienna presented a birth weight of less than 2,500 grams; 9.5% (1,712 in absolute figures) were born before the 37th week of pregnancy. Premature births, congenital defects and complications at birth are the most frequent causes of morbidity and mortality in the neonatal period as well as the causes of potential late sequelae. The maturity of the unborn child in the womb is decisive for the later health status of the newborn. In 0.2% of infants, congenital defects were ascertained at birth; 1-2% of all newborns suffer periparturient asphyxia. Progress in the field of obstetrics has entailed a marked decrease of periparturient complications. This is countered by the growing number of Caesarean sections (2010: 28.5%). In Vienna, premature and sick babies are cared for by the neonatological wards of the Perinatal Centre of the Vienna General Hospital/Vienna University of Medicine, the Perinatal Centre of the Social-Medical Centre East/Donauspital, the Glanz Children's Hospital at the Wilhelminenspital, the Preyer'sches Kinderspital and the Krankenanstalt Rudolfstiftung.

Infant nutrition and breastfeeding

The nutrition of newborns is optimal if the baby is exclusively breastfed or fed mother's milk from the bottle in the first six months of life. Towards the end of the first six months, complementary food should be added to the mother's milk. After the first year of life, infants can participate in family meals and digest these very well. According to a nationwide study, 93% of mothers breastfeed after birth. After three months, 60% of babies are fully breastfed while 12% are partly breastfed. The corresponding figures for babies aged six months are 10% and 55%. At the moment, Vienna has three "breastfeeding-friendly hospitals": Semmelweis-Klinik, Krankenhaus Göttlicher Heiland and Krankenanstalt Rudolfstiftung. This programme fosters optimal care and the promotion of breastfeeding in obstetric and maternity wards. Moreover, parents can obtain preliminary information and advice free of charge at family midwife centres, parents' counselling centres, parent-child centres, outpatient maternity wards, etc.

Teenage pregnancies

Unwanted pregnancies in adolescence create a particularly stressful situation for young people, especially for girls. Many decisions need to be taken which will affect the whole life of the young person and whose consequences are impossible to assess at this moment. The young person's life situation creates an additional challenge: interrupted schooling, no occupation, no financial resources or social support and a lack of housing. In 2010, 4.2% of all births in Vienna (747 infants) were due to young mothers aged 11 to 19 years. To protect young people from this situation, information is needed, especially in the phase of budding sexual curiosity in order to complement the youngsters' often sketchy understanding of the female menstruation cycle, teach the correct use of contraceptives and instil a responsible attitude towards one's own body. This is inter alia promoted by the sex education film "Sex we can?" and the sex education workshops offered at Vienna's schools. Municipal Department 11 – Youth and Family Welfare Office and the association "YoungMum" extend counselling and care for pregnant teens and teenage mothers in this stressful life phase.

Selected diseases and disorders

Discharges from inpatient wards

In 2010, 46,754 hospitalisations (42% girls, 58% boys) of children and young people aged 0 to 15 years were recorded in Vienna. The most common causes of hospital stays include respiratory diseases, cancer, injuries and intoxication as well as psychological and behavioural disorders. Over the past 20 years, the diagnostic groups of "neoplasms" and "psychological and behavioural disorders" have significantly increased. In addition to improved diagnostics and the resulting, more frequent diagnoses as well as improved and longer concomitant therapies, this rise might also be due to an increasingly dense network of care facilities. Conversely, the number of discharges from hospitals in the diagnostic group of "respiratory diseases" has dropped markedly. This might be due to the increased outpatient therapies and treatment in physicians' surgeries as well as to the upgrading of outpatient care options.

Infectious diseases

Viral infections of importance for children include inter alia measles and rubella. The Austrian vaccination recommendations provide that children should be vaccinated twice against measles, mumps and rubella already in the second year of life. Under the federal vaccination scheme for children, these vaccinations are free of charge. As a result, measles and rubella occur only rarely nowadays. Since 2002, physicians are obligated to report all cases of measles; this obligation was also introduced for rubella in 2006. In 2010, ten cases of measles were reported for children aged under 15 years in Vienna; there was no case of rubella. An exceptional situation was created in 2009 by the pandemic caused by A/H1N1 (2009) influenza. 357 cases of this influenza confirmed by the lab were reported in the 2009/10 influenza season in Vienna for the age group of 0 to 15 years. In the field of bacterial infections, cases of bacterial food poisoning are registered most frequently. Bacterial meningitides attain peak age in infants and may be of special importance due to their progress. In keeping with the findings of an epidemiological study conducted from 1995 to 2010 by the Austrian Agency for Health and Food Safety, the age group of 0 to 5 years was most frequently affected (Group B strep disease in 5.88/100,000 person-years and Group c strep disease in 0.61/100,000 person-years).

Cancer

In the last decade, 30 to 45 children aged under 16 years were annually diagnosed with cancer in Vienna. In 2008, this figure concerned 14 boys and 15 girls. In the same period, two girls and three boys died of cancer. Out of all forms of infantile and adolescent cancer, this includes: leukaemia (31.0%), malignant neoplasms of the brain and nervous system (27.6%) and non-Hodgkin lymphoma (17.2%). Tumours of the brain are the most frequent cancer-related cause of death in childhood and adolescence. Depending on the diagnosis and stage of the disease, the current average cure rate exceeds 70% and even 90% in case of acute lymphatic leukaemia.

Every year, the St. Anna Kinderspital, Austria's biggest oncological centre specialising in children and adolescents, takes care of 120 youngsters newly diagnosed with cancer. The majority of patients come from the Federal Provinces of Vienna, Lower Austria and Burgenland. Approx. 50 children suffering from brain tumour are treated annually at the University Clinic of Paediatrics and Adolescent Medicine of the Medical University of Vienna. The Children's Cancer Research Institute (CCRI) of the St. Anna Kinderspital and the Documentation Centre of Children's Cancer Research contribute enormously to providing cutting-edge, state-of-the-art care for children and adolescents suffering from cancer.

Diabetes

Type 1 diabetes mellitus occurs in childhood with a frequency of over 90%. Type 2 diabetes mellitus is diagnosed much more rarely in children and adolescents aged under 14 years. A positive case history in the family, presence of the metabolic syndrome or being part of a risk population increase the chances of being diagnosed with diabetes. Only little information is available regarding type 2 diabetes in childhood; since 2000, it is attempted in the context of diabetes incidence studies to obtain an overview of type 2 diabetes; due to the small number of cases, though, the data are not very reliable. At the moment, the incidence rate seems to be approx. 1 per 100,000 person-years.

Over recent decades, the manifestation rate of type 1 diabetes mellitus has increased in Austria (as elsewhere) by 3% and is particularly dramatic for children under five years of age. The situation for Vienna is similar. The standardised incidence rate for type 1 diabetes mellitus in children under 15 years of age is 14.1/100,000 person-years. In addition, the blood sugar level is influenced by nutrition, emotions, exercise, diseases, etc. To ensure a successful therapy course, parents, children and all caregivers involved need to be trained accordingly. Medical care is extended by four children's wards of Viennese hospitals offering outpatient services for diabetes patients. Transition outpatient wards safeguard continuous diabetes care for young patients close to adulthood.

Overweight and obesity

More and more children are overweight. The data captured in Vienna within the scope of the HELENA Project show that 22.9% of girls and 22.2% of boys are overweight and obese. An evaluation of the data of the Austrian Obesity Report 2006 for Vienna by age groups shows that in particular the age groups from 7 to 9 years (girls: 21.8%; boys: 22.6%) and from 10 to 12 years (girls: 19.4%; boys: 21.7%) are affected by overweight and obesity. Differences emerge with regard to the criteria "school type" and "migration background". Thus children attending the Hauptschule type of secondary schools as well as children and young people with a migration background present a higher prevalence. Therapeutic methods must hence be multidisciplinary with a focus on long-term goals, involvement of the family in the change of diet, increase of physical activity and psychological assistance. Prevention plays a particularly important role. The Vienna Forum for Overweight and Obesity, the Vienna Network of Health-Promoting Schools (WieNGS) as well as a variety of courses within the context of the initiative "rundum gesund" (Healthy All Round) – this is a service by the Institute for Women's and Men's Health in co-operation with the Fund for a Healthy Austria (FGÖ) and the Vienna Health Promotion Office (WIG) – take care of this task. "rundum gesund" is the only project in Austria to focus on culturally and gender-sensitive health promotion to counter obesity. It covers a comprehensive programme targeted at socially disadvantaged women, men and families with or without a migration background and follows a culturally and gender-sensitive approach.

Neurological diseases

Approx. 20% of all diseases of children and young people are of neurological origin. They are hence relatively frequent and often chronic. The prevalence of various neurological diseases can only be estimated: 2 to 2.5% for infantile cerebral palsy, 3 to 6% for epilepsy, 0.53% for hereditary neuromuscular diseases, etc. Often, these diseases impair not only the existing functions of the nervous systems but also the potential for future development phases. Children with developmental disorders of unclear origin are mainly taken care of by diagnostic and therapeutic centres of publicly funded institutions, e.g. at the Centre for Development Promotion (ZEF) or the outpatient wards of the association VKKJ. In Vienna, the diagnostics

of impairments and diseases of the infantile nervous system as well as acute therapy are a competence of the departments for paediatrics and adolescent medicine.

Heart diseases

Around eight to ten out of 1,000 newborns suffer from a congenital heart defect. Thus heart defects are the most common congenital malformations in childhood. The defect is usually diagnosed already during pregnancy by cardiac ultrasound. This tentative first diagnosis is followed up by other examinations conducted at specialised centres. In 2010, the Gynaecological Clinic of the Vienna University of Medicine thus conducted 526 foetal echocardiograms. In approx. 10% of the cases (53 fetuses), a cardiac defect was confirmed; in six other cases, foetal cardiac arrhythmia was diagnosed. Ventricular septal defect occurs most frequently (30% of all cases). In 2011, 206 cardiac surgery interventions were carried out at the Infantile Cardiac Centre of the Vienna University of Medicine at the Vienna General Hospital. Over 50% of these operations (52 newborns, 64 infants) concerned children under one full year of age. In addition, 269 cardiac catheterisations were conducted as well. Paediatric outpatient wards extend long-time care to children with congenital heart defects, cardiac arrhythmia, congenital myocardial insufficiency and inflammatory heart diseases.

Allergies and asthma

Allergic diseases are on the rise and in fact are among the most common infantile diseases. Passive smoking during childhood, allergic conditions of parents, excessive hygiene or a high socio-economic status of the family are among the factors increasing the probability of triggering an allergy. Boys are more frequently affected by allergies than girls. Allergic asthma is the most common chronic disease and often occurs before the fifth year of life. An early diagnosis and adequate therapy have a strongly positive effect on the further progression of the disease. The findings of the Vienna Health and Social Survey show that approx. 17% of boys and 14% of girls aged under 15 years suffer from an allergic disease, with children aged between 6 and 9 years being most frequently affected (20% of boys and 17% of girls). Asthma was diagnosed in approx. 2% of girls and boys; boys are in particular affected at the age of 0 to 2 years (3.5% of boys and 0.8% of girls).

Juvenile idiopathic arthritis (juvenile rheumatoid arthritis, JIA/JRA)

Juvenile idiopathic arthritis is the gravest and most common form of rheumatic disease in children. It is a chronic-inflammatory degenerative disease of the joints occurring in childhood. In Vienna, it affects about 800 children and adolescents under 16 years of age. Patients are treated at the outpatient wards for juvenile rheumatoid arthritis of the Vienna General Hospital/Vienna University of Medicine, of the Social-Medical Centre East, of the Preyer'sches Kinderspital and St. Anna Kinderspital (in co-operation with the Vienna University of Medicine). As a rule, the disease is quickly diagnosed by a physician in his/her surgery, which ensures that patients are rapidly transferred to a centre for juvenile rheumatoid arthritis. In recent years, patients face a much better prognosis. However, one third of the patients suffering from JIA in childhood must expect marked limitations of joint mobility in adulthood, while another third will be affected by slight functional impairments. Another third of the patients are fully cured and need not expect joint mobility impairments in adulthood.

Postural impairments

In the 2010/11 school year, a free-of-charge routine orthopaedic screening was carried out on a total of 2,033 primary school pupils in Vienna. The findings of this examination present

a very high prevalence of spinal anomalies (one in two children). These are mainly due to false posture, mainly of muscular but also of scoliotic origin. The examination also looked at alterations in foot and leg development (one in five children) as well as at overweight (one in seven children). To counteract this development effectively, the City of Vienna co-conducted the project "Bewegtes Lernen" (Learning in Motion). The current "Learning in Motion Initiative" was set up as an independent element of Vienna's health promotion programme. In 2012, the "Nationaler Aktionsplan für Bewegung" (National Action Plan for Physical Activity) was adopted and implemented; in due course, it will entail a wealth of positive initiatives to promote exercise and physical activity in Vienna.

Dental health

The 2006 survey conducted by the co-ordination point for dental health of ÖBIG (the Austrian federal institute for health) indicated that the number of six-year-old children who are free of dental caries has increased throughout Austria (1996: 47%; 2006: 53%). This positive development is the outcome of years of dental health education in kindergartens and primary schools, e.g. on the basis of the successful anti-caries programme "Tipptopp Kariesstop". However, a small segment of children, i.e. children from low-income families with low educational attainments as well as children with a migration background, are at particular risk of developing caries. Early infantile caries is on the rise. On the one hand, cariogenic germs are transferred to the child due to inappropriate behaviour of the parents, e.g. by feeding the infant liquids containing sugar in the evening or at night from the baby bottle (to make the child sleep), using the same spoon for themselves and the child, etc. On the other hand, inadequate oral hygiene, inappropriate nutrition or irregular visits to the dentist also act as risk factors. Due to the latter, caries is often only detected at an advanced stage. Physically and/or mentally challenged persons in particular constitute high-risk patients regarding dental health. The dental clinic for young people of Municipal Department 15 specialises in providing treatment and care for children and adolescents up to 18 years of age as well as for disabled persons of any age. Its therapeutic activities comprise approx. 10,000 treatment sessions annually, one third of which is accounted for by treatments at the orthodontic ward. In 2010, approx. 1,500 treatment sessions were conducted under sedation or general anaesthetic.

Mortality of infants and children

Infant mortality has been very low for numerous years. In 2010, 4.7 infants per 1,000 live births were stillborn; 3.0 infants per 1,000 live births died in the first hours post-partum; another 3.7 infants per 1,000 live births died during the first weeks of life, and 4.3 infants per 1,000 live births died within the first 28 days post-partum. Congenital defects were the single most frequent cause of infant mortality and accounted for about one fourth of deaths. One fifth of the mortality rate resulted from a too short term of pregnancy or too low weight at birth. Sudden infant death caused the decease of six infants in Vienna. In the age group from 0 to 15 years, a total of 143 children died in 2010, of which 104 cases occurred in the first year of life. Perinatal affections, mainly resulting from too short term of pregnancy or too low weight at birth, and congenital defects were the main causes of death in the first year of life. In the age group from 0 to 15 years, seven children died of cancer (ICD-10 C00-C97); six, of infectious and parasitic diseases (ICD-10 A00-B99), while four children each died of a disease of the group "diseases of the nervous system and sensory organs" (ICD-10 G00-H95) or as a result of accidents (V01-X59), and three children died from nutritional and metabolic diseases (ICD-10 E00-E90).

Psychosocial health

Developmental disorders – development diagnostics

Development is a complex process that unfolds in the interaction between the child, his/her primary reference systems and the environment. Development is influenced by the biopsychosocial predispositions of the child as well as by favourable or inhibiting environmental conditions. It is the task of development diagnostics to identify retardations, disorders and problems related to development as early as possible and to initiate appropriate care or therapy, if required. Due to a lack of standardised epidemiological studies on the prevalence of developmental disorders in children and young people for all of Austria, there is a dearth of reliable data. Experts assume that around 20% of all children are at risk. This trend is confirmed by the development diagnostics of the City of Vienna. In the context of Vienna's programme for children at risk, the parents of newborns presenting risk factors either during pregnancy or before, during and directly after birth are invited since 1979 to take part in developmental assessments at one of two facilities of MA 15. Children considered at risk are identified by the obstetric and paediatric wards of hospitals. This ensures early diagnosis of problems, abnormalities or risks, suitable counselling, promotion and therapy in the spirit of preventive paediatrics. Counselling services to improve parenting skills and strengthen parents' ability to deal with their child in a sensitive, nurturing and appropriate fashion are essential.

Protecting children – supporting families

Municipal Department 11 – Youth and Family Welfare Office is the biggest organisation for child protection in Vienna committed to preventive and proactive child protection. Numerous measures and services, targeted assistance, interdisciplinary co-operation of social workers, psychologists, social educators and other specialists are to promote the mental and physical health of children and young people and support positive parenting already before birth. Parents and children may count on a great variety of counselling points in Vienna. For example, the services of parent-child centres are mainly aimed at improving communication and preventing psychological and physical violence in the family; moreover, parents in difficult situations are assisted in coping with their parenthood more effectively and hence enabled to derive greater joy from their situation: in 2010, 2,211 marriage and family counselling sessions and 2,713 family-planning counselling sessions were conducted. Furthermore, mothers and fathers can attend meetings for parents of babies or toddlers or take part in parent-child meetings.

The Competence Centre for Integration Issues extends social services to children with disabilities. A support and problem-relief concept is developed together with the families. In 2010, the Competence Centre counselled a total of 86 girls and 117 boys.

Lectures by experts at the "Parent School" inform parents-to-be about a variety of topics and thus enable them to prepare for the future life with their child or children (2010: 3,921 visitors on 346 evenings). The City of Vienna offers numerous preventive and early-assistance services to preclude the emergence of major family crises. The counselling services want to enable clients to help themselves, so that families will effectively cope with future challenges in their lives and relationships.

Eating disorders

The eating disorders anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder are among the most severe psychological disorders in adolescents. Causes of these disorders include lack of self-esteem, impaired self-confidence, identity problems and a negative body image.

Eating and fasting determine the lives of sufferers. Anorexia is characterised by deliberate, massive weight loss; bulimia, by recurring overeating with loss of control and subsequent compensatory behaviour; binge eating disorder, by recurring overeating with loss of control yet without compensation. More than 90% of all eating disorder cases concern girls or young women. According to hospital discharge statistics, the diagnoses of anorexia nervosa and bulimia nervosa have risen significantly since 2001 across Austria and also in Vienna. However, these figures do not reflect actual numbers by far, as in addition to poor insight into their syndrome on the part of sufferers, eating disorders are often diagnosed not at all or too late even by experts. According to surveys, only about 2% of general practitioners are able to spot eating disorders in patients despite the typical symptoms. Risk factors for the emergence of disturbed eating behaviours including fully-fledged eating disorders are teenagers' dissatisfaction with their weight and body image or the preoccupation with a variety of diets. Current data are provided by the HBSC study for Vienna: 52% of the 15-year-old girls participating in the study feel that they are too fat, although only 14% are actually overweight; 25% follow a diet.

The Vienna Women's Health Programme is especially dedicated to this issue and already in 1998 developed a range of basic services including phone counselling (eating disorder hotline), training courses for teachers and social workers concerned with children and young people as well as a platform against eating disorders to act as a network offering low-threshold assistance at an early moment. Moreover, numerous school workshops involving young people were organised in recent years to sensitise girls and boys for this issue. The objective lay in helping young people in a school setting to develop a positive body image and to prevent the discrimination and mobbing of overweight children and adolescents suffering from eating disorders.

Psychiatric disorders in childhood and adolescence

Paediatric and adolescent psychiatry is concerned with the treatment, prevention, rehabilitation and assessment of severe psychological, psychosocial, psychosomatic, developmental and neurological disorders or disturbances and of psychological and social behavioural impairments. Paediatric and adolescent psychiatry promotes a holistic diagnostic approach that is reflected in the "multi-axial classification scheme" (MAS) of WHO according to the ICD-10 classification system. The findings derived from the German KiGGS and BELLA study show that approx. 20% of children and young people present indications of psychological disturbances; 10% would actually require treatment. On the basis of these data, it is possible to derive the following estimates for Vienna: 50,000 children and young people under 15 years of age present indications of psychological disturbances, while 25,000 children and young people would require treatment. The most common disturbances include emotional problems, behavioural disturbances, hyperactivity and ADHD as well as problems with peers. The volume of psychotropic drugs prescribed to children diagnosed with the "trendy disorder" ADHD gives cause for concern: the soaring number of patients in treatment for this syndrome points towards over-diagnosis (2006: 4,673 medication prescriptions for 809 children; 2010: 7,730 medication prescriptions for 1,557 children).

Physical, psychological and sexual violence

The consequences of physical or psychological violence are far-reaching and often entail significant acute and long-term physical, psychological, psychosomatic as well as psychosocial sequelae in victims. If the perpetrator is a family member, which occurs most frequently, the situation is particularly delicate for children and young people, since conflicting loyalties often

make them shy away from confiding in outsiders. According to an Austrian prevalence study of 2011, 40% of women and 50% of men fall victim to psychological or physical violence in their childhoods. Following police interventions, the association "Domestic Abuse Intervention Centre Vienna" in 2010 assisted 5,914 victims of violence in the family. In the same year, the four women's shelters of Vienna took in 538 children. Likewise in 2010, the Youth and Family Welfare Office conducted 9,964 on-site inspections to assess the risk to women and children. According to the police crime statistics, a total of 1,884 cases were reported. In 2001, a curriculum for hospital staff was introduced as the first project of its kind in Austria to facilitate the early identification of violence victims (women and children); the project as developed on an initiative of the Vienna Women's Health Programme and implemented in two-day workshops for each hospital. More than 800 physicians and nurses took part in this early identification and communication training. Since 2004, hospitals with paediatric wards have a legal duty to institute child protection groups to safeguard the protection of child victims. One central task of these groups is to decide whether or not to report each individual case to the Youth and Family Welfare Office.

Addiction-afflicted family systems

Substance abuse during pregnancy can have adverse effects of varying severity on the health of the future mother, the foetus and the newborn (2010: 87 births by mothers suffering from addictions). Good care for the mothers before, during and after birth is essential to aid their medical and psychosocial health. This can lay the basis for a positive bond between mother and child, which in its turn contributes towards a marked improvement of the child's health and development. Various working groups and co-ordination meetings are organised to ensure adequate, high-quality care for all substance-dependent pregnant women and mothers with young children. KISAM (an acronym of the German expression for "children of substance-dependent mothers") is the name of the relevant co-ordination group of Municipal Department 11 that also involves the Drug Commissioner of the City of Vienna, the Vienna Addiction and Drug Co-ordination, the outpatient ward for child development of the NRZ Rosenhügel (neurological rehabilitation centre), of the Preyer'sches Kinderspital and Municipal Department 15. Numerous working groups like that of Vienna's drug help units ("Children from Addiction-afflicted Families") or projects such as the one run by the Preyer'sches Kinderspital ("Optimised In-patient Care for Newborns of Substance-dependent Mothers") try in co-operation with Municipal Department 11, the Vienna Addiction and Drug Co-ordination, the outpatient ward for child development of the NRZ Rosenhügel and the Wilhelminenspital to improve the quality of available services. Moreover, the co-operation with outpatient wards for pregnant women at risk, obstetric wards and paediatric wards of Vienna's hospitals was further intensified as well.

Manifest addiction problems of children or young persons require multidisciplinary care and treatment with the particular involvement of paediatric and adolescent psychiatry as well as networked co-operation of all experts and institutions.

Health behaviour in school-aged children (selected findings of HBSC study)

The following assessments regarding the health status and behaviour of schoolchildren aged 11, 13, 15 and 17 years as well as several key determinants of these are based on findings of the 8th HBSC survey conducted during the 2009/10 school year.

Both for Vienna and the rest of Austria, it was found that the age of respondents correlates relatively markedly with most variables. Thus e.g. life satisfaction and physical activity diminish with age, while subjective health complaints and the consumption of alcohol and tobacco are increasing. Generally, the interaction between sex and the indicators considered is less marked. Girls tend to view their subjective health as worse and also tend to engage in health-damaging behaviours less frequently than boys. One exception is tobacco consumption, where girls have caught up with boys. Furthermore, it was ascertained that some of these interactions are more developed in Vienna than in the rest of Austria. Irrespective of sex and age, Vienna in recent years recorded somewhat positive trends regarding subjective health and subjective health complaints.

The effect of socio-economic status is slight to moderate, especially with regard to subjective health and life satisfaction, with pupils from less affluent families tending to give a lower assessment of these factors. The strongest influence on the health and health behaviour of schoolchildren in Vienna is exerted by the psychosocial situation of the family. Children and young people experiencing a high degree of affection from their parents report markedly better subjective health, markedly reduced subjective health complaints, particularly high life satisfaction and also present a lower risk of smoking. Moreover, a positive attitude to attending school likewise improves subjective health and reduces the risk of smoking or drinking alcohol as well as exerting a positive effect on the intake of fruit and vegetables.

Kindergartens and schools as living environments

Health promotion in municipal kindergartens

Private and municipal childcare facilities in Vienna offer a total of approx. 84,000 places for children. Municipal Department 10 – Vienna Children's Day Care Centres provides roughly half of the places needed and in addition supports private daycare centres, which account for a total of 47,500 places. The implementation of the Vienna Education Plan in 2006 strongly highlighted the importance of kindergartens as an elementary educational institution. A significant aspect of this phase of education lies in providing a comprehensive approach to health promotion and health preservation. Health-promoting measures, e.g. dental prophylaxis or various initiatives supporting healthy lifestyles such as "Wirbeltrix – gesund wie nix" (for healthy development of the spinal column), "Kinder gesund bewegen" (Healthy Activities for Children) or the planting and growing of vegetable patches, are widely taken on board and implemented by kindergarten teachers.

Healthy nutrition in childhood

Kindergartens as the basic level of the educational system are an important institution to embed health-conscious attitudes and behaviours during an early development phase. Through this institution, it is easy to reach out to the vast majority of children, which offers the possibility to offset health-related disadvantages due to social status, sex or a migration background. For this reason, kindergartens are a key setting for health promotion. Adequate nutrition

can exert an optimum influence on physiological and psychological development and guard against diet-related diseases such as diabetes mellitus, obesity or cardiovascular disorders. The nutritional concept "optimix" combines the findings of nutritional science, dietary habits and food preferences of children and young people. The outcome is an optimised and balanced mixed diet that safeguards supply with the recommended quantities of nutrients and energy carriers and is suitable for the whole family.

Survey: physical activity level of primary school pupils

It is the objective of the survey "Physical Activity Level of Primary School Pupils in Vienna" to identify favourable factors as well as potential barriers that influence the activity behaviour of primary school pupils and to obtain an overview of the attitudes of children, parents and school principals regarding sports, exercise and the willingness to walk certain distances on a daily basis. A qualitative methodology was chosen. For this purpose, eight interviews with eight principals as well as two focus group discussions with a total of 19 primary school pupils and two focus group discussions with 17 parents were conducted. According to the survey, children, parents and principals attach great importance of the physical activity of children. The children themselves also have a good opinion of the beneficial effects of exercise on their wellbeing and fitness. With regard to the Austrian recommendations for health-enhancing physical activity, it may be argued that these are already largely implemented during class. Thus the recommendation that children should engage in physical activity at least 60 minutes per day is normally attained without problems. According to the survey, modern Viennese primary schools do not have their pupils engage in sedentary tasks exceeding one hour. Apart from individual factors, such as pleasure in exercise or motivation, social factors including the example set by parents, teachers and above all peers also exert influence on the activity behaviour of primary school pupils. Key structural resources mentioned in the survey mainly refer to the availability of green spaces and the possibility to travel safely from and to school.

Care and therapy structures

Structures of medical and socio-medical care

In all, Vienna offers a total of 184 paediatric surgeries, with a local concentration around the General Hospital of the City of Vienna, the St. Anna Kinderspital and the Krankenanstalt Rudolfstiftung. The General Hospital houses university clinics for paediatrics and adolescent medicine, paediatric surgery and paediatric psychiatry. The St. Anna Kinderspital specialises above all in the therapy of infantile cancer, while the Glanzing Children's Hospital at the Wilhelminenspital focuses on paediatric infectiology, and the Donauspital, on perinatal medicine and paediatric surgery. Approx. 42% of all paediatric surgeries in Vienna are run by doctors who can be freely selected by patients against full or partial reimbursement of the fee paid. Most surgeries work Mondays through Fridays between 9 a.m. and noon and Mondays through Thursdays from 2 to 5 p.m. Compared to the period from Monday to Thursday, only about one third of the surgeries for paediatric and adolescent medicine also receive patients on Friday afternoon. For working parents, these standard surgery hours mean that they can only see their paediatrician Friday morning; in the afternoon, they have to consult the outpatient wards of hospitals. Vienna offers numerous socio-medical services provided by public healthcare institutions in co-operation with the social and educational facilities of the City of Vienna on behalf of the population.

Thus Vienna operates 24 parent counselling centres, a medical service for municipal kindergartens and a medical service for schools. Moreover, many other facilities, such as e.g. the Psychological Service, offer prompt and free-of-charge psychological counselling. In addition, there are various services focusing on development diagnostics and on the care for, and assistance of, infants and toddlers whose development is retarded or at risk or who are affected by disabilities. Child protection services extend help in cases of violence against children and young people.

Ambulance interventions

In 2011, Vienna's ambulances provided a total of 13,419 interventions involving children and young people. Most operations were motivated by slight to moderate health problems. 20% of interventions were due to respiratory infections and influenza. Conversely, the number of interventions necessitated by excessive alcohol consumption was very low.

Präambel

Jenseits von Limo und Pommes



Christine Nöstlinger

„Gesundheit und Glück“ sind zwar keine siamesischen Zwillinge, aber ganz sicher Geschwister, die voneinander abhängig und aufeinander angewiesen sind. Kleine Kinder sind ja auch meistens noch gar nicht fähig, seelische und körperliche Schmerzen auseinanderzuhalten. Klappt es im Kindergarten mit der Tante und den anderen Kindern nicht, tut ihnen jeden Morgen der Bauch weh, haben sie Angst vor der Schule, kotzen sie das Frühstück raus oder kriegen Durchfall. Die erwachsenen Bezugspersonen sind im Idealfall meistens in der Lage, die richtige Diagnose zu stellen; was leider nicht immer heißt, auch effizient helfen zu können.

Was Kinder brauchen, um körperlich gesund zu bleiben, das wissen wir alle längst. Richtige Nahrung, ausreichend Schlaf, viel Bewegung und regelmäßige Kontrolle von der Kinderärztin bzw. vom Kinderarzt. Diese Grundbedürfnisse werden allerdings hierzulande vielen Kindern vorenthalten. Sie stopfen sich mit Pommes und Fast-Food voll, spülen mit zuckrigen Limos nach, essen selten Obst und kennen die Namen der gebräuchlichsten Gemüsesorten nicht einmal. Sie bewegen bloß ihre Finger auf diversen Tastaturen, und dies oft noch nach Mitternacht. Und im Alter von 3 Monaten waren sie das letzte Mal bei der Kinderärztin bzw. beim Kinderarzt. Ihre Eltern sind – beziehungsweise der Elternteil, bei dem sie wohnen, ist – sichtlich mit der Aufzucht des Nachwuchses schwer überfordert, weil vom eigenen Leben gestresst, frustriert oder abgestumpft. Gründe dafür gibt es viele, der häufigste: Armut!

Ohne die Armut in Lande abzuschaffen, wird sich da wohl nicht viel ändern. Mit der „seelischen Gesundheit“ von Kindern – wobei ich nicht hochtrabend an Glück, sondern bescheiden an Zufriedenheit denke – müssen sich hingegen alle Schichten von Eltern herumschlagen, egal, in welcher ökonomischen Situation sie leben, denn alle Kinder brauchen vor allem Zuneigung. Und zwar keine, die wie ein aufgehender Germteig über sie drüberwuchert und ihnen das Atmen schwer macht, sondern Zuneigung, die ihnen größtmögliche Freiheit und Eigenständigkeit zusichert. Sie brauchen so viel Akzeptanz, dass sie sich ihren eigenen Vorstellungen entsprechend entwickeln können und nicht nach den Plänen, die ihre Eltern für sie haben.

Kinder, deren Eltern „enttäuscht“ sind, weil da jemand heranwächst, den sie anders geplant hatten, sind unglücklich, Kinder müssen spüren, dass sie nicht nur geliebt werden, sie wollen auch geachtet werden. Und um jemanden zu achten, muss man ihn nicht unbedingt verstehen. Das ist freilich nicht immer leicht zu schaffen. Dass selbst sehr bemühten Eltern dabei Fehler passieren, ist klar. Aber Kinder verzeihen ihren Eltern ja ohnehin alles. Jedenfalls weit mehr, als üblicherweise Eltern den Kindern verzeihen.

Und für den Fall, dass Eltern völlig ratlos über das Verhalten eines Kindes sind, mögen sie sich dreimal vorsagen: Ein Kind hat für alles, was es tut – und möge es uns Erwachsenen noch so unsinnig erscheinen – einen guten Grund, und es ist nicht seine Schuld, dass wir diesen Grund nicht verstehen.

Statements



Kinder und Jugendliche brauchen einen positiven Erfahrungs- und Lebensraum, um gesund zu sein – und zu bleiben. Schule soll diesen Raum bieten, der neben den physischen Faktoren auch die seelischen und sozialen Gesundheitsfaktoren im Zusammenhang mit Lernprozessen sieht und so die gesundheitsfördernden Kompetenzen stärken. Die Wiener LehrerInnen nehmen diese Herausforderung sehr bewusst und gerne an.

Mag.ª Dr.ª Susanne Brandsteidl, Amtsführende Präsidentin, Stadtschulrat für Wien

Spielen in einem anregenden Umfeld, Ausprobieren von neuen Dingen, gemeinsam mit anderen auf Entdeckungsreise gehen, sich von magischen Geschichten verzaubern lassen, selber etwas ganz Eigenes erschaffen dürfen – das hält Kinder gesund, weil es sie begeistert und seelisch nährt. Dass das möglich ist, dafür müssen wir Erwachsene und die Politik Räume in Wien schaffen!

Andrea Heuermann, Geschäftsführende Vorsitzende des Vereins wienXtra



Kinder brauchen – um sich psychisch gut entwickeln zu können – besonders stabile Beziehungen zu ihren wichtigsten Bezugspersonen. Sie brauchen Eltern, die gut auf ihre eigene Ausgeglichenheit achten können, um ihren Kindern ausreichend Beachtung und Zuwendung zu schenken. Eine gute Balance in der Erziehung ist wichtig, um den Bedürfnissen der Kinder nach selbstständiger Entwicklung und Klarheit gerecht zu werden.

Mag.ª Ulla Konrad, Präsidentin des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen

Wenn Kinder oder Jugendliche ins Spital müssen, sollten sie auf einer Kinder/Jugendlichen-Station aufgenommen sein. Dort passt das „Rundherum“ – Kinder und Jugendliche müssen sich wohlfühlen, um gesund zu werden; dazu gehört die passende Einrichtung genauso wie die Anwesenheit der Bezugspersonen und eines spezialisiert ausgebildeten Teams von ÄrztInnen, Schwestern/Pflegern, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, LehrerInnen, DiätologInnen etc.

Prim. Dr. Herbert Kurz, Abteilung Kinder- und Jugendheilkunde SMZ Ost – Donauspital



Die Befriedigung körperlicher und seelischer Grundbedürfnisse durch verlässliche Bezugspersonen ist Voraussetzung für gesundes Aufwachsen. Durch sichere Bindungsbeziehungen für mutiges Erforschen, feinfühliges Zuwendung zur optimalen Hirnentwicklung sowie altersentsprechende Förderung erwerben Kinder Kompetenzen und Autonomie.

Dr.ª Belinda Mikosz, MAG ELF – Psychologischer Dienst

Um gesund zu sein und zu bleiben, brauchen Kinder viel Zuwendung durch Menschen, die ihnen erklären und vorleben, wie kostbar Gesundheit ist – und so auch mit ihrem Körper umgehen. Ausgewogene Ernährung, freudvolle Bewegung und ausreichend Schlaf sind selbstverständlich. Darüber hinaus spüren Kinder, was sie brauchen. Wichtig ist, dass ihre Bezugspersonen diesen Bedürfnissen Aufmerksamkeit schenken und sie ernst nehmen.

Christian Morawek, Geschäftsführer der Wiener Kinderfreunde



Kinder brauchen für eine gesunde psychische Entwicklung vor allem Zuwendung, Sicherheit und Stabilität. Chaos mag für Erwachsene eine Möglichkeit sein, für Kinder ist es ein Risiko. Daher gehört auch Kontinuität der wichtigsten Bezugspersonen und auch der Bezugsorte dazu. Und letztlich brauchen Kinder unmittelbare Vorbilder, die an sich selbst zeigen, wie ein gesunder Umgang mit dem eigenen Sein gelingen kann.

Chefarzt Prim. Dr. Georg Psota, Psychosozialer Dienst Wien

„Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr.“ – Ernährungsgewohnheiten werden in frühester Kindheit geprägt. Wir sollten daher die Kindheit nutzen, eine vielseitige Ernährung von Anfang an zu fördern und damit ernährungsabhängigen Krankheiten vorzubeugen. Durch frühes Anbieten vielfältiger Geschmacksrichtungen lässt sich die Aufgeschlossenheit der Kinder gegenüber den für die Kinder neuen Lebensmitteln fördern.

Ass.ⁱⁿ Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Petra Rust, Department für Ernährungswissenschaften



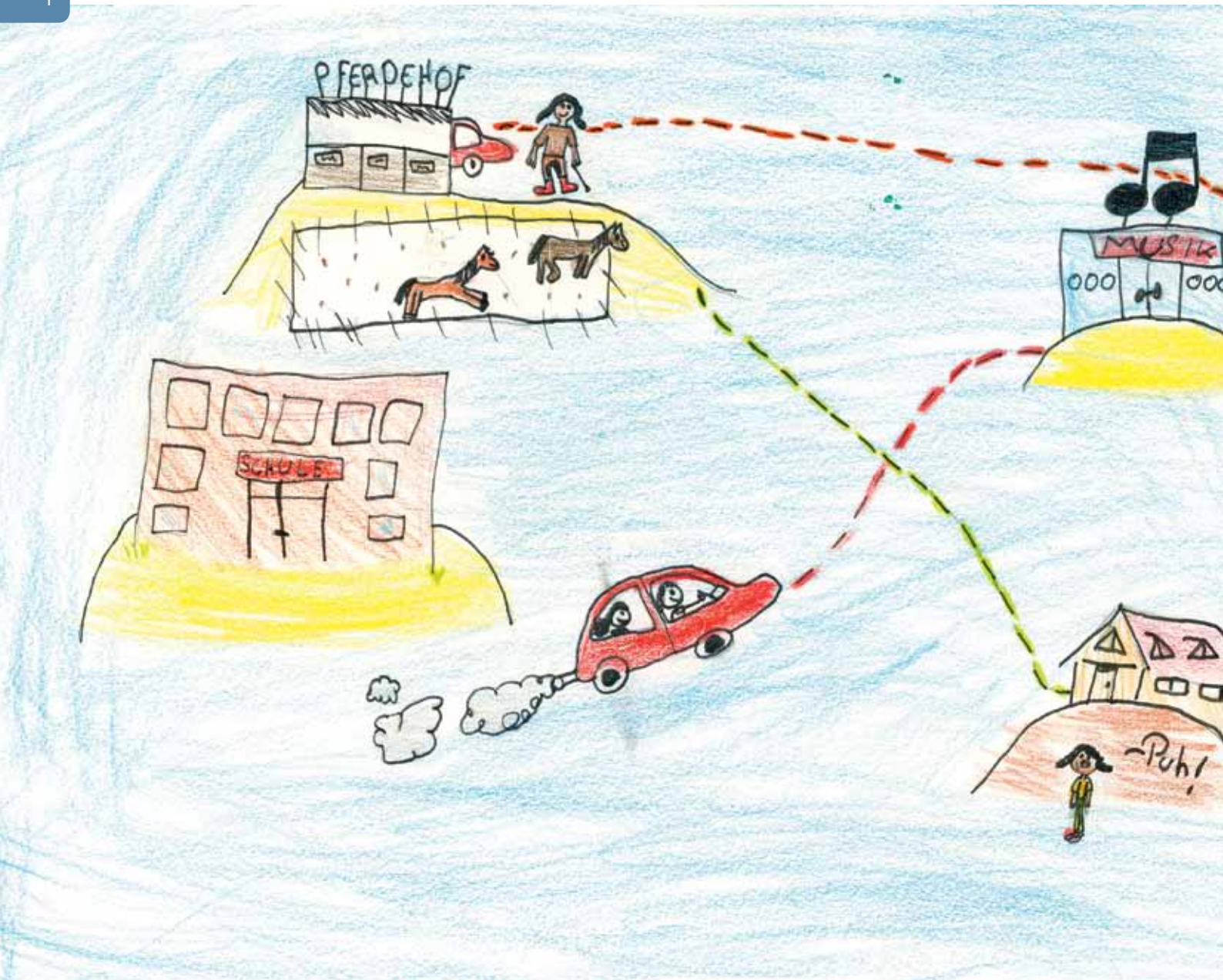
Genügend Bewegung, eine ausgewogene Ernährung, ausreichend Schlaf, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und die laut Impfplan empfohlenen Impfungen – all das kann helfen, den Gesundheitszustand Ihres Kindes bestmöglich zu erhalten. Und: Es wird der Grundstein dafür gelegt, dass es später zu keinen Zivilisationskrankheiten, wie Diabetes, Rückenbeschwerden oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, kommt.

Dr. Rudolf Schmitzberger, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde

Gesunde Kinder brauchen gesundheitsbewusste Eltern! Die Eltern sind nicht nur die ersten, sondern auch die wichtigsten Gesundheitserzieher für ihre Kinder. Durch ihre Vorbildwirkung prägen sie entscheidend Werte, Haltungen und Einstellungen mit. Das gilt besonders für das Gesundheitsverhalten. Um Kinder gesund zu erhalten, braucht es also auch kompetente Eltern, die Werte wie Genuss und Liebe vorleben!

Ingrid Wallner MBA, Plattform Elterngesundheit





gezeichnet von: Pauline, 11 Jahre

Kindheit ist nicht gleich Kindheit

Rudolf Richter

Kindheit gestern, heute, morgen: Veränderte Rahmenbedingungen

1.1 Ausgangslage: Kindheit ist nicht gleich Kindheit

So einfach dieser Satz klingt, so genau beschreibt er die heutige Situation. Kindheit ist pluralisiert. Es gibt nicht die eine Kindheit, sondern verschiedene Lebensweisen, verursacht durch den Prozess der Individualisierung, der den Ablauf und den Gehalt der verschiedenen Altersstufen verändert hat.

Die Phasen des Lebenslaufs sind nicht mehr so eindeutig definierbar wie noch vor 50 Jahren. Alter heißt nicht mehr automatisch Krankheit. Im erwerbsfähigen Alter zu sein heißt nicht mehr automatisch eine Arbeit zu haben, zumindest nicht kontinuierlich und nicht immer im selben Beruf. Im Alter zwischen 30 und 50 ist man nicht mehr unbedingt verheiratet und zieht die eigenen Kinder auf, und bei jungen Menschen unter 30 entdeckte die Soziologie eine Phase, die sie Postadoleszenz nannte: nicht mehr jugendlich, aber noch nicht erwachsen.

Ebenso hat sich die Kindheit verändert. Sie entspricht heute nicht mehr dem Ideal einer geschützten und bewahrten Kindheit, wie sie in Zeiten des Humanismus verstanden wurde. Kinder sollten danach einen eigenen Lebensraum haben, in dem sie gebildet werden und sich entwickeln können. Diese Ideen hatten in Europa das Verbot von Kinderarbeit, eine eigene Gesetzgebung für Kinder und in der modernen Gesellschaft die Entwicklung von Kinderrechten zur Folge.

Individualisierung, Lebensstile und Kindheit

Heute sind die Lebenswelten individualisiert, für alle verbindliche und konsensuelle Normen fehlen. Manche Werte mögen zwar geteilt werden, aber das Verständnis dieser Werte ist unterschiedlich. So wird beispielsweise niemand bestreiten, dass Gerechtigkeit ein wesentlicher Wert ist. Was aber darunter verstanden wird, kann je nach sozialer Herkunft und Kultur sehr unterschiedlich sein.

Individualisierte Lebensläufe entstehen im 20. Jahrhundert vor allem durch den Prozess der Urbanisierung. In der Stadt entwickeln sich eigene Lebensregeln, die zu unterschiedlichen Lebensstilen führen. Diese Lebensstile sind oft flüchtig, sie sind leichter auszutauschen als die sozialen Klassen oder Schichten, die die Industriegesellschaft als Prinzipien der sozialen Ungleichheit dominierten.

Zu dieser Vielfältigkeit an Lebensstilen gehören auch Stile der Migration. Gerade in Wien werden diese bedeutsam. Migrationsstile sind transnationale Stile, unabhängig von der Herkunft der MigrantInnen. Diese Stile sind bestimmt durch einen Neuanfang in der Gesellschaft bei gleichzeitigem Kontakt zu ihrem Herkunftsland. Elemente aus beiden Kulturen werden integriert, gleichzeitig wird nicht nur geografisch, sondern auch mental zwischen den Herkunfts- und Aufnahmekulturen gependelt. MigrantInnen müssen sich in der Gesellschaft finden. Sie müssen soziale Regeln lernen, die ihnen vielleicht fremd waren. Das fällt vor allem im öffentlichen Raum auf. Grüßt man im Stiegenhaus? Wie verhält man sich auf öffentlichen Plätzen, bei Spitalsbesuchen oder im Straßenverkehr? Das sind Orientierungsfragen in der Migration. Diese Ambivalenz des Lebens wird auch von den Kindern empfunden und wirkt als potenzieller Unsicherheitsfaktor auch in der zweiten oder dritten Generation. Mädchen und

Kinder wachsen in unterschiedlichen Milieus auf und werden durch die Vielfalt an Lebensstilen geprägt.

Buben zeigen verschiedene Arten, damit umzugehen. Untersuchungen aus Deutschland untermauern, dass männlichen Migrantkindern oft nichts anderes überbleibt, als sich in Außen-seiter-Peergroups zu profilieren. Bei Mädchen ist eine aggressive Cliquesorientierung seltener (Apitzsch 2010).

Kinder wachsen in unterschiedlichen Milieus auf und werden durch die Vielfalt an Lebensstilen geprägt. Ob man auf Bildung oder auf einen frühen Einstieg in den Arbeitsmarkt Wert legt, ist eine Frage des Lebensstils und der Milieuzugehörigkeit der Eltern.

Individualisierung durch Veränderung des Verhältnisses von Arbeit und Freizeit

Die scharfe Grenze zwischen Arbeit und Freizeit wird in der modernen Wissensgesellschaft zunehmend brüchiger. Zunächst ändert sich die Organisation der Arbeitswelt. Berufliche Mobilität ist Kennzeichen des Lebenslaufs. Flexible Arbeitszeiten, vermehrte Teilzeitarbeit, vor allem von Frauen beansprucht, Zeiten der Arbeitslosigkeit im Lebenslauf, Frühpensionierungen: Das alles sind Tendenzen der Aufweichung der Normalarbeitszeit. Dazu kommen die Vernetzung über das Internet und die daraus resultierende ständige Erreichbarkeit, die in manchen Berufen zur Selbstverständlichkeit wird.

Bedürfnisse der Kinder nach Erwartbarkeiten und geordneten Tagesrhythmen werden heute nur mehr bedingt erfüllt.

Diese Flexibilität in der Arbeitswelt der Erwachsenen hat Auswirkungen auf die Kindheit. Das Familienleben muss neu organisiert werden. Bedürfnisse der Kinder nach Erwartbarkeiten und geordneten Tagesrhythmen werden heute nur mehr bedingt erfüllt. Wenn die Eltern einmal nachmittags zu Hause sind, dann wieder nicht, wenn es keine klaren Berufszeiten gibt – gleichgültig wie lange diese sind –, wenn auch am Wochenende gearbeitet wird, statt mit dem Kind etwas zu unternehmen, dann destabilisiert und verunsichert das die Kinder. Kinder sind heute mit diesen veränderten Arbeitsbedingungen der Eltern konfrontiert.

Die Kindheit wird in der Freizeit individualisierter. Es gibt vielfältige Freizeitmöglichkeiten, nicht alle nehmen die gleichen in Anspruch. Das Kind kommt in der Musikschule und der Sportgruppe mit unterschiedlichen Kindern zusammen. Statt sozialer Gruppen, in der Soziologie definiert als solche mit Wir-Gefühl, engem Zusammenhalt, interner Rollendifferenzierung und längerer Dauer, dominieren heute eher soziale Netzwerke, die weniger starr organisiert sind. Dies mag zwar die Lebenschancen erhöhen, vermindert aber die Intensität der Bindungen.

Die Individualisierung wird auch durch die Privatisierung des Wohnraums gefördert. Heute verfügen die meisten Kinder über ein Kinderzimmer, früher war dies im städtischen Bereich nicht so. Die Rückzugsmöglichkeiten in der Wohnung schaffen wieder persönlichen Freiraum, der sowohl zu freiem Spiel als auch zu regelgeleitetem Computerspiel genutzt werden kann. Die soziale Kontrolle wird minimiert, die Möglichkeit der Entfaltung der eigenen Persönlichkeit, ein ganz wichtiger Wert in der europäischen Wertelandschaft, wird größer (vgl. Friesl et al. 2009). Die Kindheit ist also auch vermehrt eine individualisierte Kindheit.

1.2 Der Wandel der Kindheit

Organisierte Kindheit

Die heutige Kindheit kann als de-institutionalisiert und stark organisiert beschrieben werden. Um das zu erläutern, hilft die soziologische Unterscheidung zwischen Institution und Organisation. Eine Institution gibt Verhaltensregeln vor und besteht aus einem stabilen Normen- und Wertesystem. Eine De-institutionalisierung der Kindheit kann darin gesehen werden, dass es keine wirklich verbindlichen Verhaltensmuster für die Kindheit gibt oder diese zumindest abnehmen. Die Abgrenzung gegenüber der Jugend- und Erwachsenenwelt wird schwierig. Am deutlichsten zeigt sich dies in der Pädagogisierung der Kindheit: Lernen wird immer mehr vorgezogen, der Kindergarten wird zur Vorschule. Eigene Bildungskonzepte, professionelle Lernprogramme werden entwickelt (vgl. z. B. Fthenakis 2003).

Dagegen ist die Kindheit viel stärker organisiert als früher. Organisation heißt ein geregeltes, zielorientiertes Zusammenwirken von Menschen und ihren Aktivitäten. Die organisierte Kindheit wird vor allem durch die Schule und den geregelten Ablauf von Schulzeiten offensichtlich. Es sind aber auch die vielfältigen Organisationsformen in der Freizeit, die das Alltagsleben der Kinder strukturieren. Der Tagesablauf der Kinder wird diskontinuierlicher. Neben der Schule werden noch verschiedene Aktivitäten organisiert: Sport, Musikschule, Treffen mit FreundInnen zum Beispiel. Man geht nicht einfach auf die Straße spielen, sondern fährt zu einem Freizeitpark, einer Sportstätte oder besucht Bekannte. Die Kindheit wird durch Zeitpläne bestimmt. Auch Kinder haben bereits einen Terminplan, der auch ein Terminplan der transportierenden Erwachsenen, Eltern oder Großeltern ist. Dies kann als Merkmal der Verbetrieblichung der Kindheit (Jurczyk/Voß 2000) beschrieben werden.

Oft sind die Verkehrswege zu den Freizeitorten groß. Zeiher (1994) hat den Begriff der Verinselung der Kindheit geprägt. Inseln, das sind der Familienhaushalt, die Schule, die Sportstätte, der Wohnort der FreundInnen, die Musikschule und Ähnliches mehr. Die Fahrt von einem Ort zum anderen wird im Auto, in der U-Bahn zurückgelegt, der Weg dorthin ist reduziert zu einem Transportweg. Die Umgebung am Weg spielt keine Rolle.

Zusätzlich ist diese organisierte Freizeit auch leistungs- und damit produktbetont. Es muss etwas gelernt und gekonnt werden, es geht nicht mehr nur um die Freude an der Sache.

Armut

Auch die soziale Lage der Kindheit hat sich geändert. Existenzielle Armut tritt einerseits seltener auf als vor 100 Jahren, andererseits hat sich auch der Armutsbegriff gewandelt. Zur ökonomischen Armut, die es nach wie vor gibt, kommt die sogenannte neue Armut hinzu. Darunter versteht man im Wesentlichen, sich nicht die gleichen Konsumgüter leisten zu können wie die anderen. Neue Armut ist nicht existenzbedrohend, sie ist sozial ausschließend.

Pädagogisierung der Kindheit

Kindheit ist heute am ehesten als individualisierte und organisierte Kindheit zu bezeichnen.

Neue Armut ist nicht existenzbedrohend, sie ist sozial ausschließend.

Konsum

Die Konsumorientierung in der Kindheit ist ein zentraler Punkt, wenn man von Veränderungen in der Kindheit spricht. Kinder werden nicht wie früher in die Konsumwelt von den Eltern hineinsozialisiert, sie entfalten sich selbst als KonsumentInnen. Eltern können auch nicht den medialen Zugang kontrollieren. Kinder wachsen mit Medien auf, mit den dort präsentierten Konsumgütern, den „global brands“, den ästhetischen, auch körperlichen Vorstellungen. Die Spielzeugindustrie merkt dies. Heute werden Barbiepuppen kaum mehr für über 8-Jährige verkauft, früher spielten 14-Jährige damit. Heute richten sich auch schon 12-jährige Mädchen nach den medialen Schönheitsidealen und werden als sexy Models in den Medien präsentiert (siehe Berichte in Quortrup 2009).

Kinder „arbeit“

Der Wandel der Kindheit zeigt sich auch darin, dass Gesetze und Regelungen festgelegt werden (müssen), um die Kinder zu schützen. Kinderrechte betreffen zentral das Verbot der Kinderarbeit (vgl. UNCRC United Nations Convention on the Rights of the Child).

Auch wenn es keine Kinderarbeit in Europa gibt, so gibt es Aktivitäten, die Arbeitscharakter haben. Der Sport in der Freizeit ist leistungsorientiert, natürlich auch der Musikunterricht. Der Besuch von Geburtstagsfesten ist eine soziale Verpflichtung und mag den Eltern als Networking dienen. Die schon angesprochene Pädagogisierung, Verschulung und Verbetrieblichung der Kindheit tragen ebenso dazu bei, dass die Kindheit strukturell dem Erwachsensein ähnlicher wird. Die Aktivitäten der Kindheit bekommen Arbeitscharakter.

Statusambivalenz der Kindheit

Eine Ambivalenz zeigt sich darin, dass sich der Status der Kindheit erhöht hat, der Status von Kindern aber eher geringer geworden ist.

Ist der Wandel der Kindheit an verschiedenen strukturellen Merkmalen ablesbar, so erkennt man zusätzlich einen Wandel im Status der Kindheit. Unter Status versteht man in der Soziologie das Ansehen, das mit einer sozialen Position verbunden ist. Kindheit wäre die soziale Position im Lebenslauf, im Wesentlichen definiert durch das Alter.

Eine Ambivalenz zeigt sich darin, dass sich der Status der Kindheit erhöht hat, der Status von Kindern aber eher geringer geworden ist.

Der Status Kindheit ist bedeutender geworden, weil vermehrt entdeckt wird, dass Kindheit nicht mehr so geschützt ist, dass sie aber Schutz braucht. Status bedeutet hier Wichtigkeit, und der Diskurs über Kinder und Kindheit, die Beschäftigung damit, hat wohl zugenommen. Der Status ist aber auch bedeutender geworden, weil es weniger Kinder gibt. Was weniger vorhanden ist, genießt oft besonderes Ansehen. Man könnte also vermuten, dass durch die kürzere Phase der Kindheit und die geringere Anzahl der Kinder der Status steigt. Kindheit ist sozusagen eine gefährdete Phase und ein gesellschaftspolitisches Thema.

Gleichzeitig sinkt der Status der Kinder. Sie werden weniger als besondere Menschen, als eine besondere Gruppe im Lebenslauf angesehen. Kriterien der Erwachsenenwelt fließen in ihr Leben ein: Man verlangt Leistung, lässt sie lernen, ihr Spiel wird zur Arbeit. Das schwächt ihr Ansehen als etwas Einzigartiges und Besonderes. Sie verhalten sich früh als Erwachsene,

sind in die Konsumwelt voll integriert, werden als PartnerInnen und FreundInnen wahrgenommen und verlieren immer mehr ihr geschütztes unschuldiges Ansehen.

So ist die Kindheit durch Ambivalenz geprägt, durch eine Spannung zwischen erhöhtem und erniedrigtem Status, durch mehr oder weniger Ansehen. Uneindeutigkeit zeigt sich, wie in vielen Bereichen, auch in der Stellung der Kindheit in der Gesellschaft.

Der undefinierte Status und die unsichere Situation wirken sich auf die Gesundheit aus. Sehr viele Krankheitsformen, die früher als erwachsenenspezifisch galten (z. B. Dickleibigkeit), treten nun bereits in der Kindheit auf. Die unsicher und vielschichtig erlebte Situation wirkt sich auf die Gesundheit des Körpers und der Psyche aus. Psychosomatische Beschwerden treten vermehrt auf (Hurrelmann/Andresen 2010). Der vorliegende Wiener Kinder- und Jugendgesundheitsbericht liefert dazu detaillierte Daten.

Generationenstellung

Die signifikanteste Änderung liegt in den Verhältnissen zwischen den Generationen. Die horizontalen Beziehungen sind geringer geworden, die vertikalen haben sich vermehrt. Die moderne Familie wird als Mehrgenerationenfamilie untersucht. So leben heute in der Regel drei, manchmal vier Generationen gleichzeitig. Laut Statistik Austria haben 37% der Bevölkerung mindestens einen lebenden Großelternteil, 6% mindestens einen lebenden Urgroßelternteil. Bei 96% der Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren leben noch eine Großmutter oder ein Großvater. 78% der Bevölkerung haben lebende Angehörige aus zumindest 2 weiteren Generationen.

Gleichzeitig gibt es weniger Kinder. Die 1- bis 2-Kind-Familie ist die Regel. Dadurch ergibt sich pro Kind eine wesentlich häufigere Beziehung zur älteren Generation als zu Gleichaltrigen. Die Geschwisterbeziehungen nehmen ab. An die Stelle der Rolle der Geschwister treten die Peers, die FreundInnen.

Geschwisterbeziehungen bleiben aber bedeutsam, sie sind die längsten im Lebenslauf.

Den Kindern stehen wesentlich mehr Erwachsene gegenüber als früher, und die Erwachsenen bekommen dadurch für sie eine wesentlich größere Bedeutung als früher.

Generationenkonflikte sind heute geringer als früher, sicher geringer als vor 5 Jahrzehnten. Einerseits ist die gegenseitige Toleranz zwischen den Generationen groß, andererseits sind ihre Werte ähnlich. Ein Generationenkonflikt als Folge der Pensionszahlungen ist eher von den Medien und der Politik gemacht und geschürt. Jedenfalls lässt sich aus der Tatsache, dass die junge Generation für die ältere die Pensionen zahlt, kein sozialer Generationenkonflikt entwickeln. Im Bewusstsein der Kinder spielt das ohnehin keine Rolle, noch eher im Versorgungsdenken der Eltern, die sowohl für sich durch Versicherungen als auch für die Kinder durch Geldanlagen Vorkehrungen treffen, sofern sie dazu finanziell in der Lage sind.

Gender Bias

Die Kindheit wird auch beeinflusst durch einen genderspezifischen Diskurs, durch die unterschiedlichen Lebenschancen von Jungen und Mädchen. Bei der Berufswahl erkennt man noch immer deutliche Unterschiede. Mädchen wird erhöhte soziale Kompetenz und Umgänglichkeit zugesprochen, sie haben bessere Schulleistungen. Burschen sind aggressiver und haben ein stärkeres Konkurrenzdenken. Derzeit steht in Diskussion, inwieweit Mädchen in

Die signifikanteste Änderung liegt in den Verhältnissen zwischen den Generationen.

Die horizontalen Beziehungen sind geringer geworden, die vertikalen haben sich vermehrt.

Mädchen und Jungen haben unterschiedliche Lebenschancen.

der Schule bevorzugt werden. Dies hängt mit der großen Anzahl der Lehrerinnen zusammen, die als Frau ein Rollenvorbild für Mädchen, nicht aber für Burschen liefern. Jüngere Forschungen in Österreich zeigen, dass einerseits die Beteiligung von Mädchen in matura-führenden Schulen zunimmt, dass sie andererseits häufiger eine Ausbildung nach der Pflichtschulzeit abbrechen. Buben erbringen auch schlechtere Leistungen in der Schule (vgl. Bacher u. a. 2008).

Die Aspekte der unterschiedlichen Förderung von Jungen und Mädchen würden weitere Forschungen verdienen.

Partizipation der Kinder und Kinderrechte

Je höher die Relevanz eines Ereignisses für ein Kind ist, desto eher wird auch Raum für Partizipation zugestanden.

Selbstständigkeit und Entfaltung der eigenen Persönlichkeit sind heute wichtige Erziehungswerte. Dazu gehört auch die Partizipation der Kinder bei Entscheidungen, die sie betreffen. Kinder werden in familiäre Entscheidungen eingebunden (z. B. Zartler et al. 2009). Aber auch dies hängt sehr stark mit den jeweiligen sozialen Milieus zusammen. Die Familientradition der Herkunftsfamilie, das Ausmaß an Bildung in der Familie und der soziale Status beeinflussen die Bereitschaft zur Partizipation. Ganz allgemein kann man von einem Zusammenspiel von Relevanz und Partizipation sprechen. Je höher die Relevanz eines Ereignisses für ein Kind ist, desto eher wird auch Raum für Partizipation zugestanden. Die meisten Eltern erlauben bei Kleidung und Zimmereinrichtung weitgehende Mit- oder Selbstbestimmung der Kinder. Partizipation im öffentlichen Raum ist demgegenüber punktuell und projektgebunden. Kinder werden im kommunalen Bereich durch Kinderparlamente oder zeitweise angebotene Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Gestaltung des öffentlichen Raums miteinbezogen, doch ist die Mitwirkung bei Gestaltung etwa von Kinderspielplätzen oder einer kindgerechten Nutzung des öffentlichen Raums kein Regelfall (vgl. Zartler et al. 2009, s.75 f.).

Zusammenfassung

Kindheit ist heute am ehesten als individualisierte und organisierte Kindheit zu bezeichnen. Kinder werden nicht nur durch die Eltern geprägt, sondern auch durch ihr soziales Umfeld, die Nachbarschaft. Heute sind diese Umwelten vielfältig. Unterschiedliche Lebensstile, Werthaltungen und Verhaltensweisen prägen das Leben in der modernen Großstadt. Dementsprechend kann man auch nicht mehr von einer Kindheit sprechen, sondern von unterschiedlichen Lebensweisen von Kindern.

Individualisierung geht auch einher mit größerer beruflicher Mobilität. Normalarbeitsverhältnisse nehmen ab, flexible Arbeitsverhältnisse mit unterschiedlicher Zeitstruktur nehmen zu. Das schafft Diskontinuität und Unsicherheit für die Kinder.

Die Phase der Kindheit selbst ist nicht mehr scharf abgegrenzt. Schlagworte wie Verbetrieblichung der Kindheit, Pädagogisierung oder Verinselung kennzeichnen die Probleme. Der Tagesablauf muss organisiert werden, von Kindern wird bereits früh Leistung verlangt. Die Lebensräume werden als verschiedene Inseln wahrgenommen, zu denen die Kinder von den Eltern oder Großeltern transportiert werden.

So stellt sich Kindheit als de-institutionalisiert dar: Verbindliche soziale Normen und Werte, wie Kindheit zu gestalten sei und was Kindheit eigentlich ausmache, gehen zurück. Vielfältige Familienformen und Betreuungsverhältnisse schon in der frühen Kindheit sind struktureller Ausdruck dieser De-institutionalisierung. Die meisten Kinder wachsen in Kernfamilien mit

ihren biologischen Eltern auf. Daneben gibt es AlleinerzieherInnen, geschiedene und wieder-verheiratete Paare mit gemeinsamen Kindern und Kindern aus früheren Beziehungen, gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern und Paare mit Pflege- und Adoptivkindern. Sie alle werden unter dem Begriff der Patchworkfamilie zusammengefasst. Kinder werden zu Hause von Großeltern, von Müttern, aber auch vermehrt von Vätern betreut. Sie kommen in Kinderkrippen und Kindergärten oder zu Tagesmüttern. Das alles ergibt ein Konglomerat von Sozialisationsfeldern, die unterschiedliche Lebensstile bewirken. Kinder werden vermehrt als eigenständige Persönlichkeiten wahrgenommen, die eigene Rechte besitzen und ihre Angelegenheiten familiär mitgestalten können.

Diese erlebte Flexibilität wird auch Auswirkungen auf die körperliche Befindlichkeit haben. So werden vermehrt Krankheiten von Erwachsenen bei Kindern diagnostiziert.

Der vorliegende Wiener Kinder- und Jugendgesundheitsbericht wird darauf detailliert eingehen.

Literatur

Apitzsch, Ursula (2010): Ausländische Kinder und Jugendliche. In: Krüger, H. H./Grunert, C. (Hg.): Handbuch Kindheits- und Jugendforschung. 2. akt. Aufl., Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 935–956.

Bacher, Johann/Beham, Martina/Lachmayr, Norbert (Hg.) (2008): Geschlechterunterschiede in der Bildungswahl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Friesl, Christian/Polak, Regina/Hamachers-Zuba, Ursula (Hg.) (2009): Die Österreicher/-innen. Wertewandel 1990–2008. Bericht zur Europäischen Wertestudie 2008 – Österreichteil. Wien: Czernin.

Fthenakis, Wassilios E. (2003): Elementarpädagogik nach PISA. Wie aus Kindertagesstätten Bildungseinrichtungen werden können. Freiburg i. Br.: Herder.

Hurrelmann, Klaus/Andresen, Sabine (2010): Kinder in Deutschland 2010. 2. World Vision Kinderstudie. Hamburg: Fischer.

Jurczyk, Karin/Voß, Günther (2000): Entgrenzte Arbeitszeit – Reflexive Alltagszeit. Die Zeiten des Arbeitskraftunternehmers. In: Hildebrandt, E. (Hg.): Reflexive Lebensführung. Zu den sozialökologischen Folgen flexibler Arbeit. Berlin: Ed. Sigma. 151–205.

Qvortrup, Jens/Corsaro, William A./Honig, Michael-Sebastian (Hg.) (2009): The Palgrave Handbook of Childhood Studies. Houndmills/Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Zartler, Ulrike/Marhali, Andrea/Starkbaum, Johannes/Richter, Rudolf (2009): Familien in Nahaufnahme. Eltern und ihre Kinder im städtischen und ländlichen Raum. Wien: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend.

Zeiger, Helga (1994): Orte und Zeiten der Kinder. Soziales Leben im Alltag von Großstadtkindern. Weinheim/München: Juventa.

Entwicklungs- psychologie

Brigitte Rollett



gezeichnet von: Jacqueline & Isabel, 11 Jahre

Grundlagen der Entwicklungspsychologie

Die entwicklungspsychologische Forschung stellt wesentliche Grundlagen für die Beurteilung einer gesunden im Gegensatz zu einer verzögerten oder gestörten Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. Generell gilt, dass die Entwicklung sowohl von angeborenen als auch von milieubedingten bzw. erworbenen Faktoren maßgeblich beeinflusst wird, wobei die jeweiligen Anteile je nach Entwicklungsbereich stark variieren.

Der Entwicklungsverlauf bis zum jungen Erwachsenenalter gliedert sich in folgende Perioden: Säuglingsalter (Geburt bis 1 Jahr), Kleinstkindalter (1 bis 3 Jahre), Kleinkindalter (3 bis 6 Jahre), Mittlere Kindheit (6 bis 11 Jahre), Adoleszenz (11 bis 21 Jahre). Die Adoleszenz umfasst drei Abschnitte: Vorpubertät, Pubertät und Jugendalter. Beim Auftreten dieser Teilperioden können heute erhebliche Unterschiede beobachtet werden (Früh- bzw. Spätentwicklungen). So kann z. B. bei Mädchen schon mit 8 Jahren die sogenannte „Knospenbrust“ als erstes Anzeichen des Beginns der geschlechtlichen Entwicklung auftreten. Entsprechend verschieben sich die weiteren Teilperioden.

Im Folgenden wird auf einige für die gesunde Entwicklung besonders wesentliche Bereiche eingegangen.

2.1 Entwicklung im Säuglingsalter

Die Entwicklung von Kompetenzen

Die psychische Entwicklung des Menschen beginnt schon im Mutterleib: Säuglinge kommen bereits mit weitgehend funktionsfähigen Sinnesorganen auf die Welt. Schon vor der Geburt erwerben sie z. B. die Kenntnis der Stimme der Mutter und können diese nach der Geburt von Stimmen anderer Frauen unterscheiden. Anfangs sind sie jedoch noch nicht in der Lage, leise Geräusche wahrzunehmen. Für die Eltern bedeutet dies, dass sie liebevoll und freundlich, aber eher laut mit dem Baby sprechen müssen, wenn sie von ihm eine Reaktion erwarten. Die Zone des schärfsten Sehens befindet sich zunächst in einer Entfernung von ca. 20cm. Dies ist z. B. für die Kontaktaufnahme mit dem Baby beim Stillen bzw. Füttern günstig. Die Anpassung des Sehens an verschiedene Entfernungen entwickelt sich erst nach und nach. Schon bald können die Kinder einfache von komplexeren Mustern, die man ihnen zeigt, unterscheiden. Sie bevorzugen bereits nach der Geburt Gesichter gegenüber anderen Objekten (Spangler et al. 2011) und können einfache Gesichtsausdrücke imitieren (z. B. den Mund spitzen oder zu einem „O“ öffnen), eine wichtige Vorbereitung für die soziale Kommunikation.

Die Motorik entwickelt sich „von oben nach unten und von innen nach außen“: Erst erwirbt das Kind die Fähigkeit, den Kopf zu heben, wenn es auf dem Bauch liegt, später kann es sich mit den Ellbogen aufstützen und auch den Oberkörper heben. Mit durchschnittlich 3 bis 4 Monaten wird der Greifreflex durch das gezielte Greifen (zunächst noch mit der ganzen Hand) ersetzt, sodass das Baby nun nach einem Spielzeug greift, das man ihm vorhält (siehe Tab.1).



Tabelle 2.1: **Motorische Entwicklung**

| Kompetenz | Mittelwert des Auftretens | Variationsspielraum |
|--|---------------------------|---------------------|
| Aufrechthalten des Kopfes, wenn man das Kind aufrichtet | 6 Wochen | 3 Wochen – 4 Monate |
| Hochheben von Kopf und Brust und Abstützen mit den Armen | 2 Monate | 3 Wochen – 4 Monate |
| Auf den Rücken drehen aus der Seitenlage | 2 Monate | 3 Wochen – 5 Monate |
| Gezielt nach einem Gegenstand greifen | 3 Monate 3 Wochen | 2 – 7 Monate |
| Allein sitzen | 7 Monate | 5 – 9 Monate |
| Krabbeln | 7 Monate | 5 – 11 Monate |
| An einem Objekt zum Stehen hochziehen | 8 Monate | 5 – 12 Monate |
| Gehen mit Festhalten an einer oder beiden Händen | 10,6 Monate | 8 – 14 Monate |
| Frei stehen | 11 Monate | 9 – 16 Monate |
| Gehen ohne Hilfe | 11,3 Monate | 9 – 17 Monate |
| Zwei Bausteine übereinander setzen | 11,3 Monate | 10 – 19 Monate |
| Kritzeln | 14 Monate | 10 – 21 Monate |

Quelle: Bayley 1993

Für jeden Entwicklungsbereich gibt es Richtwerte, die angeben, ob eine Verzögerung bedeutungsvoll ist oder nicht.

Für alle Entwicklungsbereiche gilt, dass es relativ große individuelle Unterschiede gibt. Diese sind jedoch nicht so bedeutungsvoll, dass sich die Eltern Sorgen machen müssten, wenn sie feststellen, dass bei ihrem Kind die Entwicklung in einem Bereich etwas länger dauert als bei den Kindern ihrer Bekannten. Für jeden Entwicklungsbereich gibt es Richtwerte, die angeben, ob eine Verzögerung bedeutungsvoll ist oder nicht. (Die Untersuchungen, die im Mutter-Kind-Pass vorgesehen sind, haben den Zweck, auf notwendige Förderungen aufmerksam zu machen.)

Die vorsprachliche Entwicklung beginnt zwischen 6 und 8 Wochen mit Gurrllauten, es folgt mit 6 bis 9 Monaten die Lallphase. Man sollte von Anfang an mit dem Baby viel sprechen, da es die emotionellen Bedeutungen des Stimmtons schon versteht (z. B. auf etwas aufmerksam machen, erklären, beruhigen usw.). Ein für die Förderung der Sprachentwicklung wichtiges Spiel besteht darin, die Laute des Babys nachzumachen und es so zur Imitation anzuregen. Das erste sinnvoll gebrauchte Wort tritt in der Regel mit etwa einem Jahr auf, doch gibt es auch hier große Unterschiede. Manche Kinder entdecken das erste Wort schon mit 10 Monaten, andere erst mit 13 oder 14 Monaten. Mit eineinhalb Jahren können Kinder im Durchschnitt 12 bis 19 Wörter selbst sprechen und etwa 50 Wörter verstehen. Die „50-Wort-Marke“ sollte spätestens mit 2 Jahren erreicht werden. Anschließend kommt es zu einer raschen Weiterentwicklung („Bedeutungsexplosion“), es werden in kurzer Zeit bis zu 200 Wörter verstanden und schließlich auch selbst gesprochen. Vom „Einwortsatz“ gelangt das Kind zum „Zweiwortsatz“ und anschließend zum „Mehrwortsatz“. Erste grammatikalische Gliederungen treten auf. Mit ca. 4 Jahren haben die Kinder die Alltagssprache erworben. Die weitere Entwicklung ist dadurch gekennzeichnet, dass der Wortschatz größer und die Satzstrukturen komplexer werden.

Kinder mit einem Sprachentwicklungsrückstand können im Alter von 2 bis 2½ Jahren noch keine oder nur einige wenige Wörter sprechen.

Kinder mit einem Sprachentwicklungsrückstand können im Alter von 2 bis 2½ Jahren noch keine oder nur einige wenige Wörter sprechen. Oft beruhigen sich Eltern damit, dass das Kind ihrem Eindruck nach „alles versteht“. Verstehen stellt aber (auch gehirnphysiologisch) eine völlig andere Sprachfunktion dar als das Selbstsprechen. Man sollte in einem solchen Fall unbedingt eine diagnostische Abklärung vornehmen lassen (in Wien z. B. an der Universitätsklinik für HNO, Abt. f. Phoniatrie-Logopädie).

Die Entwicklung des Temperaments

Kinder unterscheiden sich bereits von der Geburt an in ihrem Temperament (Thomas/Chess 1977). „Pflegeleichte Kinder“ sind fröhlich, an ihrer Umgebung interessiert und gewöhnen sich rasch an einen Rhythmus. „Langsam auftauende Kinder“ fallen dadurch auf, dass es eine gewisse Zeit braucht, bis sie ansprechbar sind bzw. etwas Neues lernen. Dies kann dazu führen, dass man sich zu wenig mit ihnen beschäftigt, weil sie zufrieden in ihrem Bettchen liegen. Die problematischste Gruppe bilden die „Schwierigen (Schrei-)Kinder“. Ungefähr 10% der Säuglinge zählen zu dieser Gruppe. Sie stellen für die Eltern eine große Belastung dar. Es ist daher von Bedeutung, dass man den Eltern vermittelt, dass sie nicht daran „schuld“ sind, da es sich um ein angeborenes Temperament handelt. Durch eine geduldige Erziehung können auch diese Babys so beeinflusst werden, dass sie später nicht mehr auffällig sind. Unter dem Stichwort „Schreiambulanz“ können betroffene Eltern im Internet Beratungsstellen ausfindig machen, die Hilfe anbieten.

Kinder unterscheiden sich bereits von der Geburt an in ihrem Temperament.

Die Bindung und ihre Bedeutung für die soziale Entwicklung und die Lernbereitschaft

Das 1. Lebensjahr stellt eine besonders wichtige Zeit für die Entwicklung der Fähigkeit dar, soziale Beziehungen aufzunehmen. Die Grundlage bildet zunächst die Bindung an die Mutter bzw. an die Person, die diese Stelle einnimmt. Sie wird zum „Arbeitsmodell“ für spätere soziale Beziehungen (Bowlby 1979; Ainsworth et al. 1978; Ahnert 2010). Während bei der Mutter vor allem emotionelle und fürsorgliche Komponenten für die Beziehungsgestaltung von Bedeutung sind, baut die Bindung an den Vater darauf auf, dass er in unserer Kultur für das Kind vor allem Spielpartner ist (Grossmann et al. 2002). Eine funktionierende Beziehung zu den Eltern ist die wichtigste Voraussetzung für die Bereitschaft des Kindes, von ihnen zu lernen und ihre erzieherischen Bemühungen (und später die anderer Personen) anzunehmen, und zwar zunehmend auch dann, wenn diese mit gewissen Frustrationen verbunden sind: Erziehung braucht Beziehung.

Eine funktionierende Beziehung zu den Eltern ist die wichtigste Voraussetzung für die Bereitschaft des Kindes, von ihnen zu lernen.

Für den Beziehungsaufbau zu freundlichen fremden Personen gibt es eine kritische Periode: Im 1. Halbjahr ist er noch leicht möglich, wenn die betreffenden Personen in feinfühligster Art mit dem Kind umgehen. Ab etwa dem 7. Lebensmonat wird es zunehmend schwieriger, neue Erziehungspersonen einzuführen, da sie von dem Kind aufgrund seiner bereits bestehenden Bindungen abgelehnt werden. Im 8. Monat tritt die sogenannte „Fremdenangst“ auf. Je freier sich das Kind durch Kriechen und später durch Gehen in seiner Umwelt bewegen kann, desto größer wird auch die „Trennungsangst“ von seinen Hauptbezugspersonen. Diese Reaktion stellt einen angeborenen Schutzmechanismus dar, da sie verhindert, dass sich die Kinder zu sehr von ihren Bezugspersonen entfernen.

Mit etwa 1 bis 1½ Jahren haben Kinder bereits eine eindeutige Bindungsform zu ihren Hauptbezugspersonen entwickelt. Die Art der Bindung lässt sich im Rahmen der sogenannten „Fremden Situation“ diagnostizieren: Mutter und Kind befinden sich dabei in einem Spielzimmer, in dem sich auch eine freundliche, dem Kind aber unbekannt Person befindet. Verlässt die Mutter kurze Zeit (ca. 2 Minuten) den Raum, unterbrechen sicher gebundene Kinder ihr Spiel, laufen verzweifelt hinter ihr her und verweigern den Kontakt zur fremden Person. Nach ihrer Rückkehr begrüßen sie sie freudig. Unsicher-vermeidend gebundene Kinder spie-

Die früh gelernten Bindungsformen haben einen gewichtigen Einfluss auf die Art der Beziehungen, die später im Erwachsenenalter aufgenommen werden.

len weiter, nehmen Kontakt mit der fremden Person auf und beachten die Mutter nicht, wenn sie zurückkehrt. Sie haben aber im Unterschied zu den sicher gebundenen Kindern einen höheren Stresspegel, wie Untersuchungen ihres Speichels gezeigt haben. Ihre Erfahrungen haben ihnen gezeigt, dass die Mutter nicht unbedingt eine verlässliche Basis darstellt, sodass sie versuchen, in schwierigen Situationen allein zurechtzukommen. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder begrüßen die Mutter einerseits mit Erleichterung, zeigen aber gleichzeitig deutlich ihren Unmut über die unerwartete Abwesenheit der Mutter. Diese Kinder versuchen noch, ihre Mutter durch dieses Verhalten zu beeinflussen. Eine klinisch relevante Störung des Bindungsverhaltens entsteht bei misshandelten bzw. schwer vernachlässigten Kindern: Es handelt sich um die „reaktive Bindungsstörung des Kindesalters“. Diese Kinder zeigen einen desorientierten bzw. desorganisierten Bindungsstil, der zwischen Klammern und heftiger Ablehnung schwankt. Die „Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung“ tritt bei Kindern auf, die viele wechselnde Betreuungspersonen erleben mussten. Auch wenn ihr Verhalten gelegentlich dem der Kinder mit reaktiver Bindungsstörung ähnelt, besteht ein wichtiger Unterschied: Sie wenden sich unterschiedslos vertrauten und fremden Personen zu (bzw. setzen sich mit ihnen auseinander). Da sich das Störungsbild bei Kindern aus schlecht geführten Heimen häufiger zeigte, wurde diese Störung früher als Hospitalismus bezeichnet. Die früh gelernten Bindungsformen haben einen gewichtigen Einfluss auf die Art der Beziehungen, die später im Erwachsenenalter aufgenommen werden.

2.2 Entwicklung im Kleinstkindalter

Wichtige Entwicklungsschritte

Anfang des 2. Lebensjahres beginnen Kinder mit dem „Selber-Machen-Wollen“ (z. B. essen, erste Kritzelversuche). Obwohl dies für die Eltern mehr Arbeit bedeutet, sollte man sie dabei unterstützen, da sich auf dieser Grundlage die spätere Leistungsmotivation entwickelt. Dabei kann es auch zu ärgerlichen Reaktionen der Kinder kommen, wenn ihnen etwas nicht gleich gelingt. Es handelt sich dabei noch nicht um echte Trotzreaktionen, die erst mit etwa 2 bis 2½ Jahren im Zuge der Ich-Entwicklung auftreten. In beiden Fällen ist aber eine ähnliche Elternreaktion empfehlenswert: Sich nicht auf einen „Machtkampf“ einzulassen, sondern das Kind beruhigen; sobald dies erreicht ist, kann man versuchen, die Sache neu aufzugreifen oder, wenn dies aussichtslos erscheint, die Anforderungen so zu verändern, dass das Kind bereit ist, mitzumachen.

Wie auch im Säuglingsalter wird im Kleinkindalter die Entwicklung vor allem durch das Spielen gefördert.

Wie auch im Säuglingsalter wird im Kleinkindalter die Entwicklung vor allem durch das Spielen gefördert. Man sollte sie daher durch entsprechende Spielangebote unterstützen: Im Funktionsspiel, das bereits im Säuglingsalter auftritt, werden Motorik und Wahrnehmung geschult; im 1. Lebensjahr entdeckt das Kind die Freude am spielerischen Nachahmen der Tätigkeiten der Erwachsenen in Form von Imitationsspielen, die sich später zu Rollenspielen entwickeln. Gleichzeitig treten die Konstruktionsspiele (Bauen, Sandspiele, erste Kritzeleien usw.) auf, durch die das Kind vielfältige Kompetenzen erwirbt. Aus den frühen einfachen Regelspielen (z. B. Verstecken) entwickeln sich später die Gesellschaftsspiele, in denen das Kind die Unterordnung unter Regeln und das strategische Vorgehen üben kann. Die Spielzeugindustrie bietet heute eine Vielzahl von Lernspielen für alle Altersgruppen an. Hier gilt, dass nur das einen Lernerfolg bringt, was den Kindern Freude macht. Autoritärer Druck führt dagegen

rasch zur Ablehnung und kann im Extremfall im Schulalter zu einer gezielten Vermeidung schulischer Anforderungen führen (Rollett/Rollett 2010).

Fremdbetreuung im Kleinstkindalter

Eine schwierige Entscheidung stellt die Wahl der Fremdbetreuung vor dem Alter von 3 Jahren dar, da die Betreuungspersonen (KrippenerzieherInnen, Tagesmütter u. a.) in der Lage sein müssen, mit der frühen Trennungsangst und den damit verbundenen Stressreaktionen des Kindes, aber auch mit den später auftretenden Trotzreaktionen angemessen umzugehen. Da die Kinder noch nicht sauber sind, fällt neben der erzieherischen Tätigkeit zusätzlich viel Pflegearbeit an, was besonders bei der Betreuung von Gruppen von Kleinstkindern zu Belastungen führen kann. Das Leben in der Gruppe erfordert von den Kindern soziale Kompetenzen, die aber im Kleinstkindalter noch nicht ausreichend entwickelt sind (besonders dann, wenn die Sprachentwicklung noch nicht so fortgeschritten ist, dass sie sich mit den anderen Kindern beim Spielen verständigen und Konflikte verbal lösen können). Hier muss die Betreuungsperson verlässlich helfend eingreifen, wenn es zu Schwierigkeiten kommt. Der internationale Standard geht daher von einer Relation von einer Betreuungsperson auf vier Kinder in Kinderkrippen aus, was aber aus finanziellen Gründen meist nicht erreichbar ist. Jedenfalls brauchen Kleinstkinder nicht nur in der ersten Zeit, sondern laufend viel Unterstützung sowohl von Seiten der Eltern als auch der Betreuungsperson, um eine förderliche Anpassung an die Anforderungen des Lebens in der Gruppe sicherzustellen.

Der internationale Standard geht daher von einer Relation von einer Betreuungsperson auf 4 Kinder in Kinderkrippen aus.

2.3 Entwicklung im Kleinkindalter

Der Eintritt in den Kindergarten erfolgt in der Regel im Alter von 3 Jahren. Jene Kinder, die noch nicht an eine längere Trennung von ihrer Mutter gewöhnt sind, brauchen eine entsprechend einfühlsame Gestaltung der Ablöseperiode, in deren Verlauf sich die Mutter nach und nach zurückzieht. Sie kann zwischen 14 Tagen und in Einzelfällen bis zu 6 Wochen in Anspruch nehmen. Zu diesem Zeitpunkt haben sich die Kinder schon zu kleinen Persönlichkeiten entwickelt. Erklärende Gespräche werden zunehmend wichtiger, um die Erziehung angemessen zu unterstützen. Im 5. Lebensjahr entwickelt das Kind eine erste „Theory of Mind“ (ToM), das heißt Vorstellungen davon, was der Gesprächspartner wissen kann und fühlt. Auch seine eigene Innenwelt wird ihm bewusster. Es fängt damit an, zwischen Wirklichkeit und Traum bzw. Fantasie zu unterscheiden, wenn ihm seine Erziehungspersonen durch Gespräche dabei helfen. Häufige Auslöser sind die in dieser Zeit vermehrt auftretenden Angstträume. In ihrem Denken befinden sich die Kinder noch in der „voroperationalen Phase“ nach Piaget (1975), in der sie sich eher auf ihre Wahrnehmung als auf ihr Denken verlassen, wenn sich beide widersprechen: Schüttet man z. B. den Saft aus einer von zwei gleichen Saftflaschen vor einem durstigen Kind in ein breites kleines, die andere in ein schmales hohes Glas, dann wählt das Kind das letztere und erklärt auf Befragung, dass dort doch „mehr drin“ sei.

Jene Kinder, die noch nicht an eine längere Trennung von ihrer Mutter gewöhnt sind, brauchen eine entsprechend einfühlsame Gestaltung der Ablöseperiode.

2.4 Entwicklung in der mittleren Kindheit

Eine wichtige Voraussetzung für eine gute Schullaufbahn ist die Berücksichtigung der Schulfähigkeit des Kindes.

Eine wichtige Aufgabe in den ersten Schulwochen besteht in der Einübung verlässlicher Routinen.

Die Berücksichtigung der Entwicklung des Denkens stellt eine bedeutende Voraussetzung eines entwicklungsangemessenen und damit erfolgreichen Schulunterrichts dar.

Sollten schulische Probleme auftreten, ist es wichtig, möglichst rasch zu reagieren und gemeinsam mit der Lehrkraft Lösungen zu überlegen und umzusetzen.

Eine wichtige Voraussetzung für eine gute Schullaufbahn ist die Berücksichtigung der Schulfähigkeit des Kindes. Es sollte bereits gut mit Papier und Stift umgehen können und mindestens bis 10 zählen und bis 5 rechnen können. Es sollte in der Lage sein, ohne individuelle Aufforderung in der Gruppe zu lernen und seine Bedürfnisse in gewisser Weise zu kontrollieren. Sollten sich bei der Schulfähigkeitsuntersuchung wesentliche Rückstände herausstellen, ist der Besuch eines Vorschuljahres dringend zu empfehlen.

Eine wichtige Aufgabe in den ersten Schulwochen besteht in der Einübung verlässlicher Routinen, wobei die Lehrkraft und die Eltern zusammenarbeiten müssen. Kinder sind in dieser Altersstufe noch nicht in der Lage, diese Routinen selbstständig zu entwickeln und verlässlich einzuhalten. Beispiele für Maßnahmen sind Informationen an die Eltern, wie die Hausaufgaben gehandhabt werden oder welche Schulsachen an welchen Tagen mitgenommen werden müssen. Einige Beispiele für familienbezogene Routinen: Rechtzeitiges Schlafengehen und Aufstehen, Einübung des Schulweges, Herausfinden, ob das Kind besser die Hausaufgaben nach einer Erholungspause macht oder nicht, gemeinsames Packen der Schultasche für den nächsten Tag usw. Mit Kindern, die eine Ganztagschule oder eine andere Form von Nachmittagsbetreuung besuchen, muss am Abend Zeit für „Organisatorisches“ vorgesehen sein und kontrolliert werden, ob die Hausaufgaben gemacht wurden und das Lernpensum erledigt wurde.

Im Laufe des 7. und 8. Lebensjahres entwickeln sich die Kompetenzen, die das schlussfolgernde Denken aufgrund von Denkopoperationen ermöglichen, wobei aber Veranschaulichungen noch eine entscheidende Rolle spielen (Stadium der „konkreten Operationen“ nach Piaget). Die Fähigkeit zum abstrakten, logischen Denken wird erst ab dem Alter von ca. 11 Jahren erworben (Stadium der „formalen Operationen“). Die Berücksichtigung der Entwicklung des Denkens stellt eine bedeutende Voraussetzung eines entwicklungsangemessenen und damit erfolgreichen Schulunterrichts dar.

In der Volksschulzeit machen die Kinder in vielen Gebieten große Fortschritte. Sie entwickeln ein Bedürfnis nach mehr Selbstständigkeit und erobern sich ihre unmittelbare Umgebung. Es kommt zu dauerhafteren Freundschaften. Sollten schulische Probleme auftreten, ist es wichtig, möglichst rasch zu reagieren und gemeinsam mit der Lehrkraft Lösungen zu überlegen und umzusetzen. Auch die Entscheidung über die Wahl des weiterführenden Schultyps sollte in enger Zusammenarbeit zwischen Eltern und Lehrkraft erfolgen, damit der bevorstehende Schulübertritt als Herausforderung und nicht als Bedrohung erlebt wird.

2.5 Entwicklung in der Adoleszenz

Entwicklung in der Vorpubertät und Pubertät

Im Laufe der letzten 100 Jahre hat sich die sexuelle Reifung im Mittel wesentlich vorverlagert (säkulare Akzeleration), doch gibt es hier nach wie vor große individuelle Unterschiede (Früh- bzw. Spätentwickler). Allgemein beginnen Vorpubertät und Pubertät bei Mädchen etwa 1½ bis 2 Jahre früher als bei Buben. Erste Anzeichen können bei Mädchen schon mit 8 Jahren (Auftreten der „Knospenbrust“) erscheinen. Die Vorpubertät endet mit der ersten Menstruation

bzw. mit dem Auftreten des nächtlichen Samenergusses. Für die körperliche Entwicklung ist neben der Reifung der Sexualorgane und dem Auftreten der sekundären Geschlechtsmerkmale der pubertäre Wachstumsschub charakteristisch. Dieser kann dazu führen, dass sich die Jugendlichen eine Zeit lang in ihrem eigenen Körper „nicht mehr zu Hause“ fühlen. Parallel dazu kommt es häufig zu einem Leistungsknick. Der Leistungsabfall sollte nicht zum Anlass genommen werden, Schullaufbahnen dramatisch zu ändern; es gilt vielmehr, den Jugendlichen zu helfen, damit so gut es geht zurechtzukommen, da sich die Leistungen nach Überwindung dieser Zeit erfahrungsgemäß wieder erholen. Mit den Eltern und anderen Bezugspersonen kann es in dieser Periode und auch noch danach vermehrt zu charakteristischen Ablösungskonflikten kommen. Sie sollten nicht dazu führen, dass man die Jugendlichen aus Frustration sich selbst überlässt, da sonst die Gefahr von unerwünschten Entwicklungen (Drogenmissbrauch, Delinquenz, aber auch Entwicklung von Störungsbildern, wie z. B. Essstörungen) besteht.

Aufklärung

Eine umfassende, einfühlsame Aufklärung der Jugendlichen über die physiologischen und psychologischen Vorgänge, den Umgang mit dem anderen Geschlecht, Verhütung von unerwünschten Schwangerschaften und von sexuell übertragbaren Krankheiten ist unbedingt erforderlich. Noch immer findet sich leider bei vielen Eltern der Mythos, dass die Jugendlichen ohnehin „viel mehr über diese Dinge Bescheid wüssten als sie selbst“.

Entwicklung im Jugendalter

Besonders wichtige Entwicklungsbereiche des Jugendalters (von Havighurst 1972 als „Entwicklungsaufgaben“ bezeichnet) sind die Entwicklung der Beziehung zum anderen Geschlecht, die berufliche Orientierung, die Entwicklung der eigenen Identität und parallel dazu die allmähliche Ablösung von den Eltern sowie die Übernahme der Verantwortung für sich selbst. Marcia unterscheidet vier Formen der Identitätsentwicklung (siehe Marcia et al. 1993): die (von wichtigen Bezugspersonen) „übernommene Identität“, das durch Ausprobieren neuer Rollen und Aktivitäten gekennzeichnete „Moratorium“, die selbst „erarbeitete Identität“ und die „diffuse Identität“, die durch ein Ablehnen aller identitätsbezogenen Entscheidungen und Bemühungen und eine eher hedonistische Einstellung gekennzeichnet ist. Jugendliche, die eine diffuse Identität entwickelt haben, stellen daher eine Risikogruppe dar. Häufig kommen sie aus schwierigeren Familienverhältnissen und haben auch schulische Probleme. Sie benötigen daher häufig professionelle Hilfe.

Die Beziehung zwischen den Eltern und den Jugendlichen sollte sich im Laufe der Adoleszenz immer mehr in Richtung einer der eigenen Verantwortung bewussten Freundschaft entwickeln, wobei von beiden Seiten die Bereitschaft zur gegenseitigen Unterstützung besteht.

Ein möglicher Leistungsabfall sollte nicht zum Anlass genommen werden, Schullaufbahnen dramatisch zu ändern.

Eine umfassende, einfühlsame Aufklärung der Jugendlichen über die physiologischen und psychologischen Vorgänge, den Umgang mit dem anderen Geschlecht, Verhütung von unerwünschten Schwangerschaften und von Ansteckung ist unbedingt erforderlich.

Die Beziehung zwischen den Eltern und den Jugendlichen sollte sich im Laufe der Adoleszenz immer mehr in Richtung einer der eigenen Verantwortung bewussten Freundschaft entwickeln.

Zusammenfassung

Die kindliche Entwicklung wird durch die Interaktion zwischen angeborenen und milieubedingten Faktoren bestimmt. Je nach Entwicklungsbereich sind die durch autonome und erziehungsbedingte Lernprozesse gesteuerten Entwicklungen unterschiedlich umfangreich. Wichtige entwicklungsförderliche Komponenten sind positive Beziehungen zu den Eltern bzw. den Hauptbezugspersonen, später zu den Lehrkräften und Ausbildern sowie eine entwicklungsbegleitende angemessene Förderung allgemein.

In dem knappen hier zur Verfügung stehenden Platz konnte nur auf die wichtigsten Entwicklungen eingegangen werden. Eine ausführliche, auch die Praxis berücksichtigende Einführung in die Entwicklungspsychologie bietet z. B. das Lehrbuch von Berk (2005).

Literatur

- Ahnert, Lieselotte (2010): *Wieviel Mutter braucht ein Kind?* Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Ainsworth, Mary et al. (1978): *Patterns of Attachment*. Hillsdale/NJ: Erlbaum.
- Bayley, Nancy (1993): *Bayley's Scales of Infant Development*. San Antonio/TX: Psychological Cooperation.
- Bowlby, John (1979): *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock.
- Grossmann, Karl et al. (2002): The Uniqueness of the Child-Father Attachment Relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development*, 11, 307-331.
- Havighurst, Robert (1972): *Developmental Tasks and Education*. New York: David McKay.
- Marcia, James et al. (1993): *Egoidentity: A Handbook for Psychosocial Research*. New York: Springer.
- Piaget, Jean (1975): *Das Erwachen der Intelligenz beim Kind*. Stuttgart: Klett.
- Rollett, Brigitte/Rollett, Wolfram (2010): Anstrengungsvermeidung. In: Rost, Detlef (Hg.): *Handwörterbuch Pädagogische Psychologie*. Weinheim: Beltz. 17-22.
- Spangler, Sibylle et al. (2011): Faktoren der Gesichtererkennung im ersten Lebensjahr. *Psychologische Rundschau*, 62(2), 61-69.
- Thomas, Alexander/Chess, Stella (1977): Temperament and the Concept of Goodness of Fit. In: Strelau, Jan/Angleitner, Alois (eds.): *Explorations in Temperament*. New York: Plenum Press. 15-28.



gezeichnet von: Jana, 5 Jahre

Demografie

Gustav Lebhart

Soziodemografische Trends und Perspektiven in Wien

Die demografische Entwicklung ist Ausdruck eines strukturellen Veränderungsprozesses, der sich aus der Dynamik der natürlichen und räumlichen Bevölkerungsbewegungen ergibt. Die Bevölkerungsentwicklung hat somit drei potenzielle Ursachen: die Geburten, die Sterbefälle und Migration aus dem In- und Ausland. Die Dynamik der Bevölkerungsentwicklung hängt daher vom Zusammenwirken dieser natürlichen und räumlichen Bevölkerungsbewegungen ab. Bevölkerungsdaten sind Basisinformationen und stellen damit eine wesentliche Grundlage der Gesundheitsplanung dar.

Der Altersaufbau der Bevölkerung in Wien steht in den kommenden Jahrzehnten vor gravierenden Veränderungen, die die soziale Daseinsvorsorge betreffen und die Stadt vor vielfältige Herausforderungen stellen werden. Die demografische Perspektive von Kindern und Jugendlichen betreffen auch gesundheitsrelevante Handlungsfelder und zeigen auf, welche Zielsetzungen und Strategien damit verbunden sein können. Der Bericht skizziert die demografische Entwicklung in Wien insgesamt und nimmt die Ausgangslagen und Perspektiven von Kindern und Jugendlichen in den Blickpunkt.

3.1 Demografische Entwicklung

Der demografische Wandel zeigt sich in seinen Ausprägungen auf regionaler Ebene stärker als auf Ebene der Staaten. Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsdynamik werden im Wesentlichen von drei demografischen Prozessen gesteuert: Fertilität (Fruchtbarkeit), Mortalität (Sterblichkeit) und Migration (Wanderung). Das demografische Bestandserhaltungsniveau von zwei Kindern pro Frau wird in Wien schon seit Jahrzehnten nicht mehr erreicht. Jede Kohorte durchläuft generative Norm- und Wertsysteme, die durch unterschiedliche Bildungs-, Berufs-, Partnerschafts- und Familienbiografien geprägt werden und somit mögliche Hinweise in Bezug auf die Fertilitätsentwicklung geben können (Höpflinger 1987; Van de Kaa 1993; Sobotka 2005; Zeman et al. 2011). Innerhalb der Europäischen Union schwankt die Lebenserwartung zwischen den Mitgliedsstaaten im Ausmaß von bis zu 5 Jahren, wobei die neuen EU-Mitgliedsstaaten ein insgesamt deutlich niedrigeres Niveau aufweisen. Auch für Österreich zeigt sich ein Ost-West-Gefälle mit höheren Sterberaten im Osten als im Westen. Diese Verschiedenheiten der Lebenserwartung lassen sich nicht durch einzelne Risikofaktoren erklären. Sie sind vielmehr ein Hinweis auf die gesundheitsrelevanten Lebensstile sowie soziostruktureller und sozioökonomischer Faktoren (Hauser 1983; Baumann et al. 1998; Klein et al. 2001). Migration gehört seit jeher zu den demografischen Ereignissen, die die Bevölkerungsgeschichte Wiens nachhaltig prägten. (Fassmann 1986; John 1996; Weigl 2000; Hahn 2006). Die Dynamik und Komplexität der internationalen Migration hat sich jedoch im Zeitalter der Globalisierung deutlich verändert. Zudem beeinflusst internationale Migration nachhaltig die Bevölkerungsstruktur und führt zur Ausdifferenzierung von neuen ethnisch-kulturellen Sozialräumen innerhalb von europäischen Ballungszentren (Schmals 2000; Musterd 2005).

Das demografische Bestandserhaltungsniveau von zwei Kindern pro Frau wird in Wien schon seit Jahrzehnten nicht mehr erreicht.



3.1.1 Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerungsentwicklung Wiens ist im Vergleich zu der demografischen Entwicklung in den übrigen Bundesländern und selbst im Vergleich zu den Landeshauptstädten Österreichs „anders“, sodass man durchaus von einem demografischen Sonderweg der Bundeshauptstadt sprechen kann. Die Bevölkerungsentwicklung in Wien war in der jüngsten Vergangenheit von einem starken EinwohnerInnenzuwachs geprägt. Im nationalen Maßstab zählte die Bundeshauptstadt zum „demografischen Zentrum“ Österreichs. Die Bevölkerungsentwicklung Wiens ist von unterschiedlichen demografischen Trends gekennzeichnet, wobei sich der Einfluss der internationalen Migration in den EinwohnerInnenzahlen direkt ablesen lässt: Stagnation in Zeiten geringer Wanderungsgewinne sowie starkes Bevölkerungswachstum in Zeiten starker Nettozuwanderung aus dem Ausland.

Die Bevölkerungsentwicklung in Wien war in der jüngsten Vergangenheit von einem starken EinwohnerInnenzuwachs geprägt.

Tabelle 3.1: Bevölkerungsentwicklung in Wien

| Jahr | Bevölkerung im Jahresdurchschnitt | | | Altersverteilung | | |
|------|-----------------------------------|---------|-----------|------------------|-----------|---------|
| | Insgesamt | Männer | Frauen | 0–15 | 15–60 | 60 + |
| 1961 | 1.626.862 | 707.351 | 919.511 | 213.184 | 1.003.171 | 410.507 |
| 1971 | 1.621.624 | 717.894 | 903.730 | 264.715 | 907.424 | 449.485 |
| 1981 | 1.531.888 | 685.572 | 846.316 | 226.387 | 919.743 | 385.758 |
| 1991 | 1.512.599 | 697.366 | 815.233 | 211.226 | 949.825 | 351.548 |
| 2001 | 1.562.536 | 738.069 | 824.467 | 229.336 | 993.164 | 340.036 |
| 2002 | 1.582.841 | 750.788 | 832.053 | 232.329 | 1.003.611 | 346.901 |
| 2003 | 1.600.888 | 761.044 | 839.844 | 235.188 | 1.014.350 | 351.350 |
| 2004 | 1.620.250 | 771.423 | 848.827 | 238.290 | 1.024.128 | 357.832 |
| 2005 | 1.641.653 | 783.367 | 858.286 | 240.546 | 1.038.761 | 362.346 |
| 2006 | 1.656.619 | 791.281 | 865.338 | 241.400 | 1.052.019 | 363.200 |
| 2007 | 1.667.820 | 797.002 | 870.818 | 241.149 | 1.057.867 | 368.804 |
| 2008 | 1.680.170 | 803.444 | 876.726 | 240.990 | 1.064.345 | 374.835 |
| 2009 | 1.692.067 | 809.704 | 882.363 | 240.912 | 1.071.415 | 379.740 |
| 2010 | 1.705.623 | 816.932 | 888.691 | 243.022 | 1.079.578 | 383.023 |
| 2011 | 1.721.573 | 825.743 | 895.830 | 245.314 | 1.090.702 | 385.557 |
| | Prognose/Projektion | | | | | |
| 2012 | 1.738.138 | 834.309 | 903.829 | 248.068 | 1.102.387 | 387.683 |
| 2013 | 1.752.538 | 841.372 | 911.166 | 251.839 | 1.110.391 | 390.308 |
| 2014 | 1.767.898 | 848.929 | 918.969 | 255.910 | 1.118.763 | 393.225 |
| 2015 | 1.783.563 | 856.613 | 926.950 | 259.884 | 1.126.820 | 396.859 |
| 2016 | 1.798.624 | 863.944 | 934.680 | 263.759 | 1.133.547 | 401.318 |
| 2017 | 1.812.893 | 870.794 | 942.099 | 267.496 | 1.139.112 | 406.285 |
| 2018 | 1.826.770 | 877.401 | 949.369 | 271.077 | 1.144.239 | 411.454 |
| 2019 | 1.840.367 | 883.829 | 956.538 | 274.661 | 1.148.428 | 417.278 |
| 2020 | 1.853.846 | 890.139 | 963.707 | 278.172 | 1.151.707 | 423.967 |
| ... | | | | | | |
| 2025 | 1.918.301 | 919.729 | 998.572 | 293.664 | 1.159.726 | 464.911 |
| ... | | | | | | |
| 2030 | 1.974.829 | 944.962 | 1.029.867 | 304.238 | 1.166.587 | 504.004 |

Quelle: Statistik Austria

Die 1990er-Jahre waren demografisch betrachtet durch die Ostöffnung, die Jugoslawienkrise, den Wirtschaftsaufschwung sowie ab 1993 von starken Restriktionen bei der Ausländerzuwanderung geprägt. Nach zwei Jahrzehnten mit sinkenden EinwohnerInnenzahlen konnte erstmals wieder ein Bevölkerungsplus (1990er-Jahre: +3%) registriert werden. Im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrtausends verzeichnete Wien starke Bevölkerungsgewinne (+10%), die insbesondere von der internationalen Migration bestimmt wurden.

Die Stadtregion Wien dürfte auch in den nächsten Jahren das stärkste Bevölkerungswachstum aller 9 Bundesländer aufweisen und sich zum Bundesland mit der jüngsten Bevölkerungsstruktur entwickeln. Grund dafür ist die starke Zuwanderung. Wien hatte in den letzten Jahren im Vergleich zu den anderen Bundesländern die stärksten Bevölkerungszuwächse zu verzeichnen. Falls sich der demografische Trend der letzten Jahre fortsetzt, könnte die EinwohnerInnenzahl Wiens bis zum Jahr 2021 etwa 1,9 Millionen erreichen und im darauf folgenden Jahrzehnt sogar die 2-Millionen-Grenze überschritten haben. Der Prognose zufolge würde die Zahl der Kinder und Jugendlichen (0- bis 15-Jährige) in den nächsten Jahren stetig zunehmen. In knapp zwei Jahrzehnten könnten bereits über 300.000 Kinder und Jugendliche in Wien leben.

3.1.2 Fertilität und Geburtenentwicklung

Wien ist seit Jahrzehnten durch spezielle Fertilitätstrends gekennzeichnet. Seit den 1960er-Jahren liegt das Fertilitätsniveau in Wien deutlich unter dem Reproduktionsniveau von 2,1 Kindern und ab Mitte der 1970er-Jahre liegt die Gesamtfertilitätsrate (GFR) in Wien konstant bei rund 1,4 Kindern pro Frau. Wien hat jedoch seit langem nicht mehr die in Relation niedrigsten Geburtenzahlen aller Bundesländer. Das Fertilitätsniveau Österreichs und Wiens hat sich in den letzten Jahren angenähert, was im Wesentlichen durch den Rückgang der GFR Österreichs zurückzuführen war, während Wien seit zwei Jahrzehnten eine relativ konstante Fertilitätsentwicklung aufweist. Die Zuwanderung aus dem Ausland wirkte sich zunehmend auf die Fertilitätsmuster und -tendenzen in Wien aus, was sich auch am Geburtenanstieg der letzten Jahre ablesen lässt.

Die stärkste Veränderung im generativen Verhalten der letzten Jahrzehnte in Wien ist der deutliche Anstieg des durchschnittlichen Fertilitätsalters. Frauen verschieben die Geburten auf einen biografisch späteren Zeitraum, der mittlerweile bei 29,8 Jahren liegt (1971: 25,8 Jahre). Durch die Addition der Effekte der aufgeschobenen Geburten im jüngeren Alter einerseits und der nachgeholt Geburten im späteren Alter andererseits beträgt der jährliche Anstieg des Fertilitätsalters in Wien im Durchschnitt 0,2 Jahre.

Es kann als wahrscheinlich angesehen werden, dass in Zukunft keine gravierenden Veränderungen in Bezug auf das Fertilitätsniveau zu erwarten sein werden. Auch der in den vergangenen Jahren zu beobachtende Trend zur späteren Mutterschaft könnte sich in den nächsten Jahren fortsetzen und das durchschnittliche Fertilitätsalter dürfte die Altersgrenze von 30 Jahren überschritten haben. Steigende Geburtenzahlen aufgrund eines leichten Anstiegs der Fertilität, vor allem aber eine Zunahme der Frauen im gebärfähigen Alter bei steigendem Fertilitätsalter, ließen die Geburtenbilanz ab dem Jahr 2004 ins Positive wechseln. In der aktuellen Bevölkerungsprognose wird angenommen, dass sich dieser Trend fortsetzen wird.

Ab Mitte der 70er-Jahre liegt die Gesamtfertilitätsrate in Wien konstant bei 1,4 Kindern pro Frau.

Das Fertilitätsalter ist deutlich angestiegen und liegt derzeit bei 29,8 Jahren.

Wien verzeichnet seit 2004 eine positive Geburtenbilanz.

Nach den Ergebnissen der Bevölkerungsprognose würde die positive Geburtenbilanz in Zukunft fast die Hälfte des Bevölkerungszuwachses von Wien ausmachen, was aus heutiger Sicht jedoch nicht als sehr wahrscheinlich erscheint.

Tabelle 3.2: Geburten und Sterbefälle in Wien

| Jahr | Geburten | | | Sterbefälle** | | | | Geburtenbilanz | |
|------|---------------------|------|----------------------|---------------|-----------------|--------------------------------|------|----------------|-----------------------|
| | absolut | GFR | Fruchtbarkeitsalter* | absolut | Sterbeziffer*** | Lebenserwartung bei der Geburt | | absolut | Geburtenbilanz-ziffer |
| | | | | | | Mann | Frau | | |
| 1961 | 18.657 | 1,83 | 26,7 | 25.172 | 15,5 | 66,7 | 73,3 | -6.515 | -4,0 |
| 1971 | 17.198 | 1,60 | 25,8 | 28.516 | 17,6 | 66,7 | 73,5 | -11.318 | -7,0 |
| 1981 | 15.117 | 1,41 | 26,2 | 25.247 | 16,5 | 69,2 | 75,7 | -10.130 | -6,6 |
| 1991 | 17.216 | 1,42 | 27,0 | 20.853 | 13,8 | 71,3 | 78,1 | -3.637 | -2,4 |
| 2001 | 15.167 | 1,31 | 28,3 | 16.943 | 10,8 | 74,8 | 80,7 | -1.776 | -1,1 |
| 2002 | 16.428 | 1,41 | 28,4 | 16.916 | 10,7 | 75,3 | 80,5 | -488 | -0,3 |
| 2003 | 16.486 | 1,39 | 28,7 | 16.980 | 10,6 | 75,0 | 80,6 | -494 | -0,3 |
| 2004 | 16.856 | 1,41 | 28,7 | 15.983 | 9,9 | 75,7 | 81,3 | 873 | 0,5 |
| 2005 | 16.740 | 1,38 | 28,9 | 16.027 | 9,8 | 75,9 | 81,6 | 713 | 0,4 |
| 2006 | 17.112 | 1,39 | 29,2 | 15.796 | 9,5 | 76,3 | 81,7 | 1.316 | 0,8 |
| 2007 | 16.885 | 1,36 | 29,4 | 15.825 | 9,5 | 76,6 | 81,9 | 1.060 | 0,6 |
| 2008 | 17.375 | 1,39 | 29,5 | 15.702 | 9,3 | 77,0 | 82,1 | 1.673 | 1,0 |
| 2009 | 17.154 | 1,36 | 29,6 | 16.332 | 9,7 | 76,4 | 81,9 | 822 | 0,5 |
| 2010 | 17.989 | 1,42 | 29,8 | 16.287 | 9,5 | 76,6 | 81,9 | 1.702 | 1,0 |
| 2011 | 18.170 | 1,41 | 30,1 | 15.918 | 9,2 | 77,1 | 82,4 | 2.252 | 1,3 |
| | Prognose/Projektion | | | | | | | | |
| 2012 | 18.396 | 1,41 | 30,2 | 15.880 | 9,1 | 77,3 | 82,6 | 2.516 | 1,4 |
| 2013 | 18.620 | 1,42 | 30,4 | 15.812 | 9,0 | 77,6 | 82,8 | 2.808 | 1,6 |
| 2014 | 18.795 | 1,42 | 30,6 | 15.754 | 8,9 | 77,8 | 83,0 | 3.041 | 1,7 |
| 2015 | 19.062 | 1,43 | 30,7 | 15.706 | 8,8 | 78,1 | 83,2 | 3.356 | 1,9 |
| 2016 | 19.330 | 1,43 | 30,9 | 15.666 | 8,7 | 78,3 | 83,4 | 3.664 | 2,0 |
| 2017 | 19.574 | 1,43 | 31,0 | 15.619 | 8,6 | 78,6 | 83,6 | 3.955 | 2,2 |
| 2018 | 19.807 | 1,44 | 31,1 | 15.562 | 8,5 | 78,8 | 83,8 | 4.245 | 2,3 |
| 2019 | 20.025 | 1,44 | 31,2 | 15.501 | 8,4 | 79,0 | 84,0 | 4.524 | 2,5 |
| 2020 | 20.228 | 1,44 | 31,3 | 15.447 | 8,3 | 79,3 | 84,2 | 4.781 | 2,6 |
| ... | | | | | | | | | |
| 2025 | 20.933 | 1,45 | 31,9 | 15.421 | 8,0 | 80,4 | 85,1 | 5.512 | 2,9 |
| ... | | | | | | | | | |
| 2030 | 21.208 | 1,46 | 32,3 | 15.868 | 8,0 | 81,5 | 86,0 | 5.340 | 2,7 |

Quelle: Statistik Austria

* Durchschnittliches Fertilitätsalter: arithmetisches Mittel;

** Ab 2009 inklusive Auslandssterbefälle von Personen mit Wohnsitz in Österreich;

*** Sterbefälle bezogen auf 1.000 der Bevölkerung

3.1.3 Mortalität und Lebenserwartung

Die Zahl der Sterbefälle ist in Wien rückläufig und verzeichnet nur geringe Schwankungen. Mit 15.918 Sterbefällen im Jahr 2011 liegt der Wert nur knapp über dem Tiefststand aus dem Jahr 2008 (15.702). Diese Entwicklung könnte sich noch in den nächsten Jahren fortsetzen und kann trotz steigender Bevölkerungszahlen durch den Anstieg der Lebenserwartung sowie durch die geringere Kohortenbesetzung im Hauptsterbealter erklärt werden. Durch das Vorrücken der starken Geburtenjahrgänge („Baby-Boomers“) ist in 20 Jahren bereits mit einem Anstieg der Sterbefallzahlen zu rechnen.

Die regionale Sterblichkeitsanalyse zeigt für Österreich ein Ost-West-Gefälle mit höheren Sterberaten im Osten als im Westen. Diese Situation bestand auch schon in den 1980er- und 1990er-Jahren, wobei sich jedoch die Sterblichkeitsunterschiede zwischen Ost- und Westösterreich in den letzten 20 Jahren verringert haben. In den letzten Jahrzehnten sank die Sterberate in Wien kontinuierlich und hat sich seit den 1970er-Jahren halbiert. In den vergangenen Jahrzehnten kam es in Wien sowohl für Männer als auch für Frauen zu einem deutlichen Absinken der Sterblichkeit, was sich in einer steigenden Lebenserwartung ausdrückte. Der Anstieg der Lebenserwartung spiegelt den Rückgang der Sterblichkeit nur abgeschwächt wider. Dieser Anstieg fiel seit Anfang der 1980er-Jahre bei den Männern stärker aus als bei den Frauen, obgleich die Unterschiede in der Lebenserwartung bei der Geburt nach wie vor beachtlich sind (2010: 5,3 Jahre).

Im Wesentlichen kann die Entwicklung der Sterblichkeitsverhältnisse und der Lebenserwartung durch gesellschaftliche Faktoren erklärt werden. Der soziale Wandel bestimmt zu verschiedenen Zeiten in unterschiedlichem Ausmaß die Bevölkerungsentwicklung. In den letzten Jahrzehnten ist das Sterberisiko nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch im höheren Erwachsenenalter gesunken. Bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen ist die Sterblichkeit bereits auf ein Minimum gesunken, sodass sich in diesem Bereich zukünftig kaum noch Auswirkungen auf das Mortalitätsgeschehen und die Lebenserwartung ergeben werden. Dies führt zu einer kontinuierlich steigenden Lebenserwartung. Das Leben in Wien wurde aber nicht bloß „länger“ – es wurde im statistischen Sinn auch immer „sicherer“. Kurz- und mittelfristig wird in der aktuellen Bevölkerungsprognose der Bundesanstalt Statistik Österreich eine weitere Zunahme der Lebenserwartung angenommen.

3.1.4 Migration aus dem In- und Ausland

Die Dominanz Wiens als Ziel der internationalen Zuwanderung nach Österreich ist seit Jahren empirisch belegt. Durchschnittlich entfielen in den letzten Jahren rund 43% des Wanderungssaldos Österreichs allein auf die Bundeshauptstadt. Bei Betrachtung der letzten Jahrzehnte ist zu erkennen, dass die internationale Migration in den letzten Jahren (2002–2010) auf einem sehr hohen Niveau war und sogar mit rund 131.000 Personen quantitativ über der „Zuwanderungswelle“ von 1987 bis 1993 liegt und mehr als einem Drittel (35%) des Gesamtwanderungssaldos seit 1961 entspricht. Bei rund 20% der jährlich nach Wien zugewanderten Personen aus dem Ausland handelt es sich um Kinder und Jugendliche. Sie ziehen in den meisten Fällen im Rahmen des Familiennachzugs in die Bundeshauptstadt. Die Wanderungsstatistik belegt, dass der Kinderanteil je nach Ursprungsnationalität stark differiert. In den Herkunftsregionen aus benachbarten EU-Ländern mit einem starken Migrationsstrom

Wien hatte im Jahr 2011 15.918 Sterbefälle zu verzeichnen.

Die Sterblichkeit ist bei Kindern und Jugendlichen auf ein Minimum gesunken.

Bei rund 20% der jährlich nach Wien zugewanderten Personen aus dem Ausland handelt es sich um Kinder und Jugendliche.

von Erwerbstätigen sind Kinder und Jugendliche in den Migrationsströmen jedoch unterrepräsentiert. Bei anderen europäischen Herkunftsstaaten mit entsprechenden migrationsbedingten Netzwerken in Wien ist insbesondere im Rahmen der Familienzusammenführung ein deutliches Migrationsplus bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen.

Was die interregionale Wanderungsverflechtung betrifft, verzeichnet die Bundeshauptstadt Wien Bevölkerungsverluste durch familienbezogene Abwanderung, insbesondere an das Wiener Umland. Aber gleichzeitig migrieren vermehrt Personen aus anderen Bundesländern nach ihrem Schulbesuch nach Wien, um hier ihre arbeits- und bildungsspezifische Ausbildung fortzusetzen. Die „Bildungs- und Beschäftigungsmigration“ aus dem übrigen Bundesgebiet nach Wien nimmt im Wanderungsgeschehen eine hohe Relevanz ein und unterstreicht die Attraktivität Wiens als Ausbildungsstandort. Der abgeschwächte Abwanderungstrend aus Wien kann in diesem Zusammenhang auch als Indikator für höhere Scheidungshäufigkeit,

Tabelle 3.3: Außen- und Binnenwanderung in Wien

| Jahr | Wanderung | | | Internationale Wanderung | | | Binnenwanderung | | |
|------|---------------------|---------|--------|--------------------------|---------|--------|-----------------|---------|--------|
| | Zuzüge | Wegzüge | Saldo | Zuzüge | Wegzüge | Saldo | Zuzüge | Wegzüge | Saldo |
| 1997 | 45.320 | 43.689 | 1.631 | 22.864 | 20.642 | 2.222 | 22.456 | 23.047 | -591 |
| 1998 | 46.386 | 42.162 | 4.224 | 24.822 | 19.155 | 5.667 | 21.564 | 23.007 | -1.443 |
| 1999 | 52.244 | 43.133 | 9.111 | 28.179 | 19.727 | 8.452 | 24.065 | 23.406 | 659 |
| 2000 | 51.058 | 43.598 | 7.460 | 27.934 | 19.517 | 8.417 | 23.124 | 24.081 | -957 |
| 2001 | 60.145 | 47.935 | 12.210 | 35.919 | 19.539 | 16.380 | 24.226 | 28.396 | -4.170 |
| 2002 | 69.219 | 47.731 | 21.488 | 42.468 | 22.870 | 19.598 | 26.751 | 24.861 | 1.890 |
| 2003 | 69.803 | 52.709 | 17.094 | 45.213 | 26.573 | 18.640 | 24.590 | 26.136 | -1.546 |
| 2004 | 76.136 | 56.478 | 19.658 | 51.231 | 27.694 | 23.537 | 24.905 | 28.784 | -3.879 |
| 2005 | 72.383 | 55.202 | 17.181 | 46.367 | 25.960 | 20.407 | 26.016 | 29.242 | -3.226 |
| 2006 | 65.235 | 58.463 | 6.772 | 38.247 | 29.347 | 8.900 | 26.988 | 29.116 | -2.128 |
| 2007 | 70.424 | 57.343 | 13.081 | 41.678 | 26.837 | 14.841 | 28.746 | 30.506 | -1.760 |
| 2008 | 69.901 | 58.997 | 10.904 | 41.559 | 28.297 | 13.262 | 28.342 | 30.700 | -2.358 |
| 2009 | 73.989 | 63.332 | 10.657 | 42.890 | 34.216 | 8.674 | 31.099 | 29.116 | 1.983 |
| 2010 | 78.469 | 64.518 | 13.951 | 47.259 | 35.619 | 11.640 | 31.210 | 28.899 | 2.311 |
| 2011 | 83.520 | 69.105 | 14.415 | 51.917 | 38.963 | 12.954 | 31.603 | 30.142 | 1.461 |
| | Prognose/Projektion | | | | | | | | |
| 2012 | 77.961 | 66.679 | 11.282 | 46.767 | 36.839 | 9.928 | 31.194 | 29.840 | 1.354 |
| 2013 | 78.678 | 66.480 | 12.198 | 47.553 | 36.407 | 11.146 | 31.125 | 30.073 | 1.052 |
| 2014 | 79.008 | 66.350 | 12.658 | 47.946 | 36.006 | 11.940 | 31.062 | 30.344 | 718 |
| 2015 | 78.535 | 66.231 | 12.304 | 47.553 | 35.604 | 11.949 | 30.982 | 30.627 | 355 |
| 2016 | 76.845 | 66.058 | 10.787 | 45.981 | 35.157 | 10.824 | 30.864 | 30.901 | -37 |
| 2017 | 75.885 | 65.770 | 10.115 | 45.195 | 34.641 | 10.554 | 30.690 | 31.129 | -439 |
| 2018 | 74.918 | 65.435 | 9.483 | 44.409 | 34.090 | 10.319 | 30.509 | 31.345 | -836 |
| 2019 | 73.933 | 65.041 | 8.892 | 43.623 | 33.496 | 10.127 | 30.310 | 31.545 | -1.235 |
| 2020 | 73.364 | 64.591 | 8.773 | 43.230 | 32.862 | 10.368 | 30.134 | 31.729 | -1.595 |
| ... | | | | | | | | | |
| 2025 | 72.652 | 65.989 | 6.663 | 43.230 | 33.435 | 9.795 | 29.422 | 32.554 | -3.132 |
| ... | | | | | | | | | |
| 2030 | 72.200 | 67.128 | 5.072 | 43.230 | 33.960 | 9.270 | 28.970 | 33.168 | -4.198 |

Quelle: Statistik Austria

aber auch ein Hinweis auf die steigende Zahl von Alleinerziehenden sowie Singles und kinderlosen Paaren sein.

Die aktuellen Bevölkerungsprognosen gehen davon aus, dass Migration weiterhin der zentrale demografische Einflussfaktor der Wiener Bevölkerungsentwicklung bleiben wird. Aus der Sicht der Landesstatistik Wien können auf Basis der empirischen Daten die projizierten Binnenwanderungsverluste jedoch nur eingeschränkt nachvollzogen werden.

3.2 Bevölkerungs- und Sozialstruktur

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Bevölkerungsstruktur in der Bundeshauptstadt Wien durch Migration nachhaltig verändert. Die demografische Entwicklung beeinflusst nicht nur die Bevölkerungsstruktur nach Herkunft, sondern auch das Verhältnis der Generationen zueinander, insbesondere dasjenige zwischen den Jugendlichen und den anderen Alterskohorten (BMFSFJ 2006; Fassmann 2007; Magistrat Wien 2012). Der Rückgang von Familienhaushalten mit Kindern ist in allen europäischen Metropolen kennzeichnend und deren Ursachen vielfältig. Die Begründungshaushalte¹⁾ reichen von Geburtenrückgang, biografischem Aufschub der Elternschaft, Rückgang der Eheschließungen bis hin zu steigender Kinderlosigkeit und Scheidungshäufigkeit. Diese Indizien können als Polarisierung und Individualisierung der Lebensformen gewertet werden (Hoffmann-Nowotny 1991; Nave-Herz 1994; Peuckert 1997). Die Eltern-Kind-Beziehung sowie die Erziehungskompetenzen der Eltern beeinflussen zudem auch die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.

3.2.1 Bevölkerungszusammensetzung

Wien ist ein gutes Beispiel als europäische Metropole der Migration. Das lässt sich nicht zuletzt an der demografischen Diversität der Bevölkerungsstruktur ablesen. Die Hälfte (50%) der Wiener Bevölkerung ist in Wien geboren, ein Drittel (32%) ist aus dem Ausland zugewandert und bei knapp einem Fünftel (18%) liegt der Geburtsort in einem der Bundesländer. Aus der Kombination dieser beiden Merkmale lässt sich der Kreis der in Österreich lebenden Personen mit Migrationshintergrund statistisch sehr gut erfassen. Insgesamt waren zu Jahresbeginn 2012 rund 591.000 Menschen in Wien direkt oder indirekt von Migration betroffen. Das entspricht einem Anteil von etwa 34% an der Wiener Bevölkerung.

Absolut betrachtet gibt es im Jahresdurchschnitt heute weniger 0- bis unter 15-Jährige als im Jahr 1970. Bedingt durch die Geburtenentwicklung in den 1960er-Jahren lebten zu Beginn der 1970er-Jahre über 280.000 Kinder und Jugendliche in Wien. Mitte der 1980er-Jahre verzeichnete Wien nicht nur ein Bevölkerungstief, sondern auch die niedrigste Zahl an 0- bis 15-Jährigen. Seit den 1990er-Jahren nimmt diese junge Bevölkerungsgruppe in absoluten Zahlen stetig zu. Zu Jahresanfang 2012 wurden bereits über 260.000 Kinder und Jugendliche mit Hauptwohnsitz in Wien registriert. Die steigende Zahl an Kindern und Jugendlichen korreliert auch mit dem Bevölkerungswachstum, bedingt insbesondere durch die internationale Migration. Folgt man den Bevölkerungsvorausschätzungen, so könnte die Zahl in den kommenden Jahren weiterhin steigen und bis zum Jahr 2030 die 300.000-Grenze erreichen und damit deutlich über dem Rekordjahr 1974 liegen.

Zu Jahresbeginn 2012 wurden 260.000 Kinder und Jugendliche mit Hauptsitz in Wien registriert.

*) Zusammenfassung von empirischen und theoretischen Erkenntnissen und Argumentationen sowie auf differenzierte Fallgestaltungen beziehend, die sich auf ein (sozial- und wirtschaftswissenschaftliches) Themenfeld beziehen.

Im Jahr 2010 beträgt der Anteil der 0- bis unter 15-Jährigen an der Gesamtbevölkerung 14%.

Allein die Zahl jüngerer Menschen hat noch keine große Aussagekraft. Von größerer Bedeutung ist das relative Verhältnis verschiedener Altersgruppen zueinander. Die Bevölkerungsstatistik belegt, dass die Alterskohorte der 0- bis unter 15-Jährigen an Gewicht verloren hat, denn ihr Anteil an der Bevölkerung im Jahresdurchschnitt sank von 16% (1971) auf 14% (2010). Demografische Verhältniszahlen bzw. Abhängigkeitsraten sind Indexwerte, die das zahlenmäßige Verhältnis von jungen, noch in Ausbildung befindlichen Personen, sowie älteren, nicht mehr erwerbsfähigen Personen zum erwerbsfähigen Teil der Bevölkerung in Beziehung setzen. Anhand von Beziehungszahlen können die Verschiebungen im Altersaufbau deutlich gemacht werden: Der Kinder- und Jugendquotient, verstanden als das Verhältnis der Personen im Alter von 0 bis 15 Jahren, bezogen auf die Jahresdurchschnittsbevölkerung im Alter von 16 bis unter 65 Jahren, sank kontinuierlich, und zwar von 29 (1971) auf 22 (2011). In den nächsten Jahren könnten sich entsprechend den Ergebnissen der Bevölkerungsprognose die prozentualen Anteilswerte der 0- bis unter 15-Jährigen um einen Prozentpunkt erhöhen.

Tabelle 3.4: Altersstruktur in Wien

| Jahr | 15-jährige Altersgruppen in % | | | | | | Abhängigkeitsquotient | | |
|------|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-----------------------|------|--------|
| | 0-15 | 15-30 | 30-45 | 45-60 | 60-75 | 75 + | Kinder | Alte | Gesamt |
| 1961 | 13,1 | 18,5 | 18,5 | 24,6 | 19,5 | 5,7 | 21,3 | 40,9 | 62,2 |
| 1971 | 16,3 | 18,8 | 18,3 | 18,9 | 20,8 | 7,0 | 29,2 | 49,5 | 78,7 |
| 1981 | 14,8 | 19,7 | 22,7 | 17,7 | 16,3 | 8,8 | 24,6 | 41,9 | 66,6 |
| 1991 | 14,0 | 22,0 | 22,1 | 18,7 | 14,4 | 8,8 | 22,2 | 37,0 | 59,3 |
| 2001 | 14,7 | 17,7 | 25,8 | 20,0 | 13,5 | 8,3 | 23,1 | 34,2 | 57,3 |
| 2002 | 14,7 | 17,8 | 25,9 | 19,7 | 13,7 | 8,2 | 23,1 | 34,6 | 57,7 |
| 2003 | 14,7 | 18,2 | 25,7 | 19,5 | 13,8 | 8,1 | 23,2 | 34,6 | 57,8 |
| 2004 | 14,7 | 18,5 | 25,5 | 19,2 | 14,1 | 8,0 | 23,3 | 34,9 | 58,2 |
| 2005 | 14,7 | 18,8 | 25,2 | 19,2 | 14,1 | 7,9 | 23,2 | 34,9 | 58,0 |
| 2006 | 14,6 | 19,0 | 24,9 | 19,6 | 14,1 | 7,9 | 22,9 | 34,5 | 57,5 |
| 2007 | 14,5 | 19,2 | 24,5 | 19,7 | 14,3 | 7,8 | 22,8 | 34,9 | 57,7 |
| 2008 | 14,3 | 19,5 | 24,1 | 19,8 | 14,6 | 7,7 | 22,6 | 35,2 | 57,9 |
| 2009 | 14,2 | 19,7 | 23,6 | 20,0 | 14,9 | 7,5 | 22,5 | 35,4 | 57,9 |
| 2010 | 14,2 | 19,8 | 23,2 | 20,3 | 15,1 | 7,4 | 22,5 | 35,5 | 58,0 |
| 2011 | 14,2 | 19,8 | 23,0 | 20,6 | 15,2 | 7,2 | 22,5 | 35,3 | 57,8 |
| | Prognose/Projektion | | | | | | | | |
| 2012 | 14,3 | 19,9 | 22,8 | 20,8 | 15,2 | 7,1 | 22,5 | 35,2 | 57,7 |
| 2013 | 14,4 | 19,9 | 22,4 | 21,0 | 15,3 | 7,0 | 22,7 | 35,2 | 57,8 |
| 2014 | 14,5 | 19,9 | 22,2 | 21,2 | 15,1 | 7,1 | 22,9 | 35,1 | 58,0 |
| 2015 | 14,6 | 19,9 | 22,0 | 21,3 | 14,8 | 7,5 | 23,1 | 35,2 | 58,3 |
| 2016 | 14,7 | 19,9 | 21,9 | 21,3 | 14,5 | 7,8 | 23,3 | 35,4 | 58,7 |
| 2017 | 14,8 | 19,8 | 21,8 | 21,2 | 14,3 | 8,1 | 23,5 | 35,7 | 59,1 |
| 2018 | 14,8 | 19,7 | 21,8 | 21,1 | 14,3 | 8,3 | 23,7 | 36,0 | 59,6 |
| 2019 | 14,9 | 19,6 | 21,9 | 20,9 | 14,2 | 8,5 | 23,9 | 36,3 | 60,3 |
| 2020 | 15,0 | 19,5 | 21,9 | 20,7 | 14,3 | 8,6 | 24,2 | 36,8 | 61,0 |
| ... | | | | | | | | | |
| 2025 | 15,3 | 18,9 | 22,3 | 19,2 | 15,1 | 9,2 | 25,3 | 40,1 | 65,4 |
| ... | | | | | | | | | |
| 2030 | 15,4 | 18,7 | 21,9 | 18,4 | 16,1 | 9,4 | 26,1 | 43,2 | 69,3 |

Quelle: Statistik Austria

3.2.2 Haushalt und Familienstruktur

Nach den Ergebnissen der Volkszählungen verringerte sich die durchschnittliche Haushaltsgröße zwischen 1991 und 2001 von 2,03 auf 1,98 Personen pro Haushalt. Gegenwärtig (2011) liegt die durchschnittliche Wohnungsbelagsgröße in Wien bei 2,02 Personen. In den letzten 20 Jahren ist die Anzahl der bewohnten Wohnungen in Wien um 14% auf 853.200 (2011) gestiegen. Die „Single-Haushalte“ nahmen im gleichen Zeitraum um rund 20% (+78.700) zu und machen bereits rund 46% aller bewohnten Wohnungen in Wien aus. Die „2-Personen-Haushalte“ (-16%) und „3-Personen-Haushalte“ (-4%) nahmen im gleichen Beobachtungszeitraum ab. Interessant ist, dass seit 1991 die Zahl der bewohnten Wohnungen mit vier (+6%) oder fünf Personen (+44%) in Wien jedoch zugenommen hat.

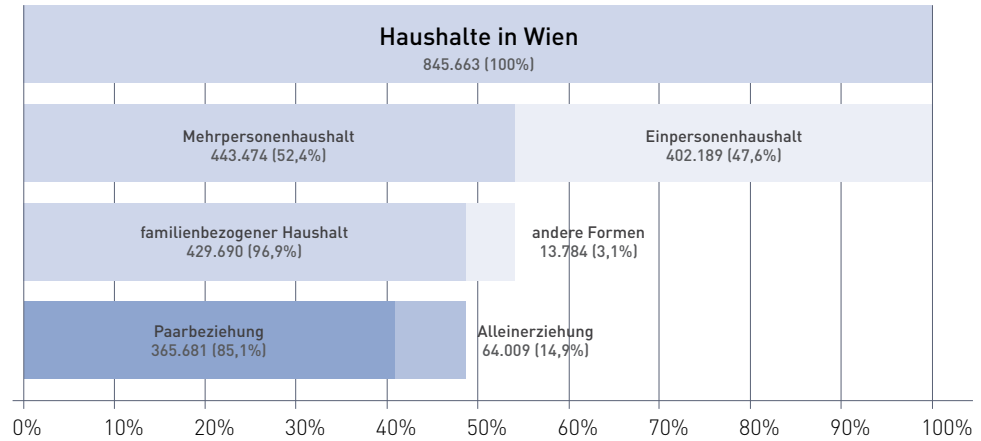
Die Sonderauswertung aus dem Mikrozensus (Arbeitskräfteerhebung 2010) widerspiegelt eine etwas geringere Zahl an Haushalten im Vergleich zu den administrativen Daten, ermöglicht jedoch einen tieferen Einblick in die Haushalts- und Familienstruktur in Wien. Von den insgesamt 846.000 Haushalten ist jede zweite Wohnung (48%) in Wien ein „Single-Haushalt“. Hinter dieser Zahl verbergen sich vermutlich verschiedene Lebensformen, die vom wirklichen „Singleleben“ über feste Partnerschaften ohne gemeinsamen Wohnsitz reichen. Knapp mehr als die Hälfte aller Wohnungen (52%) repräsentieren Mehrpersonenhaushalte – zum überwiegenden Teil (97%) mit familienbezogenen Strukturen. Bei statistischen Informationen aus dem Mikrozensus handelt es sich um eine Momentaufnahme und schließt daher Familien mit ein, die noch Kinder bekommen werden oder wo die Kinder bereits das Elternhaus verlassen haben.

Die 429.700 familienbezogenen Haushalte basieren auf unterschiedlichen Familienformen. Die Eltern können als Ehepaar oder als nichteheliche Lebensgemeinschaft zusammenleben oder ein Elternteil lebt mit dem Kind/den Kindern im gemeinsamen Haushalt. In Wien stellen die „Paarhaushalte“ (85%) die größte Gruppe, wobei jeder zweite „Paarhaushalt“ kinderlos ist (49%). In jedem sechsten aller Familienhaushalte (15%) wächst das Kind bzw. der Jugendliche bei einem Elternteil auf. Jeder zweite Haushalt von Ehepaaren ist kinderlos (46%). In jedem dritten Wiener Haushalt von Ehepaaren sind die Kinder jünger als 15 Jahre (35%), wobei in rund der Hälfte (50%) nur ein Kind im gemeinsamen Haushalt lebt. In nichtehelichen Lebensgemeinschaften überwiegt die Kinderlosigkeit (66%). In jedem vierten Haushalt (27%) leben Kinder, wobei zu einem überwiegenden Teil nur ein Kind im gemeinsamen Haushalt lebt (60%).

Arbeitskräfteerhebung 2010: 52% aller Wohnungen repräsentieren Mehrpersonenhaushalte – bei 97% handelt es sich hier um familienbezogene Strukturen.

Jeder zweite Haushalt von Ehepaaren ist kinderlos (46%).

Abbildung 3.1: Haushaltsstruktur in Wien 2010



| Ehepaare | | Lebensgemeinschaften | | Mütter | | Väter | |
|------------------|---------|----------------------|--------|------------------|--------|------------------|-------|
| 303.787 [83,1%] | | 61.894 [16,9%] | | 56.187 [87,8%] | | 7.822 [12,2%] | |
| 1 Kind | 53.062 | 1 Kind | 10.218 | 1 Kind | 14.548 | 1 Kind | 1.039 |
| 2 Kinder | 36.872 | 2 Kinder | 5.807 | 2 Kinder | 5.577 | 2 Kinder | 809 |
| 3 u. mehr Kinder | 16.632 | 3 u. mehr Kinder | 966 | 3 u. mehr Kinder | 2.187 | 3 u. mehr Kinder | 138 |
| Kinder (15+) | 57.777 | Kinder (15+) | 4.099 | Kinder (15+) | 33.874 | Kinder (15+) | 5.836 |
| ohne Kinder | 139.444 | ohne Kinder | 40.803 | | | | |

Quelle: Statistik Austria; Berechnung und Entwurf MA 23

3.2.3 Einkommen und Beschäftigung

In der SILC-Erhebung werden zwar Familieneinkommensdaten erhoben, jedoch gibt es keine verfügbaren Daten auf Bundeslandebene, die die Haushaltskonzeptionen explizit ausweisen. Das Haushaltseinkommen kann daher nur insgesamt für Wien errechnet werden. Im Jahr 2010 betrug das durchschnittliche, äquivalisierte Nettohaushaltseinkommen in Wien etwa 23.535 Euro, wobei 50% der Personen über weniger als 20.015 Euro verfügten.

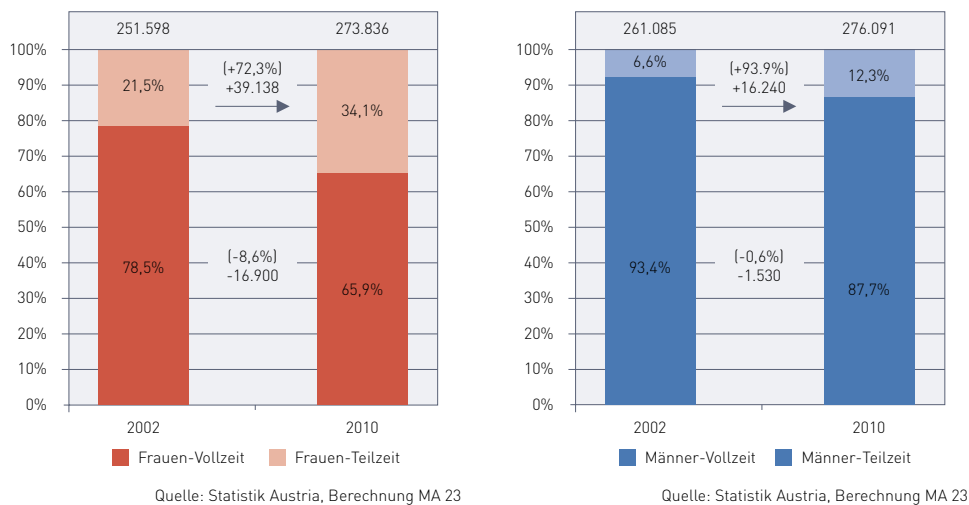
Die durchschnittlichen Bruttoeinkommen weisen zwischen Frauen und Männern relativ hohe Unterschiede auf. Im Jahr 2010 lag in Wien das Durchschnittseinkommen der Frauen (38.941 Euro) signifikant unter dem durchschnittlichen Jahresbruttobezug der Männer (48.684 Euro). Der Gender Pay Gap Indikator, der den prozentuellen Einkommensunterschied zwischen Frauen und Männern misst, hat sich allerdings von fast 40% Einkommensnachteil der Frauen im Jahr 2002 auf 25% im Jahr 2010 reduziert.

In den letzten Jahren war in Wien ein zunehmender Trend hin zur Teilzeitbeschäftigung zu erkennen. Bei den Frauen ist der Anteil der ganzjährig erwerbstätigen Teilzeitbeschäftigten von 22% (2002) auf 34% (2010) gestiegen. Die Quote der Männer hat sich im Beobachtungs-

Bei den Frauen ist der Anteil der ganzjährig erwerbstätigen Teilzeitbeschäftigten von 22% (2002) auf 34% (2010) gestiegen.

zeitraum ebenfalls erhöht und stieg von 7% (2002) auf 12% (2010). Durchschnittlich waren 2010 rund 93.000 Frauen und etwa 33.500 Männer ganzjährig teilzeitbeschäftigt. Die Teilzeitbeschäftigungen können auf unterschiedliche Ausbildungs- und Qualifikationsniveaus zurückzuführen sein, wobei insbesondere ein hoher Anteil an Studentinnen und Studenten mit Teilzeitjobs das Studium finanzieren dürfte. Teilzeitarbeit ist aber oft eine Notwendigkeit, um das Berufs- und Familienleben vereinbaren zu können.

Abbildung 3.2: Beschäftigungsverhältnisse in Wien 2002 und 2010



3.3 Kinderbetreuung und Schule

Kinderbetreuungseinrichtungen stellen Sozialisations- und Bildungsinstanzen dar, in denen Kinder außerhalb ihres familiären Umfelds bei der Erweiterung ihrer sowohl kognitiven als auch sozialen Kompetenzen unterstützt und gefördert werden. Neben der formellen und informellen Vermittlung von Sprachkenntnissen werden Kinder in den Betreuungseinrichtungen betreut, wo sie in einem spielerischen Umfeld soziale Kontakte erweitern und differenzieren können (Hemmerling 2007; Becker & Reimer 2010). Die demografische Entwicklung der vergangenen Jahre hat entsprechende Auswirkungen auf die Aufgabenbereiche der institutionellen Kinderbetreuung sowie auf die schulische Ausbildung. Bildung beinhaltet eine Vielzahl an statistischen Indikatoren, die die individuellen Lebensbedingungen sowie den damit verbundenen gesundheitlichen Kontext beeinflusst. Internationale Studien zeigen, dass es Zusammenhänge zwischen direkten und indirekten Bildungseffekten und Gesundheitskompetenz gäbe (Klein et al. 2001). Bildung vermittelt Wissensbestände, und dies bedeutet Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen, die sich letztlich auch nachhaltig auf das Gesundheitsverhalten auswirken können (Mielck 2005; Nationaler Gesundheitsbericht Schweiz 2008; Rath 2010).

3.3.1 Kindergartenbetreuung

Die demografische Entwicklung der vergangenen Jahre hat entsprechende Auswirkungen auf die Aufgabenbereiche der institutionellen Kinderbetreuung, da der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund deutlich zugenommen hat. Organisatorisch bietet die Stadt Wien ein österreichweit einzigartiges flächendeckendes Netz an Kindergärten an, das den Eltern und Kindern nicht nur hinsichtlich der Erreichbarkeit einen großen Komfort bietet, sondern auch bezüglich der Öffnungszeiten der Mehrheit der berufstätigen Eltern die Möglichkeit bietet, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen. Seit der Einführung des Gratiskindergartens für alle 0- bis 6-Jährigen im Herbst 2010 ist es auf Basis eines strukturierten Fördersystems großteils auch den privaten Anbietern von Krippen, Kindergärten, Kindergruppen und den Tageseltern möglich, beitragsfreie Plätze anzubieten. Im Betreuungsjahr 2010/11 befanden sich rund 93% der in Wien betreuten Kinder in Einrichtungen, deren Öffnungszeiten eine Vollzeitbeschäftigung beider Elternteile zugelassen hätte. Damit liegt Wien als einziges Bundesland deutlich über dem Bundesdurchschnitt (32%).

Die vorschulische Kinderbetreuung hat neben der Betreuungs- auch eine wesentliche Bildungsfunktion, da gerade in den ersten Lebensjahren bei Kindern Fertigkeiten ausgebildet werden, die für den Verlauf der weiteren Schul- und Bildungskarriere von wesentlicher Bedeutung sind. Für die betroffenen Eltern stellen die Kindergärten, -krippen und Horte die Voraussetzung für ein Erwerbsleben dar. Wien verfügt über eine in Österreich einzigartige Dichte von über 95% an Kinderbetreuungseinrichtungen, die mit einer Vollerwerbstätigkeit vereinbar sind. Im Schuljahr 2011/12 wurden in Wien 81.121 Kinder betreut, davon 42% in städtischen Einrichtungen. 9.917 Kinder wurden in Kinderkrippen betreut, 35.989 in Kindergärten, 18.113 in Horten und 17.102 in Familiengruppen.

Die Barcelona-Ziele definieren, dass für mindestens 90% der Kinder zwischen 3 Jahren und dem Schulpflichtalter und für mindestens 33% der Kinder unter 3 Jahren Betreuungsplätze vorhanden sein sollen. Durch den laufenden intensiven Ausbau an Kinderbetreuungsplätzen hat Wien trotz steigender Kinderzahl diese Zielwerte erreicht. Für Kindergartenkinder im Alter von 3 bis 6 Jahren wurde eine Versorgungsquote von 100% erreicht, für Kleinkinder im Alter von 0 bis 3 Jahren eine Versorgungsquote von 34%. Betrachtet man die Kleinkinder im Alter von 1 bis 3 Jahren, so liegt die Versorgungsquote in Wien bei 51%.

Wien verfügt über eine in Österreich einzigartige Dichte von über 95% an Kinderbetreuungseinrichtungen, die mit einer Vollerwerbstätigkeit vereinbar sind.

Tabelle 3.5: In Kinderbetreuungseinrichtungen betreute Kinder in Wien

| Jahr* | Insgesamt | Betreute Kinder** – davon in ... | | | |
|---------|-----------|----------------------------------|--------------|--------|-----------------|
| | | Kinderkrippen | Kindergärten | Horten | Familiengruppen |
| 1989/90 | 54.169 | 5.786 | 33.779 | 14.604 | – |
| ... | | | | | |
| 1995/96 | 60.373 | 5.769 | 38.095 | 16.509 | – |
| ... | | | | | |
| 2000/01 | 64.421 | 7.821 | 39.901 | 16.699 | – |
| 2001/02 | 64.146 | 8.025 | 39.726 | 16.395 | – |
| 2002/03 | 63.463 | 7.621 | 36.960 | 16.380 | 2.502 |
| 2003/04 | 64.166 | 7.516 | 36.998 | 16.649 | 3.003 |
| 2004/05 | 65.999 | 7.663 | 35.630 | 16.995 | 5.711 |
| 2005/06 | 67.719 | 7.656 | 35.673 | 17.315 | 7.075 |
| 2006/07 | 68.618 | 7.629 | 35.022 | 17.542 | 8.425 |
| 2007/08 | 71.521 | 7.636 | 34.635 | 18.636 | 10.614 |
| 2008/09 | 74.858 | 8.219 | 35.898 | 18.933 | 11.808 |
| 2009/10 | 76.567 | 9.246 | 37.131 | 17.431 | 12.759 |
| 2010/11 | 81.236 | 12.556 | 35.711 | 18.275 | 14.694 |
| 2011/12 | 81.121 | 9.917 | 35.989 | 18.113 | 17.102 |

* 2012: Aufgrund einer Änderung bei der Aufteilung der Kindergruppen kommt es im Jahr 2012 gegenüber dem Vorjahr zu einem Rückgang bei den Kinderkrippen und einem Anstieg bei den Familiengruppen.

** Ohne Kinder bei Tageseltern, Kindergruppen entsprechend der Altersstruktur auf die anderen Betreuungsformen aufgeteilt.

Quelle: MA 10 und MA 23

3.3.2 Schulkinder

Die Wiener Schullandschaft bietet eine große Vielfalt an Ausbildungsmöglichkeiten in verschiedensten Fachrichtungen, sowohl von der öffentlichen Hand als auch von privaten Trägern und Organisationen. Schule ist ein prägender und wichtiger Lebensraum für junge Menschen und zunehmend ein Ort der interkulturellen Begegnung.

In Wien beginnen jedes Jahr rund 15.700 ErstklasslerInnen ihre Schulkarriere. Während in Wien die Zahl zwischen den Schuljahren 2000/01 und 2010/11 relativ konstant geblieben ist, verzeichneten alle anderen Bundesländer einen Rückgang von Schulneulingen von bis zu 24%. Im Schuljahr 2010/11 besuchten rund 62.800 Kinder eine Volksschule. In den 1980er-Jahren war die Zahl der SchülerInnen rückläufig. Seit den frühen 1990er-Jahren wächst die Zahl der SchülerInnen. Wien ist auch das einzige Bundesland, in dem es mehr SchülerInnen in der AHS-Unterstufe als in der Hauptschule bzw. Neuen Mittelschule gibt.

In Wien sind derzeit 224.697 SchülerInnen in einer der 688 Schulen. Bei der Trendvariante der Schulbesuchsprognose der Statistik Austria werden zusätzlich zu den prognostizierten Änderungen der Bevölkerungszahlen auch Trends im Schulwahlverhalten der letzten Jahre mit berücksichtigt. Auf Basis der zu erwartenden demografischen Entwicklung ist in den nächsten Jahren mit einer zunehmenden Zahl der SchülerInnen im Pflichtschulbereich zu rechnen.

In Wien beginnen jedes Jahr rund 15.700 ErstklasslerInnen ihre Schulkarriere.

Tabelle 3.6: SchülerInnen in Wien nach Schultyp

| Jahr | SchülerInnen insgesamt | Volksschulen | davon in ... Hauptschulen* | Sonderschulen |
|---------------------|------------------------|--------------|----------------------------|---------------|
| 1990/91 | 188.501 | 53.912 | 23.649 | 4.459 |
| 1995/96 | 203.916 | 61.294 | 29.276 | 4.960 |
| 2000/01 | 214.091 | 64.348 | 31.043 | 3.696 |
| 2009/10 | 226.483 | 62.475 | 28.872 | 2.879 |
| 2010/11 | 224.697 | 62.815 | 26.778 | 2.822 |
| Prognose/Projektion | | | | |
| 2015/16 | 217.524 | 65.695 | 30.690 | 2.929 |
| 2020/21 | 226.345 | 69.329 | 31.316 | 3.056 |
| 2025/26 | 236.126 | 72.735 | 32.360 | 3.224 |
| 2030/31 | 247.066 | 74.992 | 33.277 | 3.412 |

| Jahr | Polytechnikum | davon in ... | | AHS-ORG |
|---------------------|---------------|-----------------|---------------|---------|
| | | AHS-Unterstufe* | AHS-Oberstufe | |
| 1990/91 | 1.746 | 26.460 | 13.239 | 2.780 |
| 1995/96 | 1.997 | 29.502 | 15.042 | 3.003 |
| 2000/01 | 2.317 | 31.579 | 15.404 | 3.454 |
| 2009/10 | 2.911 | 33.308 | 19.305 | 4.264 |
| 2010/11 | 2.744 | 32.574 | 19.465 | 4.280 |
| Prognose/Projektion | | | | |
| 2015/16 | 2.803 | 35.361 | 19.259 | 4.267 |
| 2020/21 | 2.865 | 36.775 | 20.311 | 4.433 |
| 2025/26 | 2.890 | 39.010 | 21.306 | 4.608 |
| 2030/31 | 2.942 | 41.330 | 22.885 | 4.967 |

* Inkl. SchülerInnen in Klassen der Neuen Mittelschule, die an Standorten des genannten Schultyps geführt werden.

Quelle: Statistik Austria

3.4 Zusammenfassung

Die Bevölkerungsdynamik vergangener Jahre bestätigt Wien als Zentrum des demografischen Wandels in Österreich, und signifikante Bevölkerungszuwächse werden auch für die Zukunft projiziert. Und Wien ist – demografisch betrachtet – tatsächlich anders. Während in vielen anderen europäischen Metropolen die Zahl der Kinder und Jugendlichen sinkt, wird für Wien eine steigende Zahl an Kindern und Jugendlichen vorausgeschätzt, was in weiterer Folge eine steigende Nachfrage im Arbeits-, Bildungs- und Gesundheitssektor mit sich bringen könnte.

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Haushalts- und Familienstruktur gewandelt: Zunahme bei den Single-Haushalten, Abnahme bei den Mehrpersonenhaushalten. Anhand statistischer Informationen der amtlichen Statistik liegen empirische Hinweise vor, dass Formen des Zusammenlebens vielfältiger geworden sind. Die Familien im traditionellen Sinn werden zunehmend durch Wohngemeinschaften, Patchworkfamilien, Alleinerziehende mit ihren Kindern oder durch Lebensgemeinschaften ergänzt.

Ein zentrales Thema betrifft die Ausgestaltung einer kinder- und schulischen Infrastruktur als einer entscheidenden Grundlage auch für die Bewältigung der Herausforderungen im demografischen Wandel. Sie dient zuallererst den Entwicklungs- und Bildungschancen der jungen Menschen und ist zugleich aber auch ein Indikator für die Standortqualität. Unbestritten ist, dass die Rahmenbedingungen innerhalb des Bildungswesens den schulischen Verlauf und den gesundheitlichen Erfolg von Kindern und Jugendlichen bestimmen und daher auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels anzupassen sind.

Literatur

Baumann, A. / Filipiak, B. / Stieber, J. / Löwel, H. (1998): Familienstand und soziale Integration als Prädiktoren der Mortalität: eine 5-Jahres-Follow-up-Studie an 55- bis 74-jährigen Männern und Frauen in der Region Augsburg. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31: 184–192.

Becker, Birgit / Reimer, David (Hg.) (2010): Vom Kindergarten bis zur Hochschule. Die Generierung von ethnischen und sozialen Disparitäten in der Bildungsbiographie. Verlag für Sozialwissenschaften.

Bericht der Wiener Zuwanderungskommission (2010): Migration – Mobilität – Vielfalt.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006): Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin.

Fassmann, Heinz (1986): Migration in Österreich 1850–1900. Migrationsströme innerhalb der Monarchie und Struktur der Zuwanderung nach Wien. In: *Demographische Informationen 1986*, Wien 1986.

Fassmann, Heinz (Hrsg.): 2. Österreichischer Migrations- und Integrationsbericht 2001–2006: Rechtliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungen, sozioökonomische Strukturen. Klagenfurt/Celovic: Drava 2007.

Hahn, Sylvia (2006): Sehnsucht nach der Ferne: Selbstzeugnisse von ArbeitsmigrantInnen in Wien im 19. Jahrhundert. In: *Migration und Erinnerung. Reflexionen über Wanderungserfahrungen in Europa und Nordamerika*, (Hrsg. Harzig, Christiane), *Transkulturelle Perspektiven* 4, S. 23–41.

Hauser, Jürgen (1983): Ansatz einer ganzheitlichen Theorie der Sterblichkeit – Eine Skizze. *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 9: 159–186.

Integrations- und Diversitätsmonitor der Stadt Wien 2009.

International Organization for Migration (IOM) (2004): Der Einfluss von Immigration auf die österreichische Gesellschaft. Eine Bestandsaufnahme der jüngsten österreichischen Forschungsliteratur. Wien.

John, Michael (1996): Mosaik, Schmelztiegel, Weltstadt Wien? Migration und multikulturelle Gesellschaft im 19. und 20. Jahrhundert. Printquelle: In: Wir. Zur Geschichte und Gegenwart der Zuwanderung nach Wien. Katalog zur Sonderausstellung des Historischen Museums der Stadt Wien. Eigenverlag der Museen der Stadt Wien, Wien 1996, S. 137–144
Onlinequelle: www.demokratiezentrum.org

Kermer, Silvio (2007): Verstädterung, Migration und wirtschaftliche Entwicklung. Schriften zur internationalen Wirtschaftspolitik, Bd. 5., München.

Klein, Thomas / Schneider, Sven / Löwel, Hannelore (2001): Bildung und Mortalität. Die Bedeutung gesundheitsrelevanter Aspekte des Lebensstils Lucius & Lucius Verlag Stuttgart Zeitschrift für Soziologie, Jg. 30, Heft 5, Oktober 2001, S. 384–400.

Ladstätter, Johannes (1973): Wandel der Erhebungs- und Aufarbeitungsziele der Volkszählungen seit 1869. In: Helzmanovszki, Heimold (Hg.): Beiträge zur Bevölkerungs- und Sozialgeschichte Österreichs. Wien 1973, S. 267–294.

Magistrat Wien (2012): 2. Integrations- und Diversitätsmonitor der Stadt Wien 2009 bis 2011. Magistratsabteilung 17, Wien 2012.

Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern. Huber.

Musterd, Sako (2005): Social and Ethnic Segregation in Europe: Levels, Causes, and Effects. In: Journal of Urban Affairs, Volume 27, Issue 3, S. 331–348.

Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Gesundheit in der Schweiz.

Nave-Herz, Rosemarie (1994): Familie heute. Wandel der Familienstrukturen und Folgen für die Erziehung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Peuckert, Rüdiger (1997): Die Destabilisierung der Familie. In: Heitmeyer (Hg.), Was treibt die Gesellschaft auseinander? Frankfurt/M., S. 287–325.

Rath, Otto (2010): Basisbildung und Gesundheit. Der Faktor Bildung im Kreislauf von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. In: Isop GmbH (Hg.), Zwischenbilanz. Die Basisbildung in Österreich in Theorie und Praxis. S. 90–97.

Schmals, Klaus, M. (Hg.) (2000): Migration und Stadt. Entwicklungen, Defizite, Potentiale. Leske + Budrich, Opladen 2000.

Sobotka, Tomáš (2005): Fertility in Austria: An Overview. Vienna Yearbook of Population Research 2005, pp. 243–259.

Seyda, Susanne / Lampert, Thomas (2009): Familienstruktur und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: Zeitschrift für Familienforschung. Jg. 21, H. 2, S. 168–192.

Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2011.

Weigl, Andreas (2000): Demographischer Wandel und Modernisierung in Wien. Pilcher Verlag, Wien.

Zeman, Kryštof / Sobotka, Tomáš / Gisser, Richard / Winkler-Dworak, Maria / Lutz, Wolfgang (2011): Geburtenbarometer Wien: Analyse der konvergenten Fertilität zwischen Wien und Österreich. VID Working Paper 07/2011.

3.5 Tabellenanhang

3

Tabelle 3.7: Bevölkerung nach Gemeindebezirken seit 2004

| Gemeindebezirk | Bevölkerungsstand zum Stichtag 1.1. | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
| Wien | 1.610.410 | 1.632.569 | 1.652.449 | 1.661.246 | 1.674.909 | 1.687.271 | 1.698.822 | 1.714.142 | 1.731.236 |
| 1. Innere Stadt | 17.384 | 17.294 | 17.285 | 17.147 | 17.157 | 16.958 | 16.944 | 16.854 | 16.797 |
| 2. Leopoldstadt | 90.837 | 91.364 | 92.170 | 93.313 | 94.020 | 94.595 | 95.410 | 96.016 | 97.677 |
| 3. Landstraße | 83.019 | 83.827 | 84.208 | 83.919 | 83.526 | 83.737 | 84.022 | 85.045 | 85.713 |
| 4. Wieden | 29.394 | 29.573 | 30.126 | 30.189 | 30.330 | 30.587 | 30.646 | 30.943 | 31.187 |
| 5. Margareten | 51.098 | 51.882 | 52.534 | 52.286 | 52.547 | 52.548 | 52.684 | 53.178 | 53.101 |
| 6. Mariahilf | 28.891 | 29.012 | 29.369 | 29.463 | 29.498 | 29.371 | 29.544 | 29.623 | 29.769 |
| 7. Neubau | 29.012 | 29.161 | 30.416 | 29.955 | 30.130 | 30.056 | 30.298 | 30.392 | 30.515 |
| 8. Josefstadt | 23.309 | 23.588 | 23.597 | 23.613 | 23.840 | 23.912 | 23.742 | 23.747 | 23.955 |
| 9. Alsergrund | 38.865 | 39.472 | 39.264 | 39.160 | 39.531 | 39.422 | 39.691 | 39.688 | 39.895 |
| 10. Favoriten | 159.105 | 163.695 | 167.238 | 169.413 | 171.343 | 173.623 | 175.209 | 177.215 | 179.179 |
| 11. Simmering | 81.369 | 82.429 | 82.722 | 82.903 | 85.881 | 88.102 | 89.693 | 90.712 | 91.606 |
| 12. Meidling | 82.178 | 83.372 | 84.240 | 85.011 | 85.917 | 87.285 | 87.896 | 88.579 | 89.172 |
| 13. Hietzing | 50.896 | 51.316 | 51.356 | 51.304 | 51.194 | 51.147 | 51.265 | 51.292 | 51.014 |
| 14. Penzing | 80.505 | 81.785 | 82.829 | 83.246 | 83.837 | 84.187 | 84.362 | 84.933 | 85.443 |
| 15. Rudolfshiem-Fünfhaus | 68.760 | 69.467 | 70.235 | 70.228 | 70.441 | 70.902 | 71.213 | 72.021 | 72.593 |
| 16. Ottakring | 89.822 | 91.997 | 93.817 | 93.877 | 94.245 | 94.735 | 95.084 | 95.386 | 96.377 |
| 17. Hernals | 50.278 | 51.316 | 52.480 | 52.626 | 52.731 | 52.701 | 52.801 | 52.913 | 53.409 |
| 18. Währing | 46.309 | 46.921 | 47.291 | 47.333 | 47.568 | 47.861 | 48.034 | 48.013 | 48.147 |
| 19. Döbling | 66.437 | 66.900 | 67.389 | 67.832 | 68.186 | 68.277 | 68.462 | 68.820 | 69.324 |
| 20. Brigittenau | 79.441 | 80.758 | 81.288 | 81.719 | 81.888 | 82.369 | 82.536 | 83.607 | 84.159 |
| 21. Floridsdorf | 133.801 | 134.904 | 136.625 | 137.335 | 138.768 | 139.729 | 140.943 | 142.603 | 144.811 |
| 22. Donaustadt | 142.620 | 144.820 | 146.892 | 149.083 | 151.072 | 153.408 | 155.913 | 158.933 | 162.592 |
| 23. Liesing | 87.080 | 87.716 | 89.078 | 90.291 | 91.259 | 91.759 | 92.430 | 93.629 | 94.801 |

Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes

Tabelle 3.8: Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Geschlecht und Gemeindebezirken 2012

| Gemeindebezirk | Bevölkerungsstand zum Stichtag 1.1. | | | ohne Migrationshintergrund | | | mit Migrationshintergrund | | |
|--------------------------|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------------------|----------------|----------------|---------------------------|----------------|----------------|
| | insgesamt | Männer | Frauen | insgesamt | Männer | Frauen | insgesamt | Männer | Frauen |
| Wien | 1.731.236 | 830.937 | 900.299 | 1.140.391 | 544.719 | 595.672 | 590.845 | 286.218 | 304.627 |
| 1. Innere Stadt | 16.797 | 8.050 | 8.747 | 10.986 | 5.403 | 5.583 | 5.811 | 2.647 | 3.164 |
| 2. Leopoldstadt | 97.677 | 48.146 | 49.531 | 56.588 | 27.423 | 29.165 | 41.089 | 20.723 | 20.366 |
| 3. Landstraße | 85.713 | 40.778 | 44.935 | 54.820 | 26.073 | 28.747 | 30.893 | 14.705 | 16.188 |
| 4. Wieden | 31.187 | 14.712 | 16.475 | 19.774 | 9.423 | 10.351 | 11.413 | 5.289 | 6.124 |
| 5. Margareten | 53.101 | 25.995 | 27.106 | 30.377 | 14.700 | 15.677 | 22.724 | 11.295 | 11.429 |
| 6. Mariahilf | 29.769 | 14.264 | 15.505 | 19.316 | 9.244 | 10.072 | 10.453 | 5.020 | 5.433 |
| 7. Neubau | 30.515 | 14.450 | 16.065 | 19.961 | 9.545 | 10.416 | 10.554 | 4.905 | 5.649 |
| 8. Josefstadt | 23.955 | 11.601 | 12.354 | 16.023 | 7.645 | 8.378 | 7.932 | 3.956 | 3.976 |
| 9. Alsergrund | 39.895 | 18.969 | 20.926 | 25.716 | 12.121 | 13.595 | 14.179 | 6.848 | 7.331 |
| 10. Favoriten | 179.179 | 87.013 | 92.166 | 109.164 | 52.398 | 56.766 | 70.015 | 34.615 | 35.400 |
| 11. Simmering | 91.606 | 44.648 | 46.958 | 61.298 | 29.804 | 31.494 | 30.308 | 14.844 | 15.464 |
| 12. Meidling | 89.172 | 42.717 | 46.455 | 54.976 | 26.058 | 28.918 | 34.196 | 16.659 | 17.537 |
| 13. Hietzing | 51.014 | 23.157 | 27.857 | 39.695 | 18.325 | 21.370 | 11.319 | 4.832 | 6.487 |
| 14. Penzing | 85.443 | 40.535 | 44.908 | 60.742 | 28.828 | 31.914 | 24.701 | 11.707 | 12.994 |
| 15. Rudolfshiem-Fünfhaus | 72.593 | 35.907 | 36.686 | 37.663 | 18.152 | 19.511 | 34.930 | 17.755 | 17.175 |
| 16. Ottakring | 96.377 | 47.011 | 49.366 | 56.542 | 26.955 | 29.587 | 39.835 | 20.056 | 19.779 |
| 17. Hernals | 53.409 | 25.852 | 27.557 | 32.895 | 15.682 | 17.213 | 20.514 | 10.170 | 10.344 |
| 18. Währing | 48.147 | 22.193 | 25.954 | 32.738 | 14.999 | 17.739 | 15.409 | 7.194 | 8.215 |
| 19. Döbling | 69.324 | 31.832 | 37.492 | 49.144 | 22.667 | 26.477 | 20.180 | 9.165 | 11.015 |
| 20. Brigittenau | 84.159 | 41.275 | 42.884 | 47.182 | 22.824 | 24.358 | 36.977 | 18.451 | 18.526 |
| 21. Floridsdorf | 144.811 | 69.387 | 75.424 | 107.620 | 51.834 | 55.786 | 37.191 | 17.553 | 19.638 |
| 22. Donaustadt | 162.592 | 77.917 | 84.675 | 123.114 | 59.591 | 63.523 | 39.478 | 18.326 | 21.152 |
| 23. Liesing | 94.801 | 44.528 | 50.273 | 74.057 | 35.025 | 39.032 | 20.744 | 9.503 | 11.241 |

Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes und Berechnung MA 23

Tabelle 3.9: Bevölkerung nach Altersgruppen und Gemeindebezirken 2012

| Gemeindebezirk | insgesamt | Bevölkerungsstand zum Stichtag 1.1. nach Altersgruppen | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|--|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | 0–5 | 6–9 | 10–19 | 20–29 | 30–44 | 45–59 | 60–74 | 75+ |
| Wien | 1.731.236 | 104.181 | 64.384 | 165.329 | 256.624 | 396.390 | 357.984 | 262.678 | 123.666 |
| 1. Innere Stadt | 16.797 | 723 | 408 | 1.152 | 1.868 | 3.508 | 3.854 | 3.532 | 1.752 |
| 2. Leopoldstadt | 97.677 | 6.284 | 3.656 | 9.188 | 15.820 | 23.489 | 19.299 | 13.077 | 6.864 |
| 3. Landstraße | 85.713 | 4.836 | 2.602 | 7.074 | 13.532 | 20.440 | 18.170 | 12.577 | 6.482 |
| 4. Wieden | 31.187 | 1.668 | 905 | 2.346 | 5.188 | 7.518 | 6.441 | 4.685 | 2.436 |
| 5. Margareten | 53.101 | 3.080 | 1.622 | 4.245 | 9.643 | 13.891 | 10.497 | 6.862 | 3.261 |
| 6. Mariahilf | 29.769 | 1.441 | 759 | 2.104 | 5.299 | 7.701 | 6.379 | 4.216 | 1.870 |
| 7. Neubau | 30.515 | 1.541 | 759 | 2.048 | 5.625 | 8.285 | 6.456 | 4.012 | 1.789 |
| 8. Josefstadt | 23.955 | 1.103 | 593 | 1.809 | 4.673 | 6.023 | 4.819 | 3.409 | 1.526 |
| 9. Alsergrund | 39.895 | 1.933 | 1.034 | 2.875 | 8.387 | 9.595 | 7.746 | 5.595 | 2.730 |
| 10. Favoriten | 179.179 | 11.826 | 7.313 | 18.302 | 25.975 | 39.644 | 36.313 | 27.054 | 12.752 |
| 11. Simmering | 91.606 | 6.299 | 4.080 | 9.975 | 13.392 | 21.578 | 18.155 | 13.134 | 4.993 |
| 12. Meidling | 89.172 | 5.674 | 3.573 | 8.767 | 13.488 | 20.218 | 18.110 | 12.708 | 6.634 |
| 13. Hietzing | 51.014 | 2.718 | 1.692 | 4.533 | 5.662 | 10.111 | 10.389 | 9.855 | 6.054 |
| 14. Penzing | 85.443 | 4.849 | 2.940 | 7.703 | 11.420 | 18.663 | 18.637 | 14.412 | 6.819 |
| 15. Rudolfsheim-Fünfhaus | 72.593 | 4.363 | 2.577 | 6.746 | 13.053 | 17.818 | 14.630 | 9.367 | 4.039 |
| 16. Ottakring | 96.377 | 5.972 | 3.513 | 8.834 | 15.539 | 22.496 | 19.998 | 13.738 | 6.287 |
| 17. Hernals | 53.409 | 3.307 | 1.880 | 4.754 | 8.435 | 12.631 | 10.984 | 7.823 | 3.595 |
| 18. Währing | 48.147 | 2.873 | 1.700 | 4.029 | 7.380 | 11.401 | 9.325 | 7.309 | 4.130 |
| 19. Döbling | 69.324 | 3.720 | 2.440 | 6.039 | 9.145 | 14.415 | 13.507 | 12.279 | 7.779 |
| 20. Brigittenau | 84.159 | 5.604 | 3.213 | 7.765 | 14.099 | 19.588 | 16.717 | 11.653 | 5.520 |
| 21. Floridsdorf | 144.811 | 8.536 | 5.829 | 16.067 | 18.855 | 30.513 | 31.400 | 23.699 | 9.912 |
| 22. Donaustadt | 162.592 | 10.310 | 7.401 | 19.395 | 19.228 | 37.143 | 35.786 | 24.485 | 8.844 |
| 23. Liesing | 94.801 | 5.521 | 3.895 | 9.579 | 10.918 | 19.721 | 20.372 | 17.197 | 7.598 |

Quelle: Statistik Austria – Statistik des Bevölkerungsstandes und Berechnung MA 23

Tabelle 3.10: Natürliche Bevölkerungsbewegung für Wien nach Migrationshintergrund und Gemeindebezirken 2011

| Gemeindebezirk | Lebendgeborene | | | Gestorbene | | | Geburtenbilanz | | |
|--------------------------|----------------|-------------------------------|---------------|---------------|------------------------------|---------------|----------------|------------------------------|------------|
| | insgesamt | Migrationshintergrund* mit | ohne | insgesamt | Migrationshintergrund mit | ohne | insgesamt | Migrationshintergrund mit | ohne |
| Wien | 18.170 | 5.207 | 12.963 | 15.918 | 3.183 | 12.735 | 2.252 | 2.024 | 228 |
| 1. Innere Stadt | 147 | 48 | 99 | 191 | 55 | 136 | -44 | -7 | -37 |
| 2. Leopoldstadt | 1.116 | 364 | 752 | 914 | 196 | 718 | 202 | 168 | 34 |
| 3. Landstraße | 849 | 235 | 614 | 741 | 171 | 570 | 108 | 64 | 44 |
| 4. Wieden | 312 | 78 | 234 | 275 | 76 | 199 | 37 | 2 | 35 |
| 5. Margareten | 657 | 227 | 430 | 440 | 107 | 333 | 217 | 120 | 97 |
| 6. Mariahilf | 288 | 69 | 219 | 254 | 72 | 182 | 34 | -3 | 37 |
| 7. Neubau | 310 | 89 | 221 | 213 | 43 | 170 | 97 | 46 | 51 |
| 8. Josefstadt | 206 | 41 | 165 | 157 | 25 | 132 | 49 | 16 | 33 |
| 9. Alsergrund | 407 | 104 | 303 | 350 | 79 | 271 | 57 | 25 | 32 |
| 10. Favoriten | 2.045 | 748 | 1.297 | 1.687 | 309 | 1.378 | 358 | 439 | -81 |
| 11. Simmering | 1.040 | 279 | 761 | 699 | 132 | 567 | 341 | 147 | 194 |
| 12. Meidling | 991 | 301 | 690 | 929 | 181 | 748 | 62 | 120 | -58 |
| 13. Hietzing | 443 | 88 | 355 | 777 | 142 | 635 | -334 | -54 | -280 |
| 14. Penzing | 814 | 223 | 591 | 939 | 194 | 745 | -125 | 29 | -154 |
| 15. Rudolfsheim-Fünfhaus | 886 | 372 | 514 | 650 | 170 | 480 | 236 | 202 | 34 |
| 16. Ottakring | 1.113 | 420 | 693 | 827 | 201 | 626 | 286 | 219 | 67 |
| 17. Hernals | 619 | 201 | 418 | 407 | 83 | 324 | 212 | 118 | 94 |
| 18. Währing | 533 | 151 | 382 | 428 | 62 | 366 | 105 | 89 | 16 |
| 19. Döbling | 626 | 138 | 488 | 845 | 147 | 698 | -219 | -9 | -210 |
| 20. Brigittenau | 1.036 | 357 | 679 | 713 | 148 | 565 | 323 | 209 | 114 |
| 21. Floridsdorf | 1.344 | 284 | 1.060 | 1.379 | 225 | 1.154 | -35 | 59 | -94 |
| 22. Donaustadt | 1.545 | 255 | 1.290 | 1.233 | 229 | 1.004 | 312 | 26 | 286 |
| 23. Liesing | 843 | 135 | 708 | 870 | 136 | 734 | -27 | -1 | -26 |

* Ident mit Staatsangehörigkeit, da die Statistik Austria derzeit keine Auslandsgeburten berücksichtigt.

Quelle: Statistik Austria – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung und Berechnung MA 23

Tabelle 3.11: Kinder in Kinderbetreuungseinrichtungen nach Gemeindebezirken 2011/12

| Gemeindebezirk | insgesamt | Betreute Kinder* – davon in... | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------|-----------------|
| | | Kinderkrippen | Kindergärten | Horten | Familiengruppen |
| Wien | 81.121 | 9.917 | 35.989 | 18.113 | 17.102 |
| 1. Innere Stadt | 1.168 | 154 | 371 | 308 | 335 |
| 2. Leopoldstadt | 4.951 | 717 | 2.013 | 1.142 | 1.079 |
| 3. Landstraße | 4.110 | 505 | 1.788 | 666 | 1.151 |
| 4. Wieden | 2.056 | 149 | 632 | 859 | 416 |
| 5. Margareten | 1.628 | 205 | 908 | 209 | 306 |
| 6. Mariahilf | 1.546 | 151 | 425 | 605 | 365 |
| 7. Neubau | 1.240 | 192 | 615 | 130 | 303 |
| 8. Josefstadt | 1.201 | 103 | 353 | 439 | 306 |
| 9. Alsergrund | 1.957 | 266 | 528 | 453 | 710 |
| 10. Favoriten | 8.410 | 871 | 3.553 | 1.964 | 2.022 |
| 11. Simmering | 4.196 | 566 | 2.253 | 704 | 673 |
| 12. Meidling | 3.490 | 311 | 1.491 | 763 | 925 |
| 13. Hietzing | 2.479 | 194 | 903 | 665 | 717 |
| 14. Penzing | 3.279 | 481 | 1.635 | 390 | 773 |
| 15. Rudolfsheim-Fünfhaus | 3.221 | 404 | 1.666 | 681 | 470 |
| 16. Ottakring | 3.879 | 581 | 1.704 | 615 | 979 |
| 17. Hernals | 2.154 | 326 | 876 | 560 | 392 |
| 18. Währing | 2.490 | 299 | 1.168 | 693 | 330 |
| 19. Döbling | 3.518 | 201 | 1.616 | 1.106 | 595 |
| 20. Brigittenau | 3.067 | 395 | 1.854 | 463 | 355 |
| 21. Floridsdorf | 6.537 | 1.024 | 3.344 | 1.215 | 954 |
| 22. Donaustadt | 9.735 | 1.266 | 4.090 | 2.351 | 2.028 |
| 23. Liesing | 4.809 | 556 | 2.203 | 1.132 | 918 |

* Ohne Kinder bei Tageseltern, Kindergruppen entsprechend der Altersstruktur auf die anderen Betreuungsformen aufgeteilt.

Quelle: MA 10 – Kindertagesheimstatistik

Tabelle 3.12: SchülerInnen in allgemein bildenden Pflichtschulen nach Gemeindebezirken 2010/11

| Gemeindebezirk | insgesamt | SchülerInnen in allgemein bildenden Pflichtschulen – davon in... | | | |
|--------------------------|---------------|--|---------------|---------------|--------------------|
| | | Volksschulen | Hauptschulen | Sonderschulen | Polytechn. Schulen |
| Wien | 95.159 | 62.815 | 26.778 | 2.822 | 2.744 |
| 1. Innere Stadt | 898 | 715 | 183 | - | - |
| 2. Leopoldstadt | 5.599 | 3.538 | 1.821 | 240 | - |
| 3. Landstraße | 4.617 | 2.740 | 1.311 | 226 | 340 |
| 4. Wieden | 1.946 | 1.363 | 437 | - | 146 |
| 5. Margareten | 1.678 | 1.056 | 583 | 39 | - |
| 6. Mariahilf | 1.280 | 823 | 392 | 65 | - |
| 7. Neubau | 1.830 | 1.301 | 487 | - | 42 |
| 8. Josefstadt | 1.037 | 892 | 145 | - | - |
| 9. Alsergrund | 1.137 | 919 | 218 | - | - |
| 10. Favoriten | 10.504 | 7.103 | 2.929 | 152 | 320 |
| 11. Simmering | 5.730 | 3.538 | 2.173 | 19 | - |
| 12. Meidling | 4.583 | 2.996 | 1.557 | 30 | - |
| 13. Hietzing | 2.096 | 1.571 | 456 | 69 | - |
| 14. Penzing | 4.301 | 3.048 | 1.091 | 162 | - |
| 15. Rudolfsheim-Fünfhaus | 4.145 | 2.435 | 1.222 | 173 | 315 |
| 16. Ottakring | 4.072 | 2.595 | 1.361 | 116 | - |
| 17. Hernals | 2.202 | 1.545 | 465 | 192 | - |
| 18. Währing | 3.963 | 2.458 | 793 | 363 | 349 |
| 19. Döbling | 2.919 | 2.110 | 662 | 126 | 21 |
| 20. Brigittenau | 4.318 | 2.793 | 1.147 | 126 | 252 |
| 21. Floridsdorf | 9.581 | 5.933 | 3.042 | 283 | 323 |
| 22. Donaustadt | 10.424 | 7.250 | 2.611 | 208 | 355 |
| 23. Liesing | 6.299 | 4.093 | 1.692 | 233 | 281 |

Quelle: Statistik Austria – Bildungsstatistik

Tabelle 3.13: SchülerInnen in AHS und Statutschulen nach Gemeindebezirken 2010/11

| Gemeindebezirk | insgesamt | SchülerInnen – davon in ... | | | |
|--------------------------|---------------|-------------------------------------|---------------|---------------------|---|
| | | allgemein bildenden höheren Schulen | | neuen Mittelschulen | sonstigen allgemein bildenden Statutschulen |
| | | AHS Unterstufe | AHS Oberstufe | | |
| Wien | 65.864 | 32.574 | 24.967 | 3.802 | 4.521 |
| 1. Innere Stadt | 3.245 | 1.236 | 2.009 | - | - |
| 2. Leopoldstadt | 2.944 | 1.396 | 939 | 222 | 387 |
| 3. Landstraße | 4.211 | 2.128 | 1.926 | - | 157 |
| 4. Wieden | 2.141 | 1.136 | 896 | 109 | - |
| 5. Margareten | 1.123 | 669 | 454 | - | - |
| 6. Mariahilf | 1.928 | 999 | 757 | 132 | 40 |
| 7. Neubau | 1.903 | 699 | 847 | 357 | - |
| 8. Josefstadt | 1.620 | 960 | 660 | - | - |
| 9. Alsergrund | 1.267 | 678 | 517 | - | 72 |
| 10. Favoriten | 3.951 | 2.220 | 1.011 | 695 | 25 |
| 11. Simmering | 2.129 | 1.453 | 676 | - | - |
| 12. Meidling | 1.346 | 864 | 383 | - | 99 |
| 13. Hietzing | 2.384 | 1.239 | 921 | - | 224 |
| 14. Penzing | 1.875 | 1.142 | 546 | - | 187 |
| 15. Rudolfsheim-Fünfhaus | 4.260 | 1.705 | 2.431 | 124 | - |
| 16. Ottakring | 1.908 | 937 | 699 | 236 | 36 |
| 17. Hernals | 1.456 | 882 | 542 | - | 32 |
| 18. Währing | 2.929 | 1.422 | 1.061 | 98 | 348 |
| 19. Döbling | 4.150 | 2.033 | 1.399 | - | 718 |
| 20. Brigittenau | 1.396 | 349 | 690 | 150 | 207 |
| 21. Floridsdorf | 6.424 | 3.907 | 2.272 | 145 | 100 |
| 22. Donaustadt | 6.226 | 2.371 | 1.470 | 923 | 1.462 |
| 23. Liesing | 5.048 | 2.149 | 1.861 | 611 | 427 |

Quelle: Statistik Austria – Bildungsstatistik

Epidemiologie



gezeichnet von: Leila, 12 Jahre

4.1 Schwangerschaft – Geburt – Perinatale Einflussfaktoren

4.1.1 Die Betreuung von Neu- und Frühgeborenen in Wien

Angelika Berger, Beate Pietschnig

Schwangerschaft und Geburt stellen meist eine sehr schöne und hoffnungsvolle Zeit im Leben der wachsenden Familie dar. Risikofaktoren wie Probleme während der Schwangerschaft, extreme Frühgeburtlichkeit sowie Fehlbildungen oder peripartale Komplikationen fordern von Eltern und Kindern, aber auch von MedizinerInnen und dem gesamten Betreuungsteam ein aufmerksames, ganzheitliches und koordiniertes multidisziplinäres Vorgehen.



Zu früh ins Leben getreten – das frühgeborene Kind

Alle Kinder, die vor der vollendeten SSW (= Schwangerschaftswoche) 37 geboren werden, gelten als Frühgeborene. Vor allem Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, sogenannte very low birth weight (VLBW) infants, haben ein signifikant erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Dieses ist umso höher, je unreifer das Baby ist (je geringer das Gestationsalter ist).

Weitere Faktoren, die Morbidität und Mortalität beeinflussen, sind:

- Betreuung in der Schwangerschaft (z. B. Lungenreifung = Steroidgabe an die Mutter vor der Geburt)
- Maternale Infektionen und andere Komplikationen der Schwangerschaft
- Geburtsmodus – Geplante Geburt oder Notfall
- Geburtsverlauf
- Peripartale Versorgung (z. B. intrauteriner Transport an ein perinatologisches Zentrum)
- Weitere kindliche Risikofaktoren wie Mehrlinge, Fehlbildungen, sehr niedriges oder von der Perzentile abweichendes Geburtsgewicht

Das tatsächliche Gestationsalter ist ein Parameter für die generelle Reife des Kindes. Zu den möglichen Folgen extremer Unreife gehören:

- **Gehirn:** Hirnblutung, periventrikuläre Leukomalazie und daraus resultierende schwere neurologische Folgen wie Lähmungen, mentale Beeinträchtigung
- **Lunge:** Atemnotsyndrom durch Mangel an Surfactant, Beatmungspflichtigkeit, bronchopulmonale Dysplasie, chronische Lungenerkrankung
- **Verdauungstrakt:** nekrotisierende Enterokolitis, Cholestase
- **Augen:** Retinopathie des Frühgeborenen mit Sehschwäche bis zur Blindheit
- **Immunsystem:** Infektionen

Dank großer Fortschritte in der intensivmedizinischen Versorgung können heute auch Kinder der SSW 23 und 24 überleben. Die bessere prä- und peripartale Betreuung der kleinsten PatientInnen reduziert zwar das Risiko für **bleibende Schäden**, dennoch treten bei einem kleinen Prozentsatz dieser Kinder auch schwere Langzeitfolgen auf (Straßburg 2010).

23%iger Anstieg in der Geburtsgewichtsklasse 2.000 bis 2.500g. 1.208 Kinder hatten ein Geburtsgewicht unter 2.500g.

In Wien wurden im Jahr 2010 17.989 Kinder lebend geboren, davon 8.709 Mädchen und 9.280 Buben. 6,7% der 17.989 Kinder (1.208 absolut) hatten ein Geburtsgewicht unter 2.500 g, 9,5% (1.712 absolut) wurden vor der SSW 37 geboren. Im Zeitverlauf der letzten 10 Jahre zeigt sich in fast allen Geburtsgewichtsklassen eine erhebliche Steigerung der Geburtszahlen (Tab. 4.1). Insbesondere Frühgeborene mit einem Gewicht von 2.000 bis 2.500 g weisen mit rund 23% einen hohen Anstieg auf.

In Österreich betrug laut derzeit vorliegenden Zahlen der Statistik Austria die Rate an Frühgeborenen im Jahr 2010 10,9% (8.551 absolut). 7,0% (5.449 absolut) der Kinder hatten ein Geburtsgewicht unter 2.500g.

Tabelle 4.1: **Geburtsgewicht von Lebendgeborenen in Wien in den Jahren 2001 und 2010**

| Jahr | gesamt | < 1.000 g | 1.000–1.500 g | 1.500–2.000 g | 2.000–2.500 g | > 4.500 g |
|---------|--------|-----------|---------------|---------------|---------------|-----------|
| 2001 | 15.167 | 101 | 122 | 227 | 590 | 173 |
| 2010 | 17.989 | 110 | 122 | 249 | 724 | 201 |
| Anstieg | 2.822 | 8,9% | 0,0% | 9,7% | 22,7% | 16,2% |

Quelle: Statistik Austria

Frühzeitiges Erkennen der drohenden Frühgeburt oder von Komplikationen erlauben es, Betreuung und Outcome optimieren zu können.

Kinder mit angeborenen Fehlbildungen

Fehlbildungen sind angeborene Anomalien, die einzeln oder als Fehlbildungssyndrom mit mehreren Fehlbildungen gleichzeitig vorkommen können. Etwa 2% der Kinder sind von Fehlbildungen stark unterschiedlichen Ausmaßes betroffen. Fehlbildungen können entstehen

- durch **genetische Erkrankung** (Chromosomenstörungen, Gendefekte), familiär oder als Spontanmutationen, auch nach künstlicher Infertilitätsbehandlung,
- durch **intrauterine Schädigung durch Noxen** während der Organogenese (Alkohol, Drogen, Medikamente, Strahlung),
- durch **mütterliche Erkrankungen während der Organogenese** (infektiöse Erkrankungen, interne Erkrankungen wie Diabetes und andere Stoffwechselstörungen, Herzerkrankungen u. v. m., Traumata, Schwangerschaftskomplikationen ...),
- **spontan ohne erkennbare Ursache**.

Die Auswirkungen der Fehlbildungen auf das weitere Leben des Kindes hängen in erster Linie von deren Lokalisation und Ausprägung sowie von weiteren Fehlbildungen bzw. Erkrankungen ab.

Jede Diagnose einer zu erwartenden Fehlbildung (pränataler Ultraschall, pränatale genetische Untersuchung) stellt die Eltern vor die **schwerwiegende Entscheidung**, ob sie ein Kind mit dieser Fehlbildung annehmen und begleiten können, d. h., ob diese Schwangerschaft ausgetragen werden soll. Hier wird an vielen Stellen in Wien weiterführende Diagnostik, Beratung und intensive Begleitung der Eltern angeboten.

Mit der zunehmenden **Verbesserung der pränatalen Diagnostik** ist auch ein geringes Absinken der Rate der schwer fehlgebildeten Kinder über die letzten Jahrzehnte zu sehen. Im Jahr 2010 wurden in ganz Österreich 249 (0,3%) Kinder mit erkennbaren Fehlbildungen geboren, 38 (0,2%) davon in Wien.

Wien 2010: 38 Kinder mit erkennbaren Fehlbildungen geboren.

Bei vielen genetischen Erkrankungen ist die pränatale Diagnosestellung erst in der zweiten oder einer späteren Schwangerschaft in Kenntnis der Problematik des ersten Kindes möglich. Wird eine Fehlbildung in der Schwangerschaft oder bei der Geburt erkannt, müssen die Eltern behutsam über Diagnose, weiteres Vorgehen und Prognose aufgeklärt und begleitet werden. Eine weiterführende psychologische Betreuung ist dringend nötig, um Gefühle wie Ablehnung, Schuld, Ambivalenz, Überfürsorge, Versagen zu thematisieren und die Eltern durch die schwere Zeit zu begleiten. Jede Fehlbildung erfordert die Betreuung in einem multiprofessionellen, erfahrenen Team, sowohl in der Zeit im Spital als auch nach der Entlassung im niedergelassenen Bereich.

Weitere Hilfsangebote wie Pflegehilfe, Familienhelferin, Sozialarbeit, Hilfestellung bei beruflichen Fragen der Eltern, Angebote für spezielle Kindergärten und Schulen und auch finanzielle Hilfen wie erhöhte Kinderbeihilfe und Pflegegeld müssen den Eltern vermittelt werden. Beratung auch in alltäglichen Fragen wie Ernährung, Waschen, Anziehen, Auszeiten für die Eltern sind enorm wichtig. Die Begleitung des Kindes und der Eltern in medizinischer, psychologischer, pflegerischer und sozialer Hinsicht ist bis ins Erwachsenenalter erforderlich. Die angeborenen Fehlbildungen, Syndrome und Stoffwechselstörungen nehmen einen breiten Raum in der Neonatologie und Pädiatrie ein. Bei sehr vielen Fehlbildungen liegt keine isolierte Fehlbildung, sondern ein Syndrom mit mehreren Fehlbildungen vor und erfordert ein multiprofessionelles, individuell abgestimmtes Vorgehen und Betreuung.

Tabelle 4.2: Fehlbildungen in Österreich 2009 auf 1.000 Lebendgeborene

| | Promille der Lebendgeborenen (etwa) |
|------------------------------|-------------------------------------|
| Muskel-Skelett-System | 1,45 |
| Lippenkieferraumenspalten | 0,72 |
| Herzfehler | 0,46 |
| Wirbelsäule – offener Rücken | 0,16 |
| Magen-Darm | 0,17 |
| Urogenitale | 0,29 |
| Lunge + Atemwege | 0,04 |
| ZNS-Fehlbildungen | 0,3 |
| Stoffwechselstörungen | 0,7 |
| Syndrome/Chromosomen | 0,22 |

Quelle: Husslein & Vetter, 2009

Geburtskomplikationen

Die meisten Geburten (etwa 95%) verlaufen ohne Schwierigkeiten, bei manchen treten jedoch Probleme unterschiedlichen Ausmaßes auf, deren folgenschwerste die peripartale Asphyxie ist. Diese betrifft 1–2% aller Kinder in verschiedenen Schweregraden, wobei durch neue Behandlungsmethoden (Hypothermiebehandlung) in vielen Fällen Dauerfolgen vermieden werden können.

Die Fortschritte im Bereich der Geburtshilfe, gute und rechtzeitige Diagnostik und die Möglichkeiten zur frühzeitigen Intervention bei drohender intrauteriner Asphyxie haben zu

einem dramatischen Rückgang peripartaler Komplikationen geführt. Dem gegenüber steht eine steigende Rate an Kaiserschnittentbindungen (Anstieg zuletzt auf 28,5% aller Geburten in Wien).

Versorgung der Frühgeborenen und kranken Neugeborenen in Wien

Viele verschiedene Faktoren beeinflussen das Outcome von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen, wobei u. a. Strukturkriterien wie Größe der Geburtsklinik, Größe der Neonatologischen Intensivstation, Level der Perinatologischen Versorgung und Patientinnenaufkommen als Einflussfaktoren für die teilweise stark heterogene Mortalität dieser Kinder diskutiert werden. Mehrere Arbeiten zeigen, dass große Kliniken mit hohem Patientinnenaufkommen eine niedrigere Mortalität in der Versorgung von VLBW-Frühgeborenen aufweisen im Vergleich zu kleinen Kliniken, die nur wenige dieser unreifen Kinder pro Jahr versorgen. Ein weiteres Einflusskriterium ist, ob die Kinder intrauterin an ein Zentrum transferiert wurden oder ein neonatologischer Intensivtransport post partum erforderlich war.

Die Zentralisierung als Instrument der Qualitätsverbesserung wurde in Wien schon vor Jahren erkannt und in Form der Errichtung von zwei Perinatalzentren (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am AKH Wien sowie Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde im SMZ Ost – Donauespital) umgesetzt. Beide Kliniken verfügen über entsprechende Versorgungsstrukturen und assoziierte Spezialitäten (u. a. Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Augenheilkunde), um eine **umfassende Betreuung der Hochrisikofrühgeborenen** zu ermöglichen. Ausschließlich an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am AKH Wien sind auch eine kardiochirurgische Versorgung von Neu- und Frühgeborenen sowie Verfahren der extracorporalen Membranoxygenierung (= ECMO, Sonderform der Herz-Lungen-Maschine) für Neugeborene möglich.

Das Perinatalzentrum im MUW/AKH Wien ist eines der größten derartigen Zentren in Europa. Ende 2011 wurde das Zentrum um eine weitere Einheit mit geburtshilflichen Stationen und einer Station mit 12 zusätzlichen neonatologischen Intermediate-Care-(IMC-)Betten auf einer gemeinsamen Ebene erweitert. Damit wurde nicht nur die Versorgung von frühgeborenen Kindern weiter verbessert, sondern auch die noch bessere **Einbeziehung der Mütter in die Betreuung** ermöglicht. Insgesamt stehen damit derzeit im Perinatalzentrum MUW/AKH Wien 20 neonatologische Intensiv- und 24 neonatologische IMC-Betten zur Verfügung.

Zusätzlich wurde das Perinatalzentrum SMZ Ost – Donauespital im Jahr 2011 um 4 neonatologische IMC-Betten erweitert, weitere 8 IMC-Betten sind derzeit in Errichtung. Derzeit stehen 10 neonatologische Intensivbetten zur Verfügung.

Die Kinderklinik Glanzing wurde 1999 ins Wilhelminenspital übersiedelt. Es stehen dort 8 neonatologische Intensivbetten sowie 12 IMC-Betten zur Verfügung. Im Gottfried von Preyer'schen Kinderspital gibt es 6 Kinderintensivbetten und 12 Betten für Frühgeborene. **Beide Spitäler stellen gemeinsam auch den wienweiten Transportdienst**, der kranke Neugeborene und Frühgeborene der anderen Wiener Geburtsabteilungen mit der entsprechend ausgestatteten „fahrenden Intensivstation“ stabilisiert und an die jeweiligen Abteilungen transferiert. In optimaler Weise ist das aus Intensivneonatalogen und Intensivschwester bestehende Team bereits vor der Geburt vor Ort und übernimmt das Kind unmittelbar nach der Geburt.

Die neonatologische Station in der KA Rudolfstiftung verfügt über 5 IMC- und 6 Neugeborenenbetten. Kinder, die eine Beatmung oder weiterführende neonatologische Betreuung

Die Zentralisierung als Instrument der Qualitätsverbesserung wurde in Wien schon vor Jahren erkannt und in Form der Errichtung von zwei Perinatalzentren umgesetzt.

benötigen, werden an die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH Wien transferiert.

Neben der optimalen Ausbildung der Teams sowohl der Geburtshilfe als auch der Neonatologie im Umgang mit Frühgeborenen ist auch die ständige Qualitätssicherung (z. B. Vermont Oxford Neonatal Network) sowie die standardisierte Nachsorge von unreifen Frühgeborenen von großer Bedeutung.

Das Vermont Oxford Neonatal Network ist ein weltweites Statistikinstrument, vor allem in den USA, in dem Frühgeborene <1.500g erfasst und Mortalität und Morbidität dokumentiert werden. Die Auswertung ermöglicht dann den Vergleich des eigenen Zentrums gegenüber der Summe der anderen Zentren und stellt damit ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung dar.

In der Betreuung der Frühgeborenen ist es eminent wichtig, die Eltern intensiv einzubinden und in ihrer Kompetenz zu stärken, handelt es sich doch um besonders vulnerable Babys und meist sehr geforderte Eltern. Die **umfassende wertschätzende und individuelle Betreuung der Eltern durch das gesamte Team**, zu dem auch speziell geschulte PsychologInnen gehören, ist von großer Bedeutung. Auch nach der Entlassung benötigen Eltern und Kind umfassende, fachlich kompetente und rasch verfügbare Hilfen, besonders wenn es zu Residualschäden gekommen ist. Die Nachbetreuung der ehemals Frühgeborenen erfolgt entweder in den an die neonatologischen Abteilungen angeschlossenen Entwicklungsambulanzen oder über die Zentren der Entwicklungsdiagnostik der Wiener Sozialdienste und den Ambulatorien der VKKJ (Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche). Ausführliche Informationen zur Versorgung sind dem Kapitel 8.3 Sozialmedizinisches Beratungs- und Betreuungsangebot zu entnehmen.

Eltern müssen in die Betreuung eingebunden und in ihrer Kompetenz gestärkt werden.

Zusammenfassung

In Wien wurden im Jahr 2010 17.989 Kinder lebend geboren, davon 8.709 Mädchen und 9.280 Buben. Die häufigsten Ursachen für Morbidität und Mortalität in der Neonatalperiode bzw. potenzielle Spätfolgen sind Frühgeburtlichkeit, angeborene Fehlbildungen und Geburtskomplikationen.

6,7% der Kinder (1.208 absolut) hatten ein Geburtsgewicht unter 2.500g, 9,5% (1.712 absolut) wurden vor der SSW 37 geboren und gelten daher als Frühgeborene. Je unreifer das Kind ist, desto eher ist mit Folgeerkrankungen zu rechnen. 38 Kinder (0,2%) wiesen bei der Geburt erkennbare Fehlbildungen auf. Häufig liegt keine isolierte Fehlbildung, sondern ein Syndrom mit mehreren Fehlbildungen vor. Eine peripartale Asphyxie erleiden 1–2% aller Neugeborenen, wobei durch neue Behandlungsmethoden schwere Folgen oft verhindert werden können.

Die Versorgung von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen erfolgt in Wien an den neonatologischen Stationen im Perinatalzentrum MUW/AKH Wien, Perinatalzentrum SMZ Ost – Donauespital, in der Kinderklinik Glanzing, im Preyer'schen Kinderspital sowie in der KA Rudolfstiftung.

Verbesserte prä-, peri- und postnatale Betreuung haben zu einem deutlich besseren Überleben dieser kleinen und kleinsten PatientInnen geführt.

4.1.2 Säuglingsernährung und Stillen

Beate Pietschnig

Die Ernährung der Säuglinge und Kleinkinder hat einen **großen Einfluss auf die spätere Gesundheit**. Stillen trägt wesentlich zu einer guten Mutter-Kind-Interaktion bei. Diese bildet die Grundlage einer späteren tragfähigen Beziehung und sicheren Bindung.

Stillen sowie die Ernährung mit Muttermilch stellen für den Säugling die optimale ausschließliche Ernährung während der **ersten etwa 6 Lebensmonate** dar. Danach soll mit adäquater Beikost weitergestillt werden, solange Mutter und Kind es wollen (AAP, WHO, ESPGHAN, nationale Ernährungscommissionen).

Gute Information und Unterstützung ermöglicht es der Mutter (den Eltern), eine informierte und kompetente Entscheidung zu treffen und umzusetzen.

Vorteile der Ernährung mit Muttermilch und des Stillens

Die Muttermilch ist in Menge und Zusammensetzung optimal auf das Baby abgestimmt. Stillen fördert den Aufbau einer sicheren Bindung (vgl. Bowlby 1988). Infektionsprävention begünstigt die Darmreifung, fördert die kognitive Entwicklung und die Zahngesundheit. Weiters reduziert Stillen das Risiko für SIDS (sudden infant death syndrome). **Geringeres Risiko für spätere Adipositas, Diabetes, Zöliakie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen** und anfangs auch die **Allergieprävention** stellen weitere Vorteile des Stillens gegenüber dem Füttern mit Milchfermentnahrung dar.

Auch die **Mütter profitieren vom Stillen** nicht nur durch die raschere Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt, sondern auch durch geringeres Risiko, später an Brustkrebs zu erkranken. Außerdem ist Stillen die **kostengünstigste und praktischste Ernährungsform**. Stillen gehört zu den effektivsten Primärpräventionsmaßnahmen mit beträchtlichem Kostenersparnispotenzial im Gesundheitswesen (Bartick 2010).

Praxis des Stillens

Stillen gelingt **nicht ausschließlich instinktiv**, sondern ist ein erlernbares Verhalten. Gute Information und Begleitung sind daher wertvoll. Stillen ist ein **Prozess von Angebot und Nachfrage** – je öfter und mehr ein Baby von der Brust trinkt, desto mehr Milch wird gebildet. Die Milchmenge passt sich (hormongesteuert) dem Bedarf an. Daher soll das **erste Anlegen so bald als möglich nach der Geburt** stattfinden und das Kind in der Folge nach Bedarf gestillt werden. Richtiges Anlegen und gute Unterstützung helfen, Probleme zu vermeiden. Auch Mütter, die nicht stillen wollen, können oder dürfen, brauchen gute Beratung.

Ernährungssituation der Säuglinge in Österreich

2006 wurde die Ernährung der Säuglinge vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der Stillkommission in einer österreichweiten, repräsentativen Studie erhoben. Die Stillraten in Österreich sind in der folgenden Abbildung dargestellt:

Stillberatung gilt als die effektivste und kostengünstigste Maßnahme der Gesundheitsvorsorge.

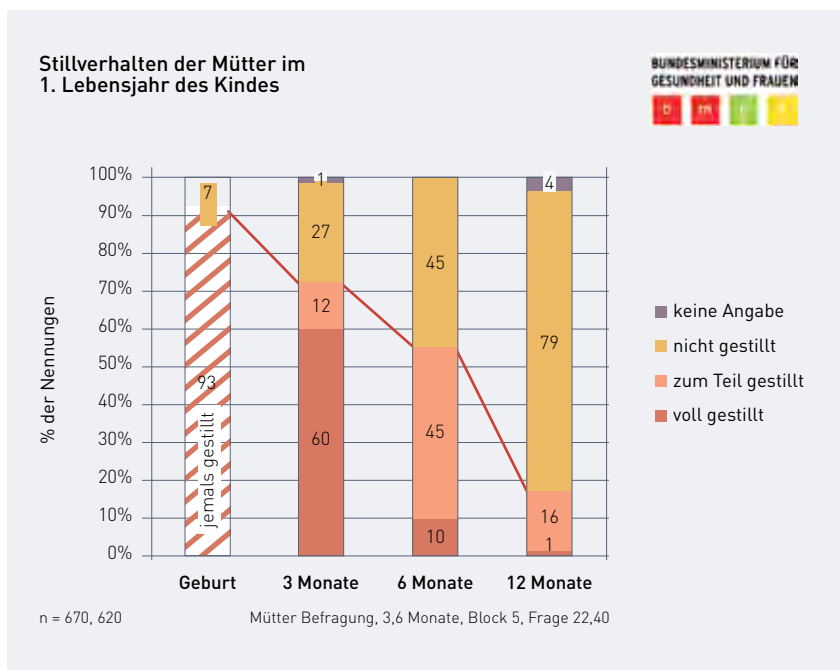
Manche Frauen möchten oder können nicht stillen. Auch sie brauchen eine gute Beratung.

Während 93% der Mütter nach der Geburt zu stillen beginnen, werden im Alter von 3 Monaten noch 60% der Babys voll und 12% teilgestillt. Im Alter von 6 Monaten beträgt die Rate voll gestillter Kinder 10%, insgesamt erhalten noch 55% der Kinder Muttermilch. Obwohl diese Daten eine deutliche Verbesserung der Stillsituation in Österreich gegenüber früheren Erhebungen des Ministeriums zeigen, ist das Ziel der WHO, dass (fast) alle Kinder bis etwa zum Alter von 6 Monaten ausschließlich gestillt werden, nicht erreicht.

Nach 3 Monaten werden noch 60% der Babys voll gestillt.

Nur noch 10% der Kinder werden im Alter von 6 Monaten voll gestillt.

Abbildung 4.1: Stillraten in Österreich



Quelle: Säuglingsernährung heute, 2006, eine Erhebung des Bundesministeriums für Gesundheit

Maßnahmen zur Stillförderung peripartal

Die WHO/UNICEF-Initiative „babyfriendly hospital“ (BFHI) ist ein Programm zur optimalen Betreuung und Stillförderung im Bereich der Geburtshilfe und Wochenbettstation. Sie umfasst Richtlinien zur Fortbildung des Personals, Erstellung von schriftlichen Unterlagen und zur Förderung des Stillens und der Mutter-Kind-Beziehung nach der Geburt und in der Stillzeit. Auch zurückhaltender Umgang mit Werbung und Milchfertigernahrungen (WHO-Codex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten) ist festgelegt.

Um die Plakette „stillfreundliches Krankenhaus“ zu erlangen, muss sich eine Geburtsabteilung der Zertifizierung durch ein unabhängiges Komitee stellen und nachweisen, dass die „10 Schritte zum erfolgreichen Stillen“ der WHO/UNICEF sowie die Auflagen des „internationalen Codex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten“ umgesetzt werden. Eine regelmäßige Rezertifizierung ist vorgesehen.

„babyfriendly hospital“: Ein Programm zur optimalen Betreuung und Stillförderung im Bereich der Geburtshilfe und Wochenbettstation.

In Österreich gibt es derzeit (Stand März 2012) 12 BFHI-Abteilungen. In Wien sind derzeit 3 Häuser zertifiziert, die Semmelweis-Klinik seit 1999 und das Krankenhaus Göttlicher Heiland seit 2007. Seit 2011 ist die BFHI-Initiative an das Programm der gesundheitsfördernden Krankenhäuser (ONGKG) angegliedert. Im Oktober 2011 konnte die Krankenanstalt Rudolfstiftung als erstes Krankenhaus seit der Angliederung an ONGKG zertifiziert werden.

Maßnahmen in der Stillzeit

In der Stillzeit ist es notwendig, rasch und unbürokratisch Hilfe bei entstehenden Fragestellungen und Problemen anzubieten. Die Fragen der Mütter betreffen sowohl Probleme der Gewichtszunahme des Kindes, Probleme der Brustwarzen sowie Brustentzündungen und Schwierigkeiten beim Stillen selbst. Ziel der Stillberatung ist es, gemäß dem Stillwunsch der Mutter eine optimale Information anzubieten und die **Mutter in ihrer Kompetenz zu stärken**.

In Wien stehen den Eltern folgende Einrichtungen zur Verfügung:

- Familienhebammen der Magistratsabteilung 15 an 4 Familienhebammenstützpunkten in Wien. Hier werden kostenfrei Babytreffs mit Stillberatung und Einzelberatungen durch Hebammen und eine IBCLC angeboten.
(<http://www.wien.gv.at/ma15/hebammen.htm>)
- die Eltern-Kind-Zentren und Elternberatungen (www.wien.gv.at/sozialinfo) in jedem Bezirk, auch hier gibt es kostenfrei Babytreffs mit Stillberatung sowie die ärztliche Beratung im Rahmen der Elternberatungsstunden.
- Stillambulanzen mit Betreuung durch IBCLCs und ÄrztInnen stehen im Preyer'schen Kinderspital und in der Krankenanstalt Rudolfstiftung allen Müttern offen, viele Geburtsabteilungen bieten den im eigenen Haus entbundenen Müttern in der ersten Zeit Stillberatungen und rasche Hilfe bei auftretenden Stillproblemen an (mit der Krankenkasse verrechenbar).
- Freiberufliche Stillberatung durch IBCLCs (international board certified lactation consultants, www.stillen.at) bieten Stillgruppen, Einzelberatungen und auch Hausbesuche an (kostenpflichtig, zum Teil refundierbar durch die Krankenkasse).
- Stillgruppen der LLL (la leche liga, www.lalecheliga.at). Hier werden Stillgruppen im Rahmen der Selbsthilfegruppe (mit kleinem Kostenbeitrag) angeboten.
- Hebammenbetreuung steht den Müttern nach früher Entlassung bzw. ambulanter Geburt (in der ersten Zeit auf Kassenkosten) zur Verfügung.
- KinderärztInnen sowie Kinderpflegekräfte beraten zu Ernährung und Stillen (nach den Konditionen der Ordinationen).
- Manchmal ist auch die Hilfestellung durch PsychologInnen und PsychotherapeutInnen erforderlich, die auch z. B. über die Elternberatungsstellen der MAG ELF erreicht werden können.

In vielen Eltern-Kind-Zentren der Stadt Wien steht ein Dolmetsch für Serbisch und Türkisch zur Verfügung.

Broschüre „Wenn ein Baby kommt! – Wichtige Tipps zu Schwangerschaft und Geburt“

Die Broschüre in **barrierefreier Sprache** liefert werdenden Eltern die wichtigsten Informationen rund um Schwangerschaft, Geburt und die erste Zeit mit dem Baby. Sie ist in **Deutsch und in Türkisch** erhältlich und wird dem Mutter-Kind-Pass beigelegt.

Diese Broschüre hat das **Wiener Programm für Frauengesundheit** im Oktober 2011 herausgegeben, die in leicht verständlicher Sprache die wichtigsten medizinischen, rechtlichen und psychosozialen Informationen rund um Schwangerschaft und Geburt in Wien vermittelt. Zielgruppe sind sozial benachteiligte Frauen. Die Broschüre wurde erstellt von FEM Süd und durch einen Fachbeirat mit VertreterInnen aus Geburtshilfe, Gynäkologie, Recht, Sozialarbeit und Frauengesundheit supervidiert. Um die Zielgruppe der sozial benachteiligten Frauen zu erreichen, liegt die Broschüre auch in Spitalsambulanzen und Beratungseinrichtungen in einkommensschwachen Bezirken auf. Der Inhalt orientiert sich entlang der Schwangerschaftsmonate und thematisiert folgende Schwerpunkte:

- Medizinisches (u. a. Entwicklung des Babys, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Pränataldiagnostik)
- Do's and Dont's zum Lebensstil (Rauchen, Alkohol, Ernährung, Medikamenteneinnahme, Bewegung)
- Rechtliches und Finanzielles (u. a. Mutterschutz, Kindergeldbezug, Einreichfristen)
- Psychosoziale Aspekte (u. a. Ängste, Rolle des Partners, Lebenskrisen)
- Hilfreiche Adressen und Links u. a. von Geburtsvorbereitung, Beratungsstellen, Geburtskliniken, Eltern-Kind-Zentren.

Weitere Informationen finden Sie unter:

<http://www.frauengesundheit-wien.at/frauengesundheit/schwangerschaft/>

Zufüttern, Beikosteinführung und Abstillen

Eine fachliche Beratung wird bei der Notwendigkeit, Milchfertignahrungen zu verabreichen, dringend empfohlen. Die Art der Milchfertignahrung – PRE-Nahrung wird für das ganze erste Jahr empfohlen –, die richtige Zubereitung und Verabreichung muss mit den Eltern besprochen werden. Die **Einführung der Beikost** unter weiterem Stillen ist spätestens **im Alter von 6 Monaten** vorgesehen, abhängig von der Entwicklung des Kindes. Beikost vor dem Alter von 17 Wochen ist mit beträchtlichen Risiken für das Kind behaftet und sollte daher nicht gegeben werden (vgl. ESPGHAN 2008, AGES 2011). Es **gibt keine Evidenz für einen optimalen Zeitpunkt des endgültigen Abstillens**, daher werden dazu international keine Empfehlungen gegeben. Essen zu lernen ist ein Prozess, der langsam erfolgen soll und das Baby unter Beachtung seiner Entwicklung langsam und ohne Zwang an den Familientisch heranführen soll. Essen soll auch Spaß machen!



Das Verabreichen von Beikost soll niemals in den ersten 4 Lebensmonaten erfolgen.

Zusammenfassung

Stillen und die Ernährung mit Muttermilch stellen für den Säugling die optimale ausschließliche Ernährung während der ersten etwa 6 Lebensmonate dar, dann soll mit altersgerechter Beikost weiter gestillt werden, solange Mutter und Kind das wünschen.

Die gute Unterstützung der Mütter und Information bereits vor und während der Schwangerschaft und dann während des Wochenbetts und der Stillzeit trägt wesentlich zur Reduktion von Erkrankungen bei Mutter und Kind bei und fördert eine gute und tragfähige Beziehung (siehe BFHI).

Stillberatung ist eine der effektivsten und kostengünstigsten Primärpräventionsmaßnahmen. Bei Stillproblemen soll fachkundige Hilfe in Anspruch genommen werden. Diese wird in Wien an vielen Stellen niederschwellig angeboten. Die Einführung der Beikost unter weiterem Stillen soll nach Entwicklung des Kindes gegen Ende des 1. Lebenshalbjahres beginnen. Beikost soll jedoch niemals vor dem Alter von 17 Wochen (= Beginn des 5. Monats) gegeben werden. Spätestens mit 26 Wochen (= 6 vollendete Monate) soll Beikost zugeführt werden. Das Baby soll die Möglichkeit haben, die Beikost langsam und selbst mit Freude am Essen kennenzulernen. Mit etwa 1 Jahr verträgt das Baby bereits fast alles, was der Familientisch zu bieten hat.

Literatur

AGES-Broschüre (2011): Richtig essen von Anfang an, Babys erstes Löffelchen.

American Academy of Pediatrics (2005): Breastfeeding and the Use of Human Milk. Policy Statement Pediatrics, Vol. 115, No. 2, February 2005.

Bartik M., Reinhold A. (2010): The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. Pediatrics. Published online 05 April 2010.

Bowlby J. (1988): A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. London: Routledge.

ESPGHAN (2008): Medical Position Paper: Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 46:99-110.

ESPGHAN (2009): Medical Position Paper: Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition: Agostoni, Carlo et al., Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition: July 2009, Volume 49, Issue 1, p 112-125.

Säuglingsernährung heute (2006): Erhebung des obersten Sanitätsrates gemeinsam mit der österreichischen Stillkommission http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/5/2/4/CH0775/CMS1177050007867/kurzfassung_saeuglingsernaehrung_heute_druckversion_08_2009.pdf (Zugriff 2.10.2011).

Stillen – ein guter Beginn, Bundesministerium für Gesundheit, Broschüre 2009.

WHO – Publications: Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals, 2009.

WHO: Breastfeeding recommendations: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/> (Zugriff 2.10.2011).

4.1.3 Teenagerschwangerschaften

Ungeplante, ungewollte Schwangerschaften im Teenageralter stellen insbesondere junge Mädchen vor eine große und lebenswichtige Grundsatzentscheidung. Können sie sich dieser Herausforderung stellen, haben sie eine soziale Umgebung, die das unterstützt, haben sie Sorge und Angst vor möglichen Sanktionen und müssen sie diese Entscheidung alleine und geheim treffen? Sexuaufklärung, die über die biologischen Fakten und Möglichkeiten der Empfängnisverhütung hinausgehen und auch emotionale Erfahrungen und Ängste der Sexualität für Mädchen und Burschen anspricht, ist von entscheidender Bedeutung. Präventive Ansätze müssen daher geeignet sein, genaues Wissen über den eigenen Körper zu vermitteln, aber auch Jugendliche, Mädchen ebenso wie Burschen, zum verantwortungsbewussten Umgang mit Sexualität befähigen. Ein Rückblick der letzten 10 Jahre zeigt, dass durchschnittlich 4,7% der schwangeren Mütter im Teenageralter gebären.

Teenagerschwangerschaften sind in den letzten 10 Jahren um 1% gesunken.

Tabelle 4.3: Lebendgeborene Kinder von Frauen unter 20 Jahren in Wien

| Jahr | Alter | | | | | | | | | | Lebendgeborene insgesamt | Anteil an allen Lebendgeborenen in % |
|------|-------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 11 bis unter 20 Jahre | | |
| 2001 | 0 | 0 | 0 | 2 | 30 | 65 | 143 | 229 | 322 | 791 | 15.167 | 5,2 |
| 2002 | 0 | 0 | 0 | 5 | 29 | 80 | 135 | 235 | 368 | 852 | 16.428 | 5,2 |
| 2003 | 0 | 0 | 3 | 6 | 21 | 76 | 128 | 229 | 343 | 806 | 16.486 | 4,9 |
| 2004 | 0 | 0 | 1 | 7 | 32 | 69 | 138 | 247 | 401 | 895 | 16.856 | 5,3 |
| 2005 | 0 | 0 | 0 | 1 | 20 | 62 | 130 | 267 | 349 | 829 | 16.740 | 5,0 |
| 2006 | 0 | 0 | 2 | 7 | 22 | 54 | 119 | 214 | 382 | 800 | 17.112 | 4,7 |
| 2007 | 0 | 0 | 0 | 2 | 25 | 56 | 101 | 201 | 362 | 747 | 16.885 | 4,4 |
| 2008 | 1 | 0 | 0 | 3 | 27 | 60 | 117 | 191 | 334 | 733 | 17.375 | 4,2 |
| 2009 | 0 | 0 | 0 | 4 | 21 | 62 | 109 | 220 | 349 | 765 | 17.154 | 4,5 |
| 2010 | 0 | 0 | 0 | 9 | 25 | 50 | 121 | 187 | 355 | 747 | 17.989 | 4,2 |

Quelle: MA 23, Wirtschaft, Arbeit und Statistik

Der Trend zeigt erfreulicherweise, dass der Anteil seit 2001 von 5,2% auf 4,2% (747 Geburten) im Jahr 2010 zurückgegangen ist.

Maßnahmen

YoungMum – Schwanger im Teenageralter

Uschi Reim-Hofer

Das Gesamtkonzept der Einrichtung YoungMum, Betreuung und Beratung von Teenagerschwangeren und Teenagermüttern bis zum Alter von 20 Jahren, umfasst einen ganzheitlichen und kontinuierlichen Zugang für schwangere Mädchen, deren Partner sowie den Angehörigen. Diese derzeit noch immer einzigartige Einrichtung in Österreich wurde 2003 von der Hebamme Uschi Reim-Hofer gegründet und im Haus Lena, angebunden an die Geburtshilfliche Abteilung unter dem Vorstand von Primarius Dr. Albert Mayer im Krankenhaus Göttlicher Heiland, umgesetzt.

Mädchen leben oft an oder knapp unter der Armutsgrenze bzw. sind sie der Mehrfachbelastung wie Pubertät, Ausbildung, Stigmatisierung etc. ausgesetzt.

Den meist ungewollt schwangeren Teenagern soll in einer vertrauensvollen und persönlichen Atmosphäre durch ein Team, bestehend aus Hebammen, GynäkologInnen, PsychotherapeutInnen, Sozialarbeiterin und einem Juristen, der Weg in diesem schwierigen Lebensabschnitt so geebnet werden, dass Mutter und Kind auch nachhaltig auf gesundheitlicher und sozialer Ebene profitieren. Die Angebote vor und nach der Geburt sind für die Teenager unentgeltlich. Die Mädchen kommen meistens in Begleitung eines Elternteils, einer Betreuerin oder mit einer Freundin bzw. Partner. Das **Durchschnittsalter beträgt 16 Jahre**. Sie leben oft an oder knapp unter der Armutsgrenze. Im Regelfall sind sie der Mehrfachbelastung (Pubertät, Suche nach Identität, Ausbildung, Ausgrenzung, Stigmatisierung und Ablehnung durch die Eltern oder FreundInnen) nicht gewachsen. YoungMum bietet eine Anlaufstelle, damit eine Perspektive für ein Leben mit dem Säugling vorstellbar wird.

Die Einrichtung YoungMum beinhaltet folgende Angebote

Hebamme:

Die Anmeldung erfolgt durch die YM-Hebamme und es werden die weiteren Schritte festgelegt: Sofortige Terminvereinbarung an die Psychologin bei Verwahrlosung, Essstörung, Persönlichkeitsstörung u. v. m. In der Regel folgen 4 weitere Termine mit der Hebamme, um Beratungen bezüglich Schwangerschaft, Geburt, Stillen, Wochenbett, Ernährung und Neugeborenenpflege durchzuführen. Jedes entbundene Mädchen wird durch die betreuende YM-Hebamme auf der Station nach der Geburt visitiert.

Sozialarbeiterin, Rechtsberatung:

Hier werden Fragen der Obsorge geklärt und Kontakt mit dem Klinikverbindungsdienst der MAG ELF hergestellt und allgemeine Rechtsfragen (Schulden etc.) behandelt.

Tabelle 4.4: Inanspruchnahme der Versorgungsangebote von YoungMom

| Angebote | 2003-2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Kurskontakte/inkl. Begleitungen | 948 | 833 | 911 | 1.368 | 1.394 | 1.425 |
| Einzelberatungen | 2.100 | 1.732 | 1.776 | 1.807 | 1.830 | 1.910 |
| Hausbesuche post partum | 187 | 135 | 142 | 167 | 30 | 57 |
| Telefonische Kontakte, E-Mail | 1.717 | 1.266 | 1.423 | 1.589 | 1.821 | 2.003 |
| Anzahl gesamt betreuter Teenagerschw./Mütter | 179 | 241 | 153 | 163 | 183 | 180 |

Sonstige Angebote:

Geburtsvorbereitungskurs, der speziell für diese Zielgruppe konzipiert wurde, **Mutter-Kind-Gruppe**, 1x pro Monat. Hier können Erfahrungen ausgetauscht werden. Es werden Ausflüge unternommen bzw. werden Einrichtungen besucht, die den Teenagern das breite Angebot an Freizeitmöglichkeiten mit ihrem Säugling oder nutzbaren Bildungsangeboten in Wien vermitteln sollen. Alle jungen Eltern nehmen an einem **Erste-Hilfe-Kurs** teil.

Neben der Mutter-Kind-Gruppe steht 1x wöchentlich die **Babysprechstunde** zur Verfügung

und versteht sich als kontinuierliche Gesundheitsberatung im ersten Jahr. **1x wöchentlich** finden **sexualpädagogische Workshops** statt, die von einer Hebamme und einem Gynäkologen geführt werden. Das Präventivangebot für SchülerInnen zwischen 14 und 18 Jahren zum Thema Sexualität, Körper, Verhütung, Schwangerschaft und Geburt nehmen in der Regel rund 700 SchülerInnen jährlich in Anspruch. Die Veranstaltung findet in den Räumlichkeiten des Krankenhauses statt.

Bei allen Angeboten vor und nach der Geburt werden bei Bedarf die Klientinnen auch an andere externe Gesundheitseinrichtungen überwiesen. In akuten Fällen wird eine HelferInnenkonferenz einberufen.

Amt für Jugend und Familie: „Betreuung minderjähriger Mütter“

Das Amt für Jugend und Familie Wien bietet minderjährigen Schwangeren und Müttern eine intensive, aufsuchende und nachgehende Betreuung im Rahmen der Unterstützung der Erziehung durch erfahrene SozialpädagogInnen an. Die Betreuungsvereinbarung wird mit der/dem SozialarbeiterIn der zuständigen Regionalstelle Soziale Arbeit mit Familien getroffen, die auch ex lege mit der Obsorge für das neugeborene Kind betraut ist.

Während der Schwangerschaft werden die jungen Frauen auf die neue Lebenssituation als Mutter vorbereitet und praktisch bei der Erledigung wichtiger Aufgaben unterstützt (z. B. Begleitung zur Anmeldung der Geburt, Vernetzung mit den Familienhebammen der MA 15). Wesentlich sind auch eine **Ressourcenklärung und -aktivierung**, insbesondere die **Klärung familiärer Unterstützungsmöglichkeiten** sowie die **Erarbeitung von kindgerechten Tagesstrukturen**. Nach der Geburt des Kindes gilt es, die junge Mutter/die jungen Eltern bei der Versorgung des Säuglings anzuleiten und Fragen zu Pflege, Ernährung (auch Stillen) zu beantworten. Im Mittelpunkt stehen auch die Unterstützung bzw. die Förderung des Aufbaus einer feinfühlig und empathischen Beziehung zum Kind, der adäquaten Wahrnehmung der Bedürfnisse des Kindes und die Gestaltung eines kindgerechten Alltags. Auch die Förderung der Selbstständigkeit der jungen Mutter/der jungen Eltern und die Anerkennung ihrer elterlichen Kompetenzen innerhalb ihrer eigenen Familien sind inhaltlich von Bedeutung.

Die Betreuung endet, wenn die Mutter/die Eltern in der Lage sind, ihr Kind eigenverantwortlich zu versorgen.

Jugendsexualität: Sexualpädagogischer Aufklärungsfilm: „Sex, we can?!“

Eine wichtige Botschaft zur Prävention ungeplanter und unerwünschter Schwangerschaften bei Jugendlichen ist die Propagierung guter sexualpädagogischer Aufklärung. Aufgrund des Mangels eines aktuellen Mediums **für den sexualpädagogischen Unterricht in Österreich** initiierte das Wiener Programm für Frauengesundheit gemeinsam mit dem ICE Vienna, dem BMfUKK sowie dem Wiener Stadtschulrat die Entwicklung eines Aufklärungsfilms. „Sex, we can?!“ ist ein Animationsfilm und wurde für die **Hauptzielgruppe der 14- bis 16-Jährigen**



konzipiert. Der Film vermittelt den respektvollen Umgang miteinander sowie wichtige Wissensinhalte zu Sexualmedizin und v. a. auch zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten und unerwünschten Schwangerschaften. Die Premiere fand 2009 im ORF-RadioKulturhaus statt und ergänzt seither bestehende Sexuaufklärungsaktivitäten innerhalb und außerhalb von Schulen. (www.sexwecan.at, 2011: 62.000 Zugriffe und 8.200 Downloads)

Sexualpädagogische Workshops: „Sexualität – ein Thema für den Unterricht“

Flächendeckende Sexuaufklärung in allen Hauptschulen sowie AHS: 2007 wurde das Projekt „Sexualität – ein Thema für den Unterricht“, initiiert vom Wiener Programm für Frauengesundheit, erstmals in den Gemeindebezirken 2 und 15 angeboten und aufgrund des großen Erfolgs in anderen Bezirken weitergeführt. Mit Gründung der Wiener Gesundheitsförderung GmbH 2009 ist die Fortsetzung dort angesiedelt. Zielgruppe sind SchülerInnen der 8. Schulstufe. Oberstes Ziel ist es, die Sensibilität der Jugendlichen für ihren Körper zu erhöhen, das Wissen um biologische und psychologische Grundlagen zu erweitern, um die ersten sexuellen Erfahrungen unter „in jeder Hinsicht geschützten Bedingungen“ erleben zu können und ungeplante Schwangerschaften ebenso wie Infektionen zu vermeiden. Es besteht die Möglichkeit, bei konkreten Fragen per Internet mit den BeraterInnen in Kontakt zu treten. Die zweistündigen Workshops werden in einem ersten Zwischenbericht sehr positiv bewertet. Insgesamt konnten im Schuljahr 2009/10 1.242 SchülerInnen erreicht werden. Sexualpädagogische Workshops bieten auch die Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (ÖGF) sowie das Institut für Frauen- und Männergesundheit an.

4.2 Ausgewählte Erkrankungen

4.2.1 Stationäre Aufenthalte in Wiener Spitälern

Thomas Dorner

Spitalsentlassungen geben einen Einblick in die Häufigkeit von stationär behandelten Krankheiten. Ein Zusammenhang mit der Prävalenz der jeweiligen Diagnosen oder Diagnosegruppen lässt sich allerdings nur schwer herstellen. Für eine Veränderung der **Häufigkeit von Diagnosen** im Krankenhaus kommen als mögliche Erklärungsmechanismen neben einer tatsächlichen Veränderung der Krankheitshäufigkeit auch eine verbesserte und dadurch häufigere Diagnostik, ein Shift von der Versorgung im ambulanten oder niedergelassenen Bereich zum Krankenhaus und umgekehrt, eine verbesserte Therapie und dadurch erhöhte Überlebenschancen und häufigere Wiederaufnahmen der Betroffenen oder Veränderungen in der Indikationsstellung für Spitalsaufnahmen (z. B. Tonsillektomien) in Betracht.

In der Spitalsentlassungsstatistik der Statistik Austria werden bei Spitalsentlassung alle Erkrankungsfälle erfasst, die in einer österreichischen Krankenanstalt stationär oder tagesklinisch behandelt wurden, **ambulante Fälle werden nicht erfasst**. Tagesklinische Aufenthalte werden beispielsweise bei Chemotherapien für Krebs zunehmend häufiger und tragen mit dazu bei, dass Krebserkrankungen in der Spitalsentlassungsstatistik in Wien an erster Stelle stehen.

Spitalsentlassungen im Zeitverlauf

Im Jahr 2010 wurden in Wien insgesamt 618.632 Spitalsaufenthalte dokumentiert, davon entfielen **46.754 Fälle auf Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 15 Jahren**. Bei den Mädchen wurden 19.683 Entlassungen (42% aller Entlassungen 0- bis 15-Jähriger) und bei den Buben 27.071 Entlassungen (58%) nach stationären Aufenthalten verzeichnet. Die Zahl der stationär behandelten Fälle überwog somit bei den **Buben** um 16% (7.388 absolut mehr Aufenthalte).

Die **10 häufigsten Diagnosegruppen** in den Wiener Spitälern insgesamt und nach Geschlecht können den Abbildungen 4.3 und 4.4 entnommen werden. Die Zahl der stationär behandelten Fälle bei den Diagnosegruppen „**Neubildungen**“ (C00-D48) sowie den „**Psychischen und Verhaltensstörungen**“ (F00-F99) zeigt im Zeitverlauf eine deutlich **steigende Tendenz**. Innerhalb der Gruppe der Krebserkrankungen machten sich vor allem die Diagnosen „Leukämie“ (2010: 2.090 Entlassungsfälle), „Bösartige Neubildungen des Gehirns“ (1.210 Fälle) und „Bösartige Neubildungen der Nebenniere“ (508 Fälle) in der Statistik bemerkbar. Bei den psychischen Erkrankungen sind für die erhöhte Entlassungsfrequenz in der Diagnosegruppe „Affektive Störungen“ allgemeine emotionale Störungen (557 Fälle), psychologische Faktoren im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen (433 Fälle), Anpassungsstörungen nach schweren Belastungen (421 Fälle), aber auch hyperkinetische Störungen (415 Fälle) für den Anstieg verantwortlich.

Die Zahl der Entlassungsfälle in der Diagnosegruppe „**Krankheiten des Atmungssystems**“ **hingegen ist stark gesunken**, was vor allem auf einen Rückgang der Diagnose „Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln“ zurückzuführen ist (von 5.715 Fällen im Jahr 2001 auf 3.540 Fälle im Jahr 2010). Die Entlassungsfälle für „Akute Bronchitis“ hingegen sind stark gestiegen (von 867 Fällen im Jahr 2001 auf 1.733 Fälle im Jahr 2010). Die stationären Aufenthalte aufgrund von Pneumonien sind von 2001 bis 2010 von 1.143 auf 1.285 Fälle leicht gestiegen.

Eine Prävalenz der jeweiligen Diagnosen lässt sich aus der Spitalsentlassungsstatistik nicht ableiten.

Zahl der stationär behandelten Fälle überwiegen beim männlichen Geschlecht: 42% Mädchen, 58% Buben.

Eine Darstellung der Diagnosengruppen nach Geschlecht zeigt, dass Buben öfter aufgrund der 10 dargestellten Diagnosegruppen in den Spitälern versorgt werden müssen. Für beide Geschlechter gilt folgende **Reihung der Diagnosegruppen**:

1. Krankheiten des Atmungssystems
2. Neubildungen
3. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
4. Psychische und Verhaltensstörungen

Bei den Krankheiten des Atmungssystems ist bei beiden Geschlechtern seit 1989 eine stark sinkende Tendenz feststellbar, bei den Mädchen stärker als bei den Buben (-28% vs. -22%). Die Zahl der Spitalsentlassungen in der Diagnosegruppe „Neubildungen“ und „Psychische und Verhaltensstörungen“ hat sich seit 1989 **bei den Buben verdreifacht**, bei den Mädchen hat sie um das 2,5-Fache zugenommen. Verletzungen und Vergiftungen spielen in der Spitalsaufnahme-statistik bei den Buben ebenfalls eine wesentlich größere Rolle als bei den Mädchen.

Namhafte ExpertInnen aus dem Krankenanstaltenverbund erklären die Entwicklung der Diagnosegruppen „Krankheiten des Atmungssystems“, „Neubildungen“ und „Psychische und Verhaltensstörungen“ wie folgt:

Die Hauptursache für den Anstieg der Diagnosegruppe „Neubildungen“ wird in der **Veränderung des Therapieangebots** gesehen: Im Sinn der Familien werden Kinder zwischen den einzelnen Therapiephasen entlassen und zur neuerlichen Therapie wieder aufgenommen, was die Gesamtzahl der Entlassungen erhöht. Dies wird auch durch eine bessere Begleittherapie ermöglicht. Zudem sind Therapien nun noch erfolgversprechender und werden über eine verlängerte Erkrankungsphase angeboten. Die diagnostischen Möglichkeiten haben sich hingegen nur geringfügig erweitert. Auch wird eine Zunahme der Inzidenz dieser Erkrankungen von den ExpertInnen nicht beobachtet.

In Bezug auf die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ hat das Problembewusstsein insgesamt massiv zugenommen. Eine deutliche Häufung dieser Diagnosestellung mag an den vermehrten **Anforderungen** liegen, **die viele Eltern in letzter Zeit an ihre Kinder stellen** (Friedrich^{*)}: „Jedes Kind muss ein Star sein.“). Auch international wird diese Entwicklung beobachtet und trifft ebenso mehr Buben als Mädchen. Dies u. a. deswegen, weil Buben ihre Verhaltensauffälligkeiten früher extern zeigen, d. h. aggressiv bemerkbar werden. Das Aggressionsverhalten von Mädchen äußert sich hingegen oft erst später und intern, z. B. in Form von Essstörungen (siehe Kapitel 5.3 Essstörungen).

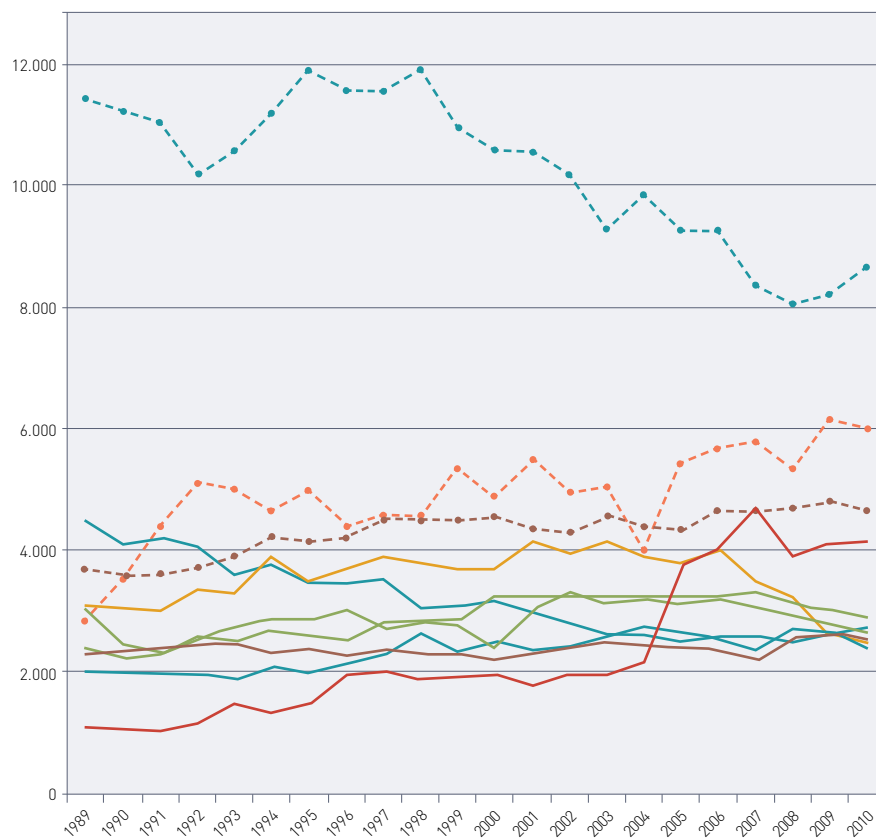
Die auffällige Zunahme der Entlassungsfälle von 2004 auf 2005 kann nicht erklärt werden. Denkbar wäre, dass ein Ausbau des Versorgungsangebots hier zeitgleich wirksam wurde, und zwar der **weitere Ausbau des Angebots** im Wilhelminenspital im Bereich Kinderpsychosomatik, die Verlagerung der Neuropädiatrie im AKH Wien mit **Umschichtung von Kapazitäten** an der Kinderpsychiatrischen Klinik, der Ausbau des Angebots am NZ Rosenhügel, der psychosomatische Schwerpunkt an der Pädiatrischen Klinik vom AKH Wien, das psychosomatische tagesklinische Angebot des PSD.

^{*)} o.Univ.-Prof. Dr. Max H. Friedrich ist ein österreichischer Kinder- und Jugendpsychiater; Vorstand der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des AKH Wien.

Die starke Abnahme der Entlassungsfälle in der Diagnosegruppe „Krankheiten des Atmungssystems“ könnte dadurch begründet sein, dass **Kinder in einem früheren Erkrankungsstadium in die Ambulanzen kommen** und daher zu einem größeren Teil ambulant behandelt werden können. Dies gilt wohl auch für die niedergelassenen KinderärztInnen. Des Weiteren wurden die Therapien bei Asthma bronchiale, aber auch zystischer Fibrose verbessert und die laufende ambulante Betreuung ausgebaut, sodass auch hier viele Infektionen weniger schwer verlaufen. Das Sinken der Aufnahmen in dieser Diagnosegruppe könnte auch mit Bedachtnahme auf die Bettenkapazitäten in Grippezeiten und dem schon erwähnten **Ausbau des ambulanten Leistungsangebots** zusammenhängen. Die eingeführten Impfungen gegen Pneumokokken und Haemophilus könnten zudem mit eine Rolle spielen.

Quelle: Dr. Stefan Dörner, KAV

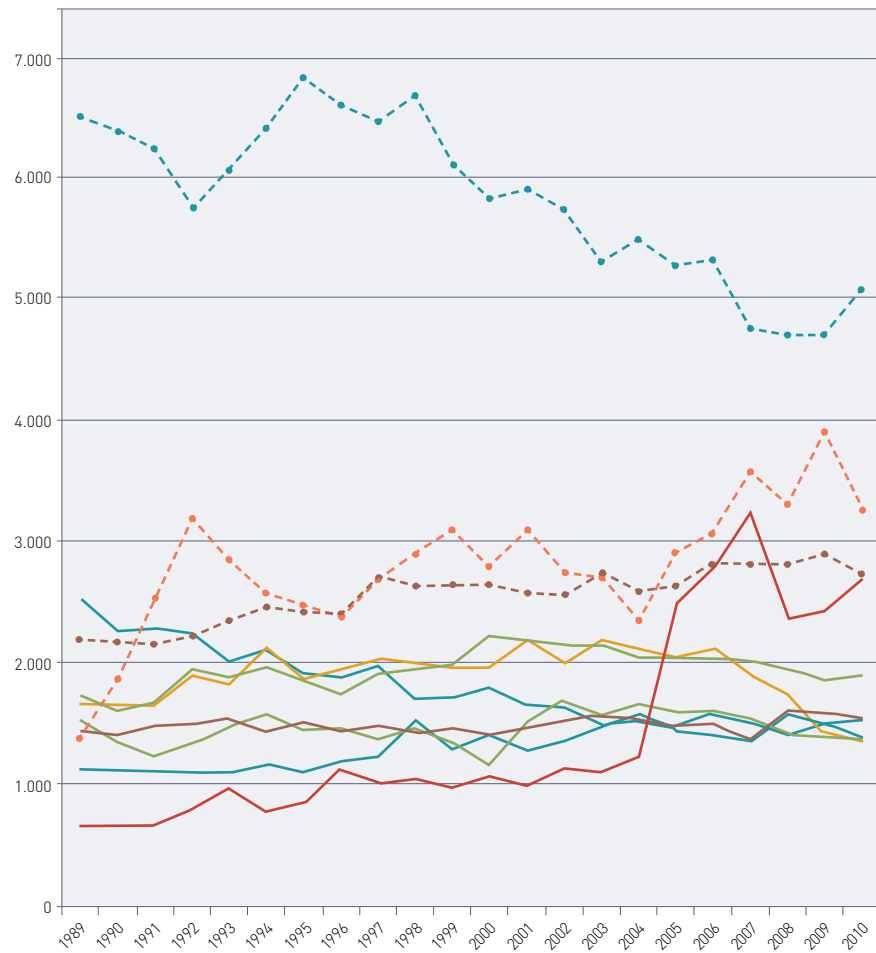
Abbildung 4.2: **Spitalsentlassungen aus Wiener Krankenanstalten – die 10 häufigsten Diagnosegruppen – Gesamt**



Quelle: eigene Berechnungen, nach Statistik Austria

- Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)
- Neubildungen (C00-D48)
- Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)
- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)
- Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)
- Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)
- Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)
- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)
- Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)
- Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

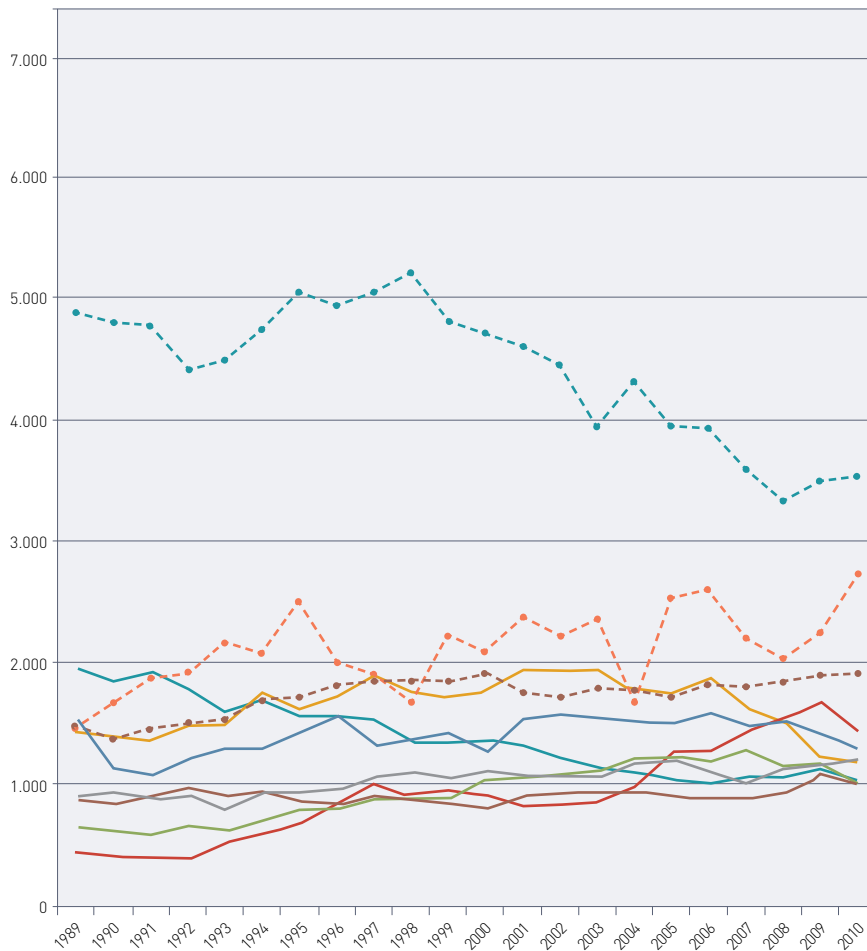
Abbildung 4.3: Spitalsentlassungen aus Wiener Krankenanstalten – die 10 häufigsten Diagnosegruppen – Männlich



Quelle: eigene Berechnungen, nach Statistik Austria

- Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)
- - - ● - - - Neubildungen (C00-D48)
- Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)
- - - ● - - - Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)
- Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)
- Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)
- Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)
- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)
- Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)
- Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Abbildung 4.4: Spitalsentlassungen aus Wiener Krankenanstalten – die 10 häufigsten Diagnosegruppen – Weiblich



Quelle: eigene Berechnungen, nach Statistik Austria

- Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)
- Neubildungen (C00-D48)
- Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)
- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)
- Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)
- Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)
- Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)
- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)
- Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)
- Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Tabelle 4.5: Spitalsentlassungen aus Wiener Akutkrankenanstalten, Absolutzahlen nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien 2010

| Diagnosen | > bis 1 Jahr | | 1-2 Jahre | | 3-5 Jahre | | 6-9 Jahre | | 10-15 Jahre | | Gesamt bis 15 | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|
| | Mäd-chen | Buben | Mäd-chen | Buben | Mäd-chen | Buben | Mäd-chen | Buben | Mäd-chen | Buben | Mäd-chen | Buben |
| A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten | 242 | 272 | 339 | 454 | 265 | 253 | 160 | 187 | 164 | 173 | 1.170 | 1.339 |
| C00-D48 Neubildungen | 199 | 46 | 409 | 383 | 663 | 904 | 673 | 788 | 791 | 1.142 | 2.735 | 3.263 |
| D50-D89 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe | 27 | 30 | 75 | 64 | 54 | 129 | 114 | 121 | 92 | 179 | 362 | 523 |
| E00-E90 Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | 37 | 55 | 34 | 54 | 50 | 126 | 79 | 152 | 191 | 296 | 391 | 683 |
| F00-F99 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen | 41 | 23 | 29 | 38 | 209 | 535 | 268 | 635 | 892 | 1.462 | 1.439 | 2.693 |
| G00-G99 Krankheiten des Nervensystems | 68 | 87 | 98 | 146 | 146 | 169 | 163 | 204 | 292 | 341 | 767 | 947 |
| H00-H59 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde | 27 | 16 | 50 | 42 | 46 | 54 | 37 | 48 | 44 | 47 | 204 | 207 |
| H60-H59 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes | 49 | 76 | 116 | 134 | 150 | 200 | 70 | 127 | 72 | 79 | 457 | 616 |
| I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems | 23 | 26 | 12 | 23 | 15 | 19 | 30 | 41 | 65 | 120 | 145 | 229 |
| J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems | 542 | 862 | 715 | 1.243 | 1.207 | 1.695 | 616 | 866 | 473 | 424 | 3.553 | 5.090 |
| K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems | 71 | 220 | 98 | 144 | 176 | 199 | 207 | 330 | 464 | 496 | 1.016 | 1.389 |
| L00-L99 Krankheiten der Haut, der Unterhaut | 40 | 51 | 65 | 90 | 76 | 99 | 68 | 86 | 133 | 119 | 382 | 445 |
| M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes | 7 | 10 | 28 | 42 | 50 | 68 | 103 | 92 | 356 | 330 | 544 | 542 |
| N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems | 226 | 261 | 189 | 325 | 185 | 578 | 172 | 405 | 230 | 331 | 1.002 | 1.900 |
| O00-O99 Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett | - | - | - | - | - | - | - | - | 71 | - | 71 | - |
| P00-P99 Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode | 1.183 | 1.512 | 8 | 12 | 2 | 3 | - | 2 | 1 | 1 | 1.194 | 1.530 |
| Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien | 300 | 445 | 163 | 363 | 180 | 243 | 141 | 236 | 211 | 238 | 995 | 1.525 |
| R00-R99 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde | 213 | 242 | 272 | 304 | 204 | 278 | 205 | 242 | 415 | 306 | 1.309 | 1.372 |
| S00-T89 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen | 251 | 258 | 365 | 462 | 321 | 462 | 375 | 494 | 610 | 1.069 | 1.922 | 2.745 |
| Z00-Z99 Andere Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens | 11 | 10 | 4 | 3 | 1 | 5 | 1 | 6 | 8 | 3 | 25 | 27 |
| Zusammen | 3.557 | 4.502 | 3.069 | 4.326 | 4.000 | 6.019 | 3.482 | 5.062 | 5.575 | 7.156 | 19.683 | 27.065 |

Quelle: Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik

Tabelle 4.6: Spitalsentlassungen aus Wiener Akutkrankenanstalten: Altersspezifische Raten* nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien 2010

| Diagnosen | > bis 1 Jahr | | 1–2 Jahre | | 3–5 Jahre | | 6–9 Jahre | | 10–15 Jahre | | Gesamt bis 15 | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Mäd-chen | Buben | Mäd-chen | Buben | Mäd-chen | Buben | Mäd-chen | Buben | Mäd-chen | Buben | Mäd-chen | Buben |
| A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten | 2.931,2 | 3.053,1 | 2.044,5 | 2.539,6 | 1.083,8 | 991,7 | 520,7 | 576,2 | 354,9 | 357,5 | 926,9 | 1.005,7 |
| C00-D48 Neubildungen | 2.410,4 | 516,3 | 2.466,7 | 2.142,4 | 2.711,4 | 3.543,3 | 2.190,2 | 2.427,9 | 1.711,7 | 2.360,0 | 2.166,7 | 2.450,7 |
| D50-D89 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe | 327,0 | 336,7 | 452,3 | 358,0 | 220,8 | 505,6 | 371,0 | 372,8 | 199,1 | 369,9 | 286,8 | 392,8 |
| E00-E90 Endokrine-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | 448,2 | 617,4 | 205,1 | 302,1 | 204,5 | 493,9 | 257,1 | 468,3 | 413,3 | 611,7 | 309,8 | 513,0 |
| F00-F99 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen | 496,6 | 258,2 | 174,9 | 212,6 | 854,7 | 2.097,0 | 872,2 | 1.956,5 | 1.930,3 | 3.021,3 | 1.140,0 | 2.022,6 |
| G00-G99 Krankheiten des Nervensystems | 823,6 | 976,5 | 591,0 | 816,7 | 597,1 | 662,4 | 530,5 | 628,5 | 631,9 | 704,7 | 607,6 | 711,3 |
| H00-H59 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde | 327,0 | 179,6 | 301,5 | 234,9 | 188,1 | 211,7 | 120,4 | 147,9 | 95,2 | 97,1 | 161,6 | 155,5 |
| H60-H59 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes | 593,5 | 853,1 | 699,6 | 749,6 | 613,4 | 783,9 | 227,8 | 391,3 | 155,8 | 163,3 | 362,0 | 462,7 |
| I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems | 278,6 | 291,8 | 72,4 | 128,7 | 61,3 | 74,5 | 97,6 | 126,3 | 140,7 | 248,0 | 114,9 | 172,0 |
| J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems | 6.564,9 | 9.675,6 | 4.312,2 | 6.953,1 | 4.936,2 | 6.643,7 | 2.004,7 | 2.668,2 | 1.023,6 | 876,2 | 2.814,7 | 3.822,9 |
| K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems | 860,0 | 2.469,4 | 591,0 | 805,5 | 719,8 | 780,0 | 673,7 | 1.016,8 | 1.004,1 | 1.025,0 | 804,9 | 1.043,2 |
| L00-L99 Krankheiten der Haut, der Unterhaut | 484,5 | 572,5 | 392,0 | 503,4 | 310,8 | 388,0 | 221,3 | 265,0 | 287,8 | 245,9 | 302,6 | 334,2 |
| M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes | 84,8 | 112,2 | 168,9 | 234,9 | 204,5 | 266,5 | 335,2 | 283,5 | 770,4 | 682,0 | 431,0 | 407,1 |
| N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems | 2.737,4 | 2.929,6 | 1.139,9 | 1.818,0 | 756,6 | 2.265,5 | 559,8 | 1.247,8 | 497,7 | 684,0 | 793,8 | 1.427,0 |
| O00-O99 Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett | - | - | - | - | - | - | - | - | 153,6 | - | 56,2 | - |
| P00-P99 Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode | 14.329,0 | 16.971,6 | 48,2 | 67,1 | 8,2 | 11,8 | - | 6,2 | 2,2 | 2,1 | 945,9 | 1.149,1 |
| Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien | 3.633,7 | 4.994,9 | 983,1 | 2.030,5 | 736,1 | 952,5 | 458,9 | 727,1 | 456,6 | 491,8 | 788,3 | 1.145,4 |
| R00-R99 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde | 2.579,9 | 2.716,4 | 1.640,4 | 1.700,5 | 834,3 | 1.089,6 | 667,1 | 745,6 | 898,1 | 632,4 | 1.037,0 | 1.030,5 |
| S00-T89 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen | 3.040,2 | 2.895,9 | 2.201,3 | 2.584,3 | 1.312,8 | 1.810,8 | 1.220,4 | 1.522,1 | 1.320,0 | 2.209,2 | 1.522,6 | 2.061,7 |
| Z00-Z99 Andere Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens | 133,2 | 112,2 | 24,1 | 16,8 | 4,1 | 19,6 | 3,3 | 18,5 | 17,3 | 6,2 | 19,8 | 20,3 |
| Zusammen | 43.083,8 | 50.533,2 | 18.509,1 | 24.198,7 | 16.358,6 | 23.591,9 | 11.331,7 | 15.596,5 | 12.064,2 | 14.788,5 | 15.593,2 | 20.327,6 |

Quelle: Statistik Austria, Spitalsentlassungsstatistik.
* Spitalsentlassungen pro 100.000 Kinder der jeweiligen Altersgruppe und des jeweiligen Geschlechts

4.2.2 Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Peter Buxbaum, Ursula Karthaler

Als Infektionskrankheiten bezeichnet man generell Erkrankungen, die durch das Eindringen und die Vermehrung von Krankheitserregern (Bakterien, Viren) im menschlichen Organismus hervorgerufen werden. Derzeit unterliegen **42 Infektionskrankheiten in Österreich** der **Meldepflicht** nach dem Epidemiegesetz. Die Meldepflicht für Tuberkulose ist im Tuberkulosegesetz geregelt. Bezüglich Aids und Geschlechtskrankheiten gelten eingeschränkte Meldepflichten, die in eigenen Gesetzen behandelt werden.

Im Folgenden wird eine Auswahl von im Kindesalter relevanten, meldepflichtigen Infektionskrankheiten beschrieben.

Virale Infektionen

Masern

Seit der **Einführung der Meldepflicht** für Fälle von Verdacht, Erkrankung oder Todesfall an Masern im Jahr 2002 waren zunächst nur geringe Erkrankungszahlen zu verzeichnen. Das war ein Erfolg des bereits bestehenden Impfangebots. Als ausreichend geschützt gelten Personen, die 2-malig gegen Masern geimpft sind. Um das von der **WHO** ursprünglich bis 2010 ausgegebene und nun auf das Jahr 2015 verlängerte **Ziel der weltweiten Ausrottung** der Masern zu erreichen, müssten 95% der Bevölkerung 2-malig gegen Masern geimpft sein.

Jedes Jahr bleiben trotz des flächendeckenden kostenlosen Impfangebots auch in Österreich etliche Kinder aus den verschiedensten Gründen ungeimpft oder nur inkomplett geimpft. Schließlich entsteht dadurch über die Jahre eine Gruppe empfänglicher Personen, die groß genug ist, um eine Ausbreitung dieser hoch ansteckenden Infektionskrankheit hierzulande zu ermöglichen. So kam es im Frühjahr 2008 in Österreich, ausgehend aus dem Bundesland Salzburg, wieder zu einem Masernausbruch mit insgesamt 443 Erkrankungsfällen bundesweit, davon 19 Erkrankungsfälle in Wien. Die in der Tabelle 4.7 für Wien ausgewiesene erkrankte 20. Person des Jahres 2008 war dem Ausbruch nicht zuzurechnen. Österreichweit gab es im Jahr 2008 zusätzlich 5 Erkrankungsfälle. Der Großteil der PatientInnen in Wien war zwischen 17 und 37 Jahre alt. Dieser Umstand bestätigt die internationalen Erfahrungen, dass die zunehmende Durchimpfung im Kindesalter Wirkung zeigt, damit aber das durchschnittliche Erkrankungsalter ansteigt. Bei den Kindern im Schulalter war nur 1 Fall zu beobachten.

Tabelle 4.7: **Gemeldete Erkrankungsfälle an Masern 2002–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre**

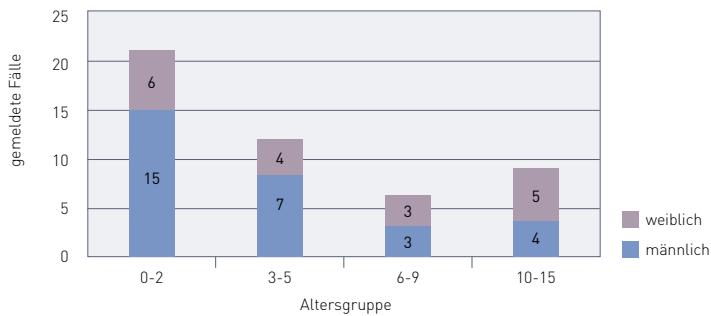
| Masern | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010* |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Wien 0–15 Jahre | 6 | 7 | 4 | 5 | 9 | 1 | 5 | 0 | 10 |
| Wien gesamt | 8 | 14 | 6 | 6 | 13 | 5 | 20 | 8 | 32 |
| Österreich gesamt | 18 | 99 | 14 | 10 | 26 | 20 | 448 | 53 | 52 |

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, BM für Gesundheit, Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
* Stand 9/2011

Personen, die 2-malig gegen Masern geimpft sind, gelten als ausreichend geschützt.

Im Jahr 2010 wurde in Wien die bisher höchste gemeldete Fallzahl von 10 Erkrankungen gemeldet.

Abbildung 4.5: **Gemeldete Erkrankungsfälle an Masern 2002–2010 in Wien nach Geschlecht und Altersgruppen**



Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Bei den 0- bis 15-Jährigen war vor allem die Altersgruppe der 0- bis 2-Jährigen betroffen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die 1. Teilimpfung gegen Masern ab dem vollendeten 1. Lebensjahr empfohlen ist und damit in dieser Altersgruppe unter den Kindern die meisten empfänglichen Personen anzutreffen sind. Besonders betroffen ist hier das männliche Geschlecht.

Röteln

Die Meldepflicht für Erkrankungs- und Todesfälle an Röteln wurde erst 2006 eingeführt, es liegen damit erst seit 2007 Meldedaten vor. Gegen Röteln wurde bereits seit Mitte der 70er-Jahre eine konsequente Impfstrategie verfolgt. Aktuell werden Kinder bereits im 2. Lebensjahr 2-mal gegen Masern-Mumps und Röteln geimpft. Im Rahmen der Schulimpfung werden nur noch Impflücken geschlossen.

Die Meldepflicht für Erkrankungs- und Todesfälle an Röteln wurde 2006 eingeführt.

In den Jahren 2007–2010 gab es in Wien in der Altersgruppe 0–15 Jahre keine gemeldeten Erkrankungsfälle.

Poliomyelitis acuta/Kinderlähmung

In Wien ist seit 1962 keine einzige im Inland erworbene Erkrankung an „übertragbarer Kinderlähmung“ (Poliomyelitis) mehr aufgetreten, was als Folge eines konsequent angebotenen und durchgeführten Impfprogramms seit 1961/62 in Österreich angesehen werden kann. Im Jahr 1977 trat in Wien zum letzten Mal ein im Ausland erworbener Erkrankungsfall auf. Im Jahr 2001 wurden die Länder der WHO-Zone Europa für „poliofrei“ erklärt.

Hepatitis infectiosa (virale Hepatitis)

Virale Hepatitiden sind weltweit verbreitete Infektionskrankheiten. Gegen die Infektion mit dem Hepatitis-A-Virus und dem Hepatitis-B-Virus stehen wirksame Schutzimpfungen zu Verfügung. Die Hepatitis-B-Impfung wird im Rahmen des Impfkonzpts bereits im Säuglingsalter kostenlos angeboten. Gegen die Hepatitis C gibt es keine Impfung, es stehen nur hygienische Maßnahmen zur Verfügung.

Hepatitis A

Der zahlenmäßige Verlauf der gemeldeten kindlichen Erkrankungsfälle an Hepatitis A im Beobachtungszeitraum sinkt nahezu parallel mit den Gesamtzahlen in Wien und Österreich seit dem Jahr 2005.

Tabelle 4.8: **Gemeldete Erkrankungsfälle an Hepatitis A 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre**

| Hepatitis A | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010* |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Wien 0–15 Jahre | 10 | 36 | 35 | 37 | 16 | 11 | 7 | 10 | 8 | 1 |
| Wien gesamt | 46 | 56 | 69 | 82 | 79 | 25 | 25 | 35 | 20 | 12 |
| Österreich gesamt | 133 | 166 | 148 | 192 | 161 | 124 | 117 | 138 | 90 | 69 |

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, BM für Gesundheit, Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
* Stand 9/2011

Die Aufschlüsselung der zwischen 2001 und 2010 gemeldeten kindlichen Erkrankungsfälle an Hepatitis A nach Altersgruppen für Wien zeigt zahlenmäßig nahezu eine gleiche Verteilung mit Ausnahme der 0- bis 2-Jährigen. In dieser Altersgruppe gab es lediglich 4 Fälle bei den Mädchen und 7 Fälle bei den Buben. In den Altersgruppen 3–5, 6–9 und 10–15 Jahre gab es bei den Mädchen durchschnittlich 24 Fälle und bei den Buben 29 Fälle. Das männliche Geschlecht ist in allen Altersgruppen etwas stärker betroffen.

Hepatitis B

Der zahlenmäßige Verlauf der gemeldeten kindlichen Erkrankungsfälle an Hepatitis B in Wien im Beobachtungszeitraum bewegt sich mit **1 bis 5 Fällen pro Jahr** stabil auf niedrigem Niveau. Eine Ausnahme stellt hier lediglich das Jahr 2003 mit 9 Fällen dar.

Tabelle 4.9: **Gemeldete Erkrankungsfälle an Hepatitis B 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre**

| Hepatitis B | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010* |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Wien 0–15 Jahre | 1 | 3 | 5 | 9 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 |
| Wien gesamt | 40 | 113 | 202 | 199 | 200 | 151 | 180 | 172 | 223 | 370 |
| Österreich gesamt | 210 | 337 | 520 | 578 | 575 | 593 | 648 | 763 | 724 | 784 |

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, BM für Gesundheit, Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
* Stand 9/2011

Die Darstellung der gemeldeten kindlichen Erkrankungsfälle an Hepatitis B für den Zeitraum 2001–2010 in Wien nach Geschlecht und Altersgruppen zeigt eine Prädominanz in der Altersgruppe 10–15 Jahre mit insgesamt 23 Fällen (Mädchen: 10, Buben: 13). Bei den unter 10-Jährigen wurden insgesamt 13 Erkrankungsfälle registriert. Das Geschlechterverhältnis ist in allen Altersgruppen ausgewogen.

Hepatitis C

Bei Kindern unter 15 Jahren wurden in Wien im Beobachtungszeitraum pro Jahr nie mehr als 3 Erkrankungsfälle an Hepatitis C gemeldet, 2008 bis 2010 gab es gar keine Meldungen.

Tabelle 4.10: **Gemeldete Erkrankungsfälle an Hepatitis C 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre**

| Hepatitis C | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010* |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|------|-------|
| Wien 0–15 Jahre | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Wien gesamt | 39 | 174 | 309 | 273 | 235 | 162 | 174 | 212 | 228 | 396 |
| Österreich gesamt | 349 | 582 | 1071 | 964 | 894 | 780 | 1.041 | 1.048 | 915 | 957 |

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, BM für Gesundheit, Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
* Stand 9/2011

Die Beschreibung der kindlichen Erkrankungsfälle an Hepatitis C für den Zeitraum 2001–2010 in Wien nach Geschlecht und Altersgruppen zeigt eine **Prädominanz** der Erkrankungsfälle in der **Altersgruppe 0–2 Jahre** mit insgesamt 7 Fällen (Mädchen: 4 Fälle, Buben: 3 Fälle). In den Altersgruppen 3–5, 6–9 und 10–15 Jahre waren insgesamt 5 Fälle zu verzeichnen.

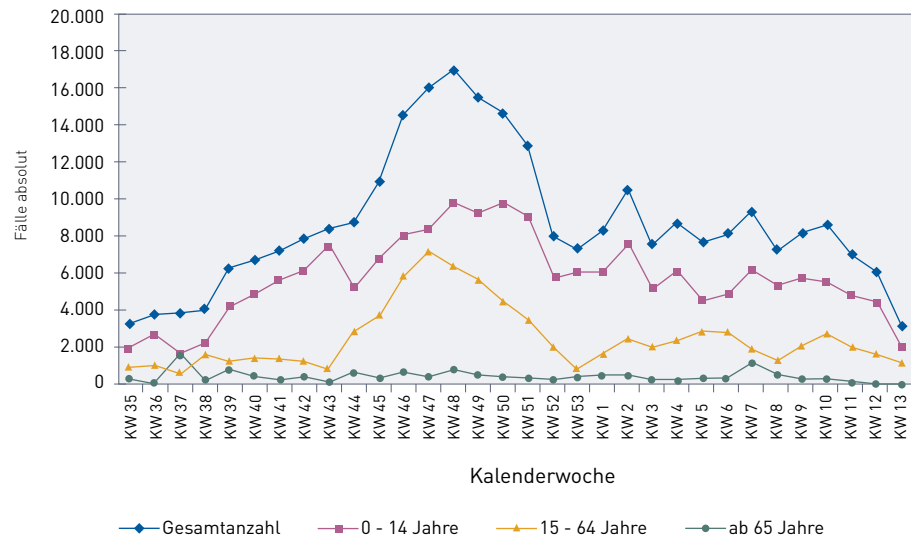
Influenza-Pandemie A/H1N1 (2009)

Mit April 2009 wurde eine neue Variante des Influenzavirus-Subtyps A/H1N1 (2009) („Schweinegrippe“, „Neue Grippe“) bekannt, die sich weltweit rasch verbreitete. Die WHO hat mit 11. Juni 2009 die Pandemiewarnstufe 6 ausgerufen und damit wurden auf internationaler und nationaler Ebene die Pandemiepläne aktiviert. Erst mit Ende Oktober 2009 erfolgte ein zunehmender Anstieg an Influenza A/H1N1-Infektionen durch Übertragungen innerhalb des Landes. Aufgrund der Daten des Grippe-Meldesystems wurde vom Department für Virologie der Medizinischen Universität Wien am 11. November 2009 der Beginn der Grippeepidemie in Österreich bekanntgegeben.

Erst mit Ende Oktober 2009 erfolgte ein zunehmender Anstieg an Influenza A/H1N1-Infektionen durch Übertragungen innerhalb des Landes.

Die Erkrankung zeigte die üblichen Symptome einer saisonalen Grippeerkrankung, wobei im Unterschied zu dieser **verstärkt Kinder und junge Erwachsene** betroffen waren. Besonders deutlich war dies zu Beginn der Pandemiewelle zu beobachten. Zu diesem Zeitpunkt wurden im Rahmen des Grippemeldedienstes fast gleich viele Kinder unter 14 Jahren mit Grippe bzw. grippeartigen Symptomen gemeldet wie Erwachsene zwischen 15 und 64 Jahren.

Abbildung 4.6: Daten des Wiener Grippemeldedienstes Saison 2009/10, Altersverteilung im Vergleich zur Gesamtzahl

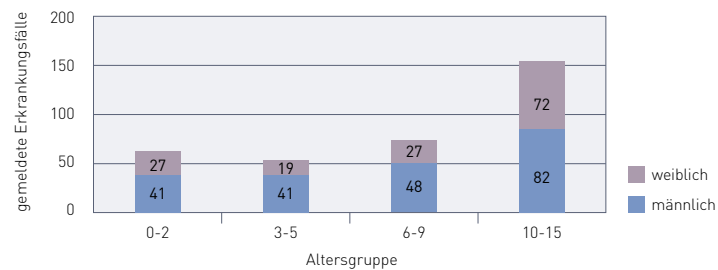


Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Neue Influenza A/H1N1:
357 laborbestätigte
Erkrankungsfälle in der
Altersgruppe 0–15 Jahre

Mit 27. April 2009 wurden Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle an Influenza A/H1N1 (2009) der Meldepflicht nach dem Epidemiegesetz unterworfen, ab 13. November 2009 wurde die Meldepflicht auf hospitalisierte, laborbestätigte Erkrankungsfälle und auf Todesfälle eingeschränkt. In Wien wurden im Zeitraum 28. April 2009 bis 1. März 2010 insgesamt 960 laborbestätigte Erkrankungsfälle an Neuer Influenza A/H1N1 an die Gesundheitsbehörde gemeldet. Dies entspricht rund 25% aller in Österreich gemeldeten Fälle. Von den 960 laborbestätigten Erkrankungsfällen in Wien waren 357 Personen der Altersgruppe 0–15 Jahre (37,2%) zuzurechnen.

Abbildung 4.7: Gemeldete Erkrankungsfälle an Influenza A/H1N1 (2009), April 2009 – März 2010 in Wien, nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Generell wurden als Risikogruppe auch Kinder jünger als 2 Jahre bezeichnet, die jedoch in Wien gegenüber den anderen kindlichen Altersgruppen im Vergleich nicht überproportional betroffen waren (19% der Erkrankungsfälle bei Kindern). Innerhalb der Altersgruppen war die der 10- bis 15-Jährigen (43% der Erkrankungsfälle bei Kindern) zahlenmäßig am meisten betroffen. In allen kindlichen Altersgruppen überwiegt zahlenmäßig das männliche Geschlecht (0–2 Jahre: 60,29%; 3–5 Jahre: 68,33%; 6–9 Jahre: 64,0%; 10–15 Jahre: 53,25%).

Während des Zeitraums April 2009 bis März 2010 verstarben in Wien 11 Personen (4 weiblich, 7 männlich) an einer Infektion mit dem Influenzavirus A/H1N1, darunter auch 2 Kinder im Alter von 9 Monaten und 12 Jahren, wobei durchwegs eine Zuordnung zu einer Risikogruppe gegeben war. Insbesondere **chronische Erkrankungen** (Herz-Kreislauf-Erkrankung, Stoffwechselerkrankung, Übergewicht oder neuromuskulär assoziierte Atemfunktionseinschränkung) stellten ein bekanntes **Risikoprofil** dar.

Die WHO hat am **10. August 2010** die Pandemiewarnstufe 6 für beendet erklärt und die sogenannte **postpandemische Phase** ausgerufen.

Das ehemalige Pandemievirus A/H1N1 (2009) zirkuliert nun in der Folge als sogenanntes saisonales Influenzavirus. Die aktuellen saisonalen Influenzaimpfstoffe, die für die jährliche Impfung im Herbst angeboten werden, können daher auch vor dem Influenzavirus A/H1N1 (2009) schützen. Die Influenzaimpfung ist frühestens ab dem 7. Lebensmonat möglich und speziell für Risikopersonen mit Grunderkrankungen empfohlen. Weitere Informationen zur Pandemie A/H1N1 können dem Gesundheitsbericht 2010 der Stadt Wien entnommen werden.

In allen kindlichen Altersgruppen überwiegt zahlenmäßig das männliche Geschlecht.

Bakterielle Infektionen

Meningitiden (Hirnhautentzündungen)

Am häufigsten werden Meningitiden durch **Meningokokken** und **Pneumokokken** verursacht. Mit Impfungen kann hier zunehmend Prävention geboten werden. Gegen einen weiteren Erreger bakterieller Meningitiden, **Haemophilus influenzae b**, wird seit 1998 eine Impfung angeboten. Die Entwicklung eines konjugierten Pneumokokkenimpfstoffs, der für Kinder ab einem Alter von 6 Wochen zugelassen ist, bedeutete eine weitere Schutzmöglichkeit, die zunächst im Jahr 2004 Risikokindern im Rahmen des Impfkonzpts kostenlos angeboten wurde. Die vorgesehene Ausweitung des bundesweit kostenlosen Impfkonzpts im Jahr **2012 auf die Pneumokokkenimpfung für alle Säuglinge** und die Impfung gegen Meningokokken der Serogruppen A, C, W135 und Y im 12. Lebensjahr soll auch diese Erkrankungen weiter zurückdrängen. Seit 2006 sind nach dem Epidemiegesetz nicht mehr nur Meningitisfälle durch Meningokokken und Pneumokokken meldepflichtig, sondern auch durch diese Keime verursachte septische Krankheitsbilder.

Meningokokken

Meningokokken-Erkrankungen werden durch *Neisseria meningitidis* (Meningokokken) hervorgerufen. Bei den Meningokokken unterscheidet man insgesamt 12 Serogruppen, von denen die Serogruppen A, B, C, W135 und Y für Erkrankungen beim Menschen verantwortlich sind. Die Mehrzahl der Erkrankungen wird in Österreich durch die Serogruppen B und C hervorgerufen.

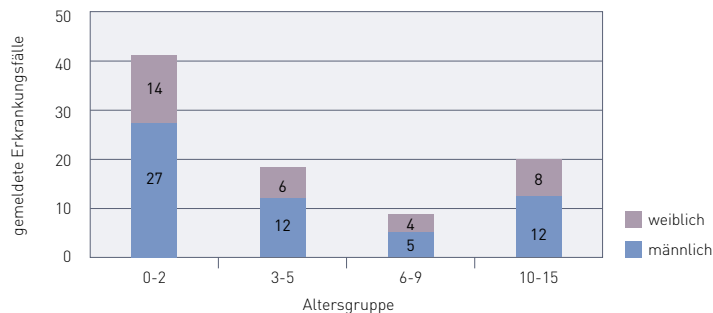
2012: kostenlose Pneumokokkenimpfung für alle Säuglinge

Tabelle 4.11: **Gemeldete Erkrankungsfälle an Meningokokken-Meningitis/-Sepsis 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre**

| Meningokokken/ Meningitis | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006* | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|
| Wien 0–15 Jahre | 12 | 16 | 8 | 3 | 9 | 6 | 8 | 7 | 10 | 9 |
| Wien gesamt | 22 | 21 | 14 | 7 | 16 | 18 | 11 | 17 | 21 | 16 |
| Österreich gesamt | 101 | 79 | 82 | 77 | 92 | 77 | 72 | 85 | 105 | 85 |

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien
* ab 2006 inklusive septischer Krankheitsbilder

Abbildung 4.8: **Gemeldete Erkrankungsfälle an Meningokokken-Meningitis/-Sepsis 2001–2010* in Wien, nach Geschlecht und Altersgruppen**



* ab 2006 inklusive septischer Krankheitsbilder
Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Bei den gemeldeten kindlichen Erkrankungsfällen an Meningokokken-Meningitis/-Sepsis zwischen den Jahren 2001 und 2010 zeigt sich ein Überwiegen der Altersgruppen 0–2 sowie 10–15 Jahre. Das männliche Geschlecht ist zahlenmäßig stärker betroffen. Von den insgesamt 88 Erkrankungsfällen an Meningokokken-Meningitis/-Sepsis bei Kindern bis zum 15. Lebensjahr konnte in 55 Fällen die Serogruppe bestimmt werden. Bei der Typisierung wurde in 50 Fällen die Serogruppe B, 3-mal die Serogruppe C und bei 2 Erkrankungsfällen die Serogruppe W135 diagnostiziert.

Weitere Informationen zu invasiven Meningokokken-Erkrankungen können dem Kapitel 4.2.2.1 entnommen werden.

Pneumokokken

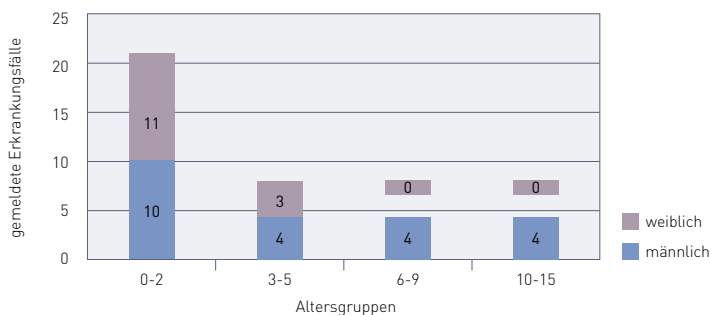
Neben den Meningokokken sind Pneumokokken die häufigsten Erreger einer eitrigen Meningitis. Die Häufigkeit von invasiven Pneumokokken-Erkrankungen (Meningitis und Sepsis) ist stark altersabhängig und weist einen Gipfel in den ersten 3 Lebensjahren sowie bei älteren Personen auf.

Tabelle 4.12: Gemeldete Erkrankungsfälle an Pneumokokken-Meningitis/-Sepsis 2001–2010 und in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre

| Pneumokokken-Meningitis / Sepsis | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006* | 2007 | 2008 | 2009 | 2010** |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|--------|
| Wien 0–15 Jahre | 3 | 4 | 1 | 1 | 6 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Wien gesamt | 6 | 10 | 6 | 12 | 8 | 7 | 11 | 13 | 18 | 41 |
| Österreich gesamt | 22 | 26 | 27 | 31 | 13 | 42 | 26 | 46 | 154 | 156 |

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, BM für Gesundheit, Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
* ab 2006 inklusive septischer Krankheitsbilder, ** Stand 9/2011

Abbildung 4.9: Gemeldete Erkrankungsfälle an Pneumokokken-Meningitis/-Sepsis 2001–2010* in Wien, nach dem Geschlecht und Altersgruppen



* ab 2006 inklusive septischer Krankheitsbilder
Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Zwischen den Jahren 2001 und 2010 wurden in Wien jährlich 1 bis 6 kindliche Erkrankungsfälle an Pneumokokken-Meningitis und -Sepsis gemeldet.

Es zeigt sich, dass im Zeitraum 2001–2010 die Erkrankungsrate an Pneumokokken-Meningitis/-Sepsis in der Altersgruppe 0–2 Jahre in Wien am höchsten ist.

Hämophilus influenzae

Durch Hämophilus influenzae ausgelöste Erkrankungen können vor allem für Kinder unter 5 Jahren gefährlich sein.

Im gesamten Beobachtungszeitraum traten in Wien nur vereinzelt kindliche Meningitisfälle durch Hämophilus influenzae auf. Die Auswertung der Erkrankungsfälle von 2001 bis 2010 nach Altersgruppen und Geschlecht für Wien zeigt ein deutliches Überwiegen der Erkrankungsfälle in der Altersgruppe 0–2 Jahre. Mädchen sind mit 5 Fällen etwas stärker betroffen als Buben mit 2 Fällen. In den anderen Altersgruppen 3–5, 6–9 und 10–15 Jahre gibt es insgesamt nur 3 Fälle.

Tabelle 4.13: **Gemeldete Erkrankungsfälle an Hämophilus influenzae-Meningitis 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre**

| Hämophilus influenzae - Meningitis | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010* |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Wien 0–15 Jahre | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Wien gesamt | 0 | 2 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 |
| Österreich gesamt | 0 | 3 | 1 | 4 | 5 | 2 | 2 | 4 | 7 | 10 |

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, BM Gesundheit, Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
* Stand 9/2011

Bakterielle Lebensmittelvergiftung

Bakterielle Lebensmittelvergiftungen zählen zu häufig auftretenden Infektionen im Kindesalter. Am häufigsten werden bakterielle Lebensmittelvergiftungen durch **Campylobacter** und **Salmonellen** ausgelöst, vereinzelt kommen auch Infektionen durch Yersinien, Shigellen und EHEC vor.

Salmonellose

Die Salmonellose ist die klassische Lebensmittelinfektion. Die Anzahl der Erkrankungsfälle an Salmonellose ist im Beobachtungszeitraum der letzten 10 Jahre deutlich zurückgegangen. Dies ist neben der konsequenten Erhebung möglicher Infektionsquellen, speziell bei Ausbrüchen, auch auf die Interventionen zur Bekämpfung der Durchseuchung in den Tierbeständen zurückzuführen. Die in Wien gemeldeten Erkrankungen in der Altersgruppe von 0 bis 15 Jahre erreichten zuletzt im Jahr 2003 einen Gipfel mit 627 Fällen.

Die Anzahl der Erkrankungsfälle an Salmonellose ist in den letzten 10 Jahren deutlich zurückgegangen.

Tabelle 4.14: **Gemeldete Salmonellosen 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre**

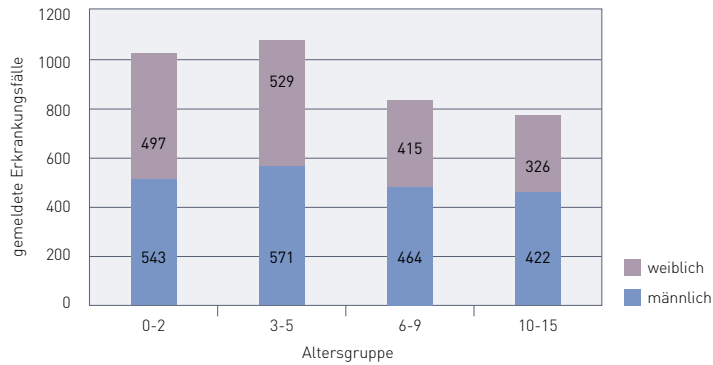
| Salmonellose | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010* |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Wien 0–15 Jahre | 521 | 572 | 627 | 436 | 417 | 317 | 305 | 170 | 223 | 179 |
| Wien gesamt | 1.031 | 1.253 | 1.296 | 1.097 | 894 | 698 | 681 | 404 | 466 | 432 |
| Österreich gesamt | 6.615 | 7.417 | 7.582 | 6.700 | 5.185 | 5.009 | 3.610 | 2.790 | 2.601 | 2.136 |

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, BM für Gesundheit, Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
* Stand 9/2011

Bei den Salmonellosen im Kindesalter im Zeitraum 2001–2010 in Wien zeigt sich ein geringes Überwiegen des männlichen Geschlechts. Es wurden mehr Erkrankungsfälle im Vorschulalter als im Pflichtschulalter gemeldet.

In der folgenden Tabelle sind für die Jahre 2008–2010 die durch Salmonellen verursachten Erkrankungsfälle jenen lebensmittelbedingten Erkrankungsfällen im Kindesalter gegenübergestellt, die durch andere relevante bakterielle Durchfallerreger ausgelöst worden sind.

Abbildung 4.10: Gemeldete Salmonellosen 2001–2010 in Wien nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Tabelle 4.15: Gemeldete kindliche Erkrankungsfälle an bakteriellen Lebensmittelvergiftungen nach Altersgruppen 2008–2010 in Wien

| Alter und Jahr | Salmonellen | | EHEC | | Campylobacter | | Yersinien | | Shigellen | |
|----------------|-------------|-----------|----------|----------|---------------|------------|-----------|----------|-----------|----------|
| | m | w | m | w | m | w | m | w | m | w |
| 2008 | | | | | | | | | | |
| 0-2 | 26 | 31 | 1 | 0 | 50 | 46 | 2 | 2 | 1 | 3 |
| 3-5 | 23 | 30 | 0 | 0 | 36 | 27 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 6-9 | 21 | 14 | 1 | 1 | 20 | 27 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 10-15 | 14 | 11 | 0 | 0 | 46 | 27 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| gesamt | 84 | 86 | 2 | 1 | 152 | 127 | 9 | 7 | 3 | 5 |
| 2009 | | | | | | | | | | |
| 0-2 | 28 | 23 | 0 | 2 | 57 | 59 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| 3-5 | 45 | 30 | 3 | 1 | 35 | 42 | 2 | 0 | 2 | 2 |
| 6-9 | 27 | 20 | 0 | 0 | 30 | 27 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| 10-15 | 29 | 21 | 0 | 0 | 42 | 27 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| gesamt | 129 | 94 | 3 | 3 | 164 | 155 | 5 | 5 | 4 | 3 |
| 2010 | | | | | | | | | | |
| 0-2 | 31 | 21 | 1 | 5 | 60 | 43 | 1 | 4 | 0 | 0 |
| 3-5 | 22 | 28 | 0 | 0 | 51 | 30 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 6-9 | 21 | 14 | 0 | 0 | 28 | 25 | 1 | 0 | 4 | 1 |
| 10-15 | 27 | 15 | 0 | 0 | 46 | 23 | 0 | 1 | 3 | 1 |
| gesamt | 101 | 78 | 1 | 5 | 185 | 121 | 3 | 7 | 8 | 4 |

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Pertussis/Keuchhusten

Das Bakterium *Bordetella pertussis* ist der Erreger des Keuchhustens, der speziell bei Säuglingen ein schweres Krankheitsbild auslösen kann. Es ist daher wichtig, wie im Wiener Impfkonzept vorgesehen, mit der 6-fach-Impfung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, *Hämophilus influenzae b*, Polio und Hepatitis B im Säuglingsalter bereits frühzeitig im 3. Lebensmonat zu beginnen.

Tabelle 4.16: **Gemeldete Erkrankungsfälle an Pertussis 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre**

| Pertussis | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010* |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Wien 0–15 Jahre | 10 | 12 | 15 | 6 | 7 | 3 | 6 | 8 | 6 | 9 |
| Wien gesamt | 10 | 12 | 17 | 10 | 7 | 3 | 6 | 8 | 6 | 13 |
| Österreich gesamt | 253 | 157 | 170 | 130 | 136 | 78 | 136 | 183 | 183 | 410 |

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, BM für Gesundheit, Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
* Stand 9/2011

Die Altersverteilung der Erkrankungsfälle aus den Jahren 2001–2010 nach Alter und Geschlecht zeigt eine besonders hohe Erkrankungsrate in der Altersgruppe der 0- bis 2-Jährigen (Mädchen: 32 Fälle, Buben: 24 Fälle). Dies ist durch den geringen Nestschutz und die Latenz bis zum Einsetzen eines möglichen Impfschutzes zu erklären. Auch in der Altersgruppe der 10- bis 15-Jährigen ist eine auffallend hohe Anzahl an Erkrankungen festzustellen (Mädchen: 12 Fälle, Buben: 8 Fälle). Die Altersgruppen 3–5 bzw. 6–9 Jahre ist kaum betroffen.

Pertussis:
Hohe Erkrankungsrate
in der Altersgruppe 0–2
Jahre und 10–15 Jahre.

Scharlach

Die Kinderkrankheit Scharlach wird durch eine Infektion mit *Streptokokkus pyogenes* hervorgerufen. Eine Immunität wird immer nur gegen das bei der abgelaufenen Infektion vorherrschende Toxin erzeugt; das bedeutet, dass mehrfache Erkrankungen in der Folge an Scharlach möglich sind.

Tabelle 4.17: **Gemeldete Erkrankungsfälle an Scharlach 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre**

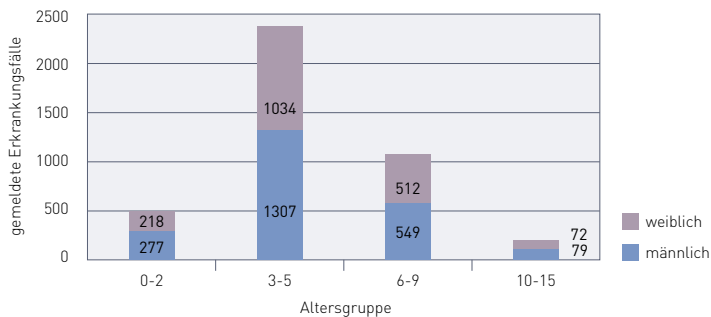
| Scharlach | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010* |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Wien 0–15 Jahre | 318 | 330 | 440 | 390 | 491 | 669 | 470 | 438 | 219 | 283 |
| Wien gesamt | 324 | 334 | 447 | 397 | 502 | 680 | 478 | 444 | 221 | 288 |
| Österreich gesamt | 1.116 | 1.470 | 1.856 | 1.960 | 1.409 | 2.215 | 2.053 | 2.681 | 2.124 | 1.657 |

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien, BM für Gesundheit, Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten
* Stand 9/2011

Erkrankungsfälle an Scharlach treten fast ausschließlich bei Kindern unter 15 Jahren auf. Dies zeigt sich auch bei den in Wien gemeldeten Fällen, die seit 2006 eine fallende Tendenz aufweisen.

Erkrankungsfälle an
Scharlach treten fast
ausschließlich bei Kindern
unter 15 Jahren auf.

Abbildung 4.11: Gemeldete Erkrankungsfälle an Scharlach 2001–2010 in Wien nach Geschlecht und Altersgruppen



Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Der Erkrankungsgipfel liegt bei den 3- bis 5-jährigen Kindern, einem Alter, in dem erste Gemeinschaftseinrichtungen besucht werden.

Tuberkulose

In Wien ist die Zahl der Tuberkuloseerkrankungen bereits seit Jahrzehnten rückläufig, dieser Trend setzte sich nach relativ konstant gebliebenen Neuerkrankungszahlen zwischen 1998 und 2005 wieder fort. Im Jahre 2010 wurden insgesamt 232 Fälle gemeldet, das entspricht einer Inzidenz von 13,54 neu erkrankten Personen/100.000 EinwohnerInnen.

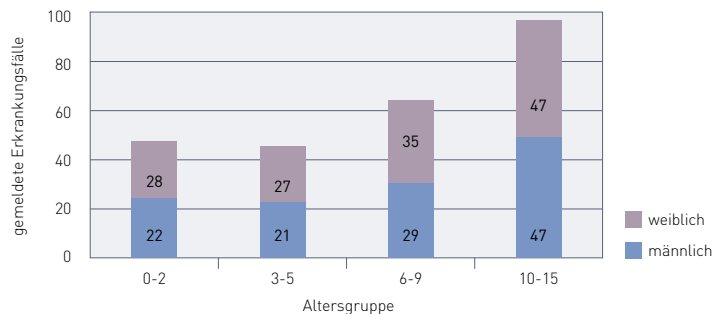
Tabelle 4.18: Neue Betreuungsfälle an aktiver Tuberkulose 2001–2010 in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre

| Tuberkulose | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Wien 0–15 Jahre | 30 | 26 | 42 | 21 | 27 | 23 | 13 | 19 | 14 | 12 |
| Wien gesamt | 389 | 432 | 422 | 432 | 416 | 329 | 308 | 313 | 283 | 232 |

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Die Anzahl der Erkrankungsfälle an Tuberkulose im Alter von 0 bis 15 Jahre in Wien zeigt einen schwankenden Verlauf, wobei innerhalb der letzten 5 Jahre ein Rückgang zu verzeichnen ist. Die Erkrankungszahlen bei Kindern zwischen 0 und 15 Jahre lagen Ende der 90er-Jahre des vorigen Jahrhunderts um 20 erkrankte Kinder pro Jahr, gefolgt von einem Erkrankungsgipfel im Jahr 2003. Im Jahr 2010 sind nur noch 12 tuberkulosekranke Kinder gemeldet worden (in Österreich 26 Kinder). Von den 12 im Jahr 2010 in Wien an Tuberkulose erkrankten Kindern im Alter zwischen 0 und 15 Jahren hatten 6 eine ansteckende Lungentuberkulose, 2 eine nicht-ansteckende Lungentuberkulose und 4 extrapulmonale Tuberkulosen (alle 4 Fälle waren an Lymphknotentuberkulose erkrankt).

Abbildung 4.12: Tuberkuloseerkrankungen in der Altersgruppe 0–15 Jahre nach Geschlecht und Altersgruppe, Wien 2001–2010



Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Bei der Kindertuberkulose ist keine Geschlechtsbevorzugung wie bei der Erwachsenentuberkulose (zwei Drittel männlich und ein Drittel weiblich) zu verzeichnen.

4.2.2.1 Die invasive Meningokokken-Erkrankung in Österreich mit besonderem Fokus auf die Bevölkerung von Wien (deskriptive epidemiologische Untersuchung)

Daniela Schmid

Hintergrund und Methodologie

Die invasive Meningokokken-Erkrankung (IME) wird durch das gramnegative Bakterium *Neisseria meningitidis* verursacht. Die Erkrankung äußert sich klinisch in Form einer Meningokokken-Meningitis oder einer Meningokokken-Sepsis, letztere auch mit einer Meningitis. Foudroyante septische Verläufe mit der typischen Hautmanifestation einer Purpura fulminans oder dem Waterhouse-Friderichsen-Syndrom (Folgen einer Verbrauchskoagulopathie mit Organversagen) sind mit einer hohen Fallsterblichkeit assoziiert.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in Zusammenarbeit mit den Bundesländern und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger 1998 das „Impfkonzept“ geschaffen. Dieses Konzept umfasst ausgewählte Impfungen, die Personen in Österreich bis zum 15. Lebensjahr kostenlos in Anspruch nehmen können. Bis Ende 2011 war die Meningokokken-Impfung nicht Teil dieses Impfkonzepts. Seit 2012 wird den 12-Jährigen im Rahmen des Impfkonzepts die Impfung mit dem tetra-valenten, konjugierten Impfstoff MEC 4 kostenlos angeboten.

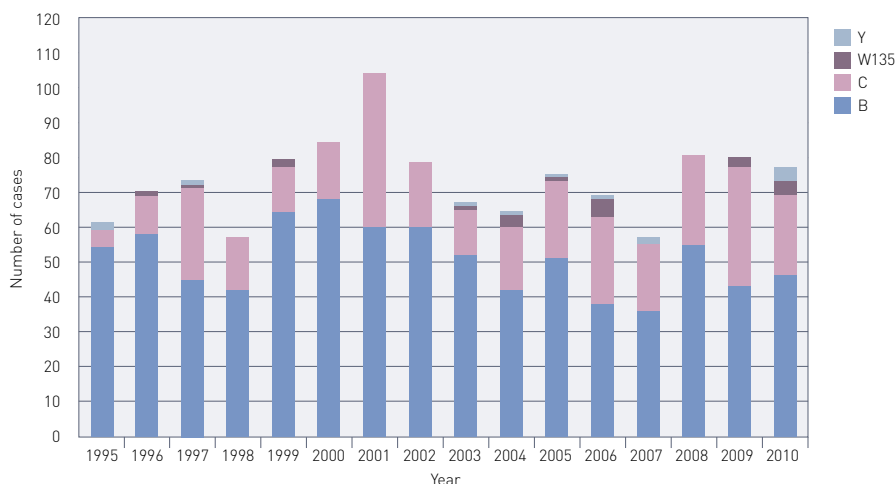
Die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit hat im Jahr 2011 eine deskriptiv-epidemiologische Untersuchung der invasiven Meningokokken-Erkrankung in Österreich von 1995 bis 2010 durchgeführt. Die 16-Jahres-Analyse (1995–2010) der invasiven Meningokokken-Erkrankung (IME) in Österreich beinhaltet die Beschreibung des Auftretens der IME nach demografischen Charakteristika (Alter), regionaler Verteilung (Bundesland), Fallsterblichkeit und Mortalität sowie nach saisonalem/zyklischem Trend und Langzeittrend.

Hierfür wurden die Daten der Fälle von mikrobiologisch bestätigter, invasiver Meningokokken-Erkrankung, die in österreichischen Laboratorien bundesweit identifiziert wurden und seit 1995 an der nationalen Referenzzentrale für Meningokokken-Erkrankung, AGES, systematisch gesammelt werden, herangezogen (laborbestätigte Fälle, die der nationalen Referenzzentrale nicht zur Kenntnis gebracht wurden, sind in der Analyse nicht erfasst).

Ergebnisse

Von 1995 bis 2010 (Datenstand Anfang 2011) wurden an der nationalen Referenzzentrale für Meningokokken insgesamt 1.320 Fälle einer mikrobiologisch bestätigten invasiven Meningokokken-Erkrankung gemäß Falldefinition der EU-Kommission 2002 (klinisch kompatibel mit IME, kultureller oder molekularer Meningokokken-Nachweis aus üblicherweise sterilem Material) registriert.

Abbildung 4.13: Jährliche Anzahl autochthoner Fälle von invasiver Meningokokken-Erkrankung nach Serogruppen (Sg B, C, W135 und Y), 1995–2010, Österreich



Quelle: Nationale Referenzzentrale für Meningokokken, Abt. Infektionsepidemiologie; AGES

IME und Serogruppen-Verteilung

Für alle 1.320 Fälle von IME waren Angaben zur Serogruppe (Sg) vorhanden. Die Sg B war mit 65% der Fälle (n = 864) die dominierende Serogruppe, gefolgt von der Sg C mit 26% der Fälle (n = 346). In 95% der Fälle war die Infektion in Österreich erworben (autochthon). Abbildung 4.13 stellt die Verteilung der jährlichen Anzahl autochthoner Fälle von IME nach Serogruppen dar.

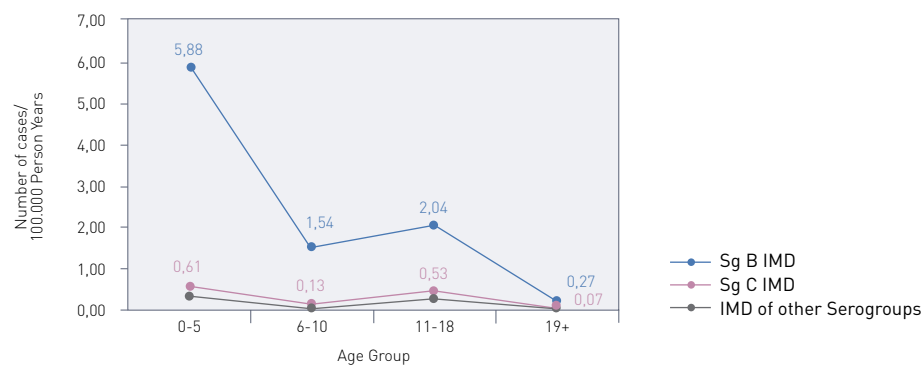
IME und Altersverteilung

Die jahresdurchschnittliche Inzidenzrate der IME (alle Serogruppen beinhaltend) der österreichischen Bevölkerung betrug für den 16-Jahres-Zeitraum 1995–2010 1,02/100.000 Personenjahre [PJ]. Die jahresdurchschnittliche, altersgruppenspezifische Inzidenzrate der Sg-B-Erkrankung war mit 12,65 Fällen/100.000 PJ und die der Sg-C-Erkrankung mit 2,69 Fäl-

len/100.000 PJ in der Altersgruppe <1 Jahr am höchsten. Zweithöchste jahresdurchschnittliche, altersgruppenspezifische Inzidenzraten von Sg-B- und Sg-C-Erkrankung waren in der Altersgruppe 1–4 Jahre (Sg B: 4,13/100.000 PJ; Sg C: 2,21/100.000 PJ) und die dritthöchsten in der Altersgruppe 15–19 Jahre (Sg B: 1,9/100.000 PJ; Sg C: 1,33/100.000 PJ) feststellbar.

Die Abbildung 4.14 stellt die jahresdurchschnittliche, altersgruppenspezifische Inzidenzrate der Sg-B- und Sg-C-Erkrankung und die der Erkrankung durch andere Serogruppen der Wiener Bevölkerung für die Altersgruppen 0–5, 6–10, 11–18 und ≥ 19 Jahre für den Zeitraum von 2001 bis 2010 dar.

Abbildung 4.14: **Jahresdurchschnittliche altersgruppenspezifische Inzidenzrate der Sg-B- und Sg-C-Erkrankung und der Erkrankung durch andere Serogruppen, 2001–2010, Bevölkerung Wien (in Englisch)**



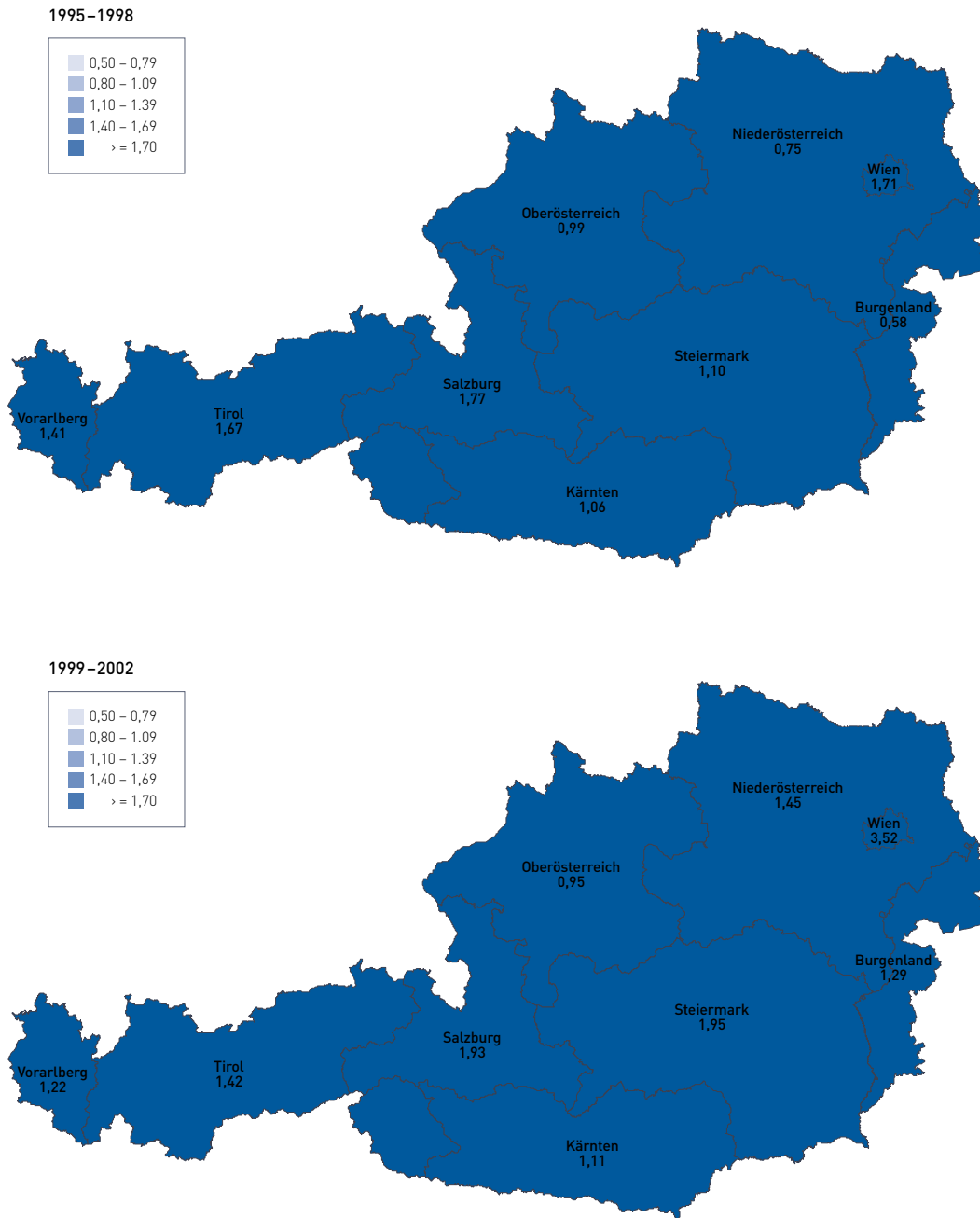
Quelle: Nationale Referenzzentrale für Meningokokken, Abt. Infektionsepidemiologie; AGES

In der Wiener Bevölkerung war mit einer jahresdurchschnittlichen Inzidenzrate der Sg-B-Erkrankung von 5,88/100.000 PJ und der Sg-C-Erkrankung von 0,61/100.000 PJ die Altersgruppe 0–5 Jahre am stärksten betroffen (gemäß österreichische Bevölkerung). Die am zweitstärksten betroffene Altersgruppe waren die 11- bis 18-Jährigen mit jahresdurchschnittlicher Inzidenzrate der Sg-B-Erkrankung von 0,34/100.000 PJ und der Sg-C-Erkrankung von 0,09/100.000 PJ; die niedrigsten Inzidenzraten der Sg-B- und Sg-C-Erkrankung fanden sich in der Altersgruppe ≥ 19 Jahre (Abb. 4.14).

IME und Bundesland-Verteilung

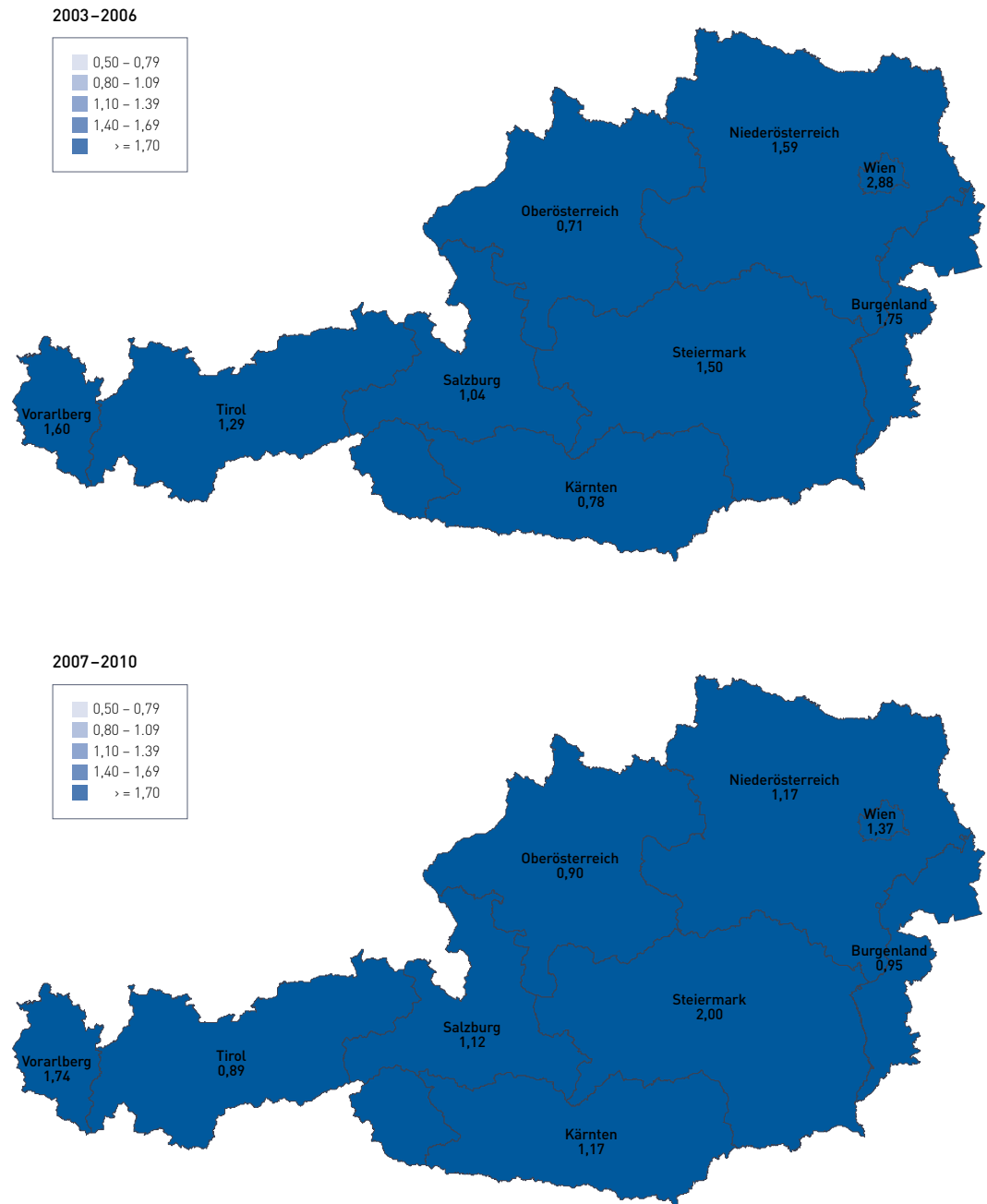
Im Zeitraum 1995–1998 war das Bundesland Salzburg mit einer altersstandardisierten, jahresdurchschnittlichen Inzidenzrate von 1,77 Fällen/100.000 PJ am stärksten betroffen, gefolgt von Wien mit einer Inzidenzrate (IR) von 1,71 Fällen/100.000 PJ; im Zeitraum von 1999 bis 2002 verzeichnete Wien mit 3,52 Fällen/100.000 PJ die höchste Inzidenzrate, gefolgt von der Steiermark (IR: 1,95/100.000 PJ); von 2003 bis 2006 war Wien neuerlich mit 2,88/100.000 PJ das am stärksten betroffene Bundesland, gefolgt vom Burgenland (IR: 1,75/100.000 PJ). Im Zeitraum 2007–2010 registrierte man in der Steiermark die höchste jahresdurchschnittliche Inzidenzrate (2,0/100.000 PJ), gefolgt von Vorarlberg (IR: 1,78/100.000 PJ) und von Wien mit einer Inzidenzrate von 1,37 Fällen/100.000 PJ (Abb. 4.15, 4.16).

Abbildung 4.15: Altersstandardisierte, bundeslandspezifische jahresdurchschnittliche Inzidenz der zwei 4-Jahres-Zeiträume 1995–1998 und 1999–2002



Quelle: Nationale Referenzzentrale für Meningokokken, Abt. Infektionsepidemiologie; AGES

Abbildung 4.16: Altersstandardisierte, bundeslandspezifische jahresdurchschnittliche Inzidenz der zwei 4-Jahres-Zeiträume 2003–2006 und 2007–2010

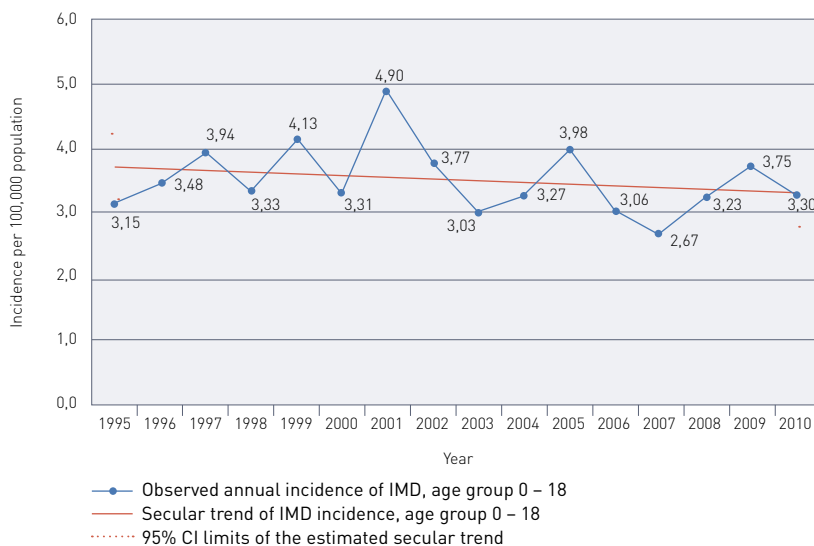


Quelle: Nationale Referenzzentrale für Meningokokken, Abt. Infektionsepidemiologie; AGES

Jährliche Inzidenz der IME – saisonaler Trend und Langzeittrend

Der von 1995 bis 2010 beobachtete geringfügige Abwärtstrend der 1-Jahres-Inzidenz von IME (alle Serogruppen einschließlich) in der österreichischen Gesamtbevölkerung (alle Altersgruppen) sowie auch hinuntergebrochen auf die Altersgruppen 0–18 Jahre (Abb. 4.17) und ≥ 19 Jahre erwies sich als nicht signifikant (österreichische Gesamtbevölkerung: $-0,0069$ Fälle/100.000 Personen/Jahr; $p = 0,419$; 0- bis 18-Jährige: $-0,025$ Fälle/100.000 Personen/Jahr; $p = 0,394$).

Abbildung 4.17: 1-Jahres-Inzidenz der IME (alle Serogruppen) bei den 0- bis 18-Jährigen (blaue Linie) und modellierter Langzeittrend (rote Linie) mit 95% KI (punktierter rote Linien), 1995–2010, Österreich (in Englisch)



Quelle: Nationale Referenzzentrale für Meningokokken, Abt. Infektionsepidemiologie; AGES

Führt man die Zeitreihenanalyse für die Sg-B-Erkrankung und Sg-C-Erkrankung getrennt voneinander durch, zeigt sich ein **signifikanter Abwärtstrend** von 1995 bis 2010 in der 1-Jahres-Inzidenz der Sg-B-Erkrankung für die österreichische Gesamtbevölkerung (alle Altersgruppen) ($-0,0139$ Fälle/100.000 Personen/Jahr; $p = 0,041$). Diese Beobachtung ist auf den rückläufigen Langzeittrend bei den 0- bis 18-Jährigen mit einer geschätzten jährlichen **Fallreduktion** von $0,0544$ Fällen/100.000 Personen zurückzuführen ($p = 0,017$) (Abb. 4.18). Die 1-Jahres-Inzidenz der Sg-B-Erkrankung in der Altersgruppe ≥ 19 Jahre zeigte keinen signifikanten Langzeittrend (jahresdurchschnittliche Inzidenz: $0,2/100.000$ Personen).

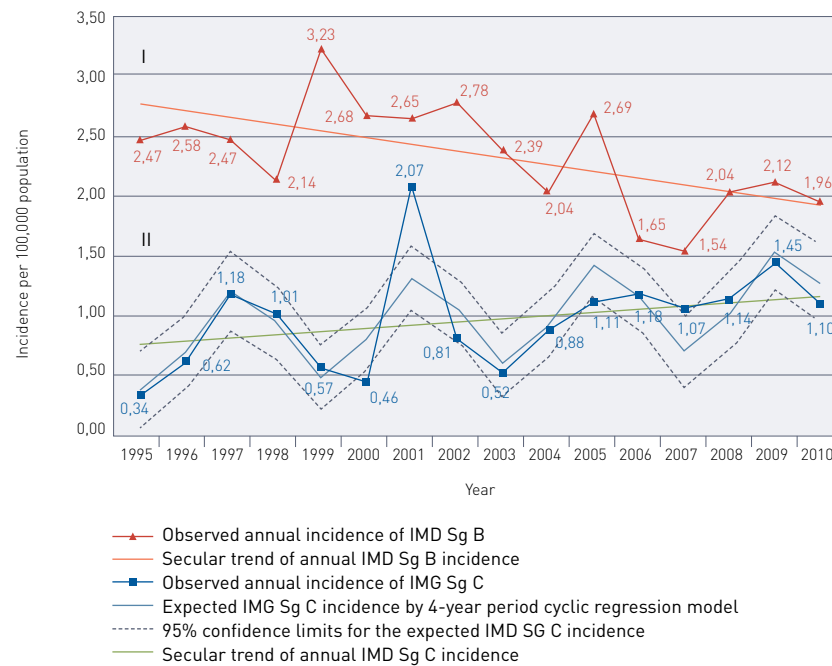
Der beobachtete **Anstieg** in der 1-Jahres-Inzidenz der Sg-C-Erkrankung von 1995 bis 2010 in der österreichischen Gesamtbevölkerung ($+0,0062/100.000$ Personen/Jahr; $p = 0,12$) erwies sich als **nicht signifikant**. Auch ließ sich kein signifikanter Langzeittrend in der 1-Jahres-Inzidenz der Sg-C-Erkrankung in den Altersgruppen 0–18 Jahre ($+0,0267/100.000$ Personen/Jahr; $p = 0,13$) (Abb. 4.18) und ≥ 19 Jahre ($0,0035/100.000$ Personen/Jahr; $p = 0,1$) bzw. in

den Altersgruppen 0–10 Jahre (+0,0275/100.000 Personen/Jahr; $p = 0,23$) und 11–18 Jahre (+0,0253/100.000 Personen/Jahr; $p = 0,23$) feststellen.

Ein signifikanter zyklischer Trend (i. e. reguläre Schwankungen) mit einem 4-Jahres-Intervall war für die jährliche Inzidenz der Sg-C-Erkrankung ($p = 0,0024$) feststellbar. Inzidenz-Höchstwerte wurden in den Jahren 1997, 2001, 2006 und 2009 beobachtet.

Abbildung 4.18 zeigt die registrierte 1-Jahres-Inzidenz der Sg-B- und Sg-C-Erkrankung der 0- bis 18-Jährigen von 1995 bis 2010 für die österreichische Gesamtbevölkerung und die Ergebnisse der Trendanalysen.

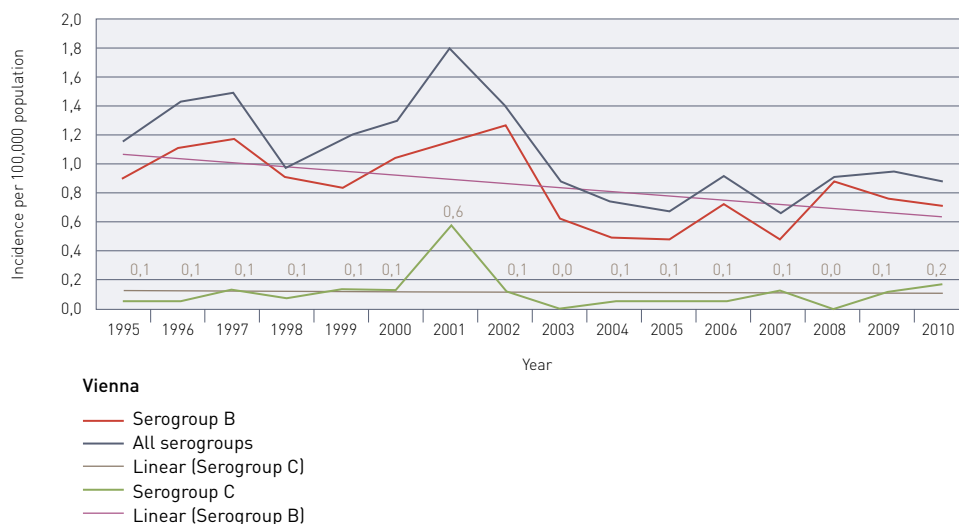
Abbildung 4.18: 1-Jahres-Inzidenz der Sg-B- und Sg-C-IME bei 0- bis 18-Jährigen (rote, blaue Linie) und modellierter Langzeittrend (orange, grüne Linie); modellierter zyklischer Trend für die 1-Jahres-Inzidenz der Sg-C-IME (hellblaue Linie) mit 95% KI (punktierter graue Linien), 1995–2010, Österreich (in Englisch)



Quelle: Nationale Referenzzentrale für Meningokokken, Abt. Infektionsepidemiologie; AGES

Abbildung 4.19 zeigt die 1-Jahres-Inzidenz der invasiven Meningokokken-Erkrankung (alle Serogruppen einschließend) und die der Sg-B- und Sg-C-Erkrankung von 1995 bis 2010 für die Bevölkerung Wien und die Ergebnisse der Langzeit-Trendanalysen: Es zeigte sich ein rückläufiger Trend für die Sg-B-Erkrankung (-0,03/100.000 Personen/Jahr) bei gleichbleibend niedriger 1-Jahres-Inzidenz der Sg-C-Erkrankung (jahresdurchschnittliche Inzidenz der Sg-C-IME vs. Sg-B-IME: 0,13/100.000 vs. 0,85/100.000). Der Inzidenzgipfel der Sg-C-Erkrankung in 2001 (0,58/100.000 Personen/Jahr) resultierte aus 9 Fällen, davon 3 Fälle bei den <1-Jährigen, 2 bei den 15- bis 19-Jährigen, 1 Fall bei den 20- bis 24-Jährigen und 3 Fälle bei den 25- bis 44-Jährigen.

Abbildung 4.19: 1-Jahres-Inzidenz der IMD (alle Serogruppen, graue Linie) und der Sg-B- und Sg-C-Erkrankung (rote, grüne Linie) und modellierte Langzeittrends (violette, grüne Linie), 1995–2010, Bevölkerung Wien (in Englisch)

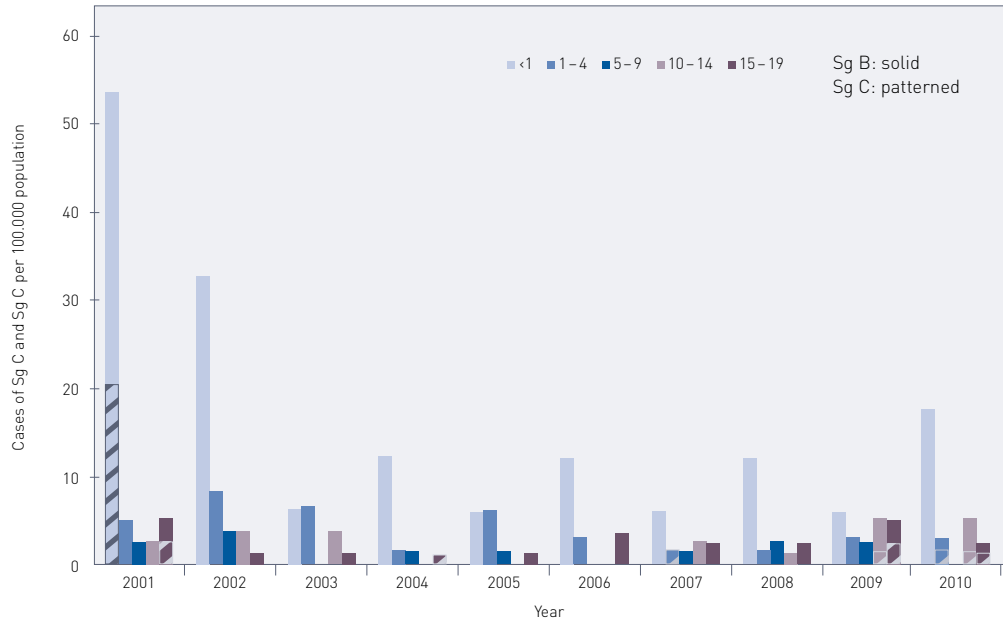


Quelle: Nationale Referenzzentrale für Meningokokken, Abt. Infektionsepidemiologie; AGES

Die Abbildung 4.20 illustriert von 2001 bis 2010 die altersgruppenspezifische 1-Jahres-Inzidenz der Sg-B- (Balken ohne Muster) und Sg-C-Erkrankung (Balken mit Muster) der Bevölkerung Wien für die Altersgruppen <1, 1–4, 5–9, 10–14, 15–19 Jahre. Die Altersgruppe <1 Jahr war in diesem Beobachtungszeitraum bis auf das Jahr 2005 (geringfügig höhere Inzidenz bei den 1- bis 4-Jährigen) am stärksten betroffen. In den 10 Jahren dominierte in all den untersuchten Altersgruppen die Sg-B-Erkrankung mit kumulativ 101 Fällen, gefolgt von der Sg-C-Erkrankung mit kumulativ 14 Fällen; Inzidenzhöchstwerte der Sg-B-Erkrankung bei den <1-Jährigen wurden in den Jahren 2001 (33,5/100.000 Personen) und 2002 (32,9/100.000 Personen) registriert; die Sg-C-Erkrankung bei <1-Jährigen wurde zwischen 2001 und 2010 ausschließlich in 2001 beobachtet (20,07/100.000 Personen).

Nebst Sg-B- und Sg-C-Erkrankungen wurden in den Jahren 2000, 2005 und 2006 insgesamt 4 Fälle von Sg-W135-Erkrankung registriert (n = 1 bei <1-Jährigen, n = 2 bei 1- bis 4-Jährigen und n = 1 bei 15- bis 19-Jährigen).

Abbildung 4.20: Altersgruppenspezifische 1-Jahres-Inzidenz der Sg-B-Erkrankung und Sg-C-Erkrankung (für die Altersgruppen <1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19), 2000-2010, Bevölkerung Wien (in Englisch)



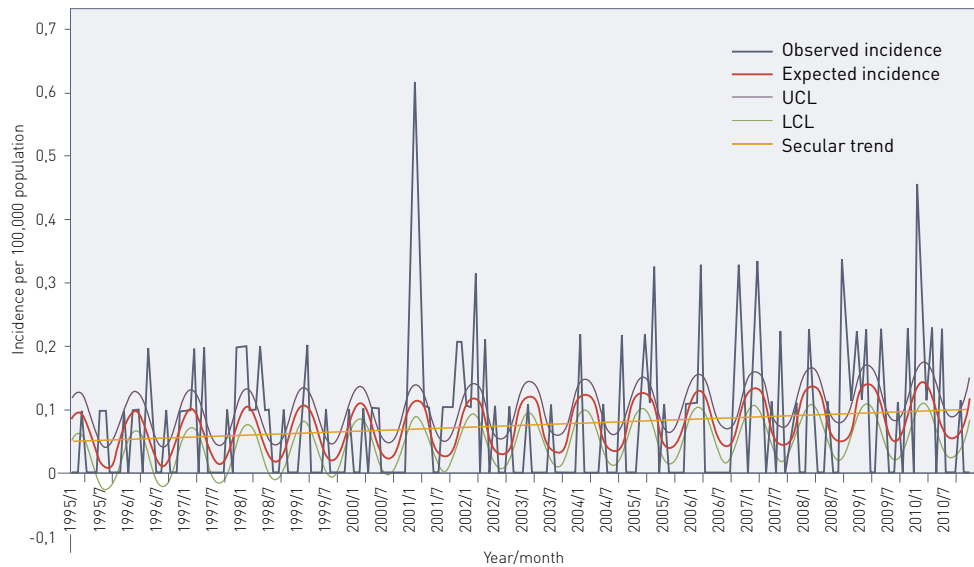
Quelle: Nationale Referenzzentrale für Meningokokken, Abt. Infektionsepidemiologie; AGES

Monatliche Inzidenz der IME – saisonaler Trend und Langzeittrend

Die Trendanalyse mit monatlichen Inzidenzdaten der österreichischen Bevölkerung ergab für die Sg-B-Erkrankung einen Rückgang von 3,84 Fällen/10⁹ Personen/Monat bei den 0- bis 18-Jährigen ($p = 0,01$). Ein diskreter Anstieg wurde in der monatlichen Inzidenz der Sg-C-Erkrankung bei den 0- bis 10-Jährigen (+2,67/10⁹ Personen/Monat; $p = 0,04$) nachgewiesen (Abb. 4.21); bei den 11- bis 18-Jährigen fand sich kein signifikanter Langzeittrend.

Die monatliche Inzidenz der IME zeigte unabhängig von Serogruppe und Altersgruppe eine Saisonalität mit einem Intervall von 12 Monaten.

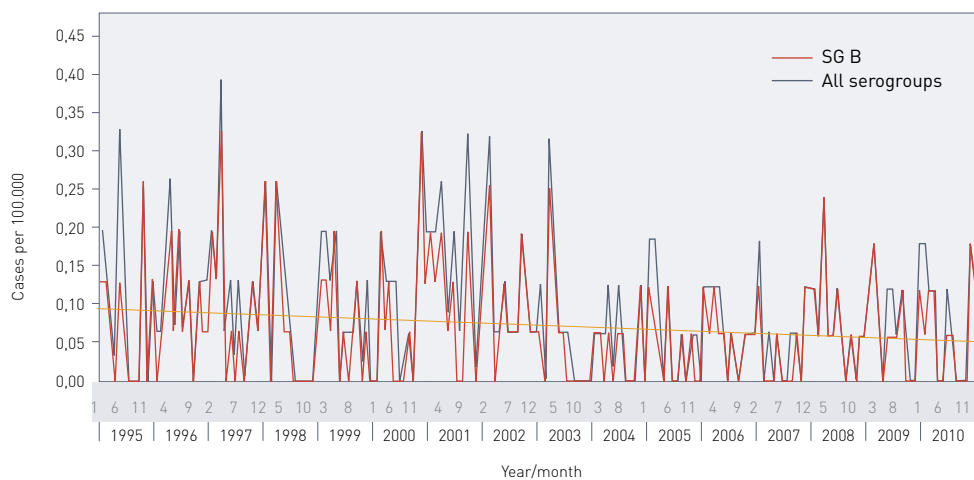
Abbildung 4.21: **Monatliche Inzidenz der Sg-C-Erkrankungen bei 0- bis 10-Jährigen (schwarze Linie) und modellierter saisonaler Trend (rote Linie) mit 95% KI (violette, grüne Linien) und Langzeitrend (gelbe Linie), 1995–2010, Österreich (in Englisch)**



Quelle: Nationale Referenzzentrale für Meningokokken, Abt. Infektionsepidemiologie; AGES

Abbildung 4.22 illustriert die monatliche Inzidenz der IME gesamt (alle Serogruppen einschließend) und die der Sg-B-Erkrankung von 1995 bis 2010 für die Wiener Bevölkerung (alle Altersgruppen). Die monatliche Inzidenz der Sg-B-Erkrankung zeigt einen rückläufigen Langzeitrend, wie auch für die österreichische Gesamtbevölkerung festgestellt wurde.

Abbildung 4.22: **Monatliche Inzidenz der IME aller Serogruppen (schwarze Linie) und der Sg-B-Erkrankungen (rote Linie) für die Bevölkerung Wien (alle Altersgruppen) und modellierter Langzeitrend für Sg-B-Erkrankung (gelbe Linie), 1995–2010 (in Englisch)**

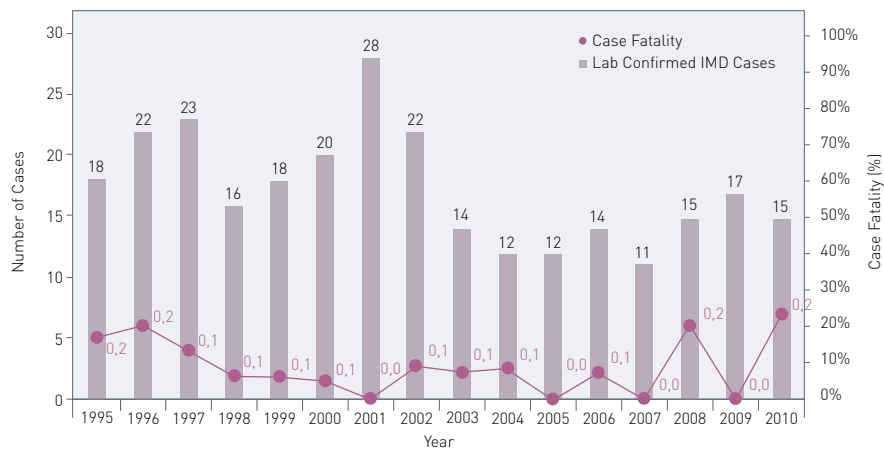


Quelle: Nationale Referenzzentrale für Meningokokken, Abt. Infektionsepidemiologie; AGES

Fallsterblichkeit und Mortalität der IME

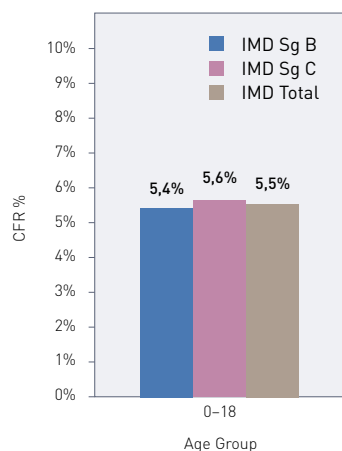
Die jahresdurchschnittliche Fallsterblichkeit der IME in der österreichischen Gesamtbevölkerung betrug für den Beobachtungszeitraum 1995–2010 8,3% (absolut: 7 Todesfälle/Jahr) und die in der Bevölkerung Wien 8,8% (absolut: 2 Todesfälle/Jahr) (Abb. 4.23). Es wurde kein signifikanter Unterschied in der Fallsterblichkeit zwischen Sg-B- und Sg-C-Erkrankungen festgestellt. Die Abbildung 4.24 stellt die jahresdurchschnittliche Fallsterblichkeit der invasiven Meningokokken-Erkrankung (alle Serogruppen) sowie der Sg-B- und Sg-C-Erkrankungen in der Altersgruppe 0–18 Jahre der Bevölkerung Wien dar.

Abbildung 4.23: **Jährliche Anzahl der Fälle von IME und Fallsterblichkeit, 1995–2010, Bevölkerung Wien (in Englisch)**



Quelle: Nationale Referenzzentrale für Meningokokken, Abt. Infektionsepidemiologie; AGES

Abbildung 4.24: **Jahresdurchschnittliche Fallsterblichkeit der invasiven Meningokokken-Erkrankung (alle Serogruppen) sowie der Sg-B- und Sg-C-Erkrankungen bei 0- bis 18-Jährigen der Bevölkerung Wien, 1995–2010**



Quelle: Nationale Referenzzentrale für Meningokokken, Abt. Infektionsepidemiologie; AGES

Die 1-Jahres-Mortalität der invasiven Meningokokken-Erkrankung in der österreichischen Gesamtbevölkerung zeigte von 1995 bis 2010 ausgeprägte unregelmäßige Schwankungen, aber keinen signifikanten Langzeittrend. Die jahresdurchschnittliche Mortalität betrug 0,09/100.000 Personen (min: 0,048/100.000 Personen; max: 0,120/100.000 Personen) mit dem Höchstwert in der Altersgruppe <1 Jahr (0,898/100.000 Personen) und dem niedrigsten Wert in der Altersgruppe 25–44 Jahre (0,012/100.000 Personen).

In der Bevölkerung Wiens wurden in den Jahren 1995–2010 24 Todesfälle von invasiver Meningokokken-Erkrankung registriert.

Zusammenfassung

Von 1995 bis 2010 wurden an der Nationalen Referenzzentrale für Meningokokken-Erkrankung 1.320 Fälle einer IME, darunter 277 Fälle aus Wien, registriert. Unter den Wiener Fällen war die Serogruppe-B-Erkrankung mit 215 Fällen vorherrschend, gefolgt von der Sg-C-Erkrankung mit 32 Fällen. Die Altersgruppe 0–5 Jahre der Wiener Bevölkerung war in dieser 16-jährigen Beobachtungszeit mit einer jahresdurchschnittlichen Inzidenzrate der Sg-B-Erkrankung von 5,88/100.000 Personenjahre und der Sg-C-Erkrankung von 0,61/100.000 Personenjahre am stärksten betroffen.

Vergleicht man die bundeslandspezifischen, altersstandardisierten, jahresdurchschnittlichen Inzidenzraten der Perioden 1995–1998, 1999–2002, 2003–2006 und 2007–2010, war Wien im Zeitraum von 1999 bis 2002 mit einer Inzidenzrate von 3,52 Fällen/100.000 Personenjahre und im Zeitraum von 2003 bis 2006 mit 2,88 Fällen/100.000 Personenjahre das am stärksten betroffene Bundesland. Wie auch für die österreichische Bevölkerung festgestellt, zeigte sich für die Bevölkerung Wien ein rückläufiger Langzeittrend in der 1-Jahres-Inzidenz der Sg-B-Erkrankung von 1995 bis 2010 bei weitgehend gleichbleibend, niedriger 1-Jahres-Inzidenz der Sg-C-Erkrankung. In der Bevölkerung Wien wurden in den Jahren 1995–2010 24 Todesfälle von invasiver Meningokokken-Erkrankung registriert. Die daraus resultierende jahresdurchschnittliche Fallsterblichkeit der IME war 8,8%. Es wurde kein signifikanter Unterschied in der Fallsterblichkeit zwischen Sg-B- und Sg-C-Erkrankungen festgestellt.

4.2.2 Humanes Immundefizienz-Virus (HI-Virus) / Acquired Immunodeficiency Syndrome – Aids

Christian Zagler, Norbert Vetter, Ursula Karthaler, Peter Buxbaum

Zero new infections. Zero discrimination. Zero AIDS-related deaths – so lautet die UNAIDS-Vision 2012. Aufgrund der flächendeckenden und hochqualitativen medizinischen Versorgung in Wien sind wir dieser Vision, gerade was Kinder angeht, schon sehr nahe gekommen. Die interdisziplinäre Versorgung HIV-infizierter, schwangerer Frauen (Gynäkologie, Pädiatrie, HIV-Spezialabteilungen) kann eine Infektion des Kindes verhindern.

Meldepflicht

Eine laborbestätigte Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HI-Virus) ist in Österreich nicht meldepflichtig. Es besteht nur bei Vorliegen einer manifesten Erkrankung oder eines Todesfalls an Aids eine ärztliche Meldepflicht an das Bundesministerium für Gesundheit laut Aids-Gesetz, wobei die anamnestischen und klinischen Angaben nur mit den Initialen, dem Geburtsdatum und dem Geschlecht der erkrankten Person anzugeben sind.

Verbreitung

Vor 1996, dem Jahr, in dem die HIV-Kombinationstherapie etabliert wurde, wurden bis zu 25% der Kinder HIV-positiver Frauen durch Mutter-Kind-Übertragung infiziert. **1996 war das Wendejahr der HIV-Medizin.** Der Einsatz der HIV-Kombinationstherapie in den Wiener Spitälern ermöglichte die Transformation der tödlich verlaufenden Aids-Erkrankung hin zur chronischen HIV-Erkrankung. Das Sterben konnte auf wenige Fälle pro Jahr reduziert werden und die neue Therapieform wirkte sich auch positiv auf die Infektionsrate der Mutter-Kind-Übertragung aus. Mittlerweile liegt das geschätzte Risiko der HIV-Infektion des Neugeborenen durch die HIV-infizierte Mutter bei unter 1%. **Österreich ist kein HIV-Hochprävalenzland.**

Laut Bundesministerium für Gesundheit erfolgte im Zeitraum 2000–2010 in **Wien keine Erkrankungsmeldung an Aids** bei Personen in der **Altersgruppe 0–15 Lebensjahre**.

Maßnahmen

In Wien betreuen die gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen des Wilhelminenspitals/ Wiener Krankenanstaltenverbund und des MUW/AKH Wien gemeinsam mit den HIV-Zentren HI-Virus-positiv schwangere Frauen.

Des Weiteren bieten „Non Governmental Organizations – NGOs“, wie die Aids-Hilfe, aktuelle medizinische Informationen und Lebenshilfe zum Thema HI-Virus/Aids und zu verwandten Sachgebieten wie sexuell übertragbaren Krankheiten für alle Altersstufen an.

1996 war das Wendejahr
der HIV-Medizin:
Eine neue Therapieform
transformiert Aids-Erkrankung
hin zur chronischen
HIV-Erkrankung.

Welche Schutzmaßnahmen gibt es für das ungeborene/neugeborene Kind?

HIV-Test

Seit 2010 ist die HIV-Testung im Mutter-Kind-Pass verankert. Dies ist eine sinnvolle Maßnahme, um früh in der Schwangerschaft HIV-positive Frauen zu detektieren und therapeutische Schritte zum Schutz der Mutter und des Kindes einzuleiten. Der erste Schritt der Prävention lautet: Jede/r muss seinen HIV-Status kennen.

2010: HIV-Testung ist im Mutter-Kind-Pass verankert.

HIV-Therapie

Die Einleitung der HIV-Therapie bei einer schwangeren Frau, sofern sie therapienaiv ist und es ihr Gesundheitszustand zulässt, ist **ab der 12. Schwangerschaftswoche** möglich. Besteht bei HIV-positiven Frauen im gebärfähigen Alter eine Therapieindikation, so werden von Beginn an Medikamente mit dem niedrigsten Risikoprofil für den Fetus gewählt. Mit einer suffizienten Therapie kann das HI-Virus im Körper auf **null gesenkt** werden und die Prävention erfolgt nach der Idee – kein Virus im Umlauf, keine Weitergabe. HIV-infizierten Menschen wird eine Kontrolle ihrer Immunlage alle 3 Monate empfohlen. Frauen während der Schwangerschaft müssen in kürzeren Intervallen betreut werden.

Ab der 12. Schwangerschaftswoche ist eine HIV-Therapie möglich.

Paradigmenwechsel im Entbindungsmodus

Wurden HIV-infizierte Frauen aufgrund des reduzierten Infektionsrisikos ausschließlich mittels Sectio caesarea entbunden, so kann heutzutage aufgrund der HIV-therapiebedingten Virusunterdrückung auch eine Spontangeburt in Betracht gezogen werden. Der protektive Effekt durch Sectio caesarea bei optimal behandelten Patientinnen (HIVL unter Nachweisgrenze) ist „allenfalls“ minimal. Voraussetzungen für eine Spontangeburt sind: Die Schwangere nimmt die HIV-Therapie ein; die HI-Viruslast ist am Ende der Schwangerschaft, insbesondere zeitnah zur Geburt unter der Nachweisgrenze; die Beurteilung der Risiken durch eine/n erfahrene/n GeburtshelferIn; die Klärung logistischer Probleme.

Die postpartale Versorgung des Neugeborenen

Das vierte Element der HIV-Prävention ist der Einsatz einer **Postexpositionsprophylaxe** beim Neugeborenen. Hierfür wird das Transmissionsrisiko evaluiert und danach entweder eine HIV-Monotherapie oder Dreifachtherapie über 2 bis 6 Wochen verabreicht.

Beitrag Aids-Hilfe-Haus HIV-Prävention für Jugendliche

Mag.^a Deborah Klingler-Katschnig

Aids Hilfe Wien

Die Aids Hilfe Wien bietet Beratung, Testung und Betreuung von HIV-positiven Menschen, deren PartnerInnen und Angehörigen sowie zielgruppenspezifische Prävention an.

HIV/STD-Prävention für Jugendliche

HIV/STD-Prävention unterstützt Jugendliche, ihre sexuelle Gesundheit nachhaltig zu schützen, und ist deshalb ein wesentlicher Bestandteil für eine gesunde Gesellschaft. Diesem Umstand wird auch in der Aids Hilfe Wien Rechnung getragen. Die HIV/STD-Prävention für

Jugendliche ist seit Jahrzehnten eine wichtige Aufgabe der Organisation. Gerade in den letzten Jahren hat sich die Verknüpfung von HIV/STD-Prävention mit **Sexual Reproductive Health and Rights (SRHR)** als sehr sinnvoll erwiesen. Die **Steigerung des Kondomgebrauchs bei Jugendlichen** ist dabei ein wichtiges Ziel, um sexuell übertragbare Krankheiten zu verhindern.

Bei SRHR geht es vor allem um sexuelle und reproduktive Gesundheit und die damit verbundenen Rechte. Das impliziert, dass Jugendliche befähigt werden, ein verantwortungsvolles, zufriedenstellendes und sicheres sexuelles Leben zu führen – ebenso wie ihnen die Möglichkeiten zur Reproduktion aufgezeigt werden (ob, wann und wie oft, bleibt ihnen überlassen). Mädchen und Burschen brauchen daher Zugang zu diesbezüglichen Informationen ebenso wie Zugang zu sicheren, effektiven, leistbaren und akzeptablen Verhütungsmethoden. Genauso müssen Leistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit für sie zugänglich sein.

Der Bereich „HIV-Prävention für Jugendliche“ ist ein Kernstück der Präventionsabteilung, da gerade im **Jugendalter die Basis für das sexuelle Verhalten im Erwachsenenleben gelegt** wird. Die Aids Hilfe Wien führt jährlich zwischen 400 und 500 Workshops für Jugendliche durch – primär an Schulen, aber auch im außerschulischen Bereich, beispielsweise in Firmgruppen, Psychosozialen Gesundheitszentren und Job-Qualifizierungsprojekten für Jugendliche auf Arbeitssuche. Daraus ergibt sich (bei 15 TeilnehmerInnen pro Workshop) die durchschnittliche Zahl von 6.000 bis 7.500 erreichten Jugendlichen pro Jahr.

Jährlich werden 6.000 bis 7.500 Jugendliche durch Workshops der Aids Hilfe Wien erreicht.

In den Jahren 2010 bis 2012 (inklusive Juni) fanden die **meisten Workshop-Buchungen in den Wiener Bezirken 10, 12, 20, 21, 22 und 23** statt. Am seltensten wurde in den Bezirken 1, 2, 5, 8, 9, 17 und 18 gebucht. Der Buchungsweg verläuft meist über langjährige KontaktlehrerInnen bzw. Mundpropaganda innerhalb der KollegInnenschaft.

Zusätzlich ist die Aids Hilfe Wien mittels Informationsständen auf Großveranstaltungen z. B. auf dem Jugendsportfest der Österreichischen Gewerkschaftsjugend (bis zu 3.000 TeilnehmerInnen) oder auf der Berufs- und Studieninformationsmesse BeST (bis zu 8.000 TeilnehmerInnen) vertreten. Es werden unterschiedliche Projekte in Schulen begleitet, beispielsweise der „Tag der Zivilcourage“ des GRG 3 oder die „Aufklärungstage“ an der VBS Hamerlingplatz. Zusätzlich wird verstärkt mit SchulärztInnen sowohl der MA 15 als auch des bm:ukk im Rahmen von Fortbildungen und Lehrkräften durch eigens erstellte Unterrichtsbehelfe zusammengearbeitet. Außerdem wird aktuell mit der Jugendinfo der Stadt Wien – **WienXtra** – eine **Kampagne zum verstärkten Kondomgebrauch** für den außerschulischen und öffentlichen Bereich entwickelt.

Hintergrund und Zielsetzung des Bildungsangebots

Durch Workshops und Informationsveranstaltungen zu den Themen HIV/STD/SRHR soll so weit wie möglich sichergestellt werden, dass Jugendliche im fraglichen Alter rechtzeitig die notwendigen Informationen und Angebote erhalten, die sie befähigen, selbstverantwortlich und vernünftig mit ihrer Sexualität und möglichen Risiken umzugehen.

Damit wird erreicht, dass sich Jugendliche von Beginn ihrer erwachenden Sexualität an mit den Risiken und Vorurteilen zum Thema HIV/Aids und angrenzenden Bereichen auseinandersetzen und für sie ein angemessener und reifer Umgang mit unterschiedlichen Fragestellungen und Problemen lebbar wird. Durch Information können Ängste und Vorurteile gezielt hinterfragt und abgebaut sowie ein lustvoller und selbstbestimmter Zugang zur eigenen Sexualität ermöglicht werden.

Zielgruppe

Jugendliche ab dem 14. Lebensjahr

Angebot

Bei der Aids Hilfe Wien können für Jugendliche ab 14 Jahren bzw. der 8./9. Schulstufe Workshops gebucht werden. Üblicherweise dauert ein Workshop der Aids Hilfe Wien 2 Stunden, findet ohne Lehr- bzw. Begleitpersonen und getrennt nach Geschlechtern mit dem Geschlecht entsprechenden ReferentInnen statt und kann in der Schule/Einrichtung oder in der Aids Hilfe Wien abgehalten werden. Die **Trennung nach Geschlechtern** ist für die Aids Hilfe Wien ein langjährig praktizierter und unumstößlicher Grundsatz. Diese Vorgangsweise ermöglicht bei den Geschlechtern eine ungehemmtere Austauschmöglichkeit und ist durch die Freiheit von zwischengeschlechtlichen Einflüssen eine wesentliche Chance, Informationen zur eigenen Geschlechtlichkeit zu erfahren und so den Output zu erhöhen. Eine Workshop-Stunde kostet 44 Euro.

Die Angebote gelten für Wien, Niederösterreich und das Burgenland.

Inhalte

- Hartnäckige Mythen – gefährliche Verharmlosung: Aufklärung über HIV/Aids
- Sexuell übertragbare Krankheiten
- Das „erste Mal“, Verhütung und Schwangerschaft
- Kondomtraining
- Auseinandersetzung mit Homosexualität

Durchführende

Die Vorträge und Workshops werden von 40 ReferentInnen, die von der Aids Hilfe Wien ausgebildet wurden, durchgeführt. Die Inhalte werden von den Vortragenden zielgruppenspezifisch in kleinen Workshop-Einheiten erarbeitet, ein Schwerpunkt liegt auch darauf, die SchülerInnen so weit wie möglich einzubeziehen. Die ReferentInnen stehen den Jugendlichen zur Verfügung und geben auch Informationsmaterial oder andere Quellen weiter. Aktuell wird ein neuer Ausbildungslehrgang abgeschlossen.

Die meisten Infektionen finden nicht im jugendlichen Alter, sondern zwischen 25 und 35 Jahren statt – in diesem Alter sind festgefahrene Verhaltensmuster schwierig aufzubrechen. Daher ist es wesentlich, früh genug mit ausreichender Information an Jugendliche heranzutreten, um sie – im Sinne von „Neulernen statt Umlernen“ – zu befähigen, sich und andere zu schützen.

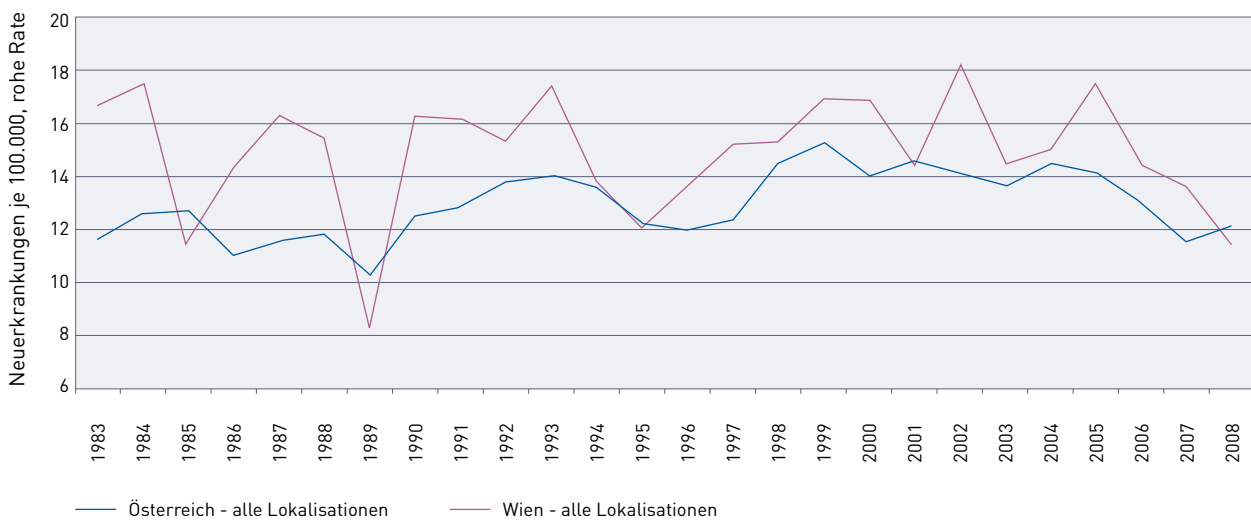
4.2.3 Krebsneuerkrankungen und Krebssterblichkeit bei Kindern

Nadine Zielonke, Monika Hackl, Barbara Leitner, Erika Baldaszi

In Wien traten im vergangenen Jahrzehnt jährlich rund 30 bis 45 neu diagnostizierte Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren auf, im gesamten Bundesgebiet waren es jährlich rund 160 bis 230 Fälle. In diesem Zeitraum verstarben pro Jahr in Wien rund 2 bis 10 unter 16-Jährige, in ganz Österreich rund 20 bis 40.

Im Jahr 2008¹ erkrankten in Wien 29 Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren an Krebs, 14 Burschen und 15 Mädchen. Bezogen auf alle Wiener Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren waren das 11,3 von 100.000. Im gesamten Bundesgebiet waren im Jahr 2008 166 Kinder und Jugendliche betroffen, jeweils 83 Burschen und Mädchen. Die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) je 100.000 Kinder und Jugendlicher gleichen Alters betrug 12,1. Damit lag im Jahr 2008 die Neuerkrankungsrate in Wien geringfügig unter jener von Österreich insgesamt, in den Jahren davor lag Wien jedoch meist leicht über den nationalen Werten (Abb. 4.25).

Abbildung 4.25: Krebsneuerkrankungen 1983–2008 bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, bösartige Neubildungen insgesamt (C00-C43, C45-C97)



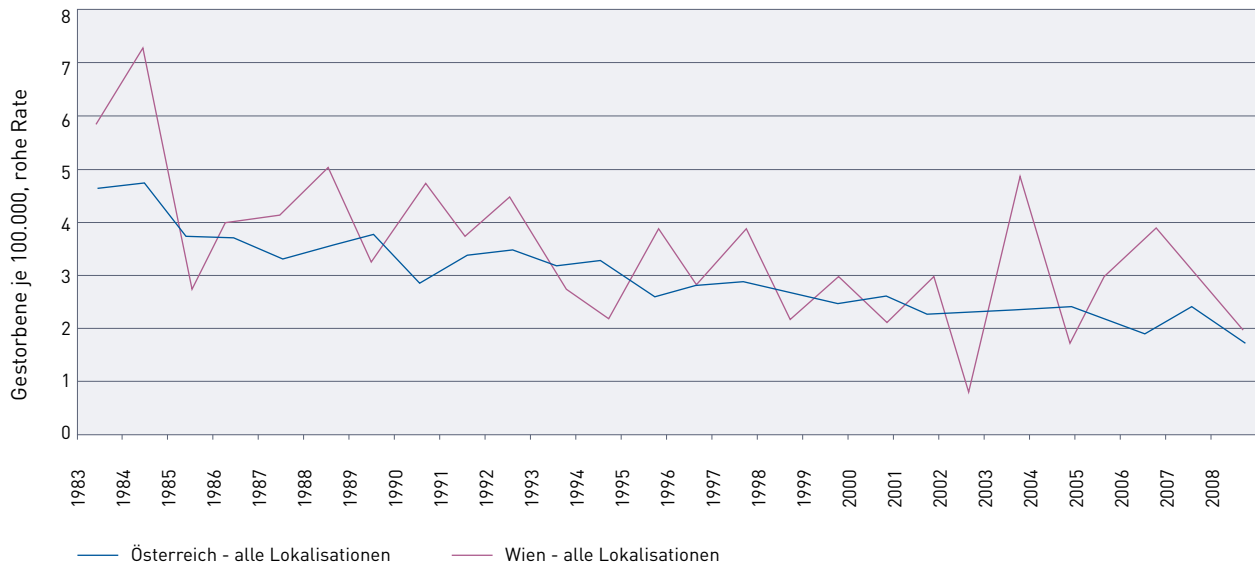
Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 08.09.2010). - Erstellt am 19.08.2011.

Die Neuerkrankungsrate lag im Jahr 2008 in der Wiener Gesamtbevölkerung mit 7.027 dokumentierten Fällen bei 418,2 je 100.000 der Bevölkerung, österreichweit mit 34.868 Krebsfällen bei 418,3 je 100.000. In Wien betrafen lediglich 0,4% aller Krebsneuerkrankungen Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren, im gesamten Bundesgebiet 0,5%.

Die Zahl der Krebssterbefälle von Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren liegt unter denen der Krebsneuerkrankungen: Im Jahr 2008 starben in Wien 5 Kinder, 3 Burschen und 2 Mädchen, an Krebs; bundesweit waren es 22 Kinder und Jugendliche, 10 Burschen und 12 Mädchen. Die Krebssterberate je 100.000 Kinder und Jugendliche gleichen Alters betrug im Jahr 2008 in Wien 1,9, in Österreich insgesamt 1,6. Auch in den Jahren davor lag die Krebssterblichkeitsrate in Wien tendenziell leicht über den nationalen Werten (Abb. 4.26).

1. Anmerkung der Redaktion:
Zum Zeitpunkt der Beitrags-
erstellung das letzte verfügbare
Berichtsjahr.

Abbildung 4.26: Krebssterblichkeit 1983–2008 bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, bösartige Neubildungen insgesamt (C00-C43, C45-C97)



Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 08.09.2010). - Erstellt am 19.08.2011.

Das **Diagnosespektrum** der Krebsneuerkrankungen und Krebssterblichkeit von Kindern unterscheidet sich deutlich von jenem der Erwachsenen: nur wenige Krebslokalisationen sind für Kinder relevant.

Die **häufigste Krebsdiagnose** bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren war in Wien 2008 die **Leukämie**: sie betraf 9 Kinder, das sind ein Drittel aller neu erkrankten Kinder. **Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Nervensystems** betrafen 8 Kinder in Wien bzw. 27,6% der neu erkrankten Kinder. Weitere 5 Kinder bzw. 17,2% litten an Non-Hodgkin-Lymphomen. Die übrigen 7 Neuerkrankungen in Wien verteilen sich auf Tumore der Knochen, der Niere, der Schilddrüse, auf Hodgkin-Lymphome und auf andere Tumore (Abb. 4.27, Tab. 4.19).

Datenquellen und Definitionen

Datenquelle „Krebsregister“ der Statistik Austria

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html

Ziel des Krebsregisters ist in erster Linie die Veröffentlichung der Krebsinzidenz. Die Krebsinzidenz gibt die Anzahl der Neuerkrankungen pro Kalenderjahr an. Diese kann u. a. nach Bundesländern, Lokalisationen, Geschlecht und Alter gegliedert werden. Aus den Daten des Krebsregisters werden auch Überlebensraten sowie Prävalenzen berechnet.

Die Grundlage der österreichischen Krebsstatistik ist das **Krebsregister**, das seit 1969 auf einer gesetzlichen Basis geführt wird. Im Krebsstatistikgesetz 1969 werden der Gegenstand der Erhebung (Art, Lokalisation und Verlauf der Erkrankung sowie Angaben zur Person) und die zur Meldung verpflichteten Personen definiert. Die Krebsstatistikverordnung 1978 regelt Zeitpunkt und Häufigkeit der Meldung sowie die zu meldenden Merkmale und bildet das Meldeblatt ab.

Die Gestaltung der Datensammlung sowie die Aufarbeitung, Plausibilitäts- und Qualitätskontrollen sind eng an internationale Empfehlungen geknüpft. Qualitätssicherung und internationale Vergleichbarkeit stehen bei diesen Empfehlungen im Vordergrund. Die Empfehlungen werden in erster Linie von der internationalen Vereinigung der Krebsregister (IACR – International Association of Cancer Registries) ausgearbeitet. Das Europäische Netzwerk der Krebsregister (ENCR – European Network of Cancer Registries) unterstützt die einzelnen Länder bei der Umsetzung der Empfehlungen.

Da der Aufbau eines bevölkerungsbezogenen Registers sehr langfristig ist, kann nicht von Registergründung an Vollständigkeit angenommen werden. Seit 1983 liegen die Daten in ausreichender Vollständigkeit und Qualität vor, da erst seit diesem Berichtsjahr eine Verknüpfung mit den Daten der Todesursachenstatistik möglich ist. Vor 1983 wurde für die Todesursachenstatistik bei weiblichen Verstorbenen nur der Geburtsname erfasst. **Zeitreihen** werden daher **seit dem Berichtsjahr 1983** veröffentlicht.

Die Qualität eines Krebsregisters hängt maßgeblich von der Vollständigkeit des Registers ab.

Die **Qualität** eines Krebsregisters hängt maßgeblich von der **Vollständigkeit des Registers** ab. Ziel jedes Krebsregisters ist es daher, möglichst alle Krebsneuerkrankungen zu erfassen. Die Vollständigkeit des österreichischen Krebsregisters soll durch die gesetzliche Meldepflicht der Krankenanstalten gewährleistet werden.

Aus Gründen der Qualitätssicherung und der Vollständigkeitskontrolle ist jede Krebserkrankung im Sinne einer fortlaufenden statistischen Erhebung von den Krankenanstalten an die Statistik Austria zu melden. Darüber hinaus sind auch alle Sterbefälle an Krebserkrankungen von den Krankenanstalten zu melden. Daraus ergibt sich, dass für eine/n PatientIn meistens mehrere Meldungen übermittelt werden. Bei der Eingabe eines Krebsmeldeblatts muss die/der PatientIn daher im gesamten Bestand des Krebsregisters gesucht werden. Da kein eindeutiger Personenidentifikator, wie z. B. die Sozialversicherungsnummer, im Register in ausreichendem Umfang vorhanden ist, muss von den SachbearbeiterInnen anhand von Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Wohnort entschieden werden, ob es sich um eine im Register bereits vorhandene Person handelt oder ob die Person neu aufzunehmen ist. Wird bei dieser Suche die Person im Bestand gefunden, wird die aktuelle Meldung dieser Person zugeordnet. Nach internationalen Empfehlungen wird geprüft, ob es sich um eine weitere Meldung zu einem bereits vorhandenen Tumor handelt oder ob die Meldung einen neuen Tumor beschreibt. Kommt es bei Anwendung dieser Regeln zur Entscheidung für einen Mehrfachtumor, wird der Fall vom Bearbeiter nochmals überprüft und gegebenenfalls recherchiert. Nachdem alle Merkmale der Meldung erfasst wurden, wird die gesamte Meldung einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Dabei werden die Informationen der einzelnen Meldungen zusammengezogen und eine Auswertung auf Tumorebene wird ermöglicht.

In 4 Bundesländern (Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg) existieren regionale Krebsregister, die in enger Zusammenarbeit mit den Krankenanstalten und vor allem deren Pathologien die Datensammlung im jeweiligen Bundesland durchführen. Als Dienstleister für die

Krankenanstellen verwalten die regionalen Register die Daten der KrebspatientInnen und sorgen für die **Übermittlung der Krebsmeldungen an die Statistik Austria**. Die Qualitätskontrolle wird in Zusammenarbeit mit der Statistik Austria durchgeführt, recherchiert wird vom jeweiligen Register.

Vollständigkeit und Aktualität sind zwei wichtige Kriterien zur Beurteilung der Qualität einer Statistik, die allerdings oft reziprok zusammenhängen. Da die Veränderung der Anzahl der Krebsneuerkrankungen ein langfristiger Prozess ist, wird im Zweifelsfall der Vollständigkeit der Vorzug gegenüber der Aktualität gegeben. Im internationalen Vergleich liegen oft bis zu 5 Jahre zwischen dem Berichtsjahr und dem Jahr der Veröffentlichung.

Bezüglich der Vollzähligkeit ist die Einschränkung der Meldepflicht auf Krankenanstellen zu beachten. **Ambulanzen** außerhalb der Krankenanstellen und der **niedergelassene Bereich** sind **nicht meldepflichtig**. Bei den meisten Tumorarten wird dies keine große Rolle spielen, da fast immer ohnedies sofort an Spitäler überwiesen wird, aber bei einigen Tumoren ist damit doch eine Untererfassung verbunden. Daher werden, entsprechend internationalen Empfehlungen, Daten zu ausgewählten Erkrankungen nicht publiziert. Von den bösartigen Neubildungen der Haut, die sehr häufig nur im niedergelassenen Bereich diagnostiziert werden, wird ausschließlich das bösartige Melanom publiziert. Bei Tabellen zur Gesamtkrebsinzidenz wird das mit dem Hinweis „ohne sonstige bösartige Neubildungen der Haut (C44)“ verdeutlicht. Da PatientInnen mit bösartigem Melanom in der Regel zur weiteren Behandlung in eine Krankenanstalt überwiesen werden, kann für diese Erkrankung eine ausreichende Vollzähligkeit angenommen werden. Generell stellen alle Tumorarten, die außerhalb von Krankenanstellen diagnostiziert und behandelt werden können, einen kritischen Faktor für die Vollzähligkeit des Registers dar. Personen mit Wohnsitz in Österreich, die sich jedoch ausschließlich einer Behandlung im Ausland unterziehen, können nicht erfasst werden, da die Dokumentationspflicht nur für Krankenanstellen in Österreich rechtsverbindlich ist. Da es sich dabei vermutlich um eine sehr kleine Personengruppe handelt, sollte die quantitative Bedeutung nicht überschätzt werden.

Zur Abschätzung der Vollzähligkeit des Registers wird u. a. die **DCO-Rate** berechnet. Der Prozentsatz der DCO-Fälle (Death Certificate Only) an allen Krebsfällen lässt, allerdings nur sehr bedingt, auf die Vollzähligkeit schließen. Beträgt der Anteil der an Krebs verstorbenen, zuvor nicht dem Register gemeldeten Personen allerdings mehr als 10% der gesamten Krebsneuerkrankungen, kann von einer deutlichen Untererfassung ausgegangen werden. Derzeit ist dies für manche Bundesländer immer noch der Fall. Daher sind **regionale Vergleiche mit äußerster Vorsicht zu interpretieren**.

Weitere Informationen:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html

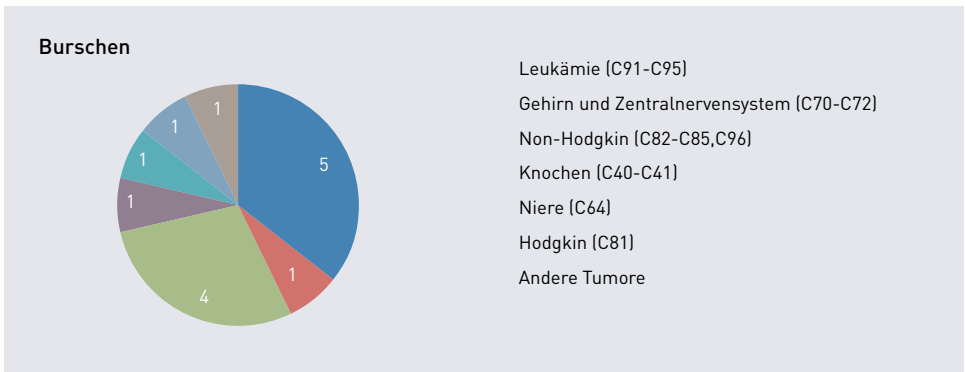
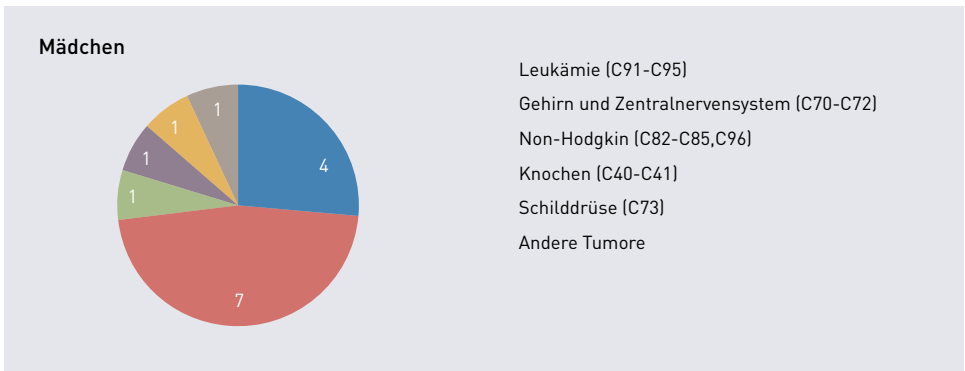
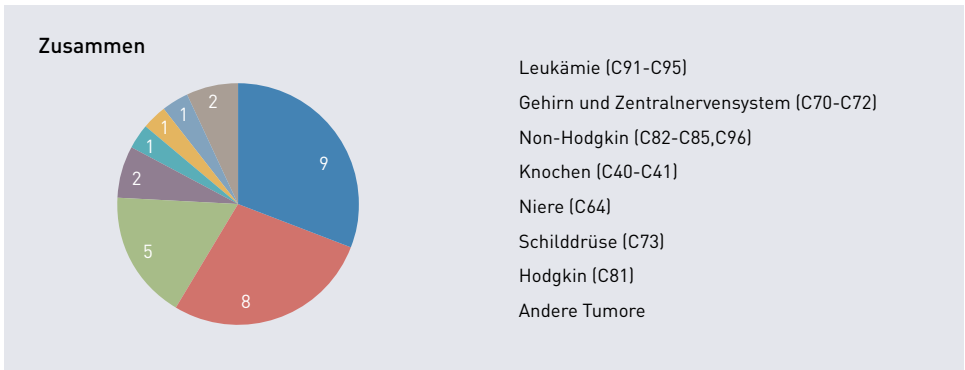
http://www.statistik.at/web_de/dokumentationen/Gesundheit/index.html

Tabelle 4.19: Krebsneuerkrankungen 2008 bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren nach Alter und Geschlecht

| Krebslokalisierung (Pos. Nr. ICD10) | Krebsneuerkrankungen im Alter von ... bis unter ... Jahren | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------|-----|-----|------|-------|--|---------|-------|-------|-------|-------|
| | unter 1-16 | unter 1 | 1-3 | 3-6 | 6-10 | 10-16 | unter 1-16 | unter 1 | 1-3 | 3-6 | 6-10 | 10-16 |
| | Wien | | | | | | | | | | | |
| männlich | absolut | | | | | | in % aller Krebsneuerkrankungen | | | | | |
| Insgesamt (C00-C43, C45-C99) | 14 | - | 3 | 5 | 1 | 5 | 100,0 | - | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Knochen (C40-C41) | 1 | - | - | - | - | 1 | 7,1 | - | - | - | - | 20,0 |
| Weichteile (C49) | - | - | - | - | - | - | 0,0 | - | - | - | - | - |
| Niere (C64) | 1 | - | - | 1 | - | - | 7,1 | - | - | 20,0 | - | - |
| Gehirn und Zentralnervensystem (C70-C72) | 1 | - | - | 1 | - | - | 7,1 | - | - | 20,0 | - | - |
| Schilddrüse (C73) | - | - | - | - | - | - | 0,0 | - | - | - | - | - |
| Hodgkin (C81) | 1 | - | - | - | - | 1 | 7,1 | - | - | - | - | 20,0 |
| Non-Hodgkin (C82-C85,C96) | 4 | - | 1 | - | 1 | 2 | 28,6 | - | 33,3 | - | 100,0 | 40,0 |
| Leukämie (C91-C95) | 5 | - | 1 | 3 | - | 1 | 35,7 | - | 33,3 | 60,0 | - | 20,0 |
| Andere Tumore | 1 | - | 1 | - | - | - | 7,1 | - | 33,3 | - | - | - |
| weiblich | absolut | | | | | | in % aller Krebsneuerkrankungen | | | | | |
| Insgesamt (C00-C43, C45-C99) | 15 | - | 2 | 4 | 1 | 8 | 100,0 | - | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Knochen (C40-C41) | 1 | - | - | - | - | 1 | 6,7 | - | - | - | - | 12,5 |
| Weichteile (C49) | - | - | - | - | - | - | 0,0 | - | - | - | - | - |
| Niere (C64) | - | - | - | - | - | - | 0,0 | - | - | - | - | - |
| Gehirn und Zentralnervensystem (C70-C72) | 7 | - | - | 3 | 1 | 3 | 46,7 | - | - | 75,0 | 100,0 | 37,5 |
| Schilddrüse (C73) | 1 | - | - | - | - | 1 | 6,7 | - | - | - | - | 12,5 |
| Hodgkin (C81) | - | - | - | - | - | - | 0,0 | - | - | - | - | - |
| Non-Hodgkin (C82-C85,C96) | 1 | - | - | - | - | 1 | 6,7 | - | - | - | - | 12,5 |
| Leukämie (C91-C95) | 4 | - | 2 | 1 | - | 1 | 26,7 | - | 100,0 | 25,0 | - | 12,5 |
| Andere Tumore | 1 | - | - | - | - | 1 | 6,7 | - | - | - | - | 12,5 |
| | Österreich | | | | | | | | | | | |
| männlich | absolut | | | | | | in % aller Krebsneuerkrankungen | | | | | |
| Insgesamt (C00-C43, C45-C99) | 83 | 4 | 16 | 12 | 15 | 36 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Knochen (C40-C41) | 3 | - | - | - | - | 3 | 3,6 | - | - | - | - | 8,3 |
| Weichteile (C49) | 3 | 1 | - | - | 1 | 1 | 3,6 | 25,0 | - | - | 6,7 | 2,8 |
| Niere (C64) | 3 | - | 1 | 2 | - | - | 3,6 | - | 6,3 | 16,7 | - | - |
| Gehirn und Zentralnervensystem (C70-C72) | 15 | - | 5 | 4 | 3 | 3 | 18,1 | - | 31,3 | 33,3 | 20,0 | 8,3 |
| Schilddrüse (C73) | 2 | - | - | - | 1 | 1 | 2,4 | - | - | - | 6,7 | 2,8 |
| Hodgkin (C81) | 9 | - | - | - | 1 | 8 | 10,8 | - | - | - | 6,7 | 22,2 |
| Non-Hodgkin (C82-C85,C96) | 12 | - | 1 | - | 3 | 8 | 14,5 | - | 6,3 | - | 20,0 | 22,2 |
| Leukämie (C91-C95) | 22 | 1 | 5 | 5 | 5 | 6 | 26,5 | 25,0 | 31,3 | 41,7 | 33,3 | 16,7 |
| Andere Tumore | 14 | 2 | 4 | 1 | 1 | 6 | 16,9 | 50,0 | 25,0 | 8,3 | 6,7 | 16,7 |
| weiblich | absolut | | | | | | in % aller Krebsneuerkrankungen | | | | | |
| Insgesamt (C00-C43, C45-C99) | 83 | 2 | 15 | 15 | 18 | 33 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Knochen (C40-C41) | 5 | - | - | - | - | 5 | 6,0 | - | - | - | - | 15,2 |
| Weichteile (C49) | 3 | - | 1 | - | - | 2 | 3,6 | - | 6,7 | - | - | 6,1 |
| Niere (C64) | 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | - | 6,0 | 50,0 | 6,7 | 13,3 | 5,6 | - |
| Gehirn und Zentralnervensystem (C70-C72) | 21 | 1 | 3 | 6 | 5 | 6 | 25,3 | 50,0 | 20,0 | 40,0 | 27,8 | 18,2 |
| Schilddrüse (C73) | 6 | - | - | - | - | 6 | 7,2 | - | - | - | - | 18,2 |
| Hodgkin (C81) | 6 | - | - | - | 1 | 5 | 7,2 | - | - | - | 5,6 | 15,2 |
| Non-Hodgkin (C82-C85,C96) | 3 | - | - | - | 1 | 2 | 3,6 | - | - | - | 5,6 | 6,1 |
| Leukämie (C91-C95) | 25 | - | 9 | 6 | 7 | 3 | 30,1 | - | 60,0 | 40,0 | 38,9 | 9,1 |
| Andere Tumore | 9 | - | 1 | 1 | 3 | 4 | 10,8 | - | 6,7 | 6,7 | 16,7 | 12,1 |

Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 08.09.2010). - Erstellt am 19.08.2011.

Abbildung 4.27: Die häufigsten Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren in Wien 2008



Quelle: Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister (Stand 08.09.2010). - Erstellt am 19.08.2011.

4.2.3.1 Krebserkrankungen – Versorgung im St. Anna Kinderspital und in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde

Georg Mann, Irene Slavic, Arnold Pollak, Wolfgang Holter

Im Kindes- und Adoleszentenalter sind Krebserkrankungen vergleichsweise selten, zählen jedoch auch in dieser Altersgruppe zu den häufigsten Todesursachen (Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010). Die Diagnosen unterscheiden sich in ihrer relativen Häufigkeit grundsätzlich von denen im späteren Alter: Im Kindesalter **dominieren bösartige Erkrankungen des Abwehrsystems** (Leukämien, Lymphome), **Hirntumore** und andere Tumorarten, die sich von unreifem embryonalem Weichteil-, Binde- oder Knochengewebe (Sarkome) ableiten lassen, während im späteren Alter Erkrankungen umweltexponierter Organe wie Lunge und Darm neben Erkrankungen der Drüsen (Prostata, Mamma) häufiger sind (Karzinome). Die Erfolgsgeschichte der letzten Jahrzehnte in der Behandlung von Krebs bei Kindern und Jugendlichen mündet gegenwärtig in einer diagnosen- und stadienabhängigen Heilungsrate von im Mittel über 70%, bei der häufigsten Diagnose, der akuten lymphatischen Leukämie, bei über 90%, für das Medulloblastom, dem häufigsten Hirntumor, bei über 75% (eigene Daten, vgl. Abb. 4.28). Trotz Verbesserungen in der Behandlung einiger Tumorentitäten sind **Hirntumore aber immer noch die häufigste Krebstodesursache bei Kindern**. Die Entwicklung standardisierter Behandlungsprogramme und deren breite Anwendung mittels sogenannter Studienprotokolle in spezialisierten pädiatrischen Zentren bilden zusammen mit intensiver Laborforschung die Grundlage für die heute insgesamt erzielten hohen Heilungsraten.

Diagnosen- und stadienabhängige Heilungsrate: im Mittel über 70%.

Versorgung

Das St. Anna Kinderspital als größtes kinderonkologisches Zentrum Österreichs und eines der größten spezialisierten deutschsprachigen Zentren versorgt **jährlich 100–120 Kinder und Jugendliche** mit neu aufgetretenen Krebserkrankungen, die zum Großteil aus dem Raum Wien, Niederösterreich und Burgenland stammen. PatientInnen mit **Hirntumoren** werden an der **Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde** behandelt, welche mit **ca. 50 neuen PatientInnen jährlich** ebenfalls das größte diesbezügliche Zentrum in Österreich und eines der größten im deutschsprachigen Raum ist. Hirn- und Rückenmarkstumore stellen bei Kindern mit 25% aller Krebserkrankungen die zweitgrößte Krankheitsgruppe nach den Leukämien dar. Das Spektrum der Hirntumorentitäten bei Kindern ist sehr heterogen und unterscheidet sich ebenfalls wesentlich von dem erwachsener PatientInnen.

Für alle kindlichen Krebserkrankungen gilt, dass die **Therapie in der Regel aus diagnose- und stadienspezifischen Polychemotherapieschemata** besteht, die im Rahmen von Therapieoptimierungsstudien festgelegt, dokumentiert, bezüglich ihrer Effektivität und Nebenwirkungsrate sorgfältig ausgewertet und auf Basis dieser Auswertung kontinuierlich weiterentwickelt werden. Neben der Polychemotherapie haben sowohl die spezialisierte Chirurgie als auch die Strahlentherapie einen entscheidenden Anteil im **interdisziplinär festgelegten Behandlungsablauf** und am gesamten Therapieerfolg.

Jährlich werden 100–120 Kinder und Jugendliche, die neu an Krebs erkrankt sind (exklusive Hirntumore) im St. Anna Kinderspital versorgt.

Hirntumore werden an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde behandelt.

In den für die Weiterentwicklung der Therapien zuständigen internationalen Studienkommissionen sind für alle Erkrankungsentitäten Mitglieder der ÄrztInnenteams des St. Anna Kinderspitals und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde zum Teil in führender Position vertreten.

Die Infrastruktur des **St. Anna Kinderspitals** bietet für onkologisch Erkrankte zwei Stationen mit 21 Betten, eine onkologische Tagesklinik, eine Ambulanz für hämatologische, onkologische und immunologische Erkrankungen, eine Blutstammzell- Transplantationseinheit, an der jährlich etwa 30 Transplantationen durchgeführt werden, eine Phereseeinheit zur Gewinnung und Manipulation von Blutstammzellen, einen Operationsbereich, in dem neben HNO-Operationen diagnostische Eingriffe und das Legen von zentralen Venenkathetern stattfinden, sowie eine onkologisch spezialisierte Intensivstation. Im Rahmen einer umfassenden Betreuung stehen ein Team von PsychologInnen, Physiotherapeutinnen, Diätologinnen, eine Ergotherapeutin, eine Kunsttherapeutin, eine Musiktherapeutin, eine Sozialarbeiterin sowie Lehrerinnen und Kindergärtnerinnen zur Verfügung. Ein externer onkologischer Pflegedienst stellt für die betroffenen Familien eine praktische Erleichterung in der Routinebetreuung dar. Damit sind sowohl stationär als auch ambulant in beiden Institutionen die Voraussetzungen geschaffen, auch unheilbar erkrankte PatientInnen mittels speziell geschulter MitarbeiterInnen palliativ zu betreuen und zu begleiten.

Die Versorgung der stationären HirntumorpatientInnen erfolgt an der Ebene 9 der **Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde**, wo sich auch die Epilepsie Monitoring Unit (EMU) zur ergänzenden Diagnostik befindet. Zusätzlich wurde auch eine neuroonkologische Tagesklinik mit 4 Betten und eine neuroonkologische Ambulanz eingerichtet. Ca. 10% der PatientInnen mit niedriggradigen Gliomen leiden an der genetischen Erkrankung Neurofibromatose, für die es österreichweit an der Universitätskinderklinik ebenfalls die einzige Spezialambulanz gibt.

Nachdem sich die Prognose vieler Hirntumorentitäten in den letzten Jahrzehnten verbesserte, hat auch für diese PatientInnen die Bewältigung von Spätfolgen zunehmend an Bedeutung gewonnen. Diese sind für die viele HirntumorpatientInnen besonders schwerwiegend, Hauptziele der Behandlung sind deshalb die Verbesserung des Überlebens und der Lebensqualität.

Kooperation

Das St. Anna Kinderspital ist vertraglich eng mit der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde der MUW/AKH Wien verbunden. Eine intensive Kooperation mit allen Instituten, Kliniken und Abteilungen, insbesondere mit der Klinischen Abteilung für Kinderchirurgie, sowie den Universitätskliniken für Orthopädie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin ermöglicht eng koordinierte interdisziplinäre Behandlungen, welche im Rahmen von wöchentlichen Tumorboardsitzungen für jede Patientin/jeden Patienten individuell geplant werden. Auch für die Behandlung der HirntumorpatientInnen an der Universitätskinderklinik gilt, dass die **Behandlung der PatientInnen in enger Zusammenarbeit mit den kooperierenden Disziplinen**, hier insbesondere mit den Universitätskliniken bzw. Abteilungen für Neurochirurgie, Strahlentherapie, Neuroradiologie und Neuropathologie erfolgt. Für die Behandlung von Notfällen sind die Voraussetzungen sowohl im St. Anna Kinderspital als auch an der Universitätskinderklinik aufgrund der räumlichen Nähe zu den unterstützenden diagnostischen und chirurgischen Abteilungen optimal.

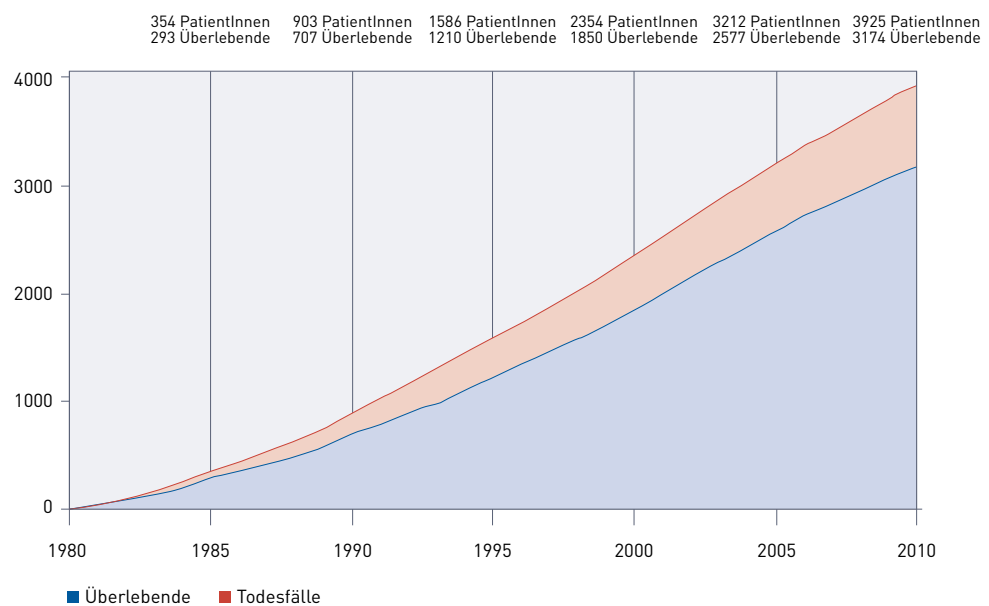
Neben dem dargestellten Leistungsangebot zur unmittelbaren Versorgung der kindlichen und jugendlichen PatientInnen besteht auch eine enge Kooperation mit dem multidisziplinären Krebszentrum Comprehensive Cancer Center (CCC) der MUW/AKH Wien.

Mit dem Aufbau des Forschungsinstituts CCRI ist der St. Anna Kinderkrebsforschung eine wesentliche Entwicklung in der Kinderonkologie in Wien gelungen.

Darüber hinaus ist in den letzten 25 Jahren durch den Aufbau eines eigenen Forschungsinstituts, dem Children's Cancer Research Institute (CCRI) durch die St. Anna Kinderkrebsforschung eine wesentliche Entwicklung der Kinderonkologie in Wien gelungen. Die enge Kooperation zwischen dem St. Anna Kinderspital und dem CCRI, in dem klinisch tätigen ÄrztInnen die Möglichkeit der angewandten Krebsforschung direkt gegeben wird, fördert das Formulieren von klinisch relevanten wissenschaftlichen Fragestellungen sowie die rasche Umsetzung von Forschungsergebnissen in der Klinik und verbessert damit die Versorgung der erkrankten Kinder und Jugendlichen unmittelbar.

Weiters wird das Dokumentationsinstitut der Kinderkrebsforschung zur Administration und Dokumentation von österreichweiten und internationalen Behandlungsstudien (zum Teil in führender Position) genützt. Damit erstrecken sich die Aufgaben des St. Anna Kinderspitals und der St. Anna Kinderkrebsforschung als Zentrale für die **koordinierte Behandlung von Krebs bei Kindern und Jugendlichen in Österreich** über die reine Versorgung hinaus. Es wird ebenfalls eine diagnostische und beratende Funktion mit allfälliger Bestätigung von Diagnosen durch ein zentrales Referenzlabor bei Leukämien, mit ergänzenden zytogenetischen, immunologischen und molekulargenetischen Untersuchungen bei Leukämien und Tumoren wahrgenommen. Die Kommunikation mit österreichischen Behandlungszentren bezüglich therapierelevanter Fragen sowie die Registrierung der Diagnose-, Behandlungs- und Verlaufsdaten bei den häufigeren Krebserkrankungen des Kindes- und Jugendalters fällt ebenfalls in den Aufgabenbereich. Nach Qualitätskontrolle und Verarbeitung aller dabei gewonnenen Daten in einer zentralen Datenbank erfolgt die anonymisierte Auswertung dieser Daten für Statistiken und Publikationen. Auf dieser Basis erfolgt die Entwicklung konkreter Behandlungsprotokolle sowie grundlegend neuer diagnostischer und therapeutischer Ansätze.

Abbildung 4.28: **Kumulativ im Dokumentationsinstitut der St. Anna Kinderkrebsforschung (S²IRP) registrierte PatientInnen (ohne HirntumorpatientInnen), Überlebensrate**



4.2.4 Diabetes mellitus im Kindesalter

Edith Schober, Thomas Waldhör, Birgit Rami

Diabetesarten

Die häufigste Form der Diabetesarten im Kindesalter ist weiterhin mit mehr als 90% der klassische, insulinpflichtige **Typ-1-Diabetes mellitus**. Dabei kommt es im Rahmen eines Autoimmunprozesses gegen die Insulin produzierenden B-Zellen zu einem absoluten Insulinmangel. Die Diagnosestellung ist bei Vorliegen der typischen Symptomatik – wie Polyurie, Polydipsie, Gewichtsabnahme und Abnahme der Leistungsfähigkeit – durch eine einfache Blutzuckermessung möglich. Ein Blutzucker >200 mg/dl ist für die Diagnosestellung ausreichend. Viel seltener ist in der Altersgruppe der bis 14-Jährigen der **Typ-2-Diabetes mellitus**, bei dem die Insulinresistenz im Vordergrund steht. Das Risiko, im Kindes- und Jugendalter an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken, steigt bei positiver Familienanamnese für den Typ-2-Diabetes mellitus, bei Vorliegen eines metabolischen Syndroms (Hypertonie, Adipositas, Hyperlipidämie, Acanthosis nigricans) und bei Zugehörigkeit zu Risikopopulationen (z. B. asiatische, arabische oder indianische Herkunft). Über die Inzidenz des Typ-2-Diabetes im Kindesalter gibt es nur wenige Angaben, seit 2000 wird im Rahmen der Diabetesinzidenzerhebung auch versucht, den Typ-2-Diabetes zu erfassen, wobei hier die Angaben aufgrund der geringen Fallzahlen sehr unsicher sind. Derzeit scheint die Inzidenz bei ca. **1 pro 100.000 Personenjahre** zu liegen.

Ebenfalls viel seltener als der Typ-1-Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter sind **Sonderformen des Diabetes wie monogenetische Diabetesformen (MODY)**. Sie werden oft autosomal vererbt, das heißt sie treten familiär gehäuft auf. Typischerweise manifestieren sie sich mit einem sehr milden Beginn oder werden überhaupt durch Zufall entdeckt. Teilweise können diese Sonderformen mit oralen Antidiabetika behandelt werden. Zu den Sonderformen gehört auch der bei **Cystischer Fibrose auftretende Diabetes mellitus**, der sich bei ca. 10% der PatientInnen mit Cystischer Fibrose im Alter zwischen 10 und 20 Jahren entwickeln kann und mit Insulin behandelt werden muss.

Typ-1-Diabetes mellitus im Kindesalter

Weltweit und auch in Österreich ist eine Zunahme der Manifestationsraten in den letzten Jahrzehnten mit einer jährlichen Zunahme von ca 3% zu beobachten. Der Anstieg scheint bei der Altersgruppe unter 5 Jahren besonders steil zu verlaufen (Tab. 4.20). Aus der **Verschiebung des Manifestationsalters ins Kindergarten- und Volksschulalter** ergeben sich neue Herausforderungen an die Therapie, aber auch an die alterstypischen Betreuungsinstitutionen wie Kindergarten, Volksschulen und Horteinrichtungen.

Die häufigste Diabetesform im Kindes- und Jugendalter ist der Typ-1-Diabetes.

Jährliche Zunahme der Häufigkeit des Typ-1-Diabetes um 3%.

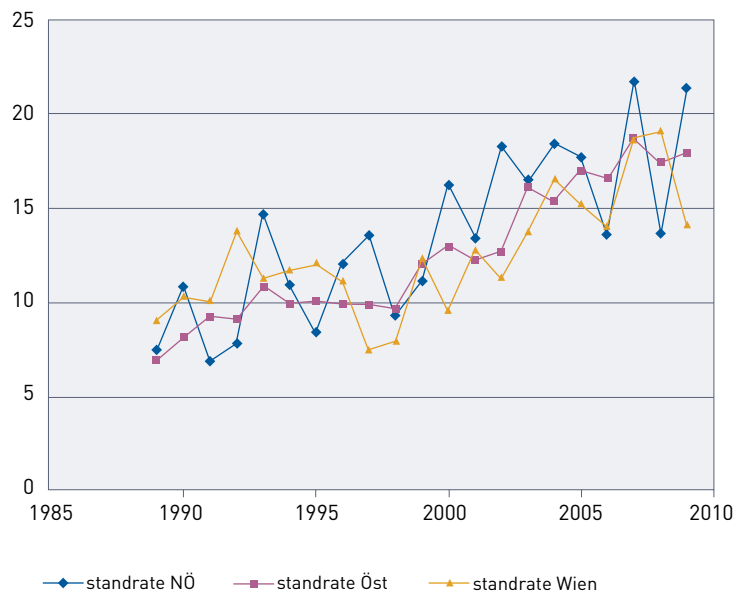
Tabelle 4.20: **Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenzraten/100.000 Personenjahre, Typ-1-Diabetes mellitus, für Gesamtösterreich zwischen 1989 und 2008**

| | männlich | | | weiblich | | |
|-----------|----------|-------|---------|----------|-------|---------|
| | 0-4 J | 5-9 J | 10-14 J | 0-4 J | 5-9 J | 10-14 J |
| 1989-1993 | 5.9 | 10.4 | 12.0 | 5.0 | 8.8 | 11.6 |
| 1994-1998 | 6.8 | 11.0 | 13.3 | 5.3 | 10.0 | 12.7 |
| 1999-2003 | 13.0 | 13.6 | 15.2 | 9.3 | 15.4 | 13.4 |
| 2004-2008 | 14.8 | 18.1 | 22.5 | 12.7 | 17.4 | 19.4 |

Quelle: Patterson C. C. et al. 2012

Für Wien ergibt sich ein ähnliches Bild mit einer Zunahme der Erkrankungshäufigkeit für den Typ-1-Diabetes im Kindesalter.

Abbildung 4.29: **Standardisierte Inzidenzraten Typ-1-Diabetes mellitus bei Kindern <15 Jahre nach WHO-Standard für Österreich, Niederösterreich und Wien zwischen 1989 und 2009**



Quelle: Österreichische Diabetesinzidenzstudie E. Schober, Th. Waldhör (Unveröffentlichte Daten)

Tabelle 4.21: **Jährliche Manifestationszahlen (2000–2009) an Diabetes mellitus im Kindesalter in Wien nach Alter und Geschlecht**

| | männlich | | | weiblich | | | Gesamt |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | < 5 J | 5–<10 J | 10–14 J | < 5 J | 5–<10 J | 10–14 J | |
| 2000 | 1 | 3 | 3 | 3 | 7 | 5 | 22 |
| 2001 | 6 | 3 | 6 | 4 | 3 | 7 | 29 |
| 2002 | 1 | 5 | 8 | 4 | 3 | 11 | 32 |
| 2003 | 6 | 6 | 7 | 4 | 6 | 5 | 34 |
| 2004 | 4 | 7 | 11 | 3 | 10 | 10 | 45 |
| 2005 | 5 | 10 | 6 | 3 | 10 | 3 | 37 |
| 2006 | 5 | 4 | 11 | 4 | 8 | 7 | 39 |
| 2007 | 11 | 7 | 11 | 3 | 9 | 8 | 49 |
| 2008 | 7 | 7 | 13 | 7 | 8 | 9 | 51 |
| 2009 | 6 | 8 | 10 | 4 | 6 | 4 | 38 |
| 2000–2009 | 52 | 60 | 86 | 39 | 70 | 69 | 376 |

Quelle: Österreichische Diabetesinzidenzstudie E. Schober, Th. Waldhör (Unveröffentlichte Daten)

Therapie

Ziel der Therapie ist ein Blutzuckerniveau möglichst nahe dem Normbereich (HbA1c <7.0%), um der Entwicklung von diabetischen mikro- und makro-angiopathischen Folgeerkrankungen entgegenzuwirken, die im Lebensverlauf die Mortalität und Morbidität der Erkrankung bestimmen.

Im Kleinkindalter hat sich die funktionelle Insulintherapie mit Insulinpumpen neben der Insulintherapie mit Spritze oder Insulin-Pen in den letzten Jahren etabliert.

Die Kohlenhydrat-berechnete Diät und regelmäßige Blutzuckerkontrollen 6- bis 8-mal pro Tag sind routinemäßiger Bestandteil der Diabetesbehandlung.

Da neben der Nahrung und Insulinzufuhr auch eine Vielzahl von anderen Faktoren wie Emotionen, Bewegung, Erkrankungen etc. einen Einfluss auf den Blutzuckerlauf haben, ist die Therapie durchaus komplex. Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist eine intensive Schulung der Eltern, der Kinder ihrem Alter entsprechend, aber vor allem auch der Betreuungspersonen (KindergärtnerInnen, LehrerInnen, HorterzieherInnen).

Die **medizinische Betreuung** von Kindern mit Typ-1-Diabetes sollte in Spezialambulanzen an den Kinderabteilungen verortet sein, die auch über **entsprechende strukturelle Ressourcen** verfügen sollten, wie Pädiatrische DiabetologIn, Diabetesschulungsschwester, DiätologIn, PsychologIn und SozialarbeiterIn und auch eine genügend große PatientInnenanzahl.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie ist eine intensive Schulung von Eltern und Kind sowie Betreuungspersonen.

Tabelle 4.22: **Strukturell-personeller Bedarf für die Betreuung von je 100 PatientInnen mit Diabetes mellitus (Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Diabetologie)**

| Personelle Stellenforderungen pro 100 PatientInnen mit Diabetes | |
|---|------|
| Kinderärztin/-arzt / Diabetologin/Diabetologe | 1 |
| DiabetesberaterIn | 1 |
| Psychologin/Psychologe | 0,3 |
| Kinderkrankenschwester/-pfleger | 0,3 |
| Fachkraft für Ernährung | 0,2 |
| SozialarbeiterIn | 0,2 |
| Schreibkraft (z. B. DPV-Eingabe, Briefe) | 0,25 |

Quelle: Empfehlungen der deutschen Arbeitsgemeinschaft für pädiatrische Diabetologie (AGPD)

In Wien wird derzeit in 4 Kinderabteilungen eine ambulante Diabetesbetreuung für kindliche und jugendliche PatientInnen angeboten: AKH Wien – Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, SMZ Ost – Donaospital, Preyer'sches Kinderspital, KA Rudolfstiftung.

Betreuung außerfamiliär

Da Kinder abhängig von ihrem Alter eine Unterstützung bei der Durchführung der für sie lebensnotwendigen Therapie benötigen, müssen KindergärtnerInnen, LehrerInnen und Hort-erzieherInnen im Diabetesmanagement geschult werden. Der Bedarf in diesem Bereich wird aufgrund des immer jünger werdenden Manifestationsalters stark ansteigen.

Die Non-Profit-Organisation ÖDV (Österreichische Diabetiker Vereinigung) übernimmt einen Großteil der Informations- und Schulungsarbeit in Kindergärten und Schulen in Wien. Für Familien diabetischer Kinder, die zusätzliche Unterstützung benötigen, stehen nach dem Krankenhausaufenthalt geschulte mobile Kinderkrankenschwestern (MOKI) für 6 Wochen zur Verfügung.

Ziel ist, die PatientInnen im ambulanten Bereich zu betreuen und möglichst selten stationär aufzunehmen. Durch verstärkte Maßnahmen im Vorfeld (Schulung der Betreuungspersonen, MOKI etc.) könnte die durchschnittliche Frequenz und Dauer der stationären Krankenhausaufenthalte eines diabetischen Kindes (derzeit in Wien DPV 2011: jedes 3. bis 4. Kind 1-mal pro Jahr) sicherlich reduziert werden.

Übergangsambulanzen könnten die notwendige Kontinuität der Diabetesversorgung verbessern.

Neben dem bestehenden Bedarf an der **Betreuungsunterstützung** für diabetische Kindergarten- und Volksschulkinder ist auch die Versorgung jugendlicher PatientInnen auf der **Schwelle zum Erwachsenwerden** in Wien ein wichtiges Thema. Eine oder zwei sogenannte „Übergangsambulanzen“, in denen Jugendliche von einem internistischen und pädiatrischen Diabetes-team gemeinsam betreut werden, sind Ansätze, die in vielen Ländern erfolgreich etabliert worden sind, um die Kontinuität der Diabetesversorgung in dieser schwierigen Lebensphase zu erleichtern. Es gilt dem Risiko, dass sich jugendliche PatientInnen der professionellen Betreuung entziehen und erst im mittleren Erwachsenenalter mit beginnenden diabetischen Spätfolgen wieder diabetologische Unterstützung aufsuchen müssen, zu begegnen.

4.2.5 Übergewicht und Adipositas

Stefan Dorner

Mehrere Studien haben in der jüngeren Vergangenheit belegt, dass Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen Altersgruppen zunimmt (Lobstein 2003, IASO 2004). Die Bedeutung für die weitere Gesundheitsentwicklung konnte ebenfalls besser dokumentiert werden. So bestätigt sich aufgrund der detaillierteren Datenlage ein **Zusammenhang mit Folgekrankheiten und Erkrankungen bis zu einer früheren Mortalität im Erwachsenenalter** (Kleiser 2010). Vielfältige Faktoren werden verantwortlich gemacht (Widhalm 2006, Elmadfa 2008). Diskutiert werden u. a. eine Veränderung des Ernährungsangebots und der Freizeitgewohnheiten sowie viele der Gesundheit abträgliche Verhaltensweisen wie die **Beliebtheit energiedichterer Lebensmittel, bewegungsarmer Medienkonsum (Fernsehen, Internet), Spielen am Computer statt im Freien, Zunahme des KFZ-Verkehrs usw.**, die gerade in Ländern mit guter Infrastruktur auch bei Kindern und Jugendlichen zugenommen haben. Besorgniserregend sind **Zusammenhänge mit dem Gewicht der Eltern und dem Sozialstatus der Familien** (Kleiser 2009). Viele therapeutische Interventionsmodelle zeigen bei breitflächiger Anwendung nur eine beschränkte Wirkung (Denzer 2004, Reinehr 2009), weshalb die zentrale Bedeutung einer frühen und mehrgleisigen Prävention noch deutlicher in den Vordergrund tritt (Wabitsch 2010, Dietrich 2008). Die Vermeidung von Stigmatisierungen ist besonders wichtig.

Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen ist im Zunehmen begriffen. Besorgniserregend sind Zusammenhänge mit dem Gewicht der Eltern und dem Sozialstatus der Familien.

Definitionen und Daten

Unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit und der europäischen Vergleichbarkeit wird auf die Einteilung der **Adipositas nach Kromeyer-Hauschild** zurückgegriffen (Kromeyer-Hauschild 2001), wie von der AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter) und der ECOG (European Childhood Obesity Group) empfohlen. Aufgrund des laufenden Wachstums von Kindern und Jugendlichen wird ein Altersbezug hergestellt. Als Bezugskollektiv dienen dabei für Mitteleuropa erhobene Referenzwerte. Übergewicht liegt demnach vor bei einem Body-Mass-Index (BMI) über der jeweils 90. Altersperzentile¹ des mitteleuropäischen Vergleichskollektivs, Adipositas ab der 97. Perzentile und extreme (morbide) Adipositas oberhalb der 99,5. Perzentile. Für internationale Vergleiche nach IOTF (International Obesity Task Force)-Kriterien finden sich zum Teil Datensätze in den jeweiligen Studien. Daten stammen einerseits aus veröffentlichten Studien mit Zahlen für Wien, andererseits wurden im Wiener Krankenanstaltenverbund eigene Daten erhoben (nicht auf Wien beschränkte Daten werden an der jeweiligen Stelle erläutert, ebenso finden sich dort die Literaturangaben).

Wien im Vergleich

Der Österreichische Ernährungsbericht (Elmadfa 2008) weist für Schulkinder von 6 bis 15 Jahren in der **Region Ost inklusive Wien** eine etwas **höhere Rate an Adipösen** aus, nämlich 10% versus 8% für Gesamtösterreich. Dazu kommen für die Region Ost weitere 12% mit Übergewicht. Für die 14- bis 19-Jährigen wurden dabei Daten von Wiener Berufs- und AHS-SchülerInnen verwendet (Haas 2006, Hegedüs 2005). Hier fällt die deutliche Abweichung der Selbsteinschätzung von gemessenen Daten auf. So gaben jeweils 4% der SchülerInnen Größe

1. Das heißt, dass 10 von 100 Kindern/Jugendlichen dieser Altersgruppe und dieses Geschlechts einen BMI oberhalb des Grenzwerts haben.

und Gewicht so an, dass sich daraus eine Adipositas ergäbe. Hingegen betrug der Anteil in der gemessenen Gruppe der Adipösen 14% bei den Schülern und 6% bei den Schülerinnen.

Besonders umfassende Daten für Wien hat auch das Team unter der Leitung von Prof. Kurt Widhalm mehrfach erhoben. Kennzahlen daraus sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

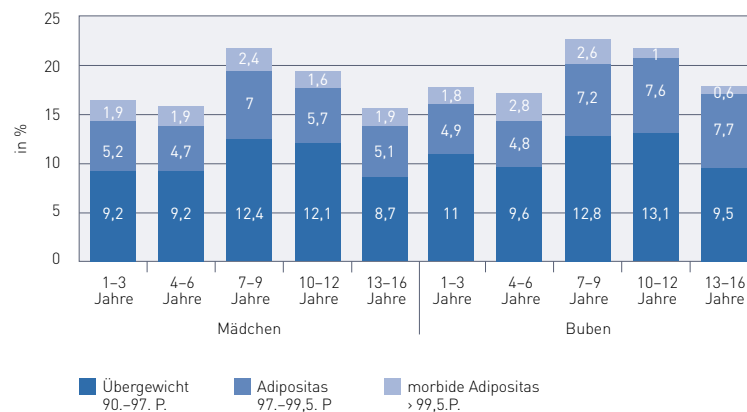
Tabelle 4.23: Prävalenz der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – Studienergebnisse

| Literatur | Anzahl der untersuchten Personen | Altersgruppe in Jahren | Übergewicht 90.–97. P | Adipositas 97.–99,5. P | Extreme Adipositas > 99,5 P |
|-----------------|----------------------------------|------------------------|---|------------------------|-----------------------------|
| | | | Prävalenz in der jeweiligen Altersgruppe in % | | |
| Widhalm 2004 | 1.537 | 10–15 | 16,9 | 7 | 1,1 |
| Dietrich 2008b | 19.763 | 2–6,5 | 12,7 | 5,3 | 2,3 |
| Tsarmaklis 2006 | 5.601 | 6–12 | 19,5 | 5,6 | 1,9 |
| Moreno 2008 | 427 | 13–16 | 17,8 | 4,5 | – |

Quelle: Forschungskompetenzzentrum Ernährungsmedizin, Kinderklinik Medizinische Universität Wien

Nach IOTF-Kriterien sind 22,9% der Mädchen und 22,2% der Knaben in Wien übergewichtig, wobei sich nach ECOG und Altersgruppen aufgliedert folgendes Bild ergibt:

Abbildung 4.30: Übergewicht und Adipositas bei Mädchen und Knaben nach Altersgruppen in %, Wien



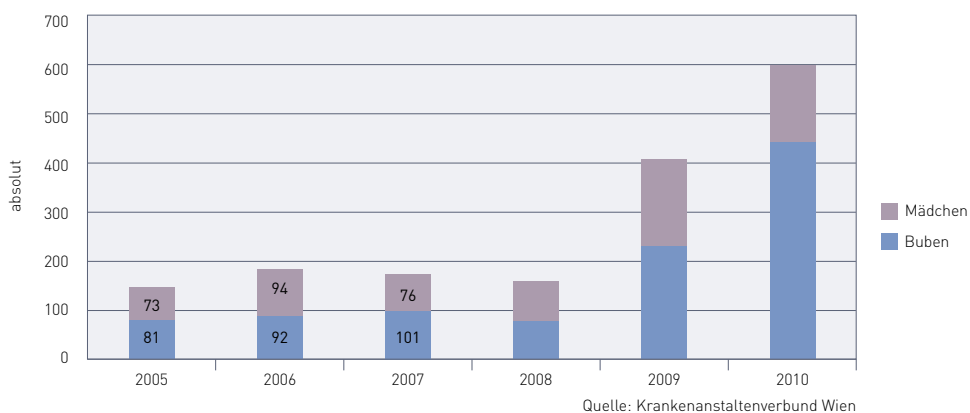
Quelle: Widhalm, Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006

Unter 10 Jahren sind etwas mehr Mädchen betroffen, über 10 Jahren etwas mehr Knaben. Vergleiche nach Schultyp und Migrationshintergrund belegen für beide Geschlechter eine höhere Prävalenz bei HauptschülerInnen im Vergleich zu MittelschülerInnen und bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gegenüber solchen mit deutscher Muttersprache (Widhalm 2006, 2008, Haas 2006). Ähnliche Ergebnisse erzielte die KiGGS-Studie des Robert-

Koch-Instituts in Deutschland, an der 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren aus 167 Städten und Gemeinden teilgenommen haben.

Die Zunahme der Inzidenz behandlungsbedürftiger Adipositas in Wien, aber auch das zunehmende Bewusstsein für die Bedeutung einer Therapie sollen im Folgenden durch im Wiener Krankenanstaltenverbund retrospektiv erhobene Daten stationärer PatientInnen illustriert werden:

Abbildung 4.31: **Adipositas als haupt- oder therapierelevante Nebendiagnose bei stationär aufgenommenen Kindern und Jugendlichen insgesamt im KAV**



Therapie und Prävention

Um der zunehmenden Relevanz von Übergewicht als Gesundheitsproblem gerecht zu werden und Folgeerkrankungen hintanzuhalten, ist eine **Kombination von Maßnahmen erforderlich**. In Wien wurden und werden die gültigen Richtlinien zu einer multimodalen, multidisziplinären Therapie mitentwickelt (Wabitsch 2010, Dietrich 2008a). Derartige Modelle müssen **langfristig angelegt** werden, sollen die Familie in die Ernährungsumstellung einbeziehen und die körperliche Aktivität, wenn möglich in Gruppen, steigern. Dazu sind eine **Verhaltenstherapie und psychologische Betreuung** zur Vermeidung einer Stigmatisierung sinnvoll. Die Ressourcen für derartige vernetzte Angebote sind beschränkt. Umso größere Bedeutung kommt der Prävention zu, welche nun sowohl im Europäischen als auch im Österreichischen Aktionsplan Ernährung eine zentrale Rolle spielt. Auch dabei konnte auf Wiener Modelle und Erfahrungen zurückgegriffen werden (Zwiauer 2000, Widhalm 2006, Dietrich 2008a). Eine Verknüpfung von Maßnahmen auf Mikroebene wie einem Screening nach Hochrisiko-Familien, auf Mesoebene wie präventiven Interventionen bei Schwangeren und in Kindergärten sowie auf Makroebene wie Ernährungs- und Bewegungskampagnen scheint dabei sinnvoll (van Egmond-Fröhlich 2010).

- Übergewicht und Adipositas nehmen bei Kindern und Jugendlichen in Wien wie auch weltweit zu.
- Vielfältige Ursachen wie eine Veränderung des Ernährungsverhaltens und Bewegungsmangel werden verantwortlich gemacht.
- Die gesundheitlichen Folgen sind bedeutend und stellen sich zum Teil bereits im Kindes- und Jugendalter ein.
- Therapieprogramme müssen an qualifizierten Einrichtungen kombiniert und multiprofessionell erfolgen.
- Der frühzeitigen Prävention unter Einbeziehung der Familien kommt eine hohe Bedeutung zu.

Literatur

Deghan Mahshid et al. (2005): Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutr. J* 2005 (4), 24.

Denzer Christian. et al. (2004): The outcome of childhood obesity management depends highly upon patient compliance. *Eur. J Pediat* 2004 (163), 99–104.

Dietrich Sabine et al. (2008): Obesity prevention on the healthy lifestyle in childhood; results of the PRESTO (PREvention Study of Obesity) Study. *Ital J Publ. Health* 5(1) 22–27.

Dietrich Sabine et al. (2008): The trend for an „Overweight North-South divide“ for children does not apply for young children in big European cities. The prevalence of overweight, normalweight and obesity in 2–6.5 years old children in Vienna and Athens. *Obesity and Metabolism*. 4(3), 161–164.

Elmadfa Ibrahim et al. (2008): Österreichischer Ernährungsbericht 2008. 1. Auflage, Wien, März 2009.

Haas Karin (2006): Erfassung von Ernährungs- und Gesundheitsindikatoren in Hinblick auf chronisch-degenerative Erkrankungen bei Jugendlichen in der Berufsausbildung. Dissertation an der Universität Wien.

Hegedüs Kinga Imola (2005): Ernährungs- und Gesundheitsverhalten unter Einbeziehung des Ernährungswissens von 15- bis 18-jährigen AHS-Schüler/innen. Diplomarbeit an der Universität Wien.

IASO (2004): Obesity in children and young people: a crisis in public health. Report to the World Health Organization. *Obesity Reviews*, 5, Suppl. 1.

Kleiser Christina et al. (2009): Potential determinants of obesity among children and adolescents in Germany: Results from the cross-sectional KiGGS Study. *BMC Public Health* 9, 46.

Kleiser Christina (2010): Determinants and health risk of overweight and obesity among children and adolescents in Germany. Inaugural-Dissertation an der Universität Bonn.

Kromeyer-Hauschild Katrin et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149(8), 807–818.

Lobstein Tim, Frelut Marie L. (2003): Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes. Rev* 2003 4, 195–200.

Moreno Luis A. et al. (2008): Assessing, understanding and modifying nutritional status, eating habitus and physical activity in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutr.* 2008 (3), 288–99. – Detaildaten für Wien laut Pressekonferenz Kurt Widhalm.

Reinehr Thomas et al. (2009): Two-year follow-up in 21,784 overweight children and adolescents with lifestyle intervention. *Obesity (Silver Spring)* 2009 (6), 1196–9.

Tsarmaklis George et al. (2006): Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 6- bis 12-jährigen Kindern: Vergleich zwischen Wien und Athen. *Aktuell. Ernährungsmed.* 31, 73–76.

Egmond-Fröhlich Andreas (2010): Behandlungsprogramm für adipöse Wiener Kinder im 21. und 22. Bezirk – persönliche Mitteilung.

Wabitsch Martin, Kunze Detlef (2010): AGA-(S2-)Leitlinien für Diagnostik, Therapie und Prävention, verabschiedet auf der Konsensus Konferenz der AGA am 6.11.2010 (Koordinatoren: Korsten-Reck U., Widhalm K.).

Wabitsch Martin, Moß A. et al. (2009): Evidenz-basierte Leitlinie zur Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter (S3-Leitlinie).

Widhalm Kurt, Dietrich Sabine (2004): Prävalenz von Übergewicht/Adipositas bei 10- bis 15-jährigen Wiener SchülerInnen. Akt. Ernähr. 29, 303.

Widhalm Kurt et al. (2006): Besonderheiten hinsichtlich Kindern und Jugendlichen in: Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006, 178–195.

Zwiauer Karl (2000): Prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents. Eur J Pediatr, 159 (Suppl. 1), 556–68.

Maßnahmen



rundum gesund – ein Programm für die ganze Familie

Gabi Gundacker, Eva Trettler, Hilde Wolf

Im Hinblick auf Kinder und Jugendliche gibt es in Wien Angebote, jedoch selten unter Einbezug des Familiensystems.

„rundum gesund“ ist das einzige Projekt zur **geschlechts- und kultursensiblen Gesundheitsförderung** bei Adipositas österreichweit. Ausgehend von aktuellen Daten zu Adipositas sowie dem Fehlen an zielgruppenspezifischen Angeboten wurde ein umfassendes Programm entwickelt, das sich an sozial benachteiligte Familien mit und ohne Migrationshintergrund richtet und eine gender- und kulturspezifische Ausrichtung hat.

Dieses Angebot richtet sich, im Gegensatz zu allen anderen Projekten dieser Art, an die **gesamte adipöse Familie**. Es finden psychologisch geleitete Gruppen getrennt für Mütter, Väter und die 6- bis 13-jährigen Kinder statt, deren Inhalte sowohl Psychologie als auch Ernährungsinformationen sind. Darüber hinaus werden **wöchentlich Bewegungsgruppen** angeboten und es finden **vielfältige gemeinsame Aktivitäten**, wie Kochen, Familienressourcentag, Elterninformationseinheiten, Familienausflüge etc., statt. Während des gesamten Kurszeitraums kann Kinderbetreuung für jüngere Geschwisterkinder in Anspruch genommen werden.

Es geht darum, betroffene Familien in ihrem Lebensumfeld mit niederschweligen Gesundheitsförderungsangeboten zur Gewichtsreduktion und Steigerung der körperlichen Aktivität zu erreichen, zu informieren und darin zu unterstützen, ihren Lebensstil nachhaltig zu verändern. Es wird besondere Aufmerksamkeit den spezifisch weiblichen, männlichen und Kinderthemen geschaffen. Demnach wird neben einem familienorientierten Ansatz auch die Gender-Perspektive berücksichtigt.

Das Projekt läuft seit Juli 2010 und endet im September 2012. Schwerpunkte sind dabei sozial benachteiligte Familien sowie Familien aus dem 15. Wiener Gemeindebezirk, da hier das Projekt örtlich angesiedelt ist.

Im Jahr 2011 konnte der erste Kursdurchgang abgeschlossen werden und ein zweiter starten. Seit Beginn des Projekts fanden im Rahmen des Familienmoduls Screenings mit insgesamt 70 Personen statt, 1.378 Beratungen am Telefon oder per Mail, 15 Familien entschlossen sich zu einer Kursteilnahme, bei der insgesamt 42 Personen betreut wurden.

FördergeberInnen sind der Fonds Gesundes Österreich, die WIG – Wiener Gesundheitsförderung, wichtige KooperationspartnerInnen sind der ASKÖ Wien und die MA 15, das Wiener Programm für Frauengesundheit.

„rundum gesund“ ist österreichweit das einzige Projekt zur geschlechts- und kultursensiblen Gesundheitsförderung.

Wiener Forum Übergewicht und Adipositas

Das „Wiener Forum Übergewicht und Adipositas“ ist eine Fortbildungs- und Vernetzungsveranstaltung für MedizinerInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und für Personen, die im Ernährungs- und Bewegungsbereich tätig sind. Die Vernetzungsinitiative findet im Rahmen des Projekts „rundum gesund“ – Gesundheitsförderung bei Adipositas statt.

Mit dem „Wiener Forum Übergewicht und Adipositas“ sollen Institutionen, EntscheidungsträgerInnen, AkteurInnen aller Berufsgruppen sowie BetroffenenvertreterInnen angesprochen werden, die sich mit Übergewicht und Adipositas befassen.

Für das erste Vernetzungstreffen im Dezember 2011 mit ca. 100 TeilnehmerInnen wurden unterschiedliche Vorträge zum Thema Übergewicht und Adipositas aus verschiedenen Fachdisziplinen organisiert. Dabei wurden die **4 Säulen Ernährung, Psychologie & Psychotherapie, Medizin und Bewegung** berücksichtigt.

Im Rahmen eines World Cafés wurden bestehende Angebote zu diesen Themen aus interdisziplinärer Sicht gesammelt sowie die Versorgungssituation für von Übergewicht und Adipositas betroffenen Menschen diskutiert.

Das zweite Vernetzungstreffen fand im März 2012 im Preyer'schen Kinderspital mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche statt. 70 Personen nahmen an dieser Veranstaltung teil. Den Abschluss bildete eine Diskussion im Plenum, in der unterschiedliche Maßnahmen für Kinder und Jugendliche gesammelt wurden, wie

- niederschwellige Angebote in Ärztinnen- und Arztpraxen
- eine Schnittstelle bzw. Vermittlungsarbeit zwischen Gesundheitsförderung und niedergelassenem Bereich (u. a. ÄrztInnen, SchulärztInnen) ist notwendig, da viele Betroffene auf diesem Weg „verlorengehen“
- eine interdisziplinäre Vernetzung von AkteurInnen bzw. eine intersektorale Zusammenarbeit
- verpflichtende Buffet-Richtlinien für Schulen
- eine Wissensvermittlung über Ernährung schon in Kindergarten und in Volksschulen

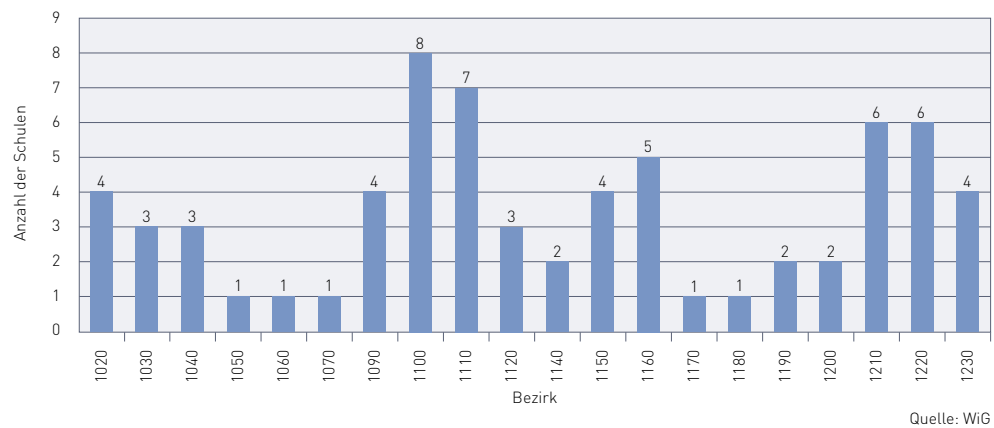
Bisher fanden insgesamt 3 Vernetzungstreffen statt. Auf dem Programm stehen Vorträge von hochkarätigen ExpertInnen, u. a. zu den Themen Gender, Migration und Gesellschaft sowie eine Diskussionsrunde mit den Vortragenden.

Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen

Kristina Hametner

Das Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (WieNGS) unterstützt Schulen bei der Verwirklichung **gesundheitsfördernder Aktivitäten in der Schule**. Das WieNGS besteht seit mehr als 10 Jahren und hat verschiedene Phasen der Entwicklung durchlaufen, zuletzt Phase 2 von 2009 bis Jänner 2012, Phase 3 folgt. Mit Ende der Phase 2 waren 68 Schulen im Netzwerk. Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der teilnehmenden Schulen nach den Wiener Gemeindebezirken.

Abbildung 4.33: **Anzahl der am WieNGS teilnehmenden Schulen**



4 Trägerinstitutionen (Wiener Gesundheitsförderung, Pädagogische Hochschule Wien, Stadtschulrat für Wien, Wiener Gebietskrankenkasse) stellen Mittel bereit, um gesundheitsfördernde Aktivitäten und LehrerInnen an den WieNGS-Schulen durch Beratung, Vernetzung, Fortbildung und finanzielle Projektunterstützung zu fördern. Das Netzwerk unterstützt LehrerInnen und DirektorInnen mit Erfahrungsaustausch, Weiterbildung und strategischer Konzeptarbeit auf dem Weg zu einer gesunden Schule.

Das WieNGS ermöglicht Schulen im Rahmen eines **dreistufigen Modells**, je nach Wissensstand und Erfahrungen, in das Thema schulische Gesundheitsförderung einzusteigen. Das WieNGS versteht sich als Drehscheibe und Plattform für LehrerInnen und Schulen, die sich im Bereich der Gesundheitsförderung bzw. der „Gesunden Schule“ engagieren und entwickeln wollen. Das Netzwerk kann Unterstützung durch die Koordination und den Austausch des großen Know-hows und ExpertInnentums an den beteiligten Schulen durch gemeinsame neue Impulse im Rahmen von Veranstaltungen und Seminaren und durch die Bereitstellung von finanziellen Ressourcen leisten. In welchem Rahmen sich eine Schule engagiert, wird von ihr selbst definiert, u. a. durch die Zuordnung in eine der 3 Stufen. Die 1. Stufe dieses Modells betrifft Schulen, die Gesundheitserziehung durchführen, Stufe 2 ist durch ganzheitliche Gesundheitsförderung gekennzeichnet. In Stufe 3 verpflichten sich Schulen dazu, sowohl Gesundheitsförderung als auch Schulentwicklung zu betreiben.

Wiener Ernährungsakademie

Die Wiener Ernährungsakademie ist ein Projekt der Wiener Gesundheitsförderung, das mit der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) in Kooperation mit der MA 10 umgesetzt wird. Die Zielgruppen sind die KindergartenpädagogInnen und -assistentInnen, Kinder sind indirekte Zielgruppe. Der Lehrgang „Wiener Ernährungsakademie“ vermittelt seit dem Start im Jahr 2010 praxisorientiert grundlegende Informationen zur bedarfsgerechten Ernährung von Kindern. In den einzelnen Modulen werden auf der Basis der Empfehlungen der ÖGE die Nährstoffe sowie Lebensmittelgruppen und deren Bedeutung im Rahmen einer ausgewogenen und richtigen Ernährung behandelt. Darauf aufbauend werden vielfältige weiterführende Informationen zu Aspekten der Frische, Qualität und Saisonalität von Lebensmitteln, der Gemeinschaftsverpflegung, der nährstoffschonenden Zubereitung inklusive Speiseplanung u. v. m. vermittelt. Umgesetzt wird dies mit sensorischen und praxisrelevanten Übungen sowie Präsentationen zur kindgerechten, fachdidaktischen Umsetzung von Ernährungsinhalten.

Mit den Inhalten dieses Weiterbildungslehrgangs wird den KindergartenpädagogInnen und -assistentInnen ein aktueller Überblick über jene Aspekte der Ernährung gegeben, die in der täglichen Arbeit zur Bewältigung von „Ernährungsproblemen“ bei Kindern genutzt werden können und Kinder dabei unterstützen, eine gesunde und ausgewogene Ernährungsweise in jungen Jahren zu verankern und zu festigen.

Die Wiener Ernährungsakademie kann von MitarbeiterInnen der MA 10 in der Arbeitszeit besucht werden. Das Angebot wurde in den internen Veranstaltungskatalog der MA 10 aufgenommen und ist damit strukturell verankert.

Die „Wiener Ernährungsakademie“ vermittelt praxisorientierte Informationen zur bedarfsgerechten Ernährung von Kindern für KindergartenpädagogInnen und -assistentInnen.

4.2.6 Erkrankungen des kindlichen Nervensystems

Günther Bernert

20 % aller Erkrankungen im Kinder- und Jugendalter sind neurologische Erkrankungen.

Neurologische Erkrankungen machen ca. 20 % aller Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter aus, sind also relativ häufig. Sie verlaufen in vielen Fällen chronisch oder führen zu funktionellen Störungen, die ihrerseits einen chronischen Rehabilitationsbedarf generieren, was ihre epidemiologische Bedeutung weiter erhöht.

Neurologische Erkrankungen oder Schädigungen treffen im Kindes- und Jugendalter auf ein sich entwickelndes Nervensystem, sodass häufig nicht nur aktuelle, also bereits entwickelte Funktionen beeinträchtigt sind, sondern auch das Potenzial für zukünftige Entwicklungsschritte reduziert wird und diese damit erschwert oder sogar unmöglich werden.

Eine verlässliche Differenzierung zwischen angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Nervensystems, wie sie in der Erwachsenenneurologie üblich ist, ist insofern unmöglich, als sich vor der Geburt erworbene Schädigungen (z. B. nach intrauteriner Infektion wie CMV – Cytomegalie-Virus) als angeboren präsentieren können, während genetisch bedingte, also nicht erworbene Erkrankungen sich häufig erst im Laufe der Entwicklung manifestieren und sich somit oft nicht von erworbenen Erkrankungen unterscheiden lassen.

Verbreitung

Bevölkerungsbezogene Daten in einem landesweiten Register für Wien oder bundesweiten Register liegen nicht vor, sodass die Prävalenz für unterschiedliche neurologische Erkrankungen im Kindesalter nur anhand ausländischer Daten geschätzt werden kann:

- Erbliche neuromuskuläre Erkrankungen: 0,53 %
- Progressive Enzephalopathien: 0,58 %
- Infantile Zerebralparese: 2–2,5 %
- Schwere mentale Retardierung (IQ <50): 3 %
- Epilepsien: 3–6 %
- Milde mentale Retardierung (IQ <70): 2,5 %
- Spezifische Lernstörungen: 7,5 %
- Sprachstörungen: 6–16 %
- Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom: 2–18 %
- Migräne: 2–11 %

Quelle: Aksu Fuat, Neuropädiatrie, 2. Auflage, Bremen 2004

Neurologische Erkrankungen im Kindesalter zeigen im Vergleich zu neurologischen Erkrankungen des Erwachsenenalters deutliche Unterschiede hinsichtlich Häufigkeit, Schweregrad und Verlauf.

Neurologische Erkrankungen im Kindesalter zeigen im Vergleich zu neurologischen Erkrankungen des Erwachsenenalters deutliche Unterschiede hinsichtlich Häufigkeit, Schweregrad und Verlauf. Einerseits gibt es neurologische Erkrankungen und Schädigungsbilder, die für Kinder und Jugendliche verschiedener Altersstufen geradezu spezifisch sind und in der Erwachsenenneurologie als Rarität kaum wahrgenommen werden, andererseits unterscheiden sich in der gleichen Erkrankungsgruppe (z. B. Epilepsien) Ätiologien, Schweregrad und Verlauf beträchtlich.

Die spezielle Epidemiologie im Kindes- vs. Erwachsenenalter und sowie unterschiedliche Aspekte von Therapie und Langzeitmanagement soll an 3 Beispielen dargestellt werden.

Infantile Zerebralparese (ICP)

Die ICP stellt die häufigste Ursache motorischer Beeinträchtigungen im Kindesalter dar. Sie ist per definitionem Folge einer angeborenen oder perinatal erworbenen Entwicklungsstörung oder Schädigung des Gehirns und somit weder in der Ursachen- noch in der Therapieforschung der Erwachsenenneurologie relevant (Rosenbaum et al. 2007). ICP ist eine der klassischen Komplikationen der Frühgeburtlichkeit. Das relative Risiko, nach Frühgeburtlichkeit an ICP zu erkranken, hat in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich abgenommen (Platt et al. 2007). Nachdem jedoch der Anteil an Frühgeborenen, bezogen auf alle Lebendgeborenen, besonders an Frühgeborenen unter 1000 g Geburtsgewicht in den letzten Jahren weiter gestiegen ist und in Österreich besonders hoch liegt, ist die Gesamtzahl der von ICP betroffenen überlebenden Frühgeborenen trotz der unbestreitbaren Erfolge der neonatologischen Intensivmedizin nicht gesunken (Siehe Kapitel 4.1: Die Betreuung von Neu- und Frühgeborenen in Wien). Geschlechtsspezifische Aspekte der Mortalität und Morbidität werden in rezenten Arbeiten zur Prognose ehemaliger Frühgeborener zunehmend berücksichtigt. Kent et al. konnten beispielsweise nachweisen, dass das männliche Geschlecht sowohl mit einer höheren Mortalität als auch schlechteren Langzeitprognose, somit einer höheren Handicap-Rate assoziiert ist.

Risiko, an ICP zu erkranken, hat abgenommen.
Die Anzahl der Diagnosen ist nicht gesunken.

Therapie der infantilen Zerebralparese

Bei Kindern mit ICP kommen neben den seit langem eingesetzten funktionellen Therapieverfahren zur Minderung der Spastik und Verbesserung der Koordination nun neue medikamentöse Therapieverfahren (intramuskuläres Botulinumtoxin, intrathekale Baclofentherapie), aber auch ein breiteres Spektrum an funktionellen und Trainingstherapien („Robotics“ = Computergestütztes Gang- und Handtraining) sowie Kombinationen von alten und neuen Therapieprinzipien (z. B. „Constraint Induced Movement Therapy – CIMT“) zur Anwendung. Das hat zu einer erheblichen Verbesserung des funktionellen Outcomes bei der ICP, aber auch nach später erworbenen Hirnschädigungen (z. B. nach schweren Infektionen, Beinahe-Ertrinken, Schädel-Hirn-Trauma) geführt, aber auch den Therapie- und Versorgungsbedarf apparativ-technisch, seitens der Medikamentenkosten durch den Bedarf an intensiver Neurorehabilitation und selbstverständlich auch personell deutlich wachsen lassen.

Maßnahme/Versorgung

Der ambulante Therapie- und Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit ICP in Wien wird zu einem kleineren Teil über neuropädiatrische und Nachsorgeambulanzen der Kinderabteilungen, zum größeren Teil von Ambulatorien mit öffentlichen Trägern wahrgenommen. Diese Strukturen gemeinsam können aber nicht 100% des Therapiebedarfs abdecken, sodass ein Teil der ICP-PatientInnen die notwendigen Therapien entweder später als notwendig, in geringer Frequenz als optimal oder nur im niedergelassenen Bereich erhält (Püspök 2010). Die Angebote im niedergelassenen Bereich verursachen durch die üblichen Selbstbehalte hohe Kosten, die von den betroffenen Familien zu tragen sind. Ein ausreichendes Angebot für Kinder mit Bedarf für intensive Neurorehabilitation in hoher Therapiefrequenz fehlt weiterhin, obwohl zumindest für die Früh-Neurorehabilitation seit der Eröffnung der Früh-Rehabilitationsstation am Preyer'schen Kinderspital 8 stationäre Intensiv-Rehabilitationsplätze zur Verfügung stehen. Die geregelte Übergabe („transition“) und Weiterbetreuung in der Erwachsenenneurologie ist in Diskussion.

Die Diagnose Epilepsie zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen des ZNS: Inzidenz von 5–7 Fälle pro 10.000 Kinder.

Epilepsie

Mit einer Inzidenz von 5 bis 7 Fällen pro 10.000 Kinder und einer Prävalenz von ca. 5 Fällen pro 1.000 Kinder gehören die Epilepsien zu den **häufigsten chronischen Erkrankungen des ZNS im Kindesalter**. Sie können sich in jedem Lebensalter manifestieren, wobei diese Erkrankung in mehr als der Hälfte der Fälle vor dem 10. Lebensjahr und 25% aller Neuerkrankungen bereits im 1. Lebensjahr auftritt (Bell & Sander 2001; Beyer et al. 2005). Unterschiedliche Ursachen, klinische Verläufe und therapeutische Möglichkeiten machen die Epilepsie zu einer sehr heterogenen Gruppe von Erkrankungen. Das Spektrum reicht von benignen Epilepsiesyndromen mit spontaner Remission in der Adoleszenz bis hin zu schweren, oft therapieresistenten Krankheitsbildern mit schwerwiegenden Auswirkungen auf alle Aspekte der Entwicklung. Angesichts dieses letztgenannten Aspekts stellen Epilepsien im Kindesalter eine besondere therapeutische Herausforderung dar.

Therapie der kindlichen Epilepsien

Das medizinische und psychosoziale Management epilepsiekranker Kinder ist essenziell für deren künftigen Lebensweg. Eine gute Anfallskontrolle unterstützt die soziale Integration, wobei das Erreichen von Anfallsfreiheit bzw. eine signifikante Anfallsreduktion und ein gutes Verträglichkeitsprofil der antiepileptischen Medikation zentrale Determinanten für den Erhalt bzw. die Förderung der psychosozialen Kompetenzen darstellen. Immer noch besteht ein irritierender Mangel an randomisierten, kontrollierten Studien für das Säuglings- und Kindesalter, sodass die behandelnden ÄrztInnen oft allein auf ihre klinische Erfahrung angewiesen sind (Glauser et al. 2006).

Die **Mehrzahl der kindlichen Epilepsien ist gut behandelbar**, bei einem Teil der kindlichen Epilepsien kann man sogar mit einer spontanen Remission nach der Pubertät rechnen. Allerdings manifestieren sich im 1. Lebensjahr, somit frühkindlich, die meisten symptomatischen und damit therapeutisch schwierigsten und prognostisch ungünstigsten Epilepsien.

Aufgrund des Fehlens systematischer Studien im Kindesalter liegt für **einige Antikonvulsiva noch keine behördliche Zulassung** insbesondere für PatientInnen unter 4 Jahren vor. In diesen Fällen ist eine entsprechende Aufklärung der Eltern erforderlich, wenn die Substanz im Rahmen eines individuellen Therapieversuchs (off label) eingesetzt werden soll.

Epilepsien mit schlechter Behandelbarkeit gefährden in unterschiedlichem Ausmaß die motorische, kognitive und emotionale Entwicklung der PatientInnen sowie deren schulische und soziale Integration. Epilepsiekranke Kinder zeigen im Vergleich zu gesunden Kindern vermehrt Verhaltensstörungen, die die Beziehungen in Familie, Kindergarten oder Schule zusätzlich belasten können (Galletti & Sturniolo 2004).

Maßnahmen/Versorgung

Die **Versorgung und Langzeitbetreuung** von Kindern mit Epilepsien ist in **Wien hervorragend etabliert**. Diese erfolgt nicht nur an den Anfallsambulanzen der Kinderabteilungen, sondern auch bei niedergelassenen Kinder- und JugendärztInnen, die über das Additivfach Neuropädiatrie und das EEG-Zertifikat verfügen bzw. eine Abrechnungsmöglichkeit mit den großen Kassen haben. Für den Fall einer medikamentös nicht einstellbaren Epilepsie verfügt die Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am AKH Wien über die einzige österreichische „**Epilepsie**

Monitoring Unit“ zur weiteren Abklärung sowie zur Indikationsstellung und eventuellen Vorbereitung für einen epilepsiechirurgischen Eingriff.

Die geregelte Übergabe („transition“) zur Weiterbetreuung junger Erwachsener ab 18 in der Erwachsenenneurologie ist an einigen Zentren bereits etabliert, ein allgemein verbindlicher Standard für diesen wichtigen Übergang fehlt allerdings.

Neuromuskuläre Erkrankungen

Ca. 0,53/1.000 Kindern in Wien leiden an einer neuromuskulären Erkrankung. Dies ergibt eine Zahl von ca. **200 betroffenen Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr**. Der Begriff Neuromuskuläre Erkrankungen umfasst Erkrankungen der motorischen Nerven, der neuromuskulären Synapse und des Muskels. Diese große und heterogene Gruppe von Erkrankungen zeigt als gemeinsames **Leitsymptom Muskelhypotonie und -schwäche**, wobei Manifestationsalter, Erkrankungsverlauf und Begleitsymptomatik sehr unterschiedlich sein können. Diese Erkrankungen können sich in unterschiedlichen Altersgruppen manifestieren, fast alle sind genetisch bedingt, während erworbene neuromuskuläre Erkrankungen vorwiegend im Erwachsenenalter auftreten.

Wien: 0,53/1.000 Kinder
leiden an einer neuromuskulären Erkrankung.

Therapie und Langzeitbetreuung der neuromuskulären Erkrankungen

Kausale Therapien bei neuromuskulären Erkrankungen sind trotz hoher Investitionen in Grundlagen- und klinische Forschung bislang seltene Ausnahmen. Bei der häufigsten und derzeit am besten geklärten Muskelerkrankung, der **Muskeldystrophie Duchenne (DMD)**, ist die Verabreichung von Glucocorticoiden „Golden Standard“ der Therapie, nachdem in mehreren Studien nachgewiesen werden konnte, dass die Gehfähigkeit unter dieser Therapie um durchschnittlich 2 Jahre verlängert wird; positive Effekte auf die zu erwartende Entwicklung einer Skoliose, der respiratorischen Funktion und der Kardiomyopathie sind ebenfalls beschrieben. Für Therapie und Langzeitbetreuung der DMD sind „Standards of Care“ publiziert (Bushby et al. 2010a, 2010b), die sich großteils auch auf andere Muskelerkrankungen anwenden lassen. Die Standards of Care inkludieren neben der seltenen Option einer medikamentösen Therapie vor allem eine funktionelle Therapie, in Einzelfällen auch Trainingstherapie, Hilfsmittelversorgung mit enger Kontakthaltung zu einem kinderneuroorthopädischen Zentrum, kinder-kardiologische Betreuung sowie je nach spezieller Muskelerkrankung und Alter regelmäßige Schlaflaboruntersuchungen, um schlafbezogene Atemstörungen rechtzeitig erfassen und eine nicht-invasive Beatmung einleiten zu können. Häufig bestehen auch Ernährungsprobleme, die manchmal nur mittels Implantation einer PEG-Sonde verbessert werden können. Koordination und Umsetzung all dieser Maßnahmen erfordert Erfahrung und Möglichkeiten eines Zentrums für Muskelerkrankungen, sodass zu fordern ist, dass alle Kinder mit diagnostizierter Muskelerkrankung spätestens nach erfolgter Diagnosestellung an ein pädiatrisches neuromuskuläres Zentrum angebunden und dort regelmäßig kontrolliert werden. Neben der medizinischen und funktionell therapeutischen Betreuung der betroffenen Kinder sollte auch stets eine psychosoziale Beratung und Begleitung für PatientIn und Familie sowie Kontaktmöglichkeiten zu Selbsthilfegruppen angeboten werden.

Die Summe dieser Maßnahmen hat in den letzten Jahrzehnten fast zur Verdopplung der Lebenserwartung bei DMD geführt. Der Anstieg der Lebenserwartung wurde auch von einer deutlichen Zunahme positiver Schulabschlüsse und Berufseinstiege begleitet, was eindrucksvoll unter Beweis stellt, dass nicht nur die Lebenserwartung gesteigert, sondern auch die Lebensqualität verbessert werden konnte.

Maßnahmen/Versorgung

Abklärung und Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Muskelkrankheiten ist derzeit an 2 Wiener Kinderabteilungen, dem Preyer'schen Kinderspital und der Kinderabteilung am AKH Wien, konzentriert, die Langzeitbetreuung inklusive Versorgung mit nicht-invasiver Beatmung in erster Linie im Preyer'schem Kinderspital. **Europaweite Netzwerke** wie TREAT-NMD ("Translational Research in Europe for the Assessment and Treatment of Neuromuscular Disease") verbinden Europas Spezialisten auf dem Gebiet der neuromuskulären Erkrankungen in Kooperation mit weltweiten PatientInnenorganisationen. Ziel dieser Vernetzung ist es, die Behandlung von neuromuskulär erkrankten Menschen zu verbessern und zu vereinheitlichen und somit die Therapieforschung zu beschleunigen. Im Jänner 2012 waren 274 Zentren aus 46 Ländern registriert, wobei derzeit das Preyer'sche Kinderspital in Wien das **einzige registrierte Zentrum in Österreich** ist.

Sowohl die rechtzeitige Diagnostik schlafabhängiger Atemstörungen als auch die dann oft notwendige Versorgung mit einer nicht-invasiven (Masken-)Beatmung ist am Preyer'schen Kinderspital konzentriert und kann weder in Wien noch in Niederösterreich oder im Burgenland anderswo angeboten werden. Die Bewältigung dieser hoch spezialisierten Aufgaben ist technisch anspruchsvoll, erfordert Erfahrung und einen außerordentlich hohen Personaleinsatz. Derzeit werden ca. 20 Kinder und Jugendliche mit nicht-invasiven Heimbeatmungen vom Team der Muskelambulanz und des Schlaflabors der o. g. Abteilung betreut. Angesichts der Diagnosen und der Altersstruktur der derzeit am Preyer'schen Kinderspital geführten PatientInnen mit Muskelkrankheiten ist absehbar, dass eine Steigerung auf 30 nicht-invasiv beatmete Muskelkranke in den nächsten 5 Jahren zu erwarten ist.

Zusammenfassung und Ausblick

Neurologische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind relativ häufig, verlaufen in vielen Fällen chronisch oder führen zu funktionellen Defiziten, die einen chronischen Rehabilitationsbedarf verursachen. Da sie auf ein sich entwickelndes Nervensystem treffen, betrifft die Schädigung nicht nur bereits entwickelte Funktionen, sondern auch das Potenzial für zukünftige Entwicklungsschritte. Die Diagnostik von Schädigungen und Erkrankungen des kindlichen Nervensystems, ebenso wie die Akuttherapie, fällt in Wien ins Aufgabengebiet der Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde, während Kinder und Jugendliche mit unklaren Entwicklungsstörungen, die sich nicht akut manifestiert haben, in erster Linie in diagnostischen und therapeutischen Zentren öffentlicher Träger (Zentrum für Entwicklungsförderung – „ZEF“ der Wiener Sozialdienste sowie die Ambulatorien des VKKJ) ambulant abgeklärt werden. Im Gegensatz zur Diagnostik ist die Versorgung von Kindern mit ICP und neuromuskulären Erkrankungen noch nicht optimal. Diese Lücke soll in Wien mit einer bereits in Planung befindlichen Errichtung von zwei weiteren Ambulatorien für Entwicklungsdiagnostik und Therapie

geschlossen werden. Andererseits wird es notwendig sein, bereits jetzt bestehende und zukünftig absehbare Versorgungsengpässe bei Kindern und Jugendlichen mit neuromuskulären Erkrankungen durch strukturelle und personelle Verbesserungen in den bereits jetzt damit befassten Einrichtungen zu beseitigen.

Ausführliche Informationen zur Versorgung sind dem Kapitel 8.3 Sozialmedizinische Beratungs- und Betreuungsangebote zu entnehmen.

Literatur

Rosenbaum Peter, Paneth Nigel, Leviton Alan, Goldstein Murray, Bax Martin, Damiano Diane, Dan Bernard, Jacobsson Bo: A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl.* 2007 Feb;109:8-14.

Platt Mary Jane, Cans Cans, Johnson Ann, Surman Geraldine, Topp Monica, Torrioli Maria Giulia, Krageloh-Mann Inge: Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (<1500 g) or born prematurely (<32 weeks) in 16 European centres: a database study. *Lancet.* 2007 Jan 6; 369(9555):43-50.

Kent Alison L., Wright Ian M., Abdel-Latif Mohamed E.: New South Wales and Australian Capital Territory Neonatal Intensive Care Units Audit Group. Mortality and adverse neurologic outcomes are greater in preterm male infants. *Pediatrics.* 2012; 129:124-31.

Püspök Rudolf (2010): Das Recht der Kinder auf Therapie. In: Kerbl Reinhold, Thun-Hohenstein Leonhard, Damm Lilly, Waldhauser Franz (Hg.): *Kind und Recht.* Springer, Berlin Heidelberg New York, ISBN 978-3-7091-0004-2

Bell Gail S., Sander Josemir W.: The epidemiology of epilepsy: the size of the problem. *Seizure* 2001; 10:306-316.

Glauser Tracy A., Ben-Menachem Elionor, Bourgeois Blaise et al.: ILAE treatment guidelines: evidence-based analysis of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia* 2006; 47:1094-1120.

Galletti Franco, Sturniolo Maria Gabriella: Counseling children and parents about epilepsy. *Patient Educ Couns* 2004; 55:422-425.

Bushby Katharine, Finkel Richard, Birnkrant David J., Case Laura E., Clemens Paula R., Cripe Linda, Kaul Ajay, Kinneth Kathi, McDonald Craig, Pandya Shree, Poysky James, Shapiro Frederic, Tomezsko Jean, Constantin Carolyn: DMD Care Considerations Working Group. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1: diagnosis, and pharmacological and psychosocial management. *Lancet Neurol.* 2010a Jan; 9(1):77-93. Epub 2009 Nov 27. Review.

Bushby Katharine, Finkel Richard, Birnkrant David J., Case Laura E., Clemens Paula R., Cripe Linda, Kaul Ajay, Kinneth Kathi, McDonald Craig, Pandya Shree, Poysky James, Shapiro Frederic, Tomezsko Jean, Constantin Carolyn: DMD Care Considerations Working Group. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 2: implementation of multidisciplinary care. *Lancet Neurol.* 2010b Feb; 9(2):177-89. Epub 2009 Nov 27. Review.

4.2.7 Kardiologische Erkrankungen im Kindesalter

Ina Michel-Behnke

Herzfehler sind die häufigste angeborene Fehlbildung im Kindesalter und treten mit einer Häufigkeit von **8–10 Erkrankungen pro 1.000 Kinder** auf. Diese Häufigkeit hat sich im Laufe der letzten Jahre kaum verändert.

Die Betreuung dieser Kinder beginnt bereits vor der Geburt im Rahmen der **Pränataldiagnostik**. Im gemeinsamen pädiatrisch-gynäkologischen Dialog kann der Herzfehler mittels fetalem Herzultraschall diagnostiziert und ein Behandlungskonzept mit und für die Eltern und das ungeborene Kind erstellt werden. Immer seltener trifft die Diagnose die Familien unvorbereitet, und insbesondere „Risikoschwangerschaften“ werden durch die Möglichkeit eines Organscreenings rechtzeitig einem kardiologisch und operativ tätigen Kinderherzzentrum zugewiesen.

Bei 10% der durchgeführten Echokardiografien bestätigte sich ein Vitium.

Im Jahr 2010 wurden an der Universitätsfrauenklinik der Medizinischen Universität Wien, Abteilung für Fetomaternale Medizin, **526 fetale Echokardiografien** zum Ausschluss eines Herzfehlers durchgeführt. Bei etwa **10% (53 Feten)** bestätigte sich ein Vitium, **6 weitere hatten fetale Herzrhythmusstörungen** (Quelle: Jahresbericht 2010 der Universitätsfrauenklinik).

Die **Geburt in einem tertiären Zentrum** mit allen Möglichkeiten der Akuttherapie ist zumindest für alle komplexen Herzfehlbildungen wünschenswert. Bereits kurz nach der Geburt und Erstversorgung durch NeonatologInnen kann die pränatal vermutete kardiale Diagnose bestätigt oder ergänzt und die Behandlung eingeleitet werden.

Der Ventrikelseptumdefekt (Loch in der Kammerscheidewand) ist mit einer Häufigkeit von etwa 30% die häufigste Anomalie. Sehr viel seltener sind komplexe Herzfehlbildungen wie die Transposition der großen Arterien, die Fallot'sche Tetralogie oder Verengungen im Bereich des rechten und linken Herzens, die in ihren Maximalvarianten Hypoplastisches Rechtsherz und Hypoplastisches Linksherz genannt werden.

Über 50% der Operationen erfolgten bei Kindern im 1. Lebensjahr.

In **Wien** wird am Kinderherzzentrum vom MUW/AKH Wien das gesamte Spektrum der korrigierenden und palliativen Operationen inklusive der Herztransplantation und Kunstherz angeboten (Leitung der Abteilung Herzchirurgie: Univ.-Prof. Dr. Günther Laufer). Tabelle 4.25 gibt eine Übersicht über alle durchgeführten **herzchirurgischen Eingriffe im Jahr 2011**. Über 50% der Operationen erfolgten bei Kindern unter einem Lebensjahr (**52 Neugeborene, 64 Säuglinge**). Erstmals seit vielen Jahren konnte die komplexe Fehlbildung eines hypoplastischen Linksherzsyndroms mittels **Norwood-Operation bei 8 Kindern erfolgreich durchgeführt** werden. PatientInnen mit Herzversagen steht nun auch bereits im Säuglingsalter die Möglichkeit eines Herzersatzes mittels Kunstherz zur Verfügung.

Tabelle 4.25: Herzchirurgische Eingriffe bei Kindern am Kinderherzzentrum Wien

| Operation | Zugehöriger Herzfehler | Anzahl |
|---|-----------------------------------|------------|
| Ductusverschluss | Ductus arteriosus | 21 |
| Korrektur Isthmusstenose | Aortenisthmusstenose | 10 |
| VSD-Verschluss | Ventrikelseptumdefekt | 13 |
| Aortenbogen-OP | Aortenbogenhypoplasie/-aneurysma | 3 |
| ASD-Verschluss | Vorhofseptumdefekt | 13 |
| Korrektur Fallot Tetralogie | Fallot Tetralogie | 10 |
| Conduit-Implantation | Pulmonalinsuffizienz | 17 |
| Korrektur AV-Kanal | Atrioventrikulärer Septumdefekt | 5 |
| Ross-Operation | Aortenstenose/-insuffizienz | 4 |
| Korrektur Truncus arteriosus | Truncus arteriosus communis | 3 |
| Arterielle Switch-Operation | Transposition der großen Arterien | 5 |
| Modifizierter BT-Shunt | Pulmonalstenose/-atresie | 9 |
| Damus-Kay-Stansel-Operation mit Shunt | Univentrikuläres Herz | 2 |
| Norwood I-Operation | Hypoplastisches Linksherz | 8 |
| Glenn-Shunt | Univentrikuläres Herz | 12 |
| Fontan-Typ-Operation | Univentrikuläres Herz | 5 |
| Aortenklappenersatz, verschiedene Techniken | Aorteninsuffizienz | 7 |
| Mitralklappenrekonstruktion | Mitralinsuffizienz | 3 |
| Herztransplantation | Herzversagen | 2 |
| Kunstherz (VAD) | Kardiomyopathie | 2 |
| Herzschriltmacher | AV-Block, Sinusknotendysfunktion | 13 |
| Varia | diverse Herzfehler | 39 |
| Gesamtzahl | | 206 |
| davon mit Herz-Lungen-Maschine | | 138 |
| davon ohne Herz-Lungen-Maschine | | 68 |

Quelle: Statistik der Abteilung Herzchirurgie, MUW/AKH

Neben den operativen Eingriffen werden Kathetereingriffe zur Behandlung von angeborenen Herzfehlern alternativ oder in Ergänzung der durchgeführten Operationen vorgenommen. Am Kinderherzzentrum Wien werden pro Jahr etwa 300 Herzkatheteruntersuchungen zur Diagnostik oder Therapie durchgeführt. Der Anteil der Interventionen, in denen die Kinder einer Behandlung zugeführt werden, liegt bei knapp 70%. Die Maßnahmen betreffen den Verschluss von Herzdefekten, die Sprengung von Herzklappen, die Erweiterung von Gefäßen sowie sogenannte Hybrideingriffe, bei denen ein kombiniert chirurgisch-interventionelles Vorgehen angewendet wird. Tabelle 4.26 gibt einen Überblick über die Art und den Umfang der Aktivitäten.

Tabelle 4.26: Herzkatheteruntersuchungen am Kinderherzzentrum Wien

| Herzkatheter-Intervention (Auswahl) | Zugehöriger Herzfehler | Anzahl |
|---|----------------------------------|------------|
| Verschluss von Defekten | | |
| Ductusverschluss | Ductus arteriosus | 22 |
| ASD-Verschluss | Vorhofseptumdefekt | 16 |
| VSD-Verschluss | Ventrikelseptumdefekt | 3 |
| Sonstige | Fisteln, Kollaterale etc. | 8 |
| Herzklappen-Behandlung | | |
| Pulmonalklappe | Pulmonalstenose | 26 |
| Aortenklappe | Aortenstenose | 3 |
| Herzklappenimplantation | Pulmonalstenose/-insuffizienz | 2 |
| Gefäß-Stenosen | | |
| Ballondilatation/Stentimplantation | Aortenisthmusstenose | 4 |
| Ballondilatation/Stentimplantation | Pulmonalarterienstenose | 23 |
| Stentimplantation | Ductus arteriosus | 8 |
| Elektrophysiologie | | |
| Ablationsbehandlung | Atriale/ventrikuläre Arrhythmien | 26 |
| Biopsien | | |
| Kardiomyopathie, Myokarditis, nach Transplantation | | 13 |
| Gesamtzahl | | 269 |
| davon diagnostische Herzkatheter | | 76 |
| davon therapeutische Herzkatheter | | 193 |

Quelle: Statistik der Abteilung Pädiatrische Kardiologie, MUW/AKH

Sowohl die chirurgischen als auch die interventionellen Behandlungsverfahren entsprechen dem internationalen Standard einer anspruchsvollen Versorgung angeborener Herzfehler, sodass PatientInnen, die vor einigen Jahren noch ins Ausland zur Therapie verwiesen wurden, in Wien behandelt werden können. Die Versorgung der herzkranken Kinder erfolgt in einem **multidisziplinären Dialog** von GynäkologInnen, NeonatologInnen, KinderkardiologInnen, KinderherzchirurgInnen und AnästhesiologInnen im Kinderherzzentrum.

Neben den angeborenen Herzfehlern sind Herzrhythmusstörungen, angeborene Herzmuskel-erkrankungen und entzündliche Herzerkrankungen die bedeutsamsten Krankheiten, die in den Herzambulanzen in Langzeitbetreuung sind. In Wien wird diese ambulante Betreuung am Kinderherzzentrum im AKH Wien sowie im St. Anna Kinderspital, dem Wilhelminenspital, dem Preyer'schen Kinderspital, dem SMZ Ost – Donauespital, der KA Rudolfstiftung sowie in Ordinationen angeboten. Die unterschiedlichen Levels der Diagnostik und Behandlung der einzelnen Institutionen sind übereinkommend geregelt. Auch die Abklärung von Herzgeräuschen, Sportuntersuchungen, der Bluthochdruck im Kindesalter und Synkopen (plötzlicher Bewusstseinsverlust) sind Fragestellungen, die im Rahmen einer Vorstellung in einer Herzambulanz beantwortet werden müssen. Hierbei kann die Basisdiagnostik in primären und sekundären Einrichtungen erfolgen, während komplexe Problematiken den tertiären Zentren vorbehalten sind. Die wesentlichen Diagnostika sind EKG, Herzultraschall (Echo-

kardiografie), Belastungs- und Langzeit-EKG sowie Langzeit-Blutdruckmessung. Tabelle 4.27 zeigt das jährliche PatientInnenaufkommen der Herzambulanz am AKH Wien. Die Altersverteilung hat sich insofern gewandelt, dass der Anteil Neugeborener deutlich zugenommen hat, während die Zahlen in den anderen Altersgruppen weitgehend gleich geblieben sind. An apparativen Untersuchungen werden pro Jahr je fast 7.000 Herzultraschalluntersuchungen und EKG-Untersuchungen durchgeführt (Tab. 4.28).

Tabelle 4.27: PatientInnenaufkommen in der Herzambulanz am Kinderherzzentrum Wien

| Herzambulanz Kinderherzzentrum Wien, PatientInnenfrequenz nach Alter | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|-------|------|------|------|
| PatientInnenfrequenz nach Alter (%) | | | | |
| Neugeborene (0–28 Tage) | 7,64 | 8,9 | 11,9 | 12,5 |
| Säuglinge (29 Tage bis 1 Jahr) | 20 | 17 | 18 | 22 |
| Kleinkinder (1–3 Jahre) | 17,24 | 15 | 8,7 | 8,8 |
| Vorschulkinder (3–6 Jahre) | 20,44 | 23,9 | 20,3 | 14,8 |
| Schulkinder (6–14 Jahre) | 23,9 | 24,8 | 27,9 | 30,3 |
| Jugendliche (>14 Jahre) | 10,6 | 10,9 | 13,1 | 11,8 |

Quelle: Jahresbericht der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde 2011

Tabelle 4.28: Herzultraschall- und EKG-Diagnostik am Kinderherzzentrum Wien

| Herzambulanz Kinderherzzentrum Wien, für das Jahr 2011 | Anzahl |
|--|--------|
| PatientInnenfrequenz | 5.607 |
| Neuvorstellungen | 1.630 |
| EKG (ambulant und stationär) | 6.826 |
| Herzultraschall (ambulant und stationär) | 6.910 |

Quelle: Jahresbericht der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde 2011

Aktuelle Entwicklungen

Während die Prävalenz angeborener Herzfehler über die letzten Jahre im Wesentlichen gleich geblieben ist, ist die Inzidenz erworbener Herzerkrankungen ansteigend und in den nächsten Jahren muss mit einer **Zunahme der vorzeitigen Herzschiädigung durch Lifestyleinflüsse** gerechnet werden. Die Auswirkungen von Übergewicht, falscher Ernährung, Konsum von Genussmitteln und Bewegungsarmut auf das Herz lassen sich bereits im Kindesalter feststellen. Die **Prävention** ist daher in den nächsten Jahren eine der vordringlichsten Aufgaben von KinderkardiologInnen. **Screeninguntersuchungen bei Schulkindern**, die **Implementierung von Trainingsprogrammen im Sportunterricht** könnten hier wirksame Hilfe leisten. In internationalen Fachgesellschaften wird man dieser Problematik bereits durch spezielle Arbeitsgruppen gerecht.

Die zunehmende Erkrankungshäufigkeit am Hyperaktivitätssyndrom/ADHS mit der Konsequenz einer medikamentösen Therapie ist sowohl hinsichtlich der Medikamentennebenwirkung als auch im Hinblick auf interdisziplinäre Behandlungsansätze integraler Bestandteil kinder-kardiologischer Fürsorge.

Die Frage der Effektivität von Screeninguntersuchungen zur frühzeitigen Diagnose pränatal nicht bekannter Herzerkrankungen wird immer wieder aufgebracht und ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht endgültig zu beantworten. Ein erster Schritt ist sicher die **noninvasive postnatale Messung der Sauerstoffsättigung**. Hiermit könnten zumindest kritische Herzfehler frühzeitig erkannt und die Zuweisung in spezialisierte Zentren eingeleitet werden. Die kontinuierliche Ausbildung im Additivfach Pädiatrische Kardiologie gewährleistet zudem eine flächendeckende Versorgung im ambulanten Bereich neben den operativ tätigen großen Zentren.

ADHS: Nebenwirkungen der Medikamente zur Therapie von ADHS sind integraler Bestandteil kinder-kardiologischer Fürsorge.

4.2.8 Allergien und Asthma

Eva Untersmayr-Elsenhuber, Thomas Dorner

Klinik

Im Kindesalter stellen Allergien eine **massive Beeinträchtigung der Lebensqualität** und eine Belastung nicht nur für die betroffenen PatientInnen, sondern auch für die gesamte Familie dar. In vielen Industrieländern sind Allergien die häufigsten chronischen Erkrankungen bei pädiatrischen PatientInnen mit einer über die letzten Jahrzehnte kontinuierlich im Steigen begriffenen Anzahl an betroffenen Kindern (Eder W. et al. 2006). Atopische Erkrankungen treten mit familiärer Häufung auf, so zeigt sich, dass das Risiko für Kinder, an einer Allergie zu erkranken, steigt, je nachdem, ob ein oder beide Elternteile von Allergien betroffen sind.

Je nach Alter sind die **Manifestationen** von allergischen Erkrankungen in der Kindheit **unterschiedlich ausgeprägt**. Im 1. Lebensjahr überwiegen allergische Symptome gegen Nahrungsmittel und Hautbeschwerden wie die atopische Dermatitis. Inhalative Manifestationen wie allergisches Asthma treten vermehrt ab einem Alter von ca. 3 Jahren auf, wobei allergischer Schnupfen noch später mit ungefähr 7 Jahren an Häufigkeit zunimmt. Selbstverständlich können die verschiedenen Symptome bei pädiatrischen PatientInnen auch parallel auftreten (Wahn U. 2007). **Häufig wird eine Art Weiterentwicklung der allergischen Beschwerden beobachtet**. Beginnend mit einer Nahrungsmittelallergie oder einer atopischen Dermatitis können die Kinder im späteren Lebensalter zusätzlich auch inhalative Beschwerden wie Heuschnupfen und allergisches Asthma entwickeln, was man als „allergischen Marsch“ bezeichnet. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung der allergischen Erkrankungen ist daher ganz entscheidend, um die Verschlechterung und die Chronifizierung von Allergien zu verhindern.

Im Kindesalter äußert sich eine Nahrungsmittelallergie häufig durch Symptome wie Urtikaria (Nesselausschlag), Angioödem (lokale oder generalisierte Schwellungen), Husten, Schwierigkeit zu atmen, Erbrechen und schwere allergische Reaktionen wie einem anaphylaktischen Schock, die innerhalb von Minuten bis Stunden nach Genuss des auslösenden Nahrungsmittels auftreten können. Gerade bei Kindern können aber auch eine schwere atopische Dermatitis (in 10–30% der Fälle), eosinophile Ösophagitis und andere gastrointestinale Erkrankungen wie Nahrungsmittel-assoziierte Enterokolitis oder Proktitis auf Nahrungsmittelallergien hinweisen (Sicherer S. H. und Sampson H. A. 2010).

Die atopische Dermatitis tritt in 65% der Fälle in den ersten 18 Lebensmonaten auf, bei 85% der PatientInnen innerhalb der ersten 5 Lebensjahre (Spergel J. M. 2010). In 40–60% der Fälle kommt es nach der Pubertät zu einer kompletten Abheilung. Als wichtigste Auslöser gelten in der Kindheit hautirritative Substanzen (wie Seifen und Waschmittel), Nahrungsmittelallergene und Infektionen der Haut. Je nach Alter der PatientInnen sind unterschiedliche Körperareale, vor allem der Kopf bei Kleinkindern und die Beugeseiten der Extremitäten, mit stark juckendem Ausschlag befallen.

Allergisches Asthma in der Kindheit ist die häufigste chronische Erkrankung in den Industrieländern und betrifft vor allem in den englischsprachigen Ländern über 10% der Kinder. In über 90% dieser Fälle kommt es zum erstmaligen Auftreten **vor einem Alter von 5 Jahren**.

Allergien sind ein immer häufiger auftretendes Gesundheitsproblem.

Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung kann die Chronifizierung von Allergien verhindern.

Allergisches Asthma ist die häufigste chronische Erkrankung und tritt häufig noch vor dem 5. Lebensjahr auf.

Die Ursache für die Atemwegsobstruktion ist eine Überempfindlichkeit der kleinen Atemwege, die stark vermehrte Mukusproduktion und die chronische Entzündung, die bei den PatientInnen beobachtet wird (Herting E. 2008).

Auslöser für allergische Rhinokonjunktivitis sind in der Kindheit hauptsächlich Aeroallergene wie Pollen, Milben und Katzenallergene, welche bei Kontakt mit der Mukosa der Konjunktiven und des oberen und unteren Respirationstrakts Symptome wie Jucken, vermehrte Sekretproduktion, Niesen, Schwellung und Obstruktion auslösen (Steward M. G. 2008).

Medikamentenallergien, vor allem eine echte Antibiotikaallergie, sind im Kindesalter sehr selten zu beobachten, weswegen ExpertInnen bei Verdachtsfällen dringend eine detaillierte allergologische Abklärung in spezialisierten Zentren empfehlen (Caubet und Eigenmann 2012).

Verbreitung

Im ersten Österreichischen Allergiebericht 2006 wurde gezeigt, dass in Österreich alle Altersgruppen von Allergien betroffen sind, Allergien jedoch bei den Kindern und Jugendlichen mit dem Alter ansteigen und der Altersgipfel an allergischen Erkrankungen um das 30. Lebensjahr liegen dürfte. Mit zunehmendem Lebensalter wird wieder über eine abnehmende Prävalenz allergischer Erkrankungen berichtet. Der Österreichische Allergiebericht zeigt auch, dass allergische Erkrankungen zwar bei österreichischen Frauen häufiger vorkommen als bei Männern, bei Kindern ist dieses Verhältnis jedoch umgekehrt und Buben sind häufiger betroffen als Mädchen. Bei erwachsenen Wienerinnen und Wienern gibt es einen starken graduellen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit allergischer Erkrankungen mit dem sozioökonomischen Status. Mit höherem sozioökonomischen Status nimmt auch die Häufigkeit von Allergien zu. Dieser Zusammenhang ist auch in internationalen Publikationen belegt (Dorner et al. 2006).

In vielen österreichischen und internationalen Publikationen wird über eine Prävalenzzunahme allergischer Erkrankungen innerhalb der letzten Jahrzehnte berichtet, von der auch Kinder und Jugendliche betroffen sind (Dorner et al. 2007). Als Gründe für die Zunahme allergischer Erkrankungen werden Umweltfaktoren wie Zunahme der Hygienestandards oder Zunahme der Umweltverschmutzung, vermehrte Exposition von Kindern gegenüber Passivrauch oder Unterschiede in den Empfehlungen zu Stillen von Säuglingen, die in den letzten Jahrzehnten vielen Veränderungen unterworfen war, diskutiert. Aber auch eine deutliche Verbesserung in der Diagnostik und die Tatsache, dass sich mehr Personen aufgrund Allergiekompatibler Symptome in ärztliche Behandlung begeben als in früheren Jahren, kann dazu geführt haben, dass Allergien viel häufiger diagnostiziert werden als früher. Auswertungen von Stellungsuntersuchungen in Österreich zeigen zwar, dass bei den 18-jährigen Männern die Prävalenz allergischer Erkrankungen je nach Diagnose zwischen 1986 und 2005 um das 2- bis 5-fache gestiegen ist, dass allerdings bezüglich der Allergieprävalenz in etwa seit dem Jahr 2003/04 ein Plateau in der Allergieprävalenz zu verzeichnen ist (Dorner et al. 2008).

Rezente Daten zur Allergieprävalenz bei Kindern in Wien und in Österreich sind rar. Für diesen Bericht wurden Daten für Wiener Kinder aus dem Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey ausgewertet. Weiters werden Daten aus einer internationalen epidemiologischen Studie, bei der auch bei Kindern in Österreich (Oberösterreich) erhoben wurde, dargestellt. Bei diesen Daten ist auch der Trend der letzten Jahrzehnte nachvollziehbar.

Buben sind von Allergien häufiger betroffen als Mädchen.

Mit höherem sozioökonomischen Status nimmt die Häufigkeit von Allergien zu.

Daten aus dem Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey

Datenquelle und Methode

Datenquelle für diese Auswertung war der Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey der Stadt Wien. Dieser ist eine repräsentative Querschnittserhebung, die von der Stadt Wien in Auftrag gegeben wurde. Der Erhebungszeitraum war von 1999 bis 2001, Zielpopulation war die Wiener Wohnbevölkerung ab einem Alter von 16 Jahren. Die Personen wurden durch Zufall unter Zuhilfenahme von Zählbezirken bestimmt. Die ausgewählten Personen wurden mittels Face-to-face-Interview mit einem 48-seitigen strukturierten Fragebogen befragt. Die Stichprobe betrug 4.019 Personen. Die Ausschöpfungsrate war 55% (Stadt Wien, 2001).

Im Rahmen des **Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey** wurden Eltern von Kindern bis zu 15 Jahren auch nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand ihrer Kinder befragt. Insgesamt wurden hierbei die Daten von **833 Buben und 757 Mädchen** bis zu 15 Jahren erhoben. Nach Allergien wurde explizit gefragt: „Hat eines dieser Kinder innerhalb des vergangenen Jahres unter einer Allergie oder Überempfindlichkeit gelitten?“ Schließlich wurden sieben verschiedene allergische Erkrankungen bzw. Symptome erfragt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Die Fragen wurden jeweils zum 1., 2., 3. und 4. Kind der Befragten einzeln erhoben.

Wie generell bei selbstberichteten Daten zur Morbidität kann es auch im Rahmen des Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey zu gewissen Verzerrungen kommen. Dies kommt möglicherweise besonders dadurch zum Tragen, da hier nicht nur nach dem eigenen, sondern auch nach dem Gesundheitszustand der Kinder (Proxybefragung) gefragt wurde. So kann es beispielsweise zu einer Verzerrung nach unten kommen, wenn Eltern Symptome ihrer Kinder nicht als allergische Erkrankungen klassifizieren würden, obwohl es sich eigentlich im medizinischen Sinn um eine Allergie handelt, oder ein anderes Vokabular dafür verwenden würden (z. B. „Milchschorf“ oder „Windelausschlag“ anstatt „allergischer Hautausschlag“). Auch könnte es zu einer Verzerrung nach oben kommen, wenn Eltern auch andere Symptome oder Unverträglichkeiten nicht allergischer Natur als Allergien klassifizieren.

Ergebnisse

Die Ergebnisse aus dem Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey zeigen, dass etwa **17% der Buben und 14% der Mädchen** unter 15 Jahren an allergischen Erkrankungen leiden. Bei Buben und bei Mädchen sind in der Altersgruppe der 6- bis 9-Jährigen am meisten Betroffene. In dieser Altersgruppe leiden etwa 20% der Buben und 17% der Mädchen an Allergien. Die häufigsten Allergien im Kindesalter sind allergischer Hautausschlag und allergische saisonale Rhinitis. Von allergischem Hautausschlag sind etwa 5% der Buben und Mädchen betroffen und von allergischer saisonaler Rhinitis sind etwa 5% der Buben und 3% der Mädchen betroffen. Auch „andere Allergien“ werden häufig angegeben (5% der Buben und 4% der Mädchen).

Die Altersgruppe der 6- bis 9-Jährigen leidet am häufigsten an allergischen Erkrankungen.

Unter **Asthma** leiden gemäß Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey etwa 2% der Mädchen und Buben. Im Gegensatz zu anderen allergischen Erkrankungen tritt Asthma zumindest bei den Buben bereits in der jüngsten Altersgruppe, der 0- bis 2-Jährigen, häufig auf (3,5% der Buben und 0,8% der Mädchen).

Tabelle 4.29: Allergien nach Angabe der Eltern bei Wiener Buben bis 15 Jahren

| | Altersgruppe | | | | |
|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|-------------------|
| | 0-2 n = 114 | 3-5 n = 177 | 6-9 n = 177 | 10-15 n = 365 | Gesamt n = 833 |
| Allergische saisonale Rhinitis | 0 | 2,8 | 7,3 | 6 | 4,8 |
| Allergische nichtsaisonale Rhinitis | 0 | 1,7 | 4 | 3,8 | 2,9 |
| Nesselausschlag | 1,8 | 0 | 1,1 | 1,9 | 1,3 |
| Asthma | 3,5 | 0,6 | 2,3 | 1,9 | 1,9 |
| Allergisches Darmleiden | 0 | 0 | 1,1 | 0,5 | 0,5 |
| Allergischer Hautausschlag | 2,6 | 9 | 5,1 | 3 | 4,7 |
| Andere Allergie | 2,6 | 2,3 | 2,8 | 8,2 | 5 |
| Keine Allergie | 90,4 | 85,9 | 80,2 | 81,4 | 83,3 |

Quelle: eigene Berechnungen, nach Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey

Tabelle 4.30: Allergien nach Angabe der Eltern bei Wiener Mädchen bis 15 Jahren

| | Altersgruppe | | | | |
|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|-------------------|
| | 0-2 n = 124 | 3-5 n = 155 | 6-9 n = 172 | 10-15 n = 306 | Gesamt n = 757 |
| Allergische saisonale Rhinitis | 0 | 1,9 | 2,9 | 3,9 | 2,6 |
| Allergische nichtsaisonale Rhinitis | 0,8 | 0 | 2,3 | 2,6 | 1,7 |
| Nesselausschlag | 0,8 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,7 |
| Asthma | 0,8 | 1,3 | 3,5 | 1,6 | 1,8 |
| Allergisches Darmleiden | 0 | 0 | 0 | 0,3 | 0,1 |
| Allergischer Hautausschlag | 3,2 | 3,2 | 7 | 5,2 | 4,9 |
| Andere Allergie | 1,6 | 3,2 | 4,1 | 5,2 | 4 |
| Keine Allergie | 93,5 | 89,7 | 82,6 | 84 | 86,4 |

Quelle: eigene Berechnungen, nach Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey

ISAAC – International Study of Asthma and Allergy in Childhood

Methode

Ziel dieser Studie war es, die Prävalenz von Asthma, allergischer Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen) und atopischem Ekzem (allergischer Hautausschlag) bei Kindern und

Jugendlichen zu untersuchen. Selbstberichtete Symptome und ärztliche Diagnosen werden für diese Studie mit Hilfe eines internationalen standardisierten Fragebogens erhoben. ISAAC wurde in den Altersgruppen der 6- bis 7-Jährigen und der 12- bis 14-Jährigen durchgeführt. Weltweit nahmen an der Studie 56 verschiedene Länder bzw. 155 Zentren teil. In Österreich wurde diese Studie in Oberösterreich in **zwei Wellen** durchgeführt: 1995–1997 und 2001–2003. Insgesamt nahmen dabei bei der ersten Welle 13.399 Schülerinnen und Schüler im Alter von 6 bis 7 Jahren und 1.516 12- bis 14-Jährige teil. Bei der zweiten Welle nahmen 12.784 Buben und Mädchen von 6 bis 7 Jahren und 1.443 Jugendliche im Alter der 12- bis 14-Jährigen teil (Schernhammer et al. 2008).

Ergebnisse

Die Prävalenz ärztlich diagnostizierten Asthmas betrug bei den 6- bis 7-jährigen Buben und Mädchen im Erhebungszeitraum 2001–2003 5,1%, die von Heuschnupfen 4,5% und die von allergischen Ekzemen 13,8%. Die Häufigkeit aller drei Diagnosen ist seit der Erhebungsperiode 1995–1997 deutlich angestiegen.

Bei den 12- bis 14-Jährigen war die Prävalenz allergischer Diagnosen wesentlich höher als bei den 6- bis 7-Jährigen. So betrug im Erhebungszeitraum 2001–2003 die Prävalenz ärztlich diagnostizierten Asthmas 7,1%, die von Heuschnupfen 17,3% und die von allergischen Ekzemen 12,1%. Auch hier zeigte sich eine **deutliche Zunahme der Prävalenz allergischer Erkrankungen** gegenüber der Vorerhebung im Zeitraum 1995–1997. Die Ekzempprävalenz hat sich sogar beinahe verdoppelt.

Betrachtet man die Trends der Prävalenz von Symptomen, die mit allergischen Erkrankungen kompatibel sind, so zeigt sich bei beiden untersuchten Altersgruppen, dass diese nicht in dem Ausmaß zugenommen haben wie die Prävalenz diagnostizierter allergischer Erkrankungen, bei manchen Symptomen zeigt sich sogar eine Abnahme. Dies könnte als Hinweis gedeutet werden, dass der Prävalenzerhöhung allergischer Erkrankungen nicht zwangsläufig ein tatsächlicher Anstieg allergischer Erkrankungen bei den Kindern zugrunde liegt, sondern dass die **Wahrscheinlichkeit der Diagnose** einer allergischen Erkrankung bei Vorhandensein entsprechender Symptome zugenommen hat.

Tabelle 4.31: **Prävalenz von Asthma, Heuschnupfen und atopischem Ekzem bei oberösterreichischen Schulkindern im Alter von 6 bis 7 Jahren**

| | ISAAC 1995–1997 | ISAAC 2001–2003 | P* |
|--|--------------------|--------------------|---------|
| N | 13.399 | 12.784 | |
| Diagnosen (%) | | | |
| Asthma | 4,4 | 5,1 | 0,013 |
| Heuschnupfen | 3,7 | 4,5 | < 0,001 |
| Ekzem | 10,1 | 13,8 | < 0,001 |
| Symptome (%) | | | |
| Pfeifendes oder keuchendes Atmen [jemals] | 19,4 | 19,1 | < 0,001 |
| Pfeifendes oder keuchendes Atmen [in letzten 12 Monaten]** | 43,5 | 39,6 | 0,24 |
| Juckende Augen und laufende Nase [in letzten 12 Monaten] | 4,4 | 5,6 | < 0,001 |

Quelle: Schernhammer et al. 2008
* Chi-Quadrat-Test, ** Bei Personen, die jemals über pfeifendes oder keuchendes Atmen berichteten

Die Prävalenz allergischer Diagnosen ist bei den 12- bis 14-Jährigen am höchsten.

Tabelle 4.32: Prävalenz von Asthma, Heuschnupfen und atopischem Ekzem bei oberösterreichischen Schulkindern im Alter von 12 bis 14 Jahren

| N | ISAAC 1995–1997 | ISAAC 2001–2003 | P* |
|--|--------------------|--------------------|---------|
| | 1.516 | 1.443 | |
| Diagnosen (%) | | | |
| Asthma | 5,4 | 7,1 | 0,05 |
| Heuschnupfen | 14,5 | 17,3 | 0,04 |
| Ekzem | 6,3 | 12,1 | < 0,001 |
| Symptome (%) | | | |
| Pfeifendes oder keuchendes Atmen (jemals) | 19,7 | 17,3 | < 0,001 |
| Pfeifendes oder keuchendes Atmen (in letzten 12 Monaten)** | 11,7 | 8,5 | 0,01 |
| Juckende Augen und laufende Nase (in letzten 12 Monaten) | 9,2 | 9,6 | 0,87 |

Quelle: Schernhammer et al. 2008
* Chi-Quadrat-Test, ** Bei Personen, die jemals über pfeifendes oder keuchendes Atmen berichteten

Zusammenfassung

Allergische Erkrankungen haben in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen und gehören im Kindesalter inzwischen zu den häufigsten chronischen Krankheitsbildern. Das Risiko, an einer Allergie zu erkranken, ist zu einem großen Teil erblich bedingt. Im 1. Lebensjahr überwiegen Nahrungsmittelallergien und Hauterkrankungen. Ab dem Alter von ca. 3 Jahren steigt das Risiko für allergisches Asthma, ab dem 7. Lebensjahr häuft sich ein Risiko für allergischen Schnupfen. Die rechtzeitige Diagnose spielt eine entscheidende Rolle, um der Verschlimmerung bzw. Chronifizierung von Allergien vorzubeugen. Allergisches Asthma ist die häufigste chronische Erkrankung in der Kindheit und tritt oft vor dem 5. Lebensjahr auf. Auslöser für Heuschnupfen sind hauptsächlich Aeroallergene wie Pollen, Milben und Katzenallergene. Allergien gegen Medikamente treten in der Kindheit selten auf. Insgesamt sind Buben von Allergien häufiger betroffen bzw. treten Allergien einerseits mit steigendem Alter, andererseits mit steigendem sozioökonomischen Status häufiger auf. Umweltfaktoren wie bessere Hygienestandards, Zunahme der Umweltverschmutzung aber auch die Exposition von Passivrauch oder unterschiedliche Stillempfehlungen werden als Ursache diskutiert.

Literatur

- Caubet J. C., Eigenmann P. A.: Managing possible antibiotic allergy in children. *Curr Opin Infect Dis.* 2012 Mar 26. [Epub ahead of print]
- Dorner, T., Lawrence, K., Rieder A., Kunze, M.: Österreichischer Allergiebericht. Verein Altern mit Zukunft (Hrsg.) 2006.
- Dorner T., Lawrence K., Kunze M., Rieder A.: Reversal in epidemiologic trends of allergic diseases? *Wien Med Wochenschr.* 2008; 158 [21-22]: 634-5.
- Dorner T., Lawrence K., Rieder A., Kunze M.: Epidemiology of allergies in Austria. Results of the first Austrian allergy report. *Wien Med Wochenschr.* 2007; 157 [11-12]: 235-42.
- Eder W., Ege M. J., von Mutius E.: The asthma epidemic. *N Engl J Med* 2006; 355: 2226-35.
- Herting E.: Asthma in children – is it different?. *Internist.* 2008; 49: 1326-30, 1332-4.
- Schernhammer E. S., Vutuc C., Waldhör T., Haidinger G.: Time trends of the prevalence of asthma and allergic disease in Austrian children. *Pediatr Allergy Immunol.* 2008 Mar; 19 (2): 125-31.

Sicherer S. H., Sampson H. A.: Food allergy. *J Allergy Clin Immunol.* 2010; 125: 116-25.

Spergel J. M.: Epidemiology of atopic dermatitis and atopic march in children. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2010; 30: 269-80.

Stadt Wien (Hg.): Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement. *Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey.* Wien 2001.

Stewart M. G.: Identification and management of undiagnosed and undertreated allergic rhinitis in adults and children. *Clin Exp Allergy.* 2008; 38: 751-60.

Wahn U.: The Allergic March. World Allergy Organisation, posted September 2007. Verfügbar unter: http://www.worldallergy.org/professional/allergic_diseases_center/allergic_march/

4.2.9 Die juvenile idiopathische Arthritis, Behandlung in Wien

Wolfgang Emminger

Die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) ist eine chronische, entzündliche gelenkerstörende Arthritis mit Beginn unter 16 Jahren. Sie betrifft etwa 1 von 1.000 Kindern und Jugendlichen. In Wien leiden etwa 800 Kinder und Jugendliche an JIA. Die Diagnose einer JIA wird ab einer Arthritisdauer von 6 Wochen bis 3 Monaten gestellt, wenn keine andere Ursache ersichtlich ist.

In Wien leiden etwa 800 Kinder und Jugendliche an JIA.

In Wien werden Kinder mit JIA in den Kinderrheumaambulanzen des MUW/AKH Wien, des SMZ Ost – Donauespital, des Preyer'schen Kinderspitals und des St. Anna Kinderspitals (in Zusammenarbeit mit MUW) behandelt.

Gemäß der International League of Associations for Rheumatology (ILAR) unterscheiden wir 6 Subtypen: die systemische Verlaufsform (soJIA), die Oligoarthritis (persistierend oder auf mehrere Gelenke übergreifend = extended), die Polyarthritis (häufiger Rheumafaktor negativ als positiv), die Psoriasisarthritis, die Enthesitis assoziierte Arthritis und die undifferenzierte Arthritis.

Die **Ersttherapie** besteht aus der konsequenten Verabreichung von nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) wie dem Naproxen und der Anwendung kühlender Maßnahmen, vorübergehendem Vermeiden von Belastungen der entzündeten Gelenke und bei nicht adäquatem klinischen Ansprechen mit geringen oralen Corticosteroiddosen und/oder intraartikulärer Verabreichung von Corticosteroiden.

Bei weiter unbefriedigendem Verlauf wird eine **Basistherapie** eingeleitet. Das weltweit effektivste Medikament bei JIA wurde Methotrexat (MTX), zu verabreichen 1-mal pro Woche mit 7,5–15 mg/(m)² (max. 20 mg) oral oder subkutan. Auf diese Therapie sprechen etwa 60–70% der Kinder und Jugendlichen sehr gut an. Für diejenigen Kinder und Jugendlichen, die nicht ausreichend ansprechen, wird die Therapie um Biologika erweitert.

Zugelassen im Kindesalter sind ab dem 2. Lebensjahr der Tumornekrosefaktor alpha (TNF- α)-Inhibitor Etanercept, ab dem 4. Lebensjahr der TNF-Antikörper Adalimumab, beide subkutan verabreichbar, und ab dem 6. Lebensjahr der CTLA 4 IgG Antikörper Abatacept, bei Kindern zugelassen als intravenös zu verabreichendes Medikament.

Sehr junge Kinder, die in den Kindergarten gehen, haben natürlicherweise mit einer hohen Zahl an Infektionen zu rechnen. Die immunsuppressive Therapie, angepasst an den Krankheitsverlauf, ist eine Herausforderung und gehört in ein Spezialzentrum.

Therapie

Im Jahr 2002 waren die Remissionsraten nach 5 Jahren bei der systemischen JIA, der Oligoarthritis und der Polyarthritis 74%, 34% und 25%, die Rate der Erosionen und Gelenkspaltverschmälerungen war sehr hoch. Aufgrund der nun rascher erfolgenden Diagnose der JIA schon im niedergelassenen Bereich, der rascheren Zuweisung zu Kinderrheumazentren, der früher einsetzenden Therapie mit MTX und bei unbefriedigendem Ansprechen dem früheren Einsatz von Biologika haben Kinder und Jugendliche nun eine deutlich bessere Prognose zu erwarten, was die Funktionstüchtigkeit der Gelenke und die Berufsfähigkeit im Erwachsenenalter betrifft. Das Ansprechen auf Biologika ist auch deutlich eindrucksvoller als bei Erwachsenen beschrieben. Die meisten Kinder kommen zu einer kompletten Entzündungsruhe der Gelenke.

Die Diagnose hat sich in den letzten 20 Jahre deutlich verbessert: Ein Drittel aller PatientInnen haben keinerlei Gelenkeinschränkungen im Erwachsenenalter zu erwarten.

Während vor mehr als 20 Jahren die Behinderungsrate bei JIA im Erwachsenenalter sehr hoch – bei etwa zwei Drittel aller PatientInnen – lag, haben derzeit ein Drittel aller PatientInnen mit JIA im Erwachsenenalter mit deutlichen Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit zu rechnen, ein Drittel mit geringen Funktionseinschränkungen und ein Drittel aller PatientInnen haben keinerlei Gelenkeinschränkungen im Erwachsenenalter.

Diese Erfolge sind durch Einsatz der Biologika noch steigerbar: Kinder und Jugendliche bemerken meist schon in den ersten beiden Wochen der Therapie eine deutliche Verminderung der Steifigkeit, ein Abklingen der Schwellungen und eine Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit.

Bei der Therapie der systemischen Form der JIA (Fieber, hohe Entzündungswerte, Serositis wie z. B. dem lebensbedrohlichen Perikarderguss, Milzvergrößerung, Exanthem und Arthritis = soJIA) waren oft monate- bis jahrelang dauernde tägliche Dosen oraler Corticosteroidgaben weit über der Cushingschwelle notwendig, um die systemische Entzündung zu bekämpfen. Die Folgen waren Minderwuchs, Knochenbrüchigkeit, Femurkopfnekrosen, Fettsucht, Glukosetoleranzstörungen und arterielle Hypertension.

MTX und Azathioprin haben teilweise geholfen, die Dauer der Cortisonabhängigkeit zu reduzieren. TNF- α -Inhibitoren oder TNF- α -Antikörper haben keinen guten Therapieeffekt erzielt. Es ist eine Entdeckung der letzten Jahre, dass soJIA-Biologika, die Interleukin 1 oder Interleukin 6 hemmen, zu deutlich besseren Erfolgen führen. Es ist zu erwarten, dass die bei dieser Erkrankung hohe corticosteroidbedingte Nebenwirkungsrate deutlich verringert werden kann. Ergänzende Maßnahmen wie Physiotherapie und Ergotherapie mit Tages- und Nachtschienen sind Standard in der Betreuung der verschiedenen Formen der JIA. In der Schule muss auf eine Anpassung der Anforderungen in den Unterrichtsgegenständen Textiles Werken und Bewegung und Sport an den gegenwärtigen Entzündungszustand der Gelenke geachtet werden. Jährlich gibt es Therapiewochen, veranstaltet z. B. durch die Selbsthilfegruppe Rheumatis und durch das Österreichische Rote Kreuz. Für den Fall einer notwendigen Rehabilitation werden Kinder mit JIA nach Garmisch Partenkirchen geschickt.

Erfreulich ist, dass bei JIA zunehmend die bei Erwachsenen zugelassenen Biologika auch im Kindesalter in Phase-III-Studien und Beobachtungsstudien untersucht werden. Dies ist eine deutliche Hilfe und bedeutet Rechtssicherheit für die rheumatologisch tätigen KinderfachärztInnen, musste diese/r früher doch weit öfter Medikamente außerhalb der Zulassung, jedoch gemäß dem bestehenden Wissen in der Behandlung der JIA verabreichen.

Der Einsatz von MTX und von Biologika wird helfen, die Berufsfähigkeit von erwachsen gewordenen PatientInnen mit JIA deutlich zu verbessern.

4.2.10 Haltungsschäden

Ingrid Nagy, Elisabeth Schuschnig, Daniela Thurner

Die MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien führt seit 1949/50 für die Eltern kostenlos orthopädische Untersuchungen an Wiener Pflichtschulkindern im Alter von 6 bis 10 Jahren durch. Primär werden Schulkinder der 1. und 3. Volksschulklassen untersucht.

Grundgedanke der Untersuchung ist die Erfassung frühkindlicher Haltungsschäden und Information der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten über festgestellte Pathologien. Den Eltern wird bei Auffälligkeiten empfohlen, mit ihrem Kind eine niedergelassene Fachärztin bzw. einen niedergelassenen Facharzt für Orthopädie zu konsultieren.

Ziel ist nicht nur die Empfehlung der Behandlung festgestellter Erkrankungen des kindlichen Bewegungs- und Stützapparats, sondern darüber hinaus die Prävention von einschlägigen Erkrankungen im Erwachsenenalter, welche neben persönlichen Einschränkungen der Betroffenen auch zu kostspieligen Arbeitsausfällen und Frühpensionierungen führen können.

Insgesamt gab es im Schuljahr 2010/11 15.714 Schulanfängerinnen und Schulanfänger. Davon wurden insgesamt 2.033 Kinder (12,9%) untersucht. An dieser Stelle sei erwähnt, dass die hier dargelegten Untersuchungsergebnisse zwar aufschlussreich sind, den Anspruch einer repräsentativen Erhebung aber nicht erfüllen, da die Auswahl der Schulen nicht einer Querschnittsstichprobe für das Bundesland Wien entspricht. Somit können mit diesen Daten keine generellen Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Wiener Schülerinnen und Schüler gezogen werden.

Die folgende Grafik stellt die von der MA 15 durchgeführten Untersuchungsergebnisse für die Initiative Bewegtes Lernen sowie für die orthopädischen Reihenuntersuchungen gesammelt dar.

Die in Grafik 1 dargestellten Untersuchungsergebnisse von Wirbelsäulenanomalien, Fuß- und Beinveränderungen sowie aspektmäßigem Übergewicht zeigen den seit jeher hohen Anteil an Kindern mit Auffälligkeiten der Wirbelsäule. Hierbei handelt es sich um überwiegend muskulär, aber auch um skoliotisch bedingte Fehlhaltungen.

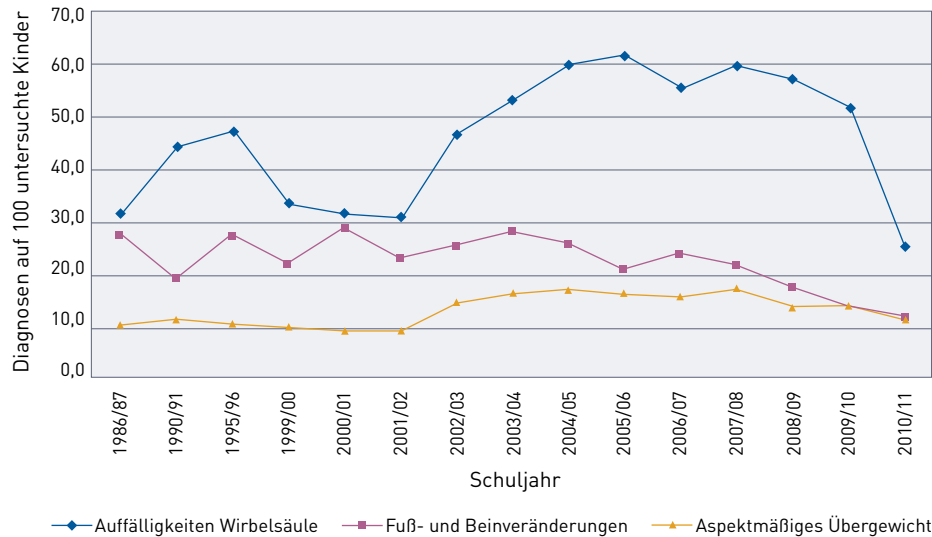
Anhand der Mittelwertberechnungen seit dem Schuljahr 1986/87 geht hervor, dass

- bei etwas mehr als jedem 2. Kind Auffälligkeiten bei der Wirbelsäule festgestellt worden sind,
- bei fast jedem 5. Kind Fuß- und Beinveränderungen sowie
- bei mehr als jedem 7. Kind aspektmäßiges Übergewicht diagnostiziert worden ist.

Das heißt, dass bei jedem 2. Kind der von der MA 15 jemals untersuchten Kinder zwischen 6 und 10 Jahren ein pathologisches Bewegungsmuster zu Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats geführt hat.

Die Untersuchungen zeigen ein sehr hohes Aufkommen von Wirbelsäulenanomalien.

Abbildung 4.34: Anteil der Kinder mit Wirbelsäulenanomalien, Fuß- und Beinveränderungen sowie aspektmäßigem Übergewicht auf 100 untersuchte Kinder, Schuljahr 1986/87 bis 2010/11¹, Wien



Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

1. Im Schuljahr 2010/11 wurden erheblich weniger Untersuchungen durchgeführt. Wie schon seit dem Schuljahr 2003 haben hauptsächlich nur mehr jene Schulen teilgenommen, die immer schon reges Interesse an den orthopädischen Reihenuntersuchungen gezeigt haben.

Laut Dr. Preschitz, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, ist die Ursache für Haltungsfelder im zu langen und fehlerhaften Sitzen auf falschen Sitzmöbeln und ungeeigneten Arbeitstischen, falsches Heben und Tragen, Gehen und Stehen begründet (Preschitz 1998). Um den Auffälligkeiten nachhaltig entgegenzutreten, wurde von der Stadt Wien das Projekt „Bewegtes Lernen“ mit betreut. Die nunmehrige „Initiative Bewegtes Lernen“ ist inzwischen als eigenständiger Bereich in der Wiener Gesundheitsförderung (WiG) angesiedelt und verfügt über eigene orthopädische Fachkräfte. Bis Ende März 2011 stellte die MA 15 für medizinische Begutachtungen fachärztlich orthopädische Kapazitäten zur Verfügung.

Initiative Bewegtes Lernen – Gesundheitsförderung BWL-GF

Marina Thuma, MBA

Setting: Volks- und Sonderschule

Zielgruppe: PflichtschülerInnen, vor allem im Alter von 6 bis 10 Jahren

Bereits im Jahr 2000 hatten 36% aller Kinder Haltungsschäden, 30% Fuß- oder Beindefor-mationen.

Im Jahr 2000 wurde die Initiative Bewegtes Lernen – Gesundheitsförderung BWL-GF in Wien gestartet, um den bereits im Volksschulalter immer öfter auftretenden Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats entgegenzuwirken. Schon damals wurden bei 36% aller Kinder Haltungsschäden bzw. bei 30% Fuß- oder Beindefor-mitäten diagnostiziert.

Ziel dieser seit 11 Jahren bestehenden Initiative ist das multisensorische, bewegte und handlungsorientierte Lernen über alle Sinne, welches als wirkungsvolles Prinzip im Unterricht integriert wird. Zusätzliches Bewegungsangebot während der Unterrichtszeit und in den

Pausen soll die Qualität des Lernens, die Informationsverarbeitung durch gesteigerte Lernmotivation und den Gesundheitszustand der Kinder im Bereich ihrer physischen, emotionalen, intellektuellen bzw. sozialen Entwicklung optimieren. Ein **bewegungsreicher, rhythmisierter Schulalltag** mit einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Bewegung, Entspannung und Konzentration soll der Sitzschule, die bereits 1886 vom Sportpädagogen Emil Ferdinand Hartwich kritisiert wurde, entgegenwirken. Die Idee des „Bewegten Lernens“ basiert auf dem von Urs Illy, einem Schweizer Sportpädagogen Anfang der 1980er-Jahre entwickelten Konzept der „Bewegten Schule“, welches Bewegung als ein Lebensprinzip versteht.

Um diese Zielsetzung effizient und qualitätsvoll in die Praxis umsetzen zu können, bietet das Institut Bewegtes Lernen – Gesundheitsförderung IBL-GF in Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule Wien einen zweisemestrigen Lehrgang „PädagogInnen für Bewegtes Lernen – Gesundheitsförderung“ an. **Bisher wurden ca. 400 PädagogInnen ausgebildet**, die für die Initiative Bewegtes Lernen – Gesundheitsförderung IBL-GF eingesetzt werden können.

Gemeinsam mit dem **Wiener Stadtschulrat** werden Klassen mit dem Schwerpunkt Bewegtes Lernen als dynamisches Lehr- und Lernsystem eingerichtet. Im **Schuljahr 2010/11** haben **4.500 Kinder bzw. 190 Klassen** das Angebot des Instituts Bewegtes Lernen angenommen. Mit Unterstützung der MA 51 – Sportamt der Stadt Wien werden alle **ausgewählten Klassen** mit Geräten wie Gleichgewichtsscheiben, Jongliermaterialien, Pedalos oder Rollbrettern ausgestattet, die für Bewegungssequenzen zur Vermittlung von Lerninhalten und in den Pausen eingesetzt werden.

ExpertInnen mit speziellen Ausbildungen (wie TrainerInnen, TherapeutInnen, dipl. SportlehrerInnen, SportwissenschaftlerInnen, PhysiotherapeutInnen, ÄrztInnen) führen gemeinsam mit dem/r KlassenlehrerIn die Kinder in vielfältige Bewegungselemente, wie Rückenschule, Koordinationstraining, Rhythmik, gesundes Essen, Zirkuskünste – Gleichgewicht – Akrobatik, Theater- und Spielpädagogik u. v. m. ein.

Im Bereich der Prävention werden im **Ablauf der 4 Projektjahre** (die Begleitung erfolgt in den ersten 4 Schulstufen) **2 geförderte orthopädische Untersuchungen und 2 Wirbelsäulenscreenings** (gefördert von der Wiener Gesundheitsförderung – WiG), **1 Koordinationscheck und 2 sportmotorische Tests** (in Kooperation mit dem Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport) durchgeführt. Die ausgewerteten Tests werden kindgerecht aufbereitet, um das Verständnis und den Zugang des Kindes im Bereich Gesundheit zu fördern. Für das **Wirbelsäulenscreening** steht mit der **Medimouse** ein nicht strahlenbelastendes Oberflächenmessverfahren der Wirbelsäule zur Verfügung, mit dem die sagittale Rückenkontur und Beweglichkeit von Halswirbelkörper 7 bis zum Sakrum nichtinvasiv erfasst und dokumentiert werden kann. Bisherige Ergebnisse sprechen für gute inter- und intra-observer-Reproduzierbarkeit bei hoher Validität und klinischer Relevanz der Messgrößen.

Anschließend an die jeweiligen Untersuchungen erfolgen **spezifische Trainingseinheiten mit KlassenlehrerIn und ExpertInnen**, wie Rückenschule oder Koordinationstraining in spielerischer, lustbetonter Form. Dabei können die SchülerInnen sowohl in ihren bei den jeweiligen Checks erhobenen Stärken individuell gefordert als auch in ihren Schwächen intensiv gefördert werden. Dadurch kann ein Ansteigen der Haltungsschwächen bzw. -schäden gebremst werden. **6 ExpertInnen-Einheiten pro Schuljahr** stehen jeder Klasse zur Verfügung. Der/die KlassenlehrerIn unterrichtet innerhalb der 4 Unterrichtsjahre in der Schwerpunktklasse 2 Unterrichtseinheiten mehr, um die tägliche Bewegungszeit sowie alle genannten Zielsetzungen der Initiative umsetzen zu können.

Die Ergebnisse einer vierjährigen Längsschnittstudie im Jahr 2005 (Khan et al. 2005), die das Konzept des Bewegten Lernens genau untersucht hat, hat Folgendes gezeigt:

Im Schulalltag braucht es ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Bewegung, Entspannung und Konzentration.

2010/11:
4.500 Kinder haben das Angebot in Anspruch genommen.

- Die Haltungsgesundheit hat sich weniger verschlechtert.
- Die sportmotorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten haben sich gebessert.
- Die Schulunlust steigt weniger stark an.
- Das soziale Verhalten der Kinder in den Auswahlklassen verbessert sich.
- Die Kinder können sich besser und situationsadäquat konzentrieren bzw. entspannen.

Zusammenfassung

Wissenschaftlich bestätigt kann festgestellt werden, dass das Konzept des Bewegten Lernens nachhaltig das Gesundheitsbewusstsein der Kinder fördern kann. Es verbessert ihre Lernleistungen durch erhöhte Merk- und Konzentrationsfähigkeit. Haltungsschäden werden vorgebeugt und darüber hinaus lernen die Kinder besser mit Gefahrenquellen – z. B. können sie durch das Falltraining beim Skaten, Radfahren oder Eislaufen schneller und richtig reagieren, wodurch sich die gesundheitlichen Risiken minimieren – bzw. Aggressionen umzugehen. Des Weiteren unterstützt das BWL-GF ein positives Arbeitsklima bzw. schafft die Basis zur Förderung des Miteinanders im Setting Schule, nicht zuletzt durch die MultiplikatorInnen- und Vorbildwirkung auf die gesamte SchülerInnengemeinschaft sowie auf die LehrerInnen-schaft und Eltern der Kinder in diesen Schulen.

Besonders in ganztägigen Schulformen muss dem Bewegungsbedürfnis des Kindes ausreichend Zeit und Raum gegeben werden und der Arbeits- bzw. Lebensraum Schule bewegungsfreundlich gestaltet werden, um eine gesunde Entwicklung des Kindes zu gewährleisten.

Literatur

Preschitz, Herbert (1998): Wirbelsäulenuntersuchungen in den Wiener Pflichtschulen durch Fachärzte für Orthopädie des orthopädischen Referats der Magistratsabteilung 15. Mitteilungen der Sanitätsverwaltung 1998/10, S. 30–32.

Khan, Gabriele; Mucha, Elisabeth; Werthner, Roland; Petrakovits, Peter: Evaluation des Schulversuchs „Bewegtes Lernen – Das Wiener Modell“. Wien 2005 (veröffentlicht u. a. in Erziehung und Unterricht)

4.2.11 Zahngesundheit/Jugendzahnklinik Wien

Eva Oppolzer

Die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahren mit Hilfe zahlreicher strukturierter Prophylaxeprogramme wesentlich verbessert. Bei der Verteilung der Karies ist aber eine Polarität zu beobachten. Während viele Kinder wenig bis keine Karies aufweisen, haben einige wenige Kinder noch sehr viel Karies (Quelle GÖG/ÖBIG 2007). Diese Risikokinder gilt es zu erfassen und geeigneten Prophylaxemaßnahmen zuzuführen.

Kinder mit besonderem zahnärztlichen Betreuungsbedarf

Im Rahmen der Zahnstuserhebung 2006 bei 6-Jährigen und Kindern mit Migrationshintergrund in Österreich der GÖG/ÖBIG-Koordinationsstelle Zahnstatus zeigte sich, dass Kinder mit besonderer Kariesgefährdung häufig aus Familien mit geringem Einkommens- und Bildungsniveau stammen. Kinder mit Migrationshintergrund sind überdurchschnittlich häufig von Karies betroffen.

Der Einfluss des sozialen Status auf die Mundgesundheit konnte auch in einer Studie der Bernhard Gottlieb Universitätszahnklinik Wien im Rahmen von vier Diplomarbeiten bestätigt werden. Es wurden 810 Kindergartenkinder im Alter von 4 und 5 Jahren an 60 Wiener Städtischen Kindergärten, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden, zahnärztlich untersucht und die Eltern mittels Fragebögen befragt. 52% der Kinder hatten bereits Karieserfahrung, wovon noch 51% einen Behandlungsbedarf aufwiesen. Die Bildung der Eltern, vor allem die der Mutter, korreliert mit der Zahngesundheit der Kinder (Afsharzadeh 2010).

Um schon die Milchzahnkaries zu vermeiden, sollen Prophylaxebemühungen möglichst frühzeitig erfolgen, wie z. B. in Kinderkrippen, Eltern-Kind-Beratungsstellen und in Zusammenarbeit mit PädiaterInnen. Ganz wesentlich ist die Einbindung der Eltern und deren frühzeitige, im Sinne einer Primär-Primär-Prophylaxe bereits in der Schwangerschaft beginnende, zahnärztliche Beratung.

Die **Frühkindliche Karies (Early Childhood Caries – ECC)** gilt als eine der häufigsten Erkrankungsformen von Kleinkindern und wird international als Public-Health-Problem gewertet (European Academy of Paediatric Dentistry 2008). Der frühere Begriff „Flaschenkaries“ und dessen zahlreiche Synonyme wurden 1994 durch den Ausdruck ECC ersetzt und umfasst nun eine multifaktorielle Krankheit. Vor allem die als Typ II bezeichnete Form (Wyne 1999) kann frühzeitig zu einer extremen Zerstörung des Milchgebisses führen. Als Hauptursachen gelten eine **verlängerte Trinkzufuhr** vor allem nachts aus **Saugerflaschen** mit kariogenen/erosiven Getränken (z. B. Säfte, Eistee), gepaart mit einer frühen **vertikalen Keimübertragung** (zumeist von der Mutter auf das Kind) sowie eine **ungenügende Mundhygiene**. Neben anderen Kausalfaktoren spielen Risikofaktoren wie **ungesunder Lebensstil** sowie **unregelmäßige Inanspruchnahme ärztlicher Dienste** eine Rolle. So werden die Kinder häufig erst bei fortgeschrittener Progression einer Zahnärztin/einem Zahnarzt vorgestellt (Borutta et al. 2010).

Die frühkindliche Karies stellt somit oft ein ernstes Problem dar, da bei großem Behandlungsbedarf die psychomentele Entwicklung des Kleinkindes eine invasive Therapie nur in Sedierung oder Allgemeinanästhesie zulässt (Stürzenbaum et al. 2006). Der frühzeitige und rasche Verlauf der Karies zeigt die Wichtigkeit der Zahngesundheitsfrühförderung zur Prävention.

Die Bildung der Eltern korreliert mit der Zahngesundheit der Kinder.

Zahnärztliche Untersuchung erfolgt häufig erst bei fortgeschrittener Karies.

Körperlich und/oder geistig behinderte Menschen zählen zur Hochrisikogruppe für Karies und Parodontalerkrankungen.

Behinderte und chronisch kranke Kinder benötigen ebenfalls häufig eine besondere zahnärztliche Betreuung. Gesundheitsvorsorge und zahnärztliche Betreuung erfordern im Gegensatz zur alltäglichen Routine ein **spezielles Wissen und Rüstzeug**, geschulte Teams mit besonderer Aufmerksamkeit und insgesamt einen **erhöhten Zeit- und Personalaufwand** (Guideline on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs; American Academy of Pediatric Dentistry 2008). Die **UNO-Rahmenbestimmungen** für die medizinische Versorgung fordern u. a., dass Behinderte, insbesondere Säuglinge und Kinder, in der Qualität der medizinischen Betreuung und im Zugang zu derselben keinen Nachteil gegenüber den anderen Mitgliedern der Gesellschaft erfahren. Bezüglich der gegenwärtigen zahnärztlichen Versorgungssituation dieser PatientInnen in **Wien** werden weitere Anstrengungen unternommen, um diese Bestimmung vollständig umzusetzen.

Körperlich und/oder geistig behinderte Menschen zählen aufgrund der verminderten motorischen und/oder intellektuellen Fähigkeiten bei der Mundpflege zur Hochrisikogruppe für Karies und Parodontalerkrankungen (Cichon & Grimm 1999). Zusätzlich können verminderte Kaufunktion und damit verbundene breiige Ernährung, häufige hochkalorische Nahrungszufuhr, Nebenwirkungen von Medikamenten, Fehlfunktionen, aber auch Systemerkrankungen (z. B. bei Diabetes mellitus) und Störungen des Immunsystems (z. B. beim Down-Syndrom) eine Rolle spielen.

Besonderes Augenmerk ist auf psychologische Aspekte zur Verbesserung der Compliance und eine gründliche Anamneseerhebung zu legen. Die Behandlungsplanung erfordert häufig eine Zusammenarbeit mit anderen ärztlichen Fachdisziplinen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Zahnärztlich soll ein stabiles, funktionell und ästhetisch befriedigendes Ergebnis angestrebt werden, das sich im Grundsatz nicht von der sonst üblichen zahnmedizinischen Versorgung unterscheiden soll (Cichon et al. 2004). **Recall und Prophylaxe**, sowohl als präventive Maßnahme als auch zur Stabilisierung therapeutischer Erfolge, sind zwingend. Ernährungsberatung, individuelles Anleiten zur Mundpflege sowie die professionelle Zahnreinigung (auch in Sedierung) mit Fluoridierungsmaßnahmen und bakterienreduzierenden Lacken in risikoadäquaten Zeitabständen sind dabei die Grundpfeiler.

Maßnahmen

Die Jugendzahnklinik Wien

Die Jugendzahnklinik der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien besteht in ihrer heutigen Rechtsform als nicht bettenführende Krankenanstalt für Zahnmedizin an ihrem Standort im 9. Bezirk seit April 1979. Das Behandlungs- und Betreuungsangebot der Jugendzahnklinik ist auf **Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr** sowie **PatientInnen mit Behinderung** speziell abgestimmt.

11 Zahnärztinnen, eine diplomierte Kinderkrankenschwester sowie 13 zahnärztliche Assistentinnen sind zu spezialisierten Teams zusammengefasst. Sie betreuen die konservierende Abteilung, die Kieferorthopädie sowie die Narkosestation, in der derzeit in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin des Sozialmedizinischen Zentrums Ost die zahnärztlichen Behandlungen bei nicht kooperativen PatientInnen durchgeführt werden. Grundsätzlich wird jede/r PatientIn unter Mitarbeit von drei speziell ausgebildeten Prophylaxeassistentinnen in ein risikoadäquates Prophylaxeprogramm aufgenommen. Eine Psycho-

login steht für die Betreuung von ängstlichen und verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen sowie zur Beratung derer Angehöriger zur Verfügung.

Im Rahmen der kurativen Tätigkeit in der Jugendzahnklinik finden pro Jahr rund 10.000 Behandlungssitzungen statt. Ein Drittel entfällt dabei auf Behandlungen in der kieferorthopädischen Station. Durchschnittlich 1.500 Behandlungssitzungen wurden im Jahr 2010 in Sedierungen und Vollnarkosen durchgeführt.

In der Jugendzahnklinik finden jährlich rund 10.000 Behandlungssitzungen statt.

Übersicht über die derzeitigen Angebote der Jugendzahnklinik

- Allgemeine zahnmedizinische Versorgung bis zum 18. Lebensjahr
- Behandlung von PatientInnen mit Behinderung ohne Altersbegrenzung
- Zahnbehandlung unter Sedierung (Dämmerschlaf) in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin des SMZ Ost – Donauspital, insbesondere Eingriffe:
 - Bei Kleinkindern: Extraktionen akuter, eitriger und chronisch entzündeter sowie traumatisch frakturierter, nicht erhaltbarer Zähne
 - Milchzahnsanierung (möglichst quadrantenweise) gemäß den Richtlinien einer zeitgemäßen Kinderzahnheilkunde
 - Einzelne Füllungen sowie Extraktionen nicht erhaltenswürdiger bleibender Zähne
 - Parodontaltherapeutische Eingriffe (Zahnsteinentfernung, Taschenbehandlung)
 - Kontrollen mit gleichzeitiger Applikation schützender Lacke
 - Kieferorthopädische Beratung und Behandlung
 - Kariesvorsorge
 - Mundhygiene (Zahnputzunterricht, professionelle Zahnreinigung)
 - Kinderpsychologische Betreuung im Rahmen der Behandlungen

Aktuell findet eine Konzeptentwicklung auf Basis einer wienweiten Bedarfsanalyse gemeinsam mit dem Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen statt. Es soll zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur von PatientInnen mit besonderem zahnärztlichen Behandlungsbedarf dienen.

Literatur

Afsharzadeh, N. (2010): Der Einfluss des sozialen Status auf das Ergebnis der Kariesstuserhebung bei 4 und 5 jährigen Kindern in Wiens Städtischen Kindergärten. Universitätsbibliothek. Medizinische Universität Wien.

American Academy of Pediatric Dentistry (2008): Guideline on Management of Dental Patients With Special Health Care Needs. *Pediatr Dent* 2008–2009; 30 (7 Suppl), 107–111.

Borutta, A., Wagner, M. & Kneist, S. (2010): Bindungsgefüge der frühkindlichen Karies. *Oralprophylaxe und Kinderzahnheilkunde* 32, 58–63.

Bodenwinkler, A., Sax, G., Kerschbaum, J. & Städtler, P. (2007): Zahnstatus 2006: Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich. Wien: Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG.

Cichon, P. & Grimm, W.-D. (1999): Zahnheilkunde für behinderte Patienten (Teil 1). Hannover: Schlütersche GmbH & Co Verlag.

Cichon, P., Ehmer, U., Hohoff, A., Machtens, E., Scheutzel, P. & Schulte, A. (2004): Grundsätze bei der zahnärztlichen Behandlung von Personen mit Behinderungen. *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 59, 551–552.

European Academy of Paediatric Dentistry (2008): Guidelines on Prevention of Early Childhood Caries: An EAPD Policy Document. Approved by the EAPD Board, November 2008.

Stürzenbaum, N., Butz, C.-L. & Heinrich-Weltzien, R. (2006): Sanierung von Kleinkindern mit frühkindlicher Karies (Early Childhood Caries) in Allgemeinanästhesie. Oralprophylaxe und Kinderzahnheilkunde 28, 155–160.

UNO (1993): Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte. Bestimmung 02: Medizinische Versorgung.

Wyne, A.-H. (1999): Early Childhood Caries: nomenclature and case definition. Community Dent Oral Epidemiol 27, 313-315.

Tipptopp-Kariesstopp: Zahngesundheitsförderung an Wiener Kindergärten und Volksschulen

Sophie Böhm, Matthias Hümmelink

Zahngesundheitsförderung an Wiener Kindergärten und Volksschulen wird im Rahmen des Programms Tipptopp-Kariesstopp betrieben. Das Programm wird seit dem Jahr 2000 von der Stadt Wien und den Wiener Krankenversicherungsträgern durchgeführt, seit dem Jahr 2009 zeichnet für die Stadt Wien die Wiener Gesundheitsförderung für das Programm verantwortlich. **In den vergangenen 10 Jahren ist das Programm schnell gewachsen und erreicht insgesamt 100% aller öffentlichen Volksschulen und 26% aller Kindergärten in Wien.**

Ziel des Programms ist neben der Motivation zur aktiven Individualprophylaxe und der Entwicklung eines eigenverantwortlichen, ganzheitlichen Gesundheitsbewusstseins die **Erreichung der WHO-Ziele bis zum Jahr 2020:**

- mindestens 80% der 6-Jährigen kariesfrei
- 12-Jährige im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne

Das Programm besteht aus 3 Teilen: **der zahnmedizinischen Reihenuntersuchung, der Zahngesundheitserziehung und dem Zahntheater.** Die zahnmedizinische Reihenuntersuchung, von ZahnärztInnen der Stadt Wien durchgeführt, findet an allen öffentlichen Volksschulen in Wien in der 1. und 4. Klasse statt. In den sogenannten Programmschulen werden darüber hinaus auch die 2. und 3. Klassen untersucht. Wird Karies oder eine kieferorthopädische Auffälligkeit diagnostiziert, bekommen die Kinder einen Informationszettel für die Eltern, mit der Empfehlung, zu einer niedergelassenen Zahnärztin bzw. einem niedergelassenen Zahnarzt zu gehen, sowie Tipps zur Zahngesunderhaltung.

Die **Zahngesundheitserziehung** findet ausschließlich in den **Programmschulen und -kindergärten** (95 Volksschulen, 228 Kindergärten) statt. Diese Schulen werden im Abstand von 4 Jahren anhand der Ergebnisse der zahnmedizinischen Reihenuntersuchung ausgewählt. Es handelt sich dabei um die **öffentlichen Volksschulen mit der höchsten Karieshäufigkeit bei den SchülerInnen.** Die Programmkindergärten werden aus dem Einzugsgebiet der Programmschulen gewählt.

Die **Zahngesundheitserziehung** findet **zwei Mal jährlich** in jeder Klasse der Programmschulen bzw. jeder Gruppe der Programmkindergärten statt. Ausgebildete ZahngesundheitserzieherInnen vom Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit – PGA vermitteln den Kindern spielerisch, erlebnisorientiert und altersgerecht Wissen zur Zahn- und Mundgesundheit und

Das Programm erreicht 100% aller öffentlichen Volksschulen.

Zahnmedizinische Reihenuntersuchungen werden an allen öffentlichen Volksschulen in Wien durchgeführt.

üben im Anschluss in Kleingruppenarbeit gemeinsam das Zähneputzen. Jedes Kind erhält bei jedem Besuch der ZahngesundheitserzieherInnen eine altersgerechte Zahnbürste.

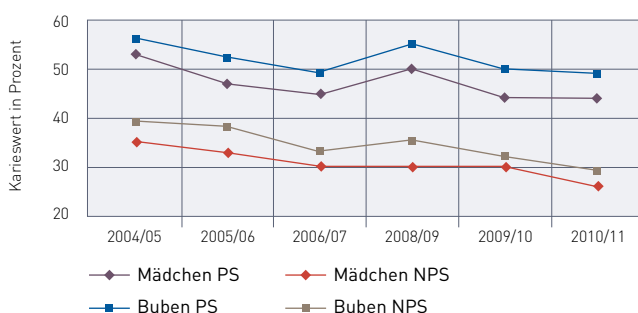
Das europaweit einzigartige **Zahntheaterstück** mit dem Titel „Im Mund geht's rund!“ findet in allen Nichtprogrammsschulen im Abstand von 3,5 Jahren statt. Jedes Kind an öffentlichen Wiener Volksschulen, welches nicht die zahnpädagogische Intensivbetreuung mit 2 Besuchen im Jahr erhält, sieht mindestens einmal in seiner/ihrer Volksschulkarriere das Zahntheater. Im Anschluss wird ebenfalls in Kleingruppen das Zähneputzen gezeigt und geübt. Jedes Kind erhält eine altersgerechte Zahnbürste. Das Zahntheater wird vom PGA umgesetzt. Pro Schuljahr werden rund 10.000 Kinder erreicht.

Durch das Programm wird versucht, auch Eltern und Erziehungsberechtigte zu erreichen. Die Schulen und Kindergärten haben die Möglichkeit, ZahngesundheitserzieherInnen zu ihren Elternabenden einzuladen, die einen kleinen Vortrag über Mundgesundheit halten, das Programm vorstellen und Anregungen zum Zahnputzverhalten zu Hause geben. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, einen betreuten Informationsstand für einen Elternabend anzufordern. Dadurch werden jährlich rund 2.500 Eltern und Erziehungsberechtigte erreicht.

Zahlen, Daten, Fakten

Um den Programmerfolg zu messen, werden die Daten der zahnmedizinischen Reihenuntersuchung in der 1. und 4. Klasse herangezogen. In der folgenden Grafik ist zu erkennen, dass der Karieswert der SchülerInnen der Programmschulen sich parallel zum Karieswert derer in Nicht-Programmschulen entwickelt, und das, obwohl im Zuge der Programmausweitung der letzten Jahre viele Schulen mit sehr hohen Karieswerten neu in den Programmschulwert eingegangen sind.

Abbildung 4.35: **Karieswerte in Prozent nach Geschlecht in der 4. Klasse der Programm- und Nicht-Programmschulen**



Buben sind häufiger von Karies betroffen als Mädchen.

Darüber hinaus zeigt sich, dass Buben häufiger Karies haben als Mädchen. Dieser Trend zieht sich durch alle Jahre, wobei sich die Werte der ErstklässlerInnen im Schuljahr 2010/11 stark angeglichen haben.

Standards für die orale Gruppenprophylaxe in Österreich wurden in einer Empfehlung des Obersten Sanitätsrates festgelegt. Die Stadt Wien ist gemeinsam mit den Wiener Krankenversicherungsträgern darum bemüht, die flächendeckende zahnpädagogische Betreuung von Kindern in Kindergärten und Volksschulen sowie deren Eltern zu erreichen. Seit Beginn des Jahres 2010 wird das Programm daher sukzessive ausgeweitet und erreicht im Schuljahr 2010/11 bereits **45% der öffentlichen Volksschulen und 34% der Kindergartenkinder** im Wiener Stadtgebiet mit intensiver zahnpädagogischer Betreuung. Das ist, verglichen mit dem Schuljahr 2004/05, eine Steigerung um 16 Prozentpunkte bei den Volksschulen.

In Zahlen: Im Schuljahr 2010/11 gab es insgesamt 95 Programmschulen gegenüber insgesamt 211 öffentlichen Volksschulen. In absoluten Zahlen wurden im Schuljahr 2010/11 insgesamt **9.771 Kinder in der 1. und 4. Klasse in Programmschulen untersucht**, gegenüber 13.459 Kindern in der 1. und 4. Klasse in Nicht-Programmschulen.

Zusammenfassung

Das Programm „Tiptopp-Kariesstopp“ zur Zahngesundheitsförderung in Wien besteht aus drei Elementen: der zahnmedizinischen Reihenuntersuchung, der Zahngesundheitserziehung und dem Zahntheater. Die zahnmedizinische Reihenuntersuchung findet in allen öffentlichen Wiener Volksschulen in der 1. und 4. Klasse statt. Eine intensivere Betreuung erhalten die Schulen, deren SchülerInnen erhöhte Karieswerte aufweisen. Die SchülerInnen dieser Schulen werden zwei Mal pro Jahr von einem/einer ZahngesundheitserzieherIn betreut. Zusätzlich findet hier die Reihenuntersuchung auch in der 2. und 3. Klasse statt. Der Anteil der intensiv betreuten Schulen gegenüber allen Wiener Volksschulen konnte in den letzten 10 Jahren auf rund 45% gesteigert werden. Das entspricht in etwa 22.000 betreuten Kindern pro Jahr.

Die Kinder an den Volksschulen mit besserem Zahnstatus werden über das Zahntheater zahnpädagogisch betreut. Sie sehen es während ihrer Volksschulkarriere mindestens einmal. Darüber hinaus werden spezielle Elternabende zum Thema Kariesprophylaxe und betreute Informationsstände bei regulären Elternabenden angeboten.

4.3 Mortalität von Säuglingen und Kindern

Jeannette Klimont, Erika Baldaszi

4

4.3.1 Totgeburten und Säuglingssterblichkeit

Am Ende des 19. Jahrhunderts setzte in den meisten europäischen Ländern eine deutliche Abnahme der Säuglings- und Kindersterblichkeit ein, welche sich nun schon seit längerem auf einem sehr niedrigen Niveau befindet. Starben Anfang der 1960er-Jahre in Österreich noch mehr als 30 von 1.000 Lebendgeborenen, waren es im vergangenen Jahrzehnt nur mehr zwischen drei und vier je 1.000 Lebendgeborenen. Die Zahl der Lebendgeborenen ist in Wien mit 17.989 im Jahr 2010 auf demselben Niveau wie zu Beginn der 1960er-Jahre, bundesweit ist sie jedoch von rund 126.000 im Jahr 1960 auf 78.742 im Jahr 2010 gesunken (siehe Tab. 4.38).

In Wien wurden im Jahr 2010 84 Säuglinge tot geboren, das sind 4,7 Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene. Damit lag in Wien die **Totgeburtenrate** über dem Bundesdurchschnitt, wo sie mit 296 totgeborenen Säuglingen 3,8 je 1.000 Lebendgeborenen betrug (siehe Tab. 4.33).

Die Totgeburtenrate beträgt in Wien 4,7 Säuglinge/1.000 Lebendgeborene.

Auch die Zahl der im 1. Lebensjahr verstorbenen Säuglinge lag in Wien höher als im gesamten Bundesgebiet, nämlich bei 5,8 je 1.000 Lebendgeborenen bzw. waren 104 Säuglinge betroffen. Hingegen betrug bundesweit mit 307 im 1. Lebensjahr verstorbenen Säuglingen die **Säuglingssterblichkeitsrate** 3,9 je 1.000 Lebendgeborene.

Die österreichische Geburtenstatistik ermöglicht eine detaillierte Aufschlüsselung der Säuglingssterblichkeit bzw. der Sterbefälle im 1. Lebensjahr (siehe Tab. 4.35): In den ersten 24 Stunden nach der Geburt starben in Wien 54 Säuglinge im Jahr 2010 (3,0 je 1.000 Lebendgeborene), in ganz Österreich 132 Säuglinge (1,7 je 1.000). In ihrer ersten Lebenswoche mussten in Wien 66 Säuglinge sterben, in Österreich 171 (3,7 bzw. 2,2 je 1.000 Lebendgeborene). Dieser Wert wird als „**frühneonatale Sterblichkeit**“ bezeichnet. Der Tod eines Säuglings innerhalb von 28 Tagen nach der Geburt wird als „**neonatale Sterblichkeit**“ bezeichnet und betraf in Wien 78, in ganz Österreich 214 Säuglinge (4,3 bzw. 2,7 je 1.000 Lebendgeborene). Die „**perinatale Sterblichkeit**“ umfasst die Zahl der Säuglinge, die tot geboren wurden oder in der 1. Lebenswoche gestorben sind, und betraf in Wien 150 Säuglinge, bundesweit 467 (8,3 bzw. 5,9 je 1.000 Lebendgeborene).

Die Säuglingssterblichkeitsrate beträgt 5,9 Säuglinge/1.000 Lebendgeborene.

Häufigste **Ursache der Säuglingssterblichkeit** waren im Jahr 2010 die angeborenen Fehlbildungen (ICD-10 Q00-Q99): bundesweit waren 76 Säuglinge davon betroffen, darunter 26 in Wien (siehe Tab 4.36). Die angeborenen Fehlbildungen waren für rund ein Viertel der Säuglingssterbefälle verantwortlich. Jeder fünfte Säuglingssterbefall in Wien und Österreich war eine Folge von zu kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht (ICD-10 P05-P08): in Wien waren 23, in ganz Österreich 60 Säuglinge betroffen. An plötzlichem Kindstod verstarben in Wien 6 Säuglinge, bundesweit waren es insgesamt 25 Säuglinge.

Häufigste Todesursache im Säuglingsalter: Angeborene Fehlbildungen.

Eine **Frühgeburt**, das heißt eine zu kurze Schwangerschaftsdauer und geringes Geburtsgewicht, aber auch das Vorhandensein von erkennbaren Missbildungen sind sowohl in Bezug auf die Totgeburten als auch auf die Säuglingssterblichkeit ein eindeutiges Risiko (siehe Tab. 4.37). In Wien wurden im Jahr 2010 53,8% der Säuglingssterbefälle und 39,3% der Totgeburten vor der 29. Schwangerschaftswoche geboren. Des Weiteren hatten 56,7% der Säuglingssterbe-

fälle in Wien und 60,7% der Totgeburten ein Geburtsgewicht von weniger als 1.500 g. Was die erkennbaren Missbildungen betrifft, so waren 5,8% der Säuglingssterbefälle und 6,0% der Totgeburten davon betroffen.

Es gibt auch Hinweise darauf, dass **soziodemografische Aspekte** Risikofaktoren für die Säuglingssterblichkeit und Frühgeburten sind: Tendenziell sind Mütter mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft und geringer Schulbildung, aber auch bei der Geburt besonders junge bzw. alte Mütter stärker betroffen (siehe Tab. 4.34 und 4.37).

4.3.2 Lebendgeborene mit erkennbaren Fehlbildungen

Im Jahr 2010 wurden in Wien 38 Säuglinge, in ganz Österreich 249 Säuglinge mit einer bei der Geburt erkennbaren Fehlbildung geboren. Die Fehlbildungsrate betrug somit für Wien 211,2 von 100.000 Lebendgeborenen, im gesamten Bundesgebiet 316,2 von 100.000 Lebendgeborenen.

Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems (ICD-10 Q65-Q79) betrafen rund die Hälfte aller dokumentierten Fälle sowohl in Wien als auch in Österreich, wobei angeborene Deformitäten der Füße und Polydaktylie (zusätzliche Finger oder Zehen) zu den häufigsten Diagnosen zählten (22,1 bzw. 11,1 je 100.000 Lebendgeborene in Wien). Sehr häufig traten auch Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten auf (33,4 je 100.000 Lebendgeborene in Wien).

Des Weiteren waren **angeborene Fehlbildungen des Herz-Kreislauf-Systems** häufig, insbesondere Fehlbildungen des Herzens (22,2 je 100.000 Lebendgeborene in Wien).

4.3.3 Kindersterblichkeit und Todesursachen

Laut der Todesursachenstatistik der Statistik Austria verstarben in Wien im Jahr 2010 143 Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren, in Österreich 468 Kinder und Jugendliche dieser Altersgruppe. In der Gesamtbevölkerung Wiens gab es im Jahr 2010 16.287 Todesfälle (954,9 auf 100.000 Einwohner), bundesweit waren es 77.199 (920,4 auf 100.000 Einwohner). Demnach betrafen in Wien 0,9% und in Österreich 0,6% aller Sterbefälle Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren (siehe Tab. 4.39).

Die **Sterblichkeit in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen unter 16 Jahren** betrug in Wien im Jahr 2010 bei den männlichen Verstorbenen 60,3 auf 100.000 Einwohner, bei den weiblichen Verstorbenen 50,1 auf 100.000 Einwohner. Damit lag die Kinder- und Jugendsterblichkeit in Wien über jener des gesamten Bundesgebietes, wo sie 38,4 auf 100.000 bei den männlichen und 31,5 auf 100.000 bei den weiblichen Verstorbenen betrug.

Im Jahr 2010 waren von den 143 Sterbefällen der unter 16-Jährigen in Wien 80 männlichen und 63 weiblichen Geschlechts (55,9% bzw. 44,1%). Der überwiegende Teil der Sterbefälle ereignete sich im 1. Lebensjahr (104 Fälle 72,7%). In den übrigen Altersgruppen (ab 1 bis unter 16 Jahren) war die Zahl der Sterbefälle gering: Von den insgesamt 39 Sterbefällen waren 14 Kinder 1 bis unter 3 Jahre alt, 8 Kinder 3 bis unter 6 Jahre, 7 Kinder 6 bis unter 10 Jahre und 10 Kinder und Jugendliche 10 bis unter 16 Jahre.

Missbildungsrate:
211,2/100.000 Lebend-
geborene

0,6% (143 absolut) aller
Sterbefälle betrafen Kinder
und Jugendliche unter
16 Jahre.

Im Alter von unter 1 Jahr waren in Wien 2010 **perinatale Affektionen** (ICD-10 P00-P96) und **angeborene Fehlbildungen** (ICD-10 Q00-Q99) die häufigsten Todesursachen (siehe Tab 4.40): 39 männliche und 25 weibliche Säuglinge starben an perinatalen Affektionen, vor allem aufgrund von zu kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, aber auch aufgrund von Schädigungen des Fötus oder des Neugeborenen durch Komplikationen mit der Plazenta, der Nabelschnur und den Eihäuten. Des Weiteren starben jeweils 15 männliche und weibliche Säuglinge an angeborenen Fehlbildungen, vor allem an Fehlbildungen des Herz-Kreislauf-Systems.

In der Altersgruppe ab 1 Jahr bis unter 16 Jahren gab es 7 Sterbefälle mit der Todesursache Krebs (ICD-10 C00-C97), des Weiteren 6 Fälle, die an infektiösen und parasitären Krankheiten (ICD-10 A00-B99) verstorben sind, jeweils 4 Fälle mit einer Todesursache aus einer der Gruppen Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (ICD-10 G00-H95) oder Unfälle (V01-X59) sowie 3 Sterbefälle mit der Todesursachengruppe Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ICD-10 E00-E90).

4.3.4 Datenquellen

Datenquelle „Statistik der Standesfälle“ der Statistik Austria

Die Statistik der Standesfälle basiert auf den für Verwaltungszwecke bestimmten Meldungen der rund 1.400 Standesämter Österreichs, die ihrerseits zum Teil auf Meldungen von Krankenanstalten, BeschauärztInnen und frei praktizierenden Hebammen beruhen.

Die Statistik der Standesfälle umfasst Geburten, Eheschließungen und Sterbefälle samt Todesursachen und bildet damit eine zentrale Datenquelle der Bevölkerungsstatistik. Die Erhebung und Aufarbeitung erfolgt monatlich nach dem Ereignisort, die Veröffentlichung nach dem Wohnort: Geburten werden nach dem Wohnort der Mutter, Sterbefälle nach dem letzten Wohnort des Verstorbenen und Eheschließungen nach dem gemeinsamen Wohnort des Paares, bei Fehlen eines solchen nach dem Wohnort des Bräutigams veröffentlicht. Es werden prioritär die Geburten (mit den bei der Geburt erkennbaren Missbildungen), dann die Eheschließungen und zuletzt die Gestorbenen und Todesursachen aufgearbeitet. Die gestorbenen Säuglinge werden im Zuge der Datenaufarbeitung um die bei der Geburt erfassten medizinischen Merkmale (Geburtsgewicht, Körperlänge usw.) angereichert.

Die Statistik hat den Charakter einer Vollerhebung aller in Österreich stattfindenden Geburten, Eheschließungen und Sterbefälle.

Die Statistik weist eine hohe Qualität auf, da die wichtigsten Informationen von den Standesämtern kommen, die wegen des Urkundencharakters ihrer Dokumente eine hohe Genauigkeit und Zuverlässigkeit aufweisen. Zudem ist durch eine fortlaufende Nummerierung der Eintragungen im Geburten-, Ehe- und Sterbebuch eine perfekte Kontrolle der Vollzähligkeit der Datenlieferung an die Statistik Austria gewährleistet.

Weitere Informationen:

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/index.html

4.3.5 Definitionen

Geborene

Lebendgeborene und Totgeborene.

Lebendgeborene

Bis 31. 12. 1976 galt ein Kind als lebendgeboren, wenn die natürliche Lungenatmung eingesetzt hatte. Zwischen 1. 1. 1977 und 31. 12. 1994 galt ein Kind als lebendgeboren, wenn entweder die natürliche Lungenatmung eingesetzt oder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert hat. Ab 1. 1. 1995: als lebendgeboren gilt unabhängig von der Schwangerschaftsdauer eine Leibesfrucht dann, wenn nach dem vollständigen Austritt aus dem Mutterleib entweder die Atmung eingesetzt hat oder irgendein anderes Lebenszeichen erkennbar ist, wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln, gleichgültig ob die Nabelschnur durchschnitten ist oder nicht oder ob die Plazenta ausgestoßen ist oder nicht (Definition entsprechend den WHO-Richtlinien). Siehe auch das Hebammengesetz (HebG) vom 28. April 1994, § 8.

Untergewichtig Geborene (Frühgeburten)

Geburtsgewicht unter 2.500 g (Definition entsprechend den WHO-Richtlinien).

Totgeborene

Bis 31. 12. 1976 galt ein Kind als totgeboren, wenn es mindestens 35 cm lang war und die natürliche Lungenatmung nicht eingesetzt hatte. Zwischen 1. 1. 1977 und 31. 12. 1994 (alte Definition) galt ein Kind als totgeboren oder in der Geburt verstorben, wenn es mindestens 35 cm lang war und weder die natürliche Lungenatmung eingesetzt noch das Herz geschlagen noch die Nabelschnur pulsiert hat. (Totgeborene Leibesfrüchte, die weniger als 35 cm lang sind, galten als Fehlgeburten und wurden nicht beurkundet.) Ab 1. 1. 1995 (neue Definition entsprechend den WHO-Richtlinien) gilt eine Leibesfrucht dann als totgeboren oder in der Geburt verstorben, wenn keines der unter „lebendgeboren“ angeführten Zeichen erkennbar ist und sie ein Geburtsgewicht von mindestens 500 g aufweist. (Totgeborene Leibesfrüchte, deren Geburtsgewicht weniger als 500 g aufweisen, gelten als Fehlgeburten und werden nicht beurkundet.) Da die alte Definition mit 35 cm Körperlänge einem durchschnittlichen Geburtsgewicht von etwa 1.000 g entspricht, bedeutet der Übergang zur neuen Definition eine definitorische Erhöhung der Totgeburtenhäufigkeit um etwa ein Drittel. Dieser Bruch in der Zeitreihe ist bei einem Zeitvergleich daher unbedingt zu beachten.

Neonatale Sterberate

Im 1. Lebensmonat (in den ersten 28 Lebenstagen) Gestorbene bezogen auf 1.000 Lebendgeborene desselben Kalenderjahres.

Perinatale Sterberate

Totgeborene und in der 1. Lebenswoche Gestorbene bezogen auf 1.000 Lebendgeborene desselben Kalenderjahres. Von der per 1. 1. 1995 erfolgten Definitionsänderung der Totgeborenen (siehe dort) war naturgemäß auch die Perinatalsterblichkeit betroffen, da der Bruch in der Zeitreihe zu einer definitorischen Erhöhung der Perinatalsterblichkeit führte.

Postneonatale Sterberate

Im 2. (nach dem 28. Lebenstag) bis 12. Lebensmonat Gestorbene bezogen auf 1.000 Lebendgeborene desselben Kalenderjahres.

Säuglingssterblichkeitsrate

Im 1. Lebensjahr Gestorbene bezogen auf 1.000 Lebendgeborene desselben Kalenderjahres.

Gestorbene

Alle verstorbenen Personen mit Wohnsitz in Österreich. In Österreich wohnhafte und im Ausland verstorbene Personen sind erst ab dem Berichtsjahr 2009 enthalten. Dies ist bei einem Vergleich der Gestorbenenanzahlen ab dem Berichtsjahr 2009 mit der Zahl der Sterbefälle früherer Jahre unbedingt zu berücksichtigen. Nähere Informationen dazu finden sich im Artikel „Sterbefälle auf ausländischem Staatsgebiet. Erweiterung der Datengrundlage der Gestorbenenstatistik“ in den Statistischen Nachrichten 5/2010. Personen, die im Ausland leben und in Österreich versterben, werden zwar erhoben und erfasst, sind in den publizierten Daten jedoch nicht enthalten. Die Zahlen der Totgeborenen sind ebenso nicht in den Zahlen der Gestorbenen enthalten.

Gestorbene Säuglinge

Im 1. Lebensjahr Gestorbene (ohne Totgeborene).

Tabelle 4.33: Totgeborene und späte Fetalsterblichkeit seit 2000

| Jahr | Wien | | Österreich | |
|--------|-----------------|-----|--------------------------|-----|
| | Absolute Zahlen | | auf 1.000 Lebendgeborene | |
| 2000 | 70 | 331 | 4,5 | 4,2 |
| 2001 | 72 | 278 | 4,7 | 3,7 |
| 2002 | 79 | 338 | 4,8 | 4,3 |
| 2003 | 81 | 307 | 4,9 | 4,0 |
| 2004 | 72 | 313 | 4,3 | 4,0 |
| 2005 | 84 | 289 | 5,0 | 3,7 |
| 2006 | 80 | 313 | 4,7 | 4,0 |
| 2007 | 76 | 291 | 4,5 | 3,8 |
| 2008 | 80 | 258 | 4,6 | 3,3 |
| 2009*) | 75 | 284 | 4,4 | 3,7 |
| 2010 | 84 | 296 | 4,7 | 3,8 |

Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung.
*) Zeitreihenbruch 2009 aufgrund verbesserter Vollzähligkeit durch das Einbeziehen im Ausland Gestorbener

Tabelle 4.34: Totgeborene 2010 nach Altersgruppen der Mutter und Geschlecht

| Alter der Mutter (in Jahresgruppen) | zusammen | männlich | weiblich | auf 1.000 Lebendgeborene | | |
|--|------------|------------|------------|--------------------------|------------|------------|
| | | | | zusammen | männlich | weiblich |
| | insgesamt | | | auf 1.000 Lebendgeborene | | |
| | Wien | | | | | |
| Zusammen | 84 | 46 | 38 | 4,7 | 5,0 | 4,4 |
| Unter 20 | 2 | 1 | 1 | 2,7 | 2,6 | 2,7 |
| 20 bis unter 25 | 15 | 9 | 6 | 4,8 | 5,5 | 4,0 |
| 25 bis unter 30 | 23 | 14 | 9 | 4,7 | 5,6 | 3,7 |
| 30 bis unter 35 | 27 | 10 | 17 | 5,2 | 3,7 | 6,7 |
| 35 bis unter 40 | 9 | 6 | 3 | 2,8 | 3,6 | 2,0 |
| 40 bis unter 45 | 6 | 4 | 2 | 8,2 | 10,1 | 5,9 |
| 45 und älter | 2 | 2 | - | 46,5 | 83,3 | 0,0 |
| | Österreich | | | | | |
| Insgesamt | 296 | 169 | 127 | 3,8 | 4,2 | 3,3 |
| Unter 20 | 12 | 6 | 6 | 4,8 | 4,9 | 4,8 |
| 20 bis unter 25 | 52 | 29 | 23 | 4,2 | 4,5 | 3,8 |
| 25 bis unter 30 | 82 | 48 | 34 | 3,3 | 3,8 | 2,8 |
| 30 bis unter 35 | 90 | 50 | 40 | 3,8 | 4,1 | 3,5 |
| 35 bis unter 40 | 38 | 20 | 18 | 3,0 | 3,0 | 3,0 |
| 40 bis unter 45 | 19 | 13 | 6 | 6,9 | 9,2 | 4,5 |
| 45 und älter | 3 | 3 | - | 19,4 | 39,0 | 0,0 |

Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Tabelle 4.35: Säuglingssterblichkeit seit 2000 nach Lebensdauer

| Lebensdauer | insgesamt | | in den ersten 24 Stunden Gestorbene | | unter 7 Tage ¹⁾ | | unter 28 Tage ²⁾ | | 28 Tage bis unter 1 Jahr ³⁾ | | Totgeborene und in der 1. Lebenswoche ⁴⁾ | |
|-------------|--------------------------|------------|-------------------------------------|------------|----------------------------|------------|-----------------------------|------------|--|------------|---|------------|
| | Wien | Österreich | Wien | Österreich | Wien | Österreich | Wien | Österreich | Wien | Österreich | Wien | Österreich |
| | absolute Zahlen | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 80 | 378 | 24 | 145 | 31 | 195 | 48 | 255 | 32 | 123 | 101 | 526 |
| 2001 | 96 | 365 | 39 | 143 | 52 | 193 | 68 | 250 | 28 | 115 | 124 | 471 |
| 2002 | 94 | 318 | 31 | 119 | 42 | 167 | 63 | 218 | 31 | 100 | 121 | 505 |
| 2003 | 104 | 343 | 48 | 131 | 63 | 185 | 81 | 238 | 23 | 105 | 144 | 492 |
| 2004 | 96 | 353 | 30 | 111 | 46 | 166 | 72 | 248 | 24 | 105 | 118 | 479 |
| 2005 | 96 | 327 | 41 | 118 | 48 | 172 | 61 | 230 | 35 | 97 | 132 | 461 |
| 2006 | 73 | 281 | 35 | 110 | 48 | 152 | 58 | 196 | 15 | 85 | 128 | 465 |
| 2007 | 92 | 280 | 39 | 111 | 54 | 157 | 65 | 192 | 27 | 88 | 130 | 448 |
| 2008 | 96 | 287 | 35 | 110 | 49 | 158 | 73 | 208 | 23 | 79 | 129 | 416 |
| 2009*) | 94 | 289 | 39 | 108 | 50 | 145 | 70 | 192 | 24 | 97 | 125 | 429 |
| 2010 | 104 | 307 | 54 | 132 | 66 | 171 | 78 | 214 | 26 | 93 | 150 | 467 |
| | auf 1.000 Lebendgeborene | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 5,1 | 4,8 | 1,5 | 1,9 | 2,0 | 2,5 | 3,1 | 3,3 | 2,1 | 1,6 | 6,5 | 6,7 |
| 2001 | 6,3 | 4,8 | 2,6 | 1,9 | 3,4 | 2,6 | 4,5 | 3,3 | 1,8 | 1,5 | 8,2 | 6,2 |
| 2002 | 5,7 | 4,1 | 1,9 | 1,5 | 2,6 | 2,1 | 3,8 | 2,8 | 1,9 | 1,3 | 7,4 | 6,4 |
| 2003 | 6,3 | 4,5 | 2,9 | 1,7 | 3,8 | 2,4 | 4,9 | 3,1 | 1,4 | 1,4 | 8,7 | 6,4 |
| 2004 | 5,7 | 4,5 | 1,8 | 1,4 | 2,7 | 2,1 | 4,3 | 3,1 | 1,4 | 1,3 | 7,0 | 6,1 |
| 2005 | 5,7 | 4,2 | 2,4 | 1,5 | 2,9 | 2,2 | 3,6 | 2,9 | 2,1 | 1,2 | 7,9 | 5,9 |
| 2006 | 4,3 | 3,6 | 2,0 | 1,4 | 2,8 | 2,0 | 3,4 | 2,5 | 0,9 | 1,1 | 7,5 | 6,0 |
| 2007 | 5,4 | 3,7 | 2,3 | 1,5 | 3,2 | 2,1 | 3,8 | 2,5 | 1,6 | 1,2 | 7,7 | 5,9 |
| 2008 | 5,5 | 3,7 | 2,0 | 1,4 | 2,8 | 2,0 | 4,2 | 2,7 | 1,3 | 1,0 | 7,4 | 5,4 |
| 2009*) | 5,5 | 3,8 | 2,3 | 1,4 | 2,9 | 1,9 | 4,1 | 2,5 | 1,4 | 1,3 | 7,3 | 5,6 |
| 2010 | 5,8 | 3,9 | 3,0 | 1,7 | 3,7 | 2,2 | 4,3 | 2,7 | 1,4 | 1,2 | 8,3 | 5,9 |

Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung.

*) Zeitreihenbruch 2009 aufgrund verbesserter Vollständigkeit durch das Einbeziehen im Ausland Gestorbener.
1) Frühneonatale Sterblichkeit. – 2) Neonatale Sterblichkeit. – 3) Postneonatale Sterblichkeit. – 4) Perinatale Sterblichkeit

Tabelle 4.36: Säuglingssterblichkeit seit 2000 nach Todesursachen

| Jahr | Gestorbene Säuglinge insgesamt | Angeborene Fehlbildungen (Q00-Q99, ohne Q23, Q24) | Angeborene Fehlbildungen der Aorten-, Mitralklappe (Q23) | Sonstige angeborene Fehlbildungen des Herzens (Q24) | Folgen von kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht (P05-P08) | Plötzlicher Kindstod (R95) | Folgen von Komplikationen mit Plazenta, Nabelschnur und Eihäuten (P02) | Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98) | Asphyxie (Atemdepression) unter der Geburt (P21) | Schädigung durch Schwangerschaftskomplikationen (P01) | Intrakranielle nichttraumat. Blutung beim Feten und Neugeborenen (P52) | Alle übrigen Todesursachen |
|--|--------------------------------|---|--|---|--|----------------------------|--|---|--|---|--|----------------------------|
| | | | | | | | | | | | | |
| absolute Zahlen | | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 80 | 27 | - | - | - | 12 | - | 2 | - | - | - | 39 |
| 2001 | 96 | 29 | - | - | - | 6 | - | 1 | - | - | - | 60 |
| 2002 | 94 | 11 | 2 | 7 | 50 | 8 | 3 | 2 | - | 1 | - | 10 |
| 2003 | 104 | 13 | - | 2 | 66 | 8 | 1 | 1 | 2 | - | - | 11 |
| 2004 | 96 | 10 | 2 | 4 | 62 | 4 | 3 | - | - | - | - | 11 |
| 2005 | 96 | 9 | 2 | 4 | 64 | 6 | 1 | 2 | - | - | - | 8 |
| 2006 | 73 | 7 | 1 | 5 | 46 | 3 | 1 | 2 | - | - | 1 | 7 |
| 2007 | 92 | 13 | 1 | 4 | 30 | 6 | 8 | 3 | 2 | - | - | 25 |
| 2008 | 96 | 19 | - | 5 | 30 | 5 | 14 | - | 2 | - | 1 | 20 |
| 2009*) | 94 | 13 | 1 | 7 | 15 | 5 | 10 | 2 | 1 | 6 | - | 34 |
| 2010 | 104 | 26 | - | 4 | 23 | 6 | 10 | 1 | 4 | 8 | 4 | 18 |
| in % der gestorbenen Säuglinge insgesamt | | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 100 | 34 | - | - | - | 15 | - | 3 | - | - | - | 49 |
| 2001 | 100 | 30 | - | - | - | 6 | - | 1 | - | - | - | 63 |
| 2002 | 100,0 | 11,7 | 2,1 | 7,4 | 53,2 | 8,5 | 3,2 | 2,1 | - | 1,1 | - | 10,6 |
| 2003 | 100,0 | 12,5 | - | 1,9 | 63,5 | 7,7 | 1,0 | 1,0 | 1,9 | - | - | 10,6 |
| 2004 | 100,0 | 10,4 | 2,1 | 4,2 | 64,6 | 4,2 | 3,1 | - | - | - | - | 11,5 |
| 2005 | 100,0 | 9,4 | 2,1 | 4,2 | 66,7 | 6,3 | 1,0 | 2,1 | - | - | - | 8,3 |
| 2006 | 100,0 | 9,6 | 1,4 | 6,8 | 63,0 | 4,1 | 1,4 | 2,7 | - | - | 1,4 | 9,6 |
| 2007 | 100,0 | 14,1 | 1,1 | 4,3 | 32,6 | 6,5 | 8,7 | 3,3 | 2,2 | - | - | 27,2 |
| 2008 | 100,0 | 19,8 | - | 5,2 | 31,3 | 5,2 | 14,6 | - | 2,1 | - | 1,0 | 20,8 |
| 2009*) | 100,0 | 13,8 | 1,1 | 7,4 | 16,0 | 5,3 | 10,6 | 2,1 | 1,1 | 6,4 | - | 36,2 |
| 2010 | 100,0 | 25,0 | - | 3,8 | 22,1 | 5,8 | 9,6 | 1,0 | 3,8 | 7,7 | 3,8 | 17,3 |
| Österreich | | | | | | | | | | | | |
| absolute Zahlen | | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 374 | 124 | - | - | - | 37 | - | 14 | - | - | - | 199 |
| 2001 | 370 | 112 | - | - | - | 26 | - | 6 | - | - | - | 226 |
| 2002 | 324 | 66 | 10 | 15 | 155 | 31 | 6 | 8 | 2 | 2 | 2 | 27 |
| 2003 | 349 | 69 | 2 | 16 | 166 | 29 | 5 | 9 | 6 | - | 3 | 44 |
| 2004 | 346 | 62 | 6 | 17 | 170 | 14 | 8 | 5 | 5 | - | - | 59 |
| 2005 | 328 | 68 | 4 | 16 | 153 | 30 | 7 | 9 | 3 | 3 | 1 | 34 |
| 2006 | 285 | 40 | 5 | 15 | 144 | 25 | 2 | 8 | 3 | 2 | 1 | 40 |
| 2007 | 288 | 57 | 4 | 8 | 94 | 23 | 24 | 8 | 4 | 1 | 3 | 62 |
| 2008 | 291 | 66 | 1 | 19 | 73 | 22 | 28 | 4 | 11 | 4 | 3 | 60 |
| 2009*) | 282 | 67 | 7 | 15 | 47 | 19 | 26 | 8 | 6 | 11 | 3 | 73 |
| 2010 | 308 | 76 | 6 | 12 | 60 | 25 | 26 | 5 | 10 | 16 | 16 | 56 |
| in % der gestorbenen Säuglinge insgesamt | | | | | | | | | | | | |
| 2000 | 100 | 33 | - | - | - | 10 | - | 4 | - | - | - | 53 |
| 2001 | 100 | 30 | - | - | - | 7 | - | 2 | - | - | - | 61 |
| 2002 | 100,0 | 20,4 | 3,1 | 4,6 | 47,8 | 9,6 | 1,9 | 2,5 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 8,3 |
| 2003 | 100,0 | 19,8 | 0,6 | 4,6 | 47,6 | 8,3 | 1,4 | 2,6 | 1,7 | - | 0,9 | 12,6 |
| 2004 | 100,0 | 17,9 | 1,7 | 4,9 | 49,1 | 4,0 | 2,3 | 1,4 | 1,4 | - | - | 17,1 |
| 2005 | 100,0 | 20,7 | 1,2 | 4,9 | 46,6 | 9,1 | 2,1 | 2,7 | 0,9 | 0,9 | 0,3 | 10,4 |
| 2006 | 100,0 | 14,0 | 1,8 | 5,3 | 50,5 | 8,8 | 0,7 | 2,8 | 1,1 | 0,7 | 0,4 | 14,0 |
| 2007 | 100,0 | 19,8 | 1,4 | 2,8 | 32,6 | 8,0 | 8,3 | 2,8 | 1,4 | 0,3 | 1,0 | 21,5 |
| 2008 | 100,0 | 22,7 | 0,3 | 6,5 | 25,1 | 7,6 | 9,6 | 1,4 | 3,8 | 1,4 | 1,0 | 20,6 |
| 2009*) | 100,0 | 23,8 | 2,5 | 5,3 | 16,7 | 6,7 | 9,2 | 2,8 | 2,1 | 3,9 | 1,1 | 25,9 |
| 2010 | 100,0 | 24,7 | 1,9 | 3,9 | 19,5 | 8,1 | 8,4 | 1,6 | 3,2 | 5,2 | 5,2 | 18,2 |

Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung.
 *) Zeitreihenbruch 2009 aufgrund verbesserter Vollständigkeit durch das Einbeziehen im Ausland Gestorbener

Tabelle 4.37: Säuglingssterbefälle und Totgeborene 2010 nach ausgewählten Merkmalen

| Merkmal | Säuglingssterbefall | | Totgeburt | | Säuglingssterbefall | | Totgeburt | |
|--|---------------------|-----------------|-----------|-----------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----------------|
| | Wien | Öster- reich | Wien | Öster- reich | Wien | Öster- reich | Wien | Öster- reich |
| | absolute Zahlen | | | | auf 1.000 Lebendgeborene | | | |
| Insgesamt | 104 | 307 | 84 | 296 | 5,8 | 3,9 | 4,7 | 3,8 |
| Schwangerschaftsdauer in angefangenen Wochen | | | | | | | | |
| bis unter 29 Wochen | 56 | 151 | 33 | 104 | 487,0 | 354,5 | 287,0 | 244,1 |
| 29 bis unter 33 Wochen | 9 | 26 | 17 | 55 | 50,3 | 33,3 | 95,0 | 70,4 |
| 33 bis unter 38 Wochen | 17 | 48 | 16 | 59 | 12,0 | 6,5 | 11,3 | 8,0 |
| 38 bis unter 42 Wochen | 21 | 78 | 17 | 76 | 1,5 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| 42 und mehr Wochen | 1 | 4 | 1 | 2 | 0,5 | 0,6 | 0,5 | 0,3 |
| Geburtsgewicht in Gramm | | | | | | | | |
| unter 1.500 | 59 | 170 | 51 | 160 | 254,3 | 178,8 | 219,8 | 168,2 |
| 1.500 bis unter 2.500 | 17 | 48 | 15 | 60 | 17,5 | 10,4 | 15,4 | 13,0 |
| 2.500 und mehr | 28 | 89 | 18 | 76 | 1,7 | 1,2 | 1,1 | 1,0 |
| Erkennbare Missbildungen | | | | | | | | |
| keine erkennbare Missbildung | 98 | 279 | 79 | 269 | 5,5 | 3,6 | 4,4 | 3,4 |
| eine oder mehrere Missbildung(en) | 6 | 28 | 5 | 27 | 157,9 | 112,4 | 131,6 | 108,4 |
| Staatsangehörigkeit des Kindes (bei der Geburt) | | | | | | | | |
| Österreich | 78 | 252 | 53 | 241 | 6,0 | 3,8 | 4,1 | 3,6 |
| Nicht-Österreich | 26 | 55 | 31 | 55 | 5,3 | 4,6 | 6,3 | 4,6 |
| ehem. Jugoslawien (ohne Slowenien) | 8 | 16 | 11 | 16 | 5,8 | 4,8 | 8,0 | 4,8 |
| Türkei | 5 | 10 | 4 | 12 | 8,0 | 5,8 | 6,4 | 6,9 |
| sonstige Staaten | 13 | 29 | 16 | 27 | 4,5 | 4,3 | 5,5 | 4,0 |
| Ausbildung der Mutter | | | | | | | | |
| Pflichtschule | 33 | 68 | 22 | 60 | 8,2 | 5,6 | 5,4 | 5,0 |
| Lehre, BMS | 20 | 107 | 15 | 114 | 4,5 | 3,2 | 3,4 | 3,4 |
| Höhere Schule, Hochschule | 28 | 86 | 18 | 57 | 4,1 | 3,2 | 2,6 | 2,1 |
| unbekannt | 23 | 46 | 29 | 65 | 8,5 | 6,7 | 10,7 | 9,5 |
| Alter der Mutter | | | | | | | | |
| unter 20 Jahre | 4 | 13 | 2 | 12 | 5,4 | 5,2 | 2,7 | 4,8 |
| 20 bis unter 35 Jahre | 69 | 209 | 65 | 224 | 5,2 | 3,4 | 4,9 | 3,7 |
| 35 Jahre und älter | 31 | 85 | 17 | 60 | 7,8 | 5,5 | 4,3 | 3,9 |

Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung.
 *) Zeitreihenbruch 2009 aufgrund verbesserter Vollzähligkeit durch das Einbeziehen im Ausland Gestorbener

Tabelle 4.38: Lebendgeborene seit 2002 nach erkennbaren Fehlbildungen

| Erkennbare Fehlbildung (Drei- bzw. Viersteller der 10. ICD-Revision) | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Wien | | | | | | | | | |
| absolute Zahlen | | | | | | | | | |
| Lebendgeborene Insgesamt | 16.428 | 16.486 | 16.856 | 16.740 | 17.112 | 16.885 | 17.375 | 17.154 | 17.989 |
| Ohne Fehlbildungen | 16.385 | 16.436 | 16.806 | 16.705 | 17.074 | 16.838 | 17.328 | 17.110 | 17.951 |
| Mit Fehlbildungen | 43 | 50 | 50 | 35 | 38 | 47 | 47 | 44 | 38 |
| Einfachfehlbildungen | 40 | 49 | 47 | 33 | 34 | 45 | 46 | 42 | 36 |
| Mehrfachfehlbildungen (einschließlich Q89.7) | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| auf 100.000 Lebendgeborene | | | | | | | | | |
| Mit Fehlbildungen | 261,7 | 303,3 | 296,6 | 209,1 | 222,1 | 278,4 | 270,5 | 256,5 | 211,2 |
| Einfachfehlbildungen | 243,5 | 297,2 | 278,8 | 197,1 | 198,7 | 266,5 | 264,7 | 244,8 | 200,1 |
| Mehrfachfehlbildungen (einschließlich Q89.7) | 18,3 | 6,1 | 17,8 | 11,9 | 23,4 | 11,8 | 5,8 | 11,7 | 11,1 |
| Fehlbildungen, lt. Dreistellergruppen der 10. ICD-Revision | | | | | | | | | |
| Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems (Q00-Q07) | 36,5 | 24,3 | - | 6,0 | 5,8 | 23,7 | 17,3 | 17,5 | 16,7 |
| Angeborener Hydrozephalus (Q03) | 6,1 | 12,1 | - | - | - | 11,8 | 11,5 | - | 5,6 |
| Spina bifida ohne Angabe eines Hydrozephalus (Q05.5-Q05.9) | 24,3 | 6,1 | - | 6,0 | - | 11,8 | 5,8 | 17,5 | 5,6 |
| Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses (Q10-Q18) | 18,3 | 6,1 | 17,8 | 17,9 | 5,8 | - | 11,5 | 5,8 | - |
| Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems (Q20-Q28) | 36,5 | 6,1 | 23,7 | 17,9 | 35,1 | 35,5 | 28,8 | 52,5 | 22,2 |
| Angeborenen Fehlbildungen des Herzens (Q20-Q24) | 36,5 | - | 17,8 | 17,9 | 35,1 | 29,6 | 28,8 | 46,6 | 22,2 |
| Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems (Q30-Q34) | - | - | - | - | 5,8 | - | 5,8 | - | - |
| Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte (Q35-Q37) | 48,7 | 78,9 | 77,1 | 35,8 | 29,2 | 47,4 | 51,8 | 35,0 | 33,4 |
| Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems (Q38-Q45) | 18,3 | - | - | 6,0 | 11,7 | 5,9 | - | 5,8 | 11,1 |
| Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane (Q50-Q56) | 12,2 | 6,1 | 11,9 | 11,9 | 17,5 | 11,8 | 5,8 | 5,8 | 11,1 |
| Hypospadie (Q54) | 12,2 | 6,1 | 5,9 | - | 17,5 | 5,9 | 5,8 | 5,8 | 11,1 |
| Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems (Q60-Q64) | - | 6,1 | 5,9 | 11,9 | 11,7 | 5,9 | - | 5,8 | 5,6 |
| Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems (Q65-Q79) | 60,9 | 182,0 | 124,6 | 83,6 | 99,3 | 124,4 | 138,1 | 104,9 | 100,1 |
| Angeborene Deformitäten der Füße (Q66) | 18,3 | 24,3 | 23,7 | 6,0 | 23,4 | 23,7 | 34,5 | 35,0 | 22,2 |
| Polydaktylie (zusätzliche Finger oder Zehen) (Q69) | 12,2 | 54,6 | 17,8 | 17,9 | 5,8 | 47,4 | 28,8 | 35,0 | 11,1 |
| Sonstige angeborene Fehlbildungen (Q80-Q89) | 12,2 | - | 23,7 | 11,9 | - | 5,9 | 5,8 | 17,5 | 22,2 |
| Chromosomenanomalien, andernorts nicht klassifiziert (Q90-Q99) | 36,5 | 6,1 | 29,7 | 17,9 | 35,1 | 29,6 | 11,5 | 17,5 | - |
| Down-Syndrom (Trisomie 21) (Q90) | 18,3 | 6,1 | 29,7 | 6,0 | 11,7 | 17,8 | 5,8 | 17,5 | - |
| Österreich | | | | | | | | | |
| absolute Zahlen | | | | | | | | | |
| Lebendgeborene Insgesamt | 78.399 | 76.944 | 78.968 | 78.190 | 77.914 | 76.250 | 77.752 | 76.344 | 78.742 |
| Ohne Fehlbildungen | 78.124 | 76.692 | 78.666 | 77.890 | 77.645 | 76.015 | 77.459 | 76.042 | 78.493 |
| Mit Fehlbildungen | 275 | 252 | 302 | 300 | 269 | 235 | 293 | 302 | 249 |
| Einfachfehlbildungen | 248 | 243 | 285 | 280 | 251 | 220 | 275 | 287 | 220 |
| Mehrfachfehlbildungen (einschließlich Q89.7) | 27 | 9 | 17 | 20 | 18 | 15 | 18 | 15 | 29 |
| auf 100.000 Lebendgeborene | | | | | | | | | |
| Mit Fehlbildungen | 350,8 | 327,5 | 382,4 | 383,7 | 345,3 | 308,2 | 376,8 | 395,6 | 316,2 |
| Einfachfehlbildungen | 316,3 | 315,8 | 360,9 | 358,1 | 322,2 | 288,5 | 353,7 | 375,9 | 279,4 |
| Mehrfachfehlbildungen (einschließlich Q89.7) | 34,4 | 11,7 | 21,5 | 25,6 | 23,1 | 19,7 | 23,2 | 19,6 | 36,8 |
| Fehlbildungen, lt. Dreistellergruppen der 10. ICD-Revision | | | | | | | | | |
| Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems (Q00-Q07) | 40,8 | 26,0 | 27,9 | 16,6 | 33,4 | 30,2 | 29,6 | 28,8 | 17,8 |
| Angeborener Hydrozephalus (Q03) | 15,3 | 7,8 | 12,7 | 5,1 | 14,1 | 6,6 | 9,0 | 10,5 | 2,5 |
| Spina bifida ohne Angabe eines Hydrozephalus (Q05.5-Q05.9) | 19,1 | 15,6 | 11,4 | 2,6 | 14,1 | 18,4 | 11,6 | 15,7 | 10,2 |
| Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses (Q10-Q18) | 16,6 | 19,5 | 20,3 | 21,7 | 33,4 | 17,0 | 12,9 | 19,6 | 22,9 |
| Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems (Q20-Q28) | 30,6 | 13,0 | 30,4 | 35,8 | 25,7 | 27,5 | 41,2 | 49,8 | 30,5 |
| Angeborenen Fehlbildungen des Herzens (Q20-Q24) | 24,2 | 11,7 | 26,6 | 32,0 | 24,4 | 23,6 | 37,3 | 45,8 | 25,4 |
| Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems (Q30-Q34) | 2,6 | - | - | 1,3 | 2,6 | - | 1,3 | 3,9 | - |
| Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte (Q35-Q37) | 54,8 | 62,4 | 81,0 | 76,7 | 64,2 | 60,3 | 68,2 | 72,0 | 59,7 |
| Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems (Q38-Q45) | 12,8 | 7,8 | 13,9 | 11,5 | 11,6 | 10,5 | 3,9 | 17,0 | 7,6 |
| Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane (Q50-Q56) | 20,4 | 13,0 | 17,7 | 23,0 | 12,8 | 10,5 | 23,2 | 21,0 | 15,2 |
| Hypospadie (Q54) | 15,3 | 13,0 | 12,7 | 15,3 | 11,6 | 6,6 | 23,2 | 15,7 | 12,7 |
| Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems (Q60-Q64) | 12,8 | 3,9 | 8,9 | 6,4 | 7,7 | 6,6 | 9,0 | 7,9 | 5,1 |
| Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems (Q65-Q79) | 155,6 | 157,3 | 167,2 | 172,7 | 145,0 | 129,8 | 164,6 | 145,4 | 149,9 |
| Angeborene Deformitäten der Füße (Q66) | 43,4 | 33,8 | 27,9 | 47,3 | 34,7 | 27,5 | 51,4 | 51,1 | 31,7 |
| Polydaktylie (zusätzliche Finger oder Zehen) (Q69) | 19,1 | 27,3 | 31,7 | 23,0 | 29,5 | 31,5 | 32,2 | 27,5 | 31,7 |
| Sonstige angeborene Fehlbildungen (Q80-Q89) | 10,2 | 15,6 | 17,7 | 19,2 | 16,7 | 17,0 | 19,3 | 26,2 | 24,1 |
| Chromosomenanomalien, andernorts nicht klassifiziert (Q90-Q99) | 28,1 | 22,1 | 16,5 | 21,7 | 19,3 | 19,7 | 25,7 | 22,3 | 17,8 |
| Down-Syndrom (Trisomie 21) (Q90) | 20,4 | 14,3 | 13,9 | 14,1 | 12,8 | 11,8 | 16,7 | 21,0 | 15,2 |

Quelle: Statistik Austria, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung

Tabelle 4.39: Kindersterblichkeit seit 2000 nach Alter und Geschlecht

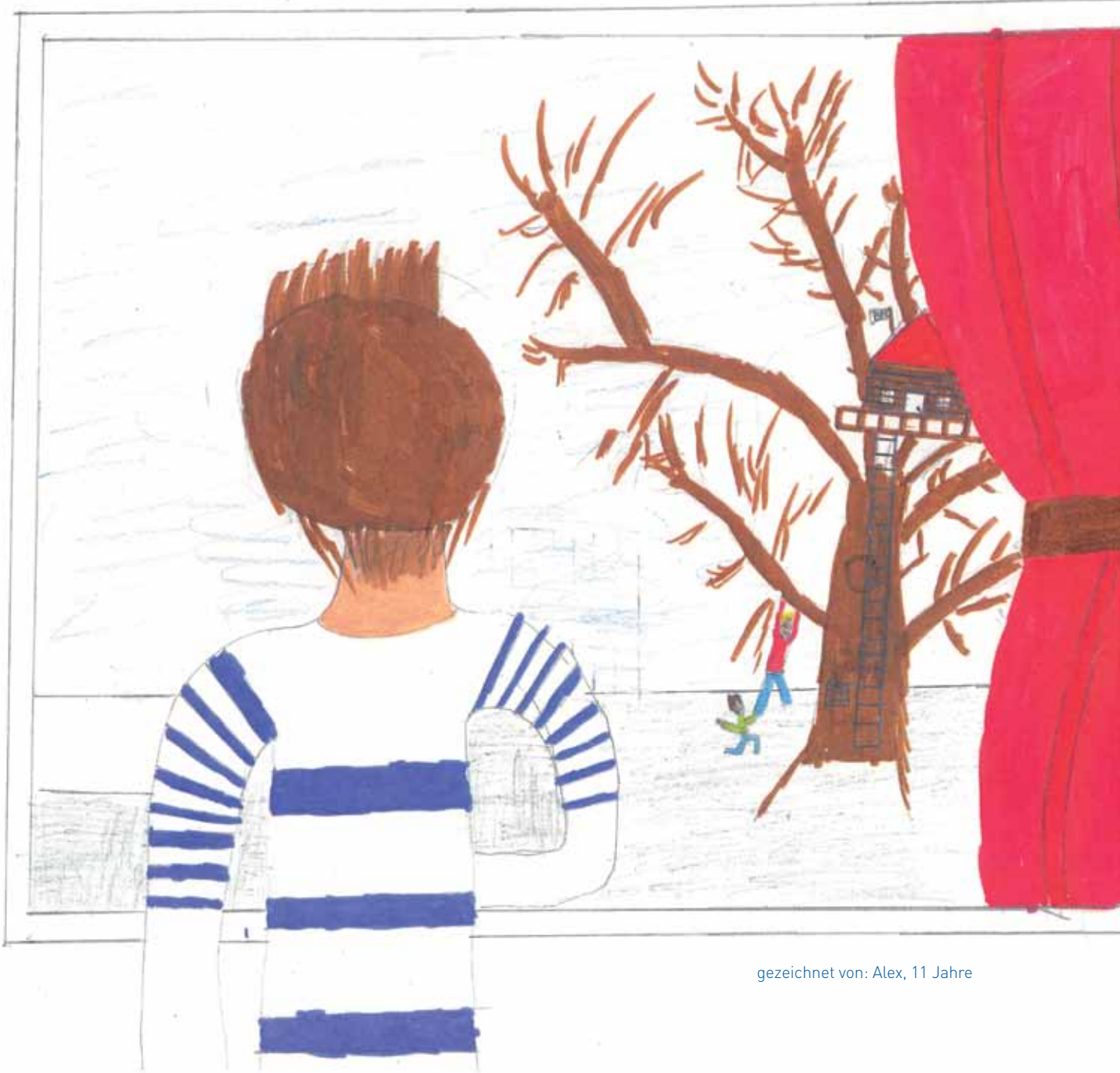
| Gestorbene im Alter von ... bis unter ... Jahren | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Wien | | | | | | | | | | | |
| männlich | | | | | | | | | | | |
| absolute Zahlen | | | | | | | | | | | |
| insgesamt | 54 | 82 | 64 | 78 | 67 | 70 | 65 | 73 | 71 | 70 | 80 |
| unter 1 | 40 | 59 | 50 | 57 | 49 | 52 | 42 | 54 | 54 | 52 | 58 |
| 1 bis unter 3 | 6 | 7 | 4 | 4 | 3 | 5 | 9 | 4 | 4 | 7 | 9 |
| 3 bis unter 6 | 2 | 6 | 4 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 |
| 6 bis unter 10 | 2 | 5 | 2 | 4 | 1 | 4 | 3 | 6 | 3 | 1 | 2 |
| 10 bis unter 16 | 4 | 5 | 4 | 10 | 12 | 8 | 8 | 6 | 7 | 7 | 6 |
| weiblich | | | | | | | | | | | |
| insgesamt | 56 | 55 | 62 | 72 | 64 | 58 | 50 | 52 | 51 | 60 | 63 |
| unter 1 | 40 | 37 | 44 | 47 | 47 | 44 | 31 | 38 | 42 | 42 | 46 |
| 1 bis unter 3 | 3 | 6 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 6 | 5 |
| 3 bis unter 6 | 2 | 4 | 3 | 7 | 4 | 5 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 |
| 6 bis unter 10 | 5 | - | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 bis unter 16 | 6 | 8 | 8 | 12 | 7 | 3 | 10 | 5 | - | 7 | 4 |
| auf 100.000 Einwohner | | | | | | | | | | | |
| männlich | | | | | | | | | | | |
| insgesamt | 43,4 | 65,6 | 50,5 | 60,6 | 51,4 | 53,1 | 49,2 | 55,2 | 53,8 | 53,0 | 60,3 |
| unter 1 | 511,6 | 772,5 | 648,6 | 691,7 | 581,7 | 610,5 | 498,8 | 642,7 | 630,2 | 593,5 | 654,6 |
| 1 bis unter 3 | 39,4 | 45,8 | 25,6 | 25,1 | 18,1 | 29,2 | 52,2 | 23,2 | 23,4 | 40,3 | 51,1 |
| 3 bis unter 6 | 8,5 | 26,0 | 17,3 | 13,0 | 8,5 | 4,2 | 12,3 | 12,1 | 11,9 | 11,9 | 19,7 |
| 6 bis unter 10 | 6,2 | 15,6 | 6,2 | 12,4 | 3,1 | 12,6 | 9,4 | 19,1 | 9,5 | 3,1 | 6,2 |
| 10 bis unter 16 | 8,7 | 10,7 | 8,3 | 20,3 | 24,0 | 15,9 | 15,9 | 12,0 | 14,1 | 14,3 | 12,4 |
| weiblich | | | | | | | | | | | |
| insgesamt | 47,4 | 46,2 | 51,4 | 58,8 | 51,7 | 46,4 | 39,8 | 41,4 | 40,6 | 47,8 | 50,1 |
| unter 1 | 532,3 | 506,4 | 587,5 | 605,5 | 605,2 | 543,7 | 386,3 | 465,1 | 520,0 | 520,5 | 554,7 |
| 1 bis unter 3 | 20,7 | 41,0 | 33,5 | 32,7 | 25,2 | 18,7 | 30,8 | 30,6 | 18,2 | 36,2 | 30,5 |
| 3 bis unter 6 | 8,9 | 18,1 | 13,7 | 31,7 | 17,8 | 21,7 | 8,6 | 8,5 | 12,7 | 4,2 | 12,4 |
| 6 bis unter 10 | 16,4 | - | 6,5 | 3,3 | 6,6 | 9,9 | 6,6 | 6,6 | 9,9 | 13,1 | 16,3 |
| 10 bis unter 16 | 13,8 | 18,0 | 17,5 | 25,8 | 14,8 | 6,3 | 20,9 | 10,5 | - | 15,1 | 8,7 |
| Österreich | | | | | | | | | | | |
| männlich | | | | | | | | | | | |
| absolute Zahlen | | | | | | | | | | | |
| insgesamt | 353 | 342 | 302 | 313 | 298 | 295 | 275 | 255 | 268 | 260 | 263 |
| unter 1 | 216 | 230 | 189 | 192 | 189 | 175 | 163 | 158 | 175 | 158 | 175 |
| 1 bis unter 3 | 25 | 23 | 25 | 30 | 17 | 23 | 30 | 16 | 21 | 22 | 22 |
| 3 bis unter 6 | 17 | 23 | 24 | 21 | 19 | 18 | 18 | 20 | 17 | 16 | 12 |
| 6 bis unter 10 | 33 | 19 | 21 | 24 | 23 | 26 | 18 | 17 | 11 | 16 | 12 |
| 10 bis unter 16 | 62 | 47 | 43 | 46 | 50 | 53 | 46 | 44 | 44 | 48 | 42 |
| weiblich | | | | | | | | | | | |
| insgesamt | 259 | 236 | 211 | 246 | 249 | 238 | 191 | 188 | 184 | 218 | 205 |
| unter 1 | 162 | 135 | 129 | 151 | 164 | 152 | 118 | 122 | 112 | 131 | 132 |
| 1 bis unter 3 | 26 | 25 | 17 | 26 | 12 | 25 | 21 | 17 | 21 | 25 | 19 |
| 3 bis unter 6 | 16 | 13 | 8 | 22 | 16 | 14 | 9 | 8 | 10 | 11 | 15 |
| 6 bis unter 10 | 21 | 18 | 15 | 7 | 19 | 18 | 15 | 11 | 12 | 15 | 13 |
| 10 bis unter 16 | 34 | 45 | 42 | 40 | 38 | 29 | 28 | 30 | 29 | 36 | 26 |
| auf 100.000 Einwohner | | | | | | | | | | | |
| männlich | | | | | | | | | | | |
| insgesamt | 47,2 | 46,1 | 41,0 | 42,7 | 40,8 | 40,6 | 38,2 | 35,9 | 38,2 | 37,6 | 38,4 |
| unter 1 | 535,7 | 585,2 | 485,2 | 484,5 | 475,4 | 434,9 | 410,6 | 404,0 | 444,0 | 403,4 | 445,3 |
| 1 bis unter 3 | 29,8 | 28,1 | 30,8 | 37,2 | 20,9 | 28,1 | 36,5 | 19,5 | 26,0 | 27,3 | 27,4 |
| 3 bis unter 6 | 12,4 | 17,2 | 18,4 | 16,6 | 15,2 | 14,5 | 14,5 | 16,1 | 13,7 | 12,9 | 9,8 |
| 6 bis unter 10 | 16,8 | 9,8 | 11,0 | 12,8 | 12,5 | 14,5 | 10,2 | 9,9 | 6,5 | 9,6 | 7,2 |
| 10 bis unter 16 | 21,4 | 16,1 | 14,6 | 15,4 | 16,7 | 17,7 | 15,4 | 14,9 | 15,3 | 17,1 | 15,3 |
| weiblich | | | | | | | | | | | |
| insgesamt | 36,4 | 33,5 | 30,1 | 35,3 | 35,9 | 34,5 | 27,9 | 27,8 | 27,6 | 33,1 | 31,5 |
| unter 1 | 422,9 | 364,3 | 349,1 | 401,9 | 434,5 | 397,4 | 310,5 | 323,6 | 300,1 | 353,3 | 353,6 |
| 1 bis unter 3 | 32,5 | 32,1 | 22,2 | 34,2 | 15,6 | 32,2 | 26,9 | 21,8 | 27,1 | 32,5 | 25,0 |
| 3 bis unter 6 | 12,2 | 10,2 | 6,4 | 18,3 | 13,5 | 11,9 | 7,7 | 6,8 | 8,5 | 9,3 | 12,7 |
| 6 bis unter 10 | 11,2 | 9,7 | 8,2 | 3,9 | 10,8 | 10,5 | 9,0 | 6,8 | 7,5 | 9,5 | 8,2 |
| 10 bis unter 16 | 12,3 | 16,2 | 15,0 | 14,1 | 13,3 | 10,2 | 9,9 | 10,7 | 10,6 | 13,4 | 9,9 |

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik

Tabelle 4.40: Gestorbene 2010 nach Todesursachen, Alter und Geschlecht

| Todesursache (Pos. Nr. ICD10) | Gestorbene im Alter von ... bis unter ... Jahren | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------|-----|-----|------|-------|-------------------------------|------------|-------|-------|-------|-------|
| | unter 1-16 | unter 1 | 1-3 | 3-6 | 6-10 | 10-16 | unter 1-16 | unter 1 | 1-3 | 3-6 | 6-10 | 10-16 |
| | absolut | | | | | | in % aller Gestorbenen | | | | | |
| Wien | | | | | | | | | | | | |
| männlich | absolut | | | | | | in % aller Gestorbenen | | | | | |
| Insgesamt (A00-Y89) | 80 | 58 | 9 | 5 | 2 | 6 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Infektiöse und parasitäre Kh. (A00-B99) | 5 | - | 3 | 1 | - | 1 | 6,3 | - | 33,3 | 20,0 | - | 16,7 |
| Bösartige Neubildungen (C00-C97) | 3 | - | - | - | 1 | 2 | 3,8 | - | - | - | 50,0 | 33,3 |
| Ernährungs- und StoffwechselKh. (E00-E90) | 4 | 2 | - | 1 | - | 1 | 5,0 | 3,4 | - | 20,0 | - | 16,7 |
| Kh. d. Nervensys. u.d. Sinnesorgane (G00-H95) | 3 | - | 2 | 1 | - | - | 3,8 | - | 22,2 | 20,0 | - | - |
| Kh. des Herz-Kreislaufsystems (I00-I99) | 2 | - | 2 | - | - | - | 2,5 | - | 22,2 | - | - | - |
| Kh. der Atmungsorgane (J00-J99) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Kh. der Verdauungsorgane (K00-K93) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Perinatale Affektionen (P00-P96) | 39 | 39 | - | - | - | - | 48,8 | 67,2 | - | - | - | - |
| Angeborene Fehlbildungen (Q00-Q99) | 17 | 15 | 1 | 1 | - | - | 21,3 | 25,9 | 11,1 | 20,0 | - | - |
| Plötzlicher Kindstod (R95) | 2 | 2 | - | - | - | - | 2,5 | 3,4 | - | - | - | - |
| Unfälle (V01-X59) | 3 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 3,8 | - | 11,1 | 20,0 | 50,0 | - |
| Selbstmord und Selbstbeschädigung (X60-X84) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Sonstige Krankheiten | 2 | - | - | - | - | 2 | 2,5 | - | - | - | - | 33,3 |
| weiblich | absolut | | | | | | in % aller Gestorbenen | | | | | |
| Insgesamt (A00-Y89) | 63 | 46 | 5 | 3 | 3 | 6 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Infektiöse und parasitäre Kh. (A00-B99) | 1 | - | 1 | - | - | - | 1,6 | - | 20,0 | - | - | - |
| Bösartige Neubildungen (C00-C97) | 4 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 6,3 | - | 20,0 | 33,3 | 33,3 | 16,7 |
| Ernährungs- und StoffwechselKh. (E00-E90) | 1 | - | - | - | - | 1 | 1,6 | - | - | - | - | 16,7 |
| Kh. d. Nervensys. u.d. Sinnesorgane (G00-H95) | 2 | 1 | - | - | - | 1 | 3,2 | 2,2 | - | - | - | 16,7 |
| Kh. des Herz-Kreislaufsystems (I00-I99) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Kh. der Atmungsorgane (J00-J99) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Kh. der Verdauungsorgane (K00-K93) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Perinatale Affektionen (P00-P96) | 25 | 25 | - | - | - | - | 39,7 | 54,3 | - | - | - | - |
| Angeborene Fehlbildungen (Q00-Q99) | 18 | 15 | 2 | 1 | - | - | 28,6 | 32,6 | 40,0 | 33,3 | - | - |
| Plötzlicher Kindstod (R95) | 4 | 4 | - | - | - | - | 6,3 | 8,7 | - | - | - | - |
| Unfälle (V01-X59) | 2 | 1 | - | 1 | - | - | 3,2 | 2,2 | - | 33,3 | - | - |
| Selbstmord und Selbstbeschädigung (X60-X84) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Sonstige Krankheiten | 6 | - | 1 | - | 2 | 3 | 9,5 | - | 20,0 | - | 66,7 | 50,0 |
| Österreich | | | | | | | | | | | | |
| männlich | absolut | | | | | | in % aller Gestorbenen | | | | | |
| Insgesamt (A00-Y89) | 263 | 175 | 22 | 12 | 9 | 45 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Infektiöse und parasitäre Kh. (A00-B99) | 7 | - | 5 | 1 | - | 1 | 2,7 | - | 22,7 | 8,3 | - | 2,2 |
| Bösartige Neubildungen (C00-C97) | 9 | - | - | - | 3 | 6 | 3,4 | - | - | - | 33,3 | 13,3 |
| Ernährungs- und StoffwechselKh. (E00-E90) | 9 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3,4 | 1,1 | 4,5 | 8,3 | 11,1 | 8,9 |
| Kh. d. Nervensys. u.d. Sinnesorgane (G00-H95) | 17 | 7 | 3 | 2 | - | 5 | 6,5 | 4,0 | 13,6 | 16,7 | - | 11,1 |
| Kh. des Herz-Kreislaufsystems (I00-I99) | 6 | 1 | 3 | - | 1 | 1 | 2,3 | 0,6 | 13,6 | - | 11,1 | 2,2 |
| Kh. der Atmungsorgane (J00-J99) | 2 | 1 | - | - | - | 1 | 0,8 | 0,6 | - | - | - | 2,2 |
| Kh. der Verdauungsorgane (K00-K93) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Perinatale Affektionen (P00-P96) | 96 | 96 | - | - | - | - | 36,5 | 54,9 | - | - | - | - |
| Angeborene Fehlbildungen (Q00-Q99) | 69 | 55 | 6 | 4 | - | 4 | 26,2 | 31,4 | 27,3 | 33,3 | - | 8,9 |
| Plötzlicher Kindstod (R95) | 11 | 11 | - | - | - | - | 4,2 | 6,3 | - | - | - | - |
| Unfälle (V01-X59) | 22 | - | 2 | 4 | 3 | 13 | 8,4 | - | 9,1 | 33,3 | 33,3 | 28,9 |
| Selbstmord und Selbstbeschädigung (X60-X84) | 4 | - | - | - | - | 4 | 1,5 | - | - | - | - | 8,9 |
| Sonstige Krankheiten | 11 | 2 | 2 | - | 1 | 6 | 4,2 | 1,1 | 9,1 | - | 11,1 | 13,3 |
| weiblich | absolut | | | | | | in % aller Gestorbenen | | | | | |
| Insgesamt (A00-Y89) | 205 | 132 | 19 | 15 | 10 | 29 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Infektiöse und parasitäre Kh. (A00-B99) | 4 | - | 2 | 2 | - | - | 2,0 | - | 10,5 | 13,3 | - | - |
| Bösartige Neubildungen (C00-C97) | 15 | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | 7,3 | 1,5 | 10,5 | 13,3 | 50,0 | 13,8 |
| Ernährungs- und StoffwechselKh. (E00-E90) | 6 | 3 | 1 | - | - | 2 | 2,9 | 2,3 | 5,3 | - | - | 6,9 |
| Kh. d. Nervensys. u.d. Sinnesorgane (G00-H95) | 11 | 1 | 2 | 4 | 1 | 3 | 5,4 | 0,8 | 10,5 | 26,7 | 10,0 | 10,3 |
| Kh. des Herz-Kreislaufsystems (I00-I99) | 3 | 1 | 1 | - | 1 | - | 1,5 | 0,8 | 5,3 | - | 10,0 | - |
| Kh. der Atmungsorgane (J00-J99) | 3 | 1 | 1 | - | - | 1 | 1,5 | 0,8 | 5,3 | - | - | 3,4 |
| Kh. der Verdauungsorgane (K00-K93) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Perinatale Affektionen (P00-P96) | 74 | 72 | - | - | 1 | 1 | 36,1 | 54,5 | - | - | 10,0 | 3,4 |
| Angeborene Fehlbildungen (Q00-Q99) | 46 | 35 | 7 | 1 | - | 3 | 22,4 | 26,5 | 36,8 | 6,7 | - | 10,3 |
| Plötzlicher Kindstod (R95) | 13 | 13 | - | - | - | - | 6,3 | 9,8 | - | - | - | - |
| Unfälle (V01-X59) | 16 | 1 | 2 | 5 | 1 | 7 | 7,8 | 0,8 | 10,5 | 33,3 | 10,0 | 24,1 |
| Selbstmord und Selbstbeschädigung (X60-X84) | 3 | - | - | - | - | 3 | 1,5 | - | - | - | - | 10,3 |
| Sonstige Krankheiten | 11 | 3 | 1 | 1 | 1 | 5 | 5,4 | 2,3 | 5,3 | 6,7 | 10,0 | 17,2 |

Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik



gezeichnet von: Alex, 11 Jahre

Psychosoziale Gesundheit

5.1 Entwicklungsstörungen – Entwicklungsdiagnostik

Margarete Lässig

Entwicklung ist ein komplexer Prozess, der sich in der Interaktion zwischen dem Kind, seinen engen Bezugssystemen und der Umwelt entfaltet. Entwicklung wird beeinflusst durch die biopsychosozialen Anlagen des Kindes sowie förderliche und hemmende Umweltbedingungen. **Entwicklungsdiagnostik** hat die Aufgabe, ein Kind umfassend in allen Bereichen der Entwicklung einzuschätzen, einschließlich der Beurteilung, ob ein Kind ein hinreichend förderliches Milieu für seine Entwicklung vorfindet.

Die Kompetenzen bzw. Schwächen werden mit den altersgemäßen – vor allem emotionalen und sozialen – Anforderungen, mit denen das Kind konfrontiert ist, verglichen. Wenn eine Diskrepanz zwischen individuellen Fähigkeiten und Anforderungen besteht, werden Maßnahmen zur frühen Förderung eingeleitet. Diese können von einer Beratung der Eltern, wie sie ihr Kind bestmöglich unterstützen können, bis hin zu spezifischen pädagogischen und therapeutischen Fördermaßnahmen reichen. Entwicklungsdiagnostik hat einen besonderen Stellenwert bei der Erfassung entwicklungsgefährdeter Kinder. Diese sind durch ihre Risikofaktoren definiert. Als **Risikofaktoren** werden Einflussgrößen verstanden, die mit großer Wahrscheinlichkeit durch ihre Folgen die Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen können. Diese Einflüsse können bereits intrauterin, peri- oder postnatal zu strukturellen Hirnschädigungen oder funktionellen Beeinträchtigungen der Hirnentwicklung führen. Liegt eine Kombination von Risikofaktoren vor, erhöht sich das Risiko für die kindliche Entwicklung.

Tabelle 5.1: **Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung**

| Mütterliche Risikofaktoren | Kindliche Risikofaktoren |
|---|---|
| Zustand nach längerdauernder Sterilität bzw Sterilitätsbehandlung | Frühgeburt vor der 34. SSW |
| Frühere Fehlgeburten bzw. Frühgeburten | Geburtsgewicht unter 2000g |
| Behandlungsbedürftige Frühgeburtsbestrebungen | Übertragung, Geburt nach der 42. SSW |
| Schwere Erkrankungen, Schock, Trauma und Narkose während der Schwangerschaft | Mehrlingsgeburt |
| Infektionen in der Schwangerschaft, Gestose, Blutung in der Schwangerschaft | Hinweise für pränatale Sauerstoffmangelzustände z. B. grünes Abnorme CTG-Abnorme, fetale Dopplersonografie |
| Medikamente, Drogen und Toxine (vor allem Rauchen und Alkohol) | Perinatale Asphyxie, Apgarwert nach mehr als 5 Min < 7 |
| Abnorme Ernährung (z. B. strikte Veganer) | Postnatale Komplikationen z. B. Atemnotsyndrom, maschinelle Beatmung, Pneumothorax, Sepsis, Operation, Austauschtransfusion |
| unzureichende Wohnung und/oder Ernährung | Zerebrale Krampfanfälle in der Neugeborenenperiode |
| Schlechte psychosoziale Situation (alleinstehende Mutter, psychische Belastung) | |

Quelle: Straßburg, Dacheneder, Krefß 2003

5.1.1 Entwicklungsstörungen

Normale Entwicklungsverläufe zeigen eine beträchtliche Variabilität. Als übergeordneter Begriff für Abweichungen von der normalen Entwicklung wird der Begriff **Entwicklungsauffälligkeit** verwendet, der keine Aussage zur späteren Prognose macht.

Als **Entwicklungsverzögerung** wird ein potenziell aufholbarer Entwicklungsrückstand bezeichnet. Jede bleibende Beeinträchtigung der Entwicklung kann als **Entwicklungsstörung** bezeichnet werden, dabei ist der Bereich der Störung genauer festzulegen, z. B. motorisch, sprachlich, kognitiv oder sozial. Sind mehrere Bereiche, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, betroffen, spricht man von einer allgemeinen oder globalen Entwicklungsstörung. Nach der **internationalen Klassifikation psychischer Störungen** der WHO sind **Entwicklungsstörungen** unter F8 Diagnosen zusammengefasst und weisen folgende Merkmale auf:

1. Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder der Kindheit
2. Einschränkungen oder Verzögerungen in der Entwicklung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des ZNS verknüpft sind
3. Einen stetigen Verlauf, ohne Remissionen und Rezidive

5.1.2 Datenlage

Die epidemiologische Datenlage über Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen ist in Österreich sehr rar. Es fehlen standardisierte epidemiologische Erhebungen und einheitliche, interdisziplinäre Dokumentation zur Datenauswertung aller fachspezifischer Institutionen, die Kinder mit Abweichungen von der normalen Entwicklung betreuen. Nach epidemiologischen Erhebungen in Deutschland gelten bis **20% aller Kinder als „Risikokinder“** (Straßburg, Dacheneder, Kreß 2003). Groben Schätzungen zufolge haben 15% aller Kinder und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren zumindest zeitweilig einen Förderbedarf.

Die Zahlen der Entwicklungsdiagnostikstellen der Stadt Wien bestätigen diese hohe Gefährdung der optimalen Entwicklung. Aus den Ergebnissen des Wiener Risikokinderprogramms ist eine **ärztliche oder therapeutische Intervention bei Risikokindern nach der Erstuntersuchung in 47% erforderlich**. Kinder, die über niedergelassene Kinderfachärztinnen/-ärzte, Kindergärten, Elternberatungen u. a. mit Verdacht auf Entwicklungs- oder Verhaltensstörung zugewiesen werden, bedürfen in 84% einer weiterführenden Diagnostik oder Therapie.

Da es kein strukturiertes Erfassungssystem in Wien gibt, können nur die eigenen Daten der Entwicklungsdiagnostikstellen der MA 15 herangezogen werden. Hier werden Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren betreut. 2010 wurden 1.102 Kinder in den Einrichtungen der MA 15 betreut. 585 entwicklungsdiagnostische Untersuchungen von Kindern aus dem Wiener Risikokinderprogramm und 663 ärztliche Untersuchungen von Kindern, die über Zuweisung durch niedergelassene FachärztInnen, Elternberatungen, Kindergärten oder das Amt für Jugend und Familie vorstellig wurden. Im Jahr 2010 wurden 8.019 diagnostische und therapeutische Leistungen erbracht.

Schätzung: 15% aller Kinder und Jugendlichen haben zumindest zeitweilig einen Förderbedarf.

Tabelle 5.2: Leistungszahlen der Entwicklungsdiagnostiken, Wien 2008–2010

| | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|-------|-------|-------|
| Gesamtfrequenz | 7.574 | 7.454 | 8.019 |
| davon: | | | |
| Ärztliche Entwicklungsuntersuchungen auf Zuweisung | 765 | 732 | 663 |
| – davon Erstuntersuchungen | 247 | 336 | 208 |
| – davon Kontrolluntersuchungen | 518 | 396 | 455 |
| Ärztliche Untersuchungen nach dem Risikokinderprogramm | 513 | 533 | 585 |
| – davon Erstuntersuchungen | 278 | 244 | 310 |
| – davon Kontrolluntersuchungen | 235 | 289 | 275 |
| Psychologische Untersuchungen | 1.619 | 1.857 | 1.950 |
| Logopädie | 868 | 752 | 1.111 |
| Physiotherapie | 1.599 | 1.867 | 1.955 |
| Heilpädagogische Untersuchungen | 0 | 63 | 200 |
| Ergotherapie | 934 | 640 | 659 |
| Gruppentherapie | 1.276 | 1.010 | 896 |

Tabelle 5.3: Untersuchungsergebnisse der MA 15 – Entwicklungsdiagnostiken

| | |
|---|--------|
| Sensomotorische und Koordinationsstörungen | 18,60% |
| kombinierte umschriebene Entwicklungsverzögerung/-störung | 22,70% |
| Sprachentwicklungsverzögerung/-störung | 13,70% |
| Psychosoziale Störung/Verhaltensauffälligkeiten | 12,80% |
| Globale Entwicklungsstörung | 3,10% |
| Anpassungsstörung (Schreibababy) | 2,20% |
| Haltungsasymmetrie und Muskelhypotonie | 26,90% |

Obwohl sich Kinder aus dem Risikokinderprogramm und zugewiesene Kinder bezüglich ihres Alters und der zugrunde liegenden Problematik unterscheiden, kann eine problemorientierte Auswertung über beide Gruppen getroffen werden. Dabei sind die Untersuchungsergebnisse aus dem Kollektiv der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien nach Hauptdiagnosen in Gruppen zusammengefasst. Prinzipiell können Mehrfachdiagnosen bei einem Kind gestellt werden. Nicht alle betreuten Kinder zeigen Abweichungen von der normalen Entwicklung oder Auffälligkeiten mit Krankheitswert, die eine Diagnosezuordnung erlauben.

5.1.3 Das Wiener Modell

Im Rahmen des **Wiener Risikokinderprogramms** werden seit 1979 die Eltern all jener Neugeborenen, die Risikofaktoren während der Schwangerschaft sowie vor, während und unmittelbar nach der Geburt aufweisen, zu Entwicklungsuntersuchungen an eine der beiden Stellen der MA 15 eingeladen. Die Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung wurden 2005 in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe in Anlehnung an die Fachliteratur neu erarbeitet und in mütterliche Risikofaktoren und **kindliche Risikofaktoren** definiert. Die Auswahl der Risikokinder erfolgt durch die geburtshilflichen Abteilungen und Kinderabteilungen anhand dieses Risikobogens.

Ziel ist es, durch frühzeitige Diagnostik von Auffälligkeiten und Gefährdungen eine geeignete Beratung, Förderung und Therapie im Sinne einer präventiven Pädiatrie einzuleiten. Unverzichtbar ist auch die Elternberatung, Handlunganleitung und Interaktionsberatung, um die elterliche Kompetenz für einen einfühlsamen, förderlichen und angemessenen Umgang mit dem Kind zu stärken.

Vorgesehen sind **Kontrollen der „Risikokinder“ ab dem 3. Lebensmonat**. Neben dem neuro-motorischen Entwicklungsstand wird besonderes Augenmerk auf interaktionelle und psychosoziale Entwicklungsfaktoren gerichtet. Entwicklungskontrollen sind im Zeitfenster von etwa 3, 7–9, 12, 18 und 24 Monaten sowie jährlich bis zum Schuleintritt aussagekräftig, daher sieht das Wiener Risikokinderprogramm standardmäßig Entwicklungskontrollen in diesem Alter vor. Die Frequenz der Entwicklungskontrollen wird nach fachlicher Einschätzung individuell, diagnose- und entwicklungsabhängig variiert.

Hinweise auf mögliche Entwicklungsbeeinträchtigungen werden von einem interdisziplinären, multiprofessionellen Team, bestehend aus 5 Kinderärztinnen (Additivfach Neuropädiatrie), 8 Psychologinnen, 4 Ergotherapeutinnen, 5 Physiotherapeutinnen, 3 Logopädinnen, 1 Heilpädagogin und 1 Sozialarbeiterin, früh dem einzelnen Patienten bzw. der einzelnen Patientin gerecht behandelt.

Zusammenfassung

Die biologischen Anlagen eines Kindes prädisponieren den Rahmen seiner möglichen Entwicklungsverläufe. Die tatsächliche Entwicklung wird jedoch wesentlich von psychosozialen Wechselwirkungen mit seinen Bezugspersonen und der Gesellschaft beeinflusst. Entwicklungsdiagnostik muss die Entwicklung eines Kindes in ihren unterschiedlichen Phasen beurteilen, diesen Reifungsprozess bestmöglich unterstützen und die kindlichen Ressourcen wecken. Eine maßgeschneiderte Betreuung kann nur interdisziplinär im multiprofessionellen Team mit Vernetzung aller betreuenden Institutionen und in Partnerschaft mit den Eltern oder anderen Bindungspersonen erfolgen.

Literatur

Straßburg Hans-Michael, Dacheneder Winfried, Kreß Wolfram (2003): Entwicklungsstörungen bei Kindern. 3. Auflage. München: Urban&Fischer.

Petermann Franz, Macha Thorsten (2005): Kindheit und Entwicklung 14 (3). Göttingen: Hogrefe.

Petermann Franz, Niebank Kay, Scheithauer Herbert (2000): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Göttingen: Hogrefe.

Dilling Horst, WHO (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 2. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

5.2 „Kinder schützen – Familien stützen“: Angebote der Wiener Jugendwohlfahrt zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?

Belinda Mikosz, Gabriele Ziering, Karin Knapp

Um die physische und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern, ist es wichtig, den Zusammenhang von Ursache und Wirkung im dynamischen Beziehungsverhältnis innerhalb der Familie, aber auch im Hinblick auf die ökologische und soziale Umwelt junger Menschen, herzustellen. Kinderschutz in der Jugendwohlfahrt bedeutet einerseits präventiv zu wirken, um rechtzeitig zu erkennen, wenn Beziehungsformen dysfunktional werden und daher Kindern zu wenig Halt und Orientierung bieten und andererseits aktiv gegen Vernachlässigung und Gewalt einzuschreiten.

Dieser Vorstellung entspricht das vernetzte Handlungskonzept der Wiener Jugendwohlfahrt. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen und anderen Fachkräften vor Ort ermöglicht in vielen Fällen eine **passgenaue Hilfestellung**, die sich an den Bedürfnissen der KlientInnen im Bereich des Sozialen Dienstes, im Rahmen der Unterstützung der Erziehung sowie „Vollen Erziehung“^{*)} orientiert. Der Fokus des fachlichen Handelns wird auf die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Versorgungs- und Erziehungskompetenz von Eltern gelegt, um Kindern ein gedeihliches Aufwachsen in der Familie oder eine baldige Rückführung aus der Institution zu ermöglichen.

Ziel ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Versorgungs- und Erziehungskompetenz von Eltern.

Prävention im Vorfeld

Professionelle Beratung mit dem Ziel, die „seelische Gesundheit“ von Kindern zu verbessern, ist ein hoher Anspruch. Demgemäß bedarf es entsprechende kostenlose Angebote, die Familien auf freiwilliger Basis in Anspruch nehmen können, um ihre Erziehungskompetenz zu verbessern. Soziale Dienste sind Leistungen der Jugendwohlfahrt, die Eltern und jungen Menschen in persönlichen, familiären oder sozialen Notlagen kurzfristige, lösungsorientierte Hilfestellung und Vermittlung von Ressourcen anbieten. Art, Dauer und Umfang des Sozialen Dienstes richten sich nach der mit der Familie definierten Problemlage und den methodischen Erfordernissen.

www.talkbox.at ist eine Internetadresse für Jugendliche, die sich rasch und unbürokratisch einen psychologischen Rat holen möchten. Dieses Angebot wird mehrheitlich von Mädchen (72% Mädchen, 28 % Burschen) genutzt. Die Anfragen werden vorwiegend im Zusammenhang mit Familienproblemen, Angst und Depression sowie Partnerschaftsschwierigkeiten gestellt.

Im Zuge von **Trennung und Scheidung** der Eltern wurden 2010 auch häufig psychologische Beratungen in den Eltern-Kind-Zentren in Anspruch genommen. Kinder und Jugendliche konnten dadurch in dieser oftmals sehr schwierigen Lebenssituation erfolgreich unterstützt werden. Zudem wurden in der Ehe- und Familienberatung 2.211 Beratungen von einem multiprofessionellen Team kostenlos durchgeführt, in der Familienplanung waren es 2.713 Beratungen.

*) „Volle Erziehung“ betrifft Kinder, die nicht mehr bei ihren Eltern aufwachsen können, sondern in einer Wohngemeinschaft oder bei Pflegeeltern leben.

Kompetenzzentrum für Integration – Angebote

Das Kompetenzzentrum für Integrationsfragen nahm mit Jänner 2010 seine Arbeit auf und ist zuständig für die Durchführung der Sozialen Dienste für Kinder mit Behinderung(en). Dem Kompetenzzentrum obliegt die Zuteilung der Betreuungsplätze in einem Clearing-Verfahren. Das Kompetenzzentrum berät ratsuchende Familien und erarbeitet mit den Betroffenen ein Unterstützungs- und Entlastungskonzept.

Das Angebot des Kompetenzzentrums umfasst nun „Familienhilfe Kind mit Behinderung“ (FAHI Kib), die von der Caritas zugekauft wird, sowie **Kurzzeitunterbringungen und teilstationäre Unterbringungen** für Kinder mit Behinderung im Rahmen des Sozialen Dienstes als Entlastung für Familien. Insgesamt betreute das Kompetenzzentrum im Jahr 2010 **203 Minderjährige** (86 Mädchen und 117 Burschen). **FAHI Kib** wurde für **72 Familien** bewilligt, **30 Familien** nahmen die Möglichkeit der **Kurzzeitunterbringung** und **8 Familien** die **teilstationäre Unterbringung** in Anspruch.

Wien verfügt über eine Vielzahl von Angeboten und Beratungsstellen, die bereits werdenden Eltern zur Verfügung stehen.

Die Angebote in den Eltern-Kind-Zentren zielen vor allem auf eine **Verbesserung der Kommunikation** in der Familie sowie der Beziehungs- und Bindungsförderung zwischen Eltern und Kindern sowie die Förderung der Freude an der Elternschaft (Spaß, Freude und Kreativität mit Kindern) ab. In erster Linie geht es darum, psychische und physische Gewalt in Familien (Förderung der gewaltfreien Erziehung) zu verhindern und die Verdeutlichung der Bedeutung von Kinderrechten und Möglichkeiten der Partizipation von Kindern und Jugendlichen aufzuzeigen und den Eltern näherzubringen.

In allen Eltern-Kind-Zentren gibt es einen **Babytreff** für Mütter/Väter mit Kindern bis 6 Monaten in Form eines offenen Gruppenangebots. Aufgrund der großen Nachfrage aus der Bevölkerung wird in jedem Eltern-Kind-Zentrum entweder ein **Treffpunkt für Krabbelkinder** (vom 7. bis 14. Lebensmonat) oder ein **Eltern-Kind-Treff** (0 bis 6 Jahre) angeboten.

In der **Elternschule** können sich werdende Mütter/Väter auf die Geburt und auf das künftige Leben mit dem Kind/den Kindern vorbereiten. Vortragende ExpertInnen informieren zu verschiedenen Themenbereichen und stehen den InteressentInnen für Fragen zur Verfügung. Gemeinsam mit dem/der ModeratorIn, der/die den Kurs begleitet und AnsprechpartnerIn für die werdenden Mütter/Väter ist, leitet die FachexpertIn im Anschluss an den eigenen Vortrag die Diskussion zu offenen Fragen aus der Gruppe. Im Jahr 2010 waren es **3.921 BesucherInnen** an **346 Abenden**, das bedeutet, dass **durchschnittlich 11 BesucherInnen** pro Abend anwesend waren.

Das Projekt „**Frühe Förderung**“, bisher nur ein regionales Angebot für die BewohnerInnen des 15. Bezirks, wurde auf den 12. Bezirk ausgeweitet. Frühe Förderung bietet Familien mit Säuglingen und Kleinstkindern bis zum 2. Geburtstag des Kindes aufsuchende Betreuung und Begleitung im Rahmen des Sozialen Dienstes durch zwei Sozialpädagoginnen und einer Sozialarbeiterin an. Vor allem Familien mit Migrationshintergrund, die in Wien teilweise über wenig soziale Kontakte verfügen, konnten im Rahmen des **Projekts Frühe Hilfen** optimal betreut werden. Insgesamt haben **40 Familien** eine Kompetenzsteigerung in der Lebensbewältigung als Familie mit Kind erfahren. Die vom Projektteam entwickelten Methoden zur Arbeit mit Familien mit geringen Deutschkenntnissen wurden im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung interessierten MitarbeiterInnen aus allen Eltern-Kind-Zentren vermittelt.

Präventive und frühe Hilfsangebote können helfen, **größere Krisen in Familien erst gar nicht entstehen zu lassen**. Die klassischen Angebote wie Erziehungsberatung, Elternberatung, Beratung rund um Scheidung und Trennung, Babytreff, Treffpunkt für Krabbelkinder, Elternschule etc. wurden um Elterntrainings sowie Beratung bei wirtschaftlichen Problemen von Familien erweitert. Bei Bedarf werden Familien **auch zu Hause besucht** und bei der Bewältigung ihren Alltagsaufgaben mit dem Kind vor Ort unterstützt.

Beratungen, die der Entwicklung des Kindes in einer gewaltfreien Umgebung dienen, werden nicht nur in den Regionalstellen Soziale Arbeit mit Familien und den Eltern-Kind-Zentren, sondern auch den **Geburtskliniken** angeboten. Im Vordergrund steht die Stärkung von Verantwortung und Kompetenz der Eltern und erziehenden Personen. Direkte und gezielte Beratungs- und Hilfsangebote sollen alle möglichen Zielgruppen (schwängere Mädchen und Frauen, werdende Väter, AlleinerzieherInnen und Familien) erreichen.

SozialarbeiterInnen und PsychologInnen helfen Ratsuchenden, neue Sichtweisen zu gewinnen, Alternativen zu bisherigen Lösungsversuchen zu entwickeln, vorhandene Möglichkeiten zu nutzen sowie eigenständig Entscheidungen zu treffen. Ziel der Beratung ist die Hilfe zur Selbsthilfe, damit Familien Lebens- und Beziehungsherausforderungen hinkünftig zufriedenstellend bewältigen.

Die SozialarbeiterInnen des **Klinikverbindungsdienstes der MAG ELF zu den Geburtskliniken** arbeiten eng mit den SozialarbeiterInnen der Regionalstellen Soziale Arbeit mit Familien zusammen und unterstützen den/die fallführende/n SozialarbeiterIn der Regionalstelle Soziale Arbeit mit Familien, indem sie klärende, koordinierende, vernetzende sowie vermittelnde Gespräche mit (werdenden) Müttern/Eltern, ÄrztInnen und MitarbeiterInnen der Pflege vor Ort in der Klinik führen. Fallspezifisch arbeiten die SozialarbeiterInnen mit VertreterInnen der Kinderschutzgruppe und/oder mit VertreterInnen der Sucht und Drogenkoordination Wien (z. B. Contact) und mit dem interdisziplinären Team des Spitals zusammen und vermitteln den MitarbeiterInnen der Kliniken die Aufgaben und Ziele der MAG ELF. Mit besonderer Sensibilität beraten sie auch werdende Mütter, die überlegen, anonym zu entbinden oder ihr Kind zur Adoption freizugeben.

Bei der **Anmeldung und bei der Übergabe des Willkommensgeschenks** der Stadt Wien (entweder im Geburtsspital oder im Eltern-Kind-Zentrum) informiert die SozialarbeiterIn alle in Wien wohnenden werdenden Eltern über die Angebote der Eltern-Kind-Zentren. Eltern erhalten Beratung zu ihrer speziellen Lebenssituation und können bei Bedarf weitere Beratungstermine im Rahmen des Sozialen Dienstes in Anspruch nehmen.

Gespräche anlässlich der Anmeldung bzw. Übergabe des Willkommensgeschenks der Stadt Wien dienen der Information von Eltern über das vielfältige Beratungs- und Hilfsangebot in der MAG ELF und verschiedenen anderen Organisationen und dem frühzeitigen Erkennen eines Unterstützungsbedarfs der Mutter/der Eltern. Im Jahr 2010 wurden **15.342 Willkommensgeschenke** an Eltern überreicht. Somit konnten 87,5% der Eltern von Neugeborenen informiert bzw. beraten werden.

2010 konnten 87,5% der Eltern von Neugeborenen informiert bzw. beraten werden.

In den **Elternberatungen** berät ein multiprofessionelles Team (SozialarbeiterIn und/oder SozialpädagogIn sowie ein Arzt/eine Ärztin) die Eltern mit Babys und Kleinkindern bei medizinischen und pflegerischen Belangen sowie bei Ernährungsfragen des Kindes. Mütter und Väter

werden in ihrer Elternkompetenz unterstützt und gefördert. Bei der Erstanmeldung klärt der/die SozialarbeiterIn in einem Anamnesegespräch mit den Eltern, ob außer der medizinischen Fragestellung weitere soziale oder finanzielle Fragen bestehen. **Elternberatung wird an 24 Standorten in Wien angeboten**, diese sind 41-mal in der Woche geöffnet. Im Jahr 2010 wurden 1.565 Neugeborene in den Elternberatungen vorgestellt, das sind 8,9% der neugeborenen Kinder Wiens. Sprachliche Hürden werden in einigen Elternberatungen mit Unterstützung von DolmetscherInnen genommen.

Bei Zuweisungen von Kindern durch die Regionalstellen Soziale Arbeit mit Familien im Rahmen von Gefährdungsabklärung oder Unterstützung der Erziehung beurteilt das multiprofessionelle Team der Elternberatung die medizinische und pflegerische Versorgung, die Mutter/Eltern-Kind-Interaktion sowie den Entwicklungsstand des Kindes. Ziel der Elternberatung ist die Früherkennung von Interaktions-, Gedeih- und Entwicklungsstörungen, die Prophylaxe in Gesundheitsfragen von Babys und Kleinkindern sowie die Stärkung der Erziehungskompetenz von Eltern. Dieses Präventivangebot soll vor allem Familien mit sehr begrenzten sozialen und/oder finanziellen Ressourcen erreichen.

Schwerpunkt Betreuung minderjähriger Mütter

Sozialpädagoginnen bieten minderjährigen Müttern Unterstützung bei der Erziehung für das Baby/Kleinkind an. Es handelt sich um ein nachgehendes, aufsuchendes, intensives Betreuungsangebot, das den jungen Müttern/den jungen Eltern Anleitung im Umgang mit dem Kind, aber auch Wissen in Bezug auf Ernährung, Pflege, Erziehung und Förderung vermittelt. Die jungen Eltern (Mütter) werden unterstützt, eine feinfühligke Beziehung zum Kind aufzubauen, die Bedürfnisse des Kindes adäquat wahrzunehmen und eine kindgerechte Tagesstruktur zu schaffen. Ebenso soll die Anerkennung der jungen Mutter/der jungen Eltern innerhalb der Herkunftsfamilien, die unter Umständen eine wichtige Ressource für die Jungfamilien darstellen, gefördert werden. Ziel der Betreuung ist es, die minderjährige Mutter/die jungen Eltern zu befähigen, ihr Kind eigenverantwortlich zu versorgen (siehe Kapitel 4.1.3 Teenagerschwangerschaften).

Die Teilnahme an vergünstigten Familienurlaube im Rahmen des **Vereins Wiener Jugendholung (WIJUG)** ermöglicht jungen Menschen und deren Eltern einen kostengünstigen Erholungsurlaub sowie abwechslungsreiche Ferienerlebnisse. 797 Erwachsene und 1.218 Kinder und Jugendliche haben 2010 dieses Angebot genutzt. Weiters konnten **2.150 Kinder auf Kinderurlaub** fahren. 25 Kinder mit speziellen Bedürfnissen wurden in einem Jugendgästehaus gut versorgt. Ebenso haben 60 Pflegeeltern (155 Kinder und 113 Erwachsene) von diesem Ferienangebot profitiert.

Kernaufgabe Kinderschutz

Die SozialarbeiterInnen der Jugendwohlfahrt sind in ihrer Kernaufgabe Kinderschutz auf Meldungen über vermutete **Kindeswohlgefährdungen** angewiesen. Erst wenn sie von einer vermuteten Gefährdung eines Kindes erfahren – oder diese selbst wahrnehmen –, können sie zur Sicherung des Kindeswohles aktiv werden. Wichtige KooperationspartnerInnen, die häufig auch als MelderInnen fungieren, sind LehrerInnen, die Polizei, aber auch Familienangehörige, FreundInnen und NachbarInnen von betroffenen Kindern.

MitarbeiterInnen der Jugendwohlfahrt (SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen) betreiben laufend aktive Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit. Als kompetente ExpertInnen der Jugendwohlfahrt nehmen sie Stellung zu aktuellen Erziehungsfragen in den Medien und halten Vorträge in Schulen, Kindergärten sowie bei anderen KooperationspartnerInnen über die Arbeit im Kinderschutz. Mit diesen Informationsveranstaltungen und der Teilnahme an verschiedenen Arbeitskreisen sowie Projekten, wie z. B. „MEDPOL“ („Bündnis gegen Gewalt“, initiiert vom BMI, um die Prävention gegen Gewalt in den Bereichen Medizin und Polizei zu intensivieren) oder im Netzwerk gegen sexuelle Gewalt, wird wesentlich zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen beigetragen und die Bereitschaft der KooperationspartnerInnen, Hilfe für von Gewalt betroffene Kinder anzufordern, gestärkt.

Die Zahl der **Gefährdungsabklärungen** stieg seit 2004 deutlich an und betrug in den letzten beiden Jahren durchschnittlich 10.000 pro Jahr. Grund für den massiven Anstieg ab 2004 dürfte der Erfolg der ersten Kinderschutzkampagne der Wiener Jugendwohlfahrt gewesen sein. Durch Sensibilisierung der Bevölkerung stieg die „Meldefreudigkeit“ an. Die Folgen von Vernachlässigung und Gewalt an Kindern werden seitens der Bevölkerung ernst genommen, sodass auch die Bereitschaft, wahrgenommene Missstände den Jugendämtern zu melden, gestiegen ist.

Zahl der Gefährdungsabklärung ist seit 2004 deutlich angestiegen.

16% aller neuen Gefährdungsabklärungen im Jahr 2010 bezogen sich auf **physische**, 29% auf **psychische Gewalt** gegen Kinder und in 2% der neuen Fälle bestand der Verdacht auf **sexuelle Gewalt**. Der größte Anteil, 53%, hatte die **Vernachlässigung** von Kindern/Jugendlichen zum Inhalt. 29% der Gefährdungsmeldungen kamen von der **Polizei**, 25% der Meldungen erfolgten **durch andere Institutionen** (wie z. B. KooperationspartnerInnen, Frauenhäuser, Nachbarn, Bekannte etc.) oder Familienmitglieder der betroffenen Kinder, gefolgt von **Kindergärten/Schulen** (17%). Im Gegensatz dazu war die Anzahl der Meldungen, die durch **ÄrztInnen oder Spitäler** erfolgten, relativ gering (5%), dafür **aber umso akuter**. Meldungen der ÄrztInnen, Kinderschutzgruppen und MitarbeiterInnen der Krankenpflegeberufe betrafen meist akut verletzte und schwer vernachlässigte Kinder, die ein rasches Eingreifen der Jugendwohlfahrt erforderten.

Neuesten Erhebungen der **Wiener Universitätsklinik für Unfallchirurgie** zufolge sind ärztliche Untersuchungen für die Risikoeinschätzung bei Kindern unter 3 Jahren im Rahmen der Gefährdungsabklärung obligatorisch. Über 55% aller in der Universitätsklinik für Unfallchirurgie vorgestellten misshandelten Kinder wiesen Frakturen auf, teils auch Mehrfachfrakturen oder alte Rippenbrüche. 80% aller Kinder, die als Folge von Misshandlungen eine Schädigung des Zentralnervensystems aufwiesen, waren Kinder unter 1 Jahr. Die **obligatorische ärztliche Untersuchung** im Rahmen der Gefährdungsabklärung für alle 0- bis 3-jährigen Kinder (bevorzugt in einer Elternberatungsstelle) gehört ebenso wie das **„4-Augen-Prinzip“** zum Standard einer Gefährdungsabklärung in der Wiener Jugendwohlfahrt.

Wenn SozialarbeiterInnen im Rahmen einer Gefährdungsabklärung überprüfen, ob Kinder oder Jugendliche vernachlässigt werden und/oder von körperlicher, psychischer oder sexueller Gewalt bedroht sind, führen sie persönliche Gespräche mit dem Kind (seinen Geschwistern) sowie mit dem/der Obsorgeberechtigten. Ein weiterer wichtiger Standard ist der Hausbesuch bei allen 0- bis 6-jährigen Kindern. 2010 wurden bei 2.077 Fällen von Gefährdungsabklärungen JugendamtspsychologInnen um eine Fachexpertise ersucht.

Ist der sofortige Schutz eines Kindes erforderlich (Gefahr im Verzug) bzw. liegt eine hochgradig unklare oder uneinschätzbare Gefährdungsvermutung vor, wird die Unterbringung des Kindes oder Jugendlichen im **Krisenzentrum** oder bei **Krisenpflegeeltern** veranlasst.

Im Krisenzentrum oder bei Krisenpflegeeltern werden zusätzliche Informationen und fachliche Einschätzungen über das Kind, sein Verhalten, seine Interaktionen mit Bezugspersonen, seine Kontakte und seine Bedürfnisse aus unterschiedlichen professionellen Sichtweisen gewonnen und zur Entscheidungsfindung der Sozialarbeit herangezogen.

Unterstützung der Erziehung

Im Zuge der Feststellung der Gefährdung eines Kindes oder bei Vorliegen mehrerer Risikofaktoren wird zunächst mit der Familie gemäß §§ 33 und 35 **Wiener Jugendwohlfahrtsgesetz** 1990 eine Betreuung im Rahmen der **Unterstützung der Erziehung** vereinbart. Diese ambulante Betreuung ist nur möglich, wenn das Kind mit dieser Maßnahme vor allen Formen weiterer Gewalt und Grenzüberschreitungen seitens Erwachsener geschützt wird.

Als Grundlage für die weitere Zusammenarbeit mit den Sorgeberechtigten dient entweder eine freiwillig getroffene Arbeitsvereinbarung mit den VertreterInnen der Jugendwohlfahrt oder die Beauftragung durch das zuständige Bezirksgericht.

Inhaltlich wird die Maßnahme auf die individuellen Bedürfnisse, das Alter des Kindes und die Ressourcen der Familie abgestimmt. Für die einzelnen Teilziele werden in einem Hilfeplan überprüfbare Umsetzungsschritte festgelegt, die für die Familie verständlich, konkret und überschaubar sind. Ziel der Unterstützung der Erziehung ist eine nachhaltige Veränderung des Erziehungsverhaltens, um den Schutz des Kindes in seiner Familie sicherzustellen.

Zum Jahreswechsel **2009/10** waren **2.919 Kinder** im Rahmen der Unterstützung der Erziehung in sozialarbeiterischer Betreuung, und im Laufe des Jahres 2010 wurde bei **2.837** Kindern eine Betreuung im Rahmen der Unterstützung der Erziehung begonnen. Zum **Stichtag 31. Dezember 2010** wurden **3.101 Kinder** im Rahmen der Unterstützung der Erziehung betreut. Die Einleitung der Maßnahme erfolgte 2010 in **98%** aller neu begonnenen Fälle mit Zustimmung der Sorgeberechtigten, nur bei **2%** aller betroffenen Familien musste ein entsprechender Antrag bei Gericht eingebracht werden.

Eltern, die von der Regionalstelle Soziale Arbeit mit Familien **im Rahmen der Unterstützung der Erziehung** betreut werden, lernen in den **zielgruppenspezifischen Elterntrainings** der Eltern-Kind-Zentren neue Strategien im Umgang mit ihren Kindern. Gerade die Kombination aus Theorievermittlung, Selbstreflexion und praktischen Übungen unterstützt Eltern dabei, positiv veränderte Verhaltensmuster in Alltagssituationen zu festigen.

Unter der Anleitung von SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und PsychologInnen wird für eine „gelingende Erziehung“ trainiert. Eltern erhalten die Möglichkeit, sich untereinander auszutauschen und auszuprobieren, wie sie in stressigen Situationen besser reagieren können. Ziel des **Elterntrainings** ist die Vermittlung von Kenntnissen über Kindererziehung (Bedürfnisse des Kindes, Entwicklungsförderung, gewaltlose Kommunikation, Grenzen setzen, Geschwister rivalität, Ernährung, Alltagsstruktur, Beschäftigung mit dem Kind etc.) sowie die Förderung der Feinfühligkeit der Eltern (Wahrnehmungsfähigkeit kindlicher Bedürfnisse). Insgesamt nahmen **42 Erwachsene** und **46 Kinder** an den Elterntrainings in den Eltern-Kind-Zentren teil.

Zum Jahreswechsel
2009/10 waren 2.919 Kinder
in sozialarbeiterischer
Betreuung.

Ebenso waren 8.701 **psychologische Befassungen** im Jahr 2010 im Rahmen der Unterstützung der Erziehung zu verzeichnen, was bedeutet, dass einerseits die fachliche Kooperation zwischen den Berufsgruppen ausgezeichnet funktioniert, andererseits aber auch die psychologische Beratung von den Familien gut angenommen wird. Eltern werden bei der konkreten und praktischen Umsetzung des Erlernten (videounterstützte psychologische Anleitung nach Marte Meo) in ihrem Selbstvertrauen gestärkt und befähigt, die Herausforderungen im Erziehungsalltag besser zu bewältigen. Als Bildungsangebot zum Thema Erziehung wurde für diese Zielgruppe **„Das kleine 1x1 der Erziehung“** entwickelt, das zur Vermittlung von Wissen über kindliche Grundbedürfnisse und Reflexion des elterlichen Erziehungsverhaltens beitragen soll. Zur Förderung einer positiven Elternschaft erscheint konstruktive Kritik, gepaart mit Lösungsvorschlägen, ganz besonders zielführend.

Wenn in einer Familie aufgrund einer sehr komplexen Problemsituation eine besonders intensive Betreuung erforderlich ist, kann die/der fallführende SozialarbeiterIn, im Rahmen der Unterstützung der Erziehung, zusätzlich die MitarbeiterInnen der **mobilen Arbeit mit Familien (MAF)** einschalten oder der Familie ein **Familien Intensiv Training (FIT)** bzw. **Familiencoaching** vorschlagen.

Das Angebot von MAF orientiert sich an der individuellen Problemlage und Vereinbarung mit der gesamten Familie. Die Betreuung ist flexibel und auf die Probleme, Bedürfnisse und Ressourcen der Familie ausgerichtet und findet je nach Möglichkeit und Mobilität der Familie entweder in der Wohnung, dem sozialen Umfeld der Familie oder in der Regionalstelle statt. Mit Ende 2010 befanden sich **1.229 Minderjährige aus 668 Familien in Betreuung** der MAF.

Im **Familien Intensiv Training (FIT)** arbeiten speziell geschulte SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen an 10 hintereinander folgenden Tagen mindestens 4 Stunden täglich mit der Familie. Die zeitliche Intensität, Co-Arbeit, direktive handlungsorientierte, praktische Anleitung und der **Einsatz von Videoaufnahmen zur Reflexion** kennzeichnen FIT. Ziel ist, in kurzer Zeit Einsicht in das familiäre Geschehen zu bekommen und starke Impulse für eine von außen angeregte, selbst gesteuerte Veränderung der Familiensituation zu setzen.

Nach einer Beobachtungsphase, in der die TrainerInnen in der Familie zwar Szenen auf Video aufnehmen, aber noch nicht intervenierend in das Geschehen eingreifen, schließt das Coaching der Familie an. Dabei wird die Familie mittels **erlebnisorientierter Übungen** und direkter Anweisungen tatkräftig bei der Bewältigung ihrer Probleme unterstützt. Ziel der Arbeit ist, die eigenen Ressourcen und gut funktionierenden Strategien in der Familie zu stärken. Anhand von Filmausschnitten, die einen Teil des Familienlebens repräsentieren, reflektieren die TrainerInnen gemeinsam mit der Familie Kooperationsbereitschaft und gegenseitigen Umgang. Die Familienmitglieder erhalten unmittelbares Feedback. Die Methode wird nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Familie angewandt und hat sich über die Jahre hinweg sehr bewährt.

FIT wurde 2006 als Projekt in der MAG ELF eingeführt und von der Stabsstelle Forschung und Entwicklung wissenschaftlich evaluiert. Aufgrund der überzeugend guten Resultate wurde FIT 2010 in den Regionalstellen Soziale Arbeit mit Familien implementiert. Ziel ist es, in jeder Regionalstelle mindestens eine FIT-TrainerIn zu haben und die Einsätze künftig regional zu organisieren. Von Jänner 2007 bis Ende 2010 wurde **45 Familien** (mit 89 Kindern) im Rahmen von FIT betreut. In nur 4 Fällen war im Anschluss von FIT die Übernahme der Kinder in „Volle Erziehung“ erforderlich.

2010 waren 1.523 Kinder institutionell untergebracht.

Sozialpädagogische Angebote

Für Kinder, die aus den unterschiedlichsten Gründen für eine bestimmte Zeit nicht mehr bei den Eltern wohnen können, stehen sozialpädagogische Einrichtungen zur Verfügung. 1.523 Kinder waren 2010 institutionell untergebracht. Differenzierte professionelle Betreuung und Hilfestellung erfolgt nicht nur in den sozialpädagogischen Einrichtungen der MAG ELF, sondern wird auch in Form von Plätzen in den spezialisierten Vertragseinrichtungen sowie durch Zukauf von psychotherapeutischer Behandlung sichergestellt. Immer mehr Kinder und Jugendliche kommen aufgrund ihrer häufig erlebten Beziehungsabbrüche sowie negativen Erlebnisse im familiären Umfeld mit den Anforderungen des Alltags, insbesondere der schulischen, nicht mehr zurecht und reagieren mit Ruhelosigkeit, Verweigerung und anderen Verhaltensauffälligkeiten. 2010 waren **1.182 Kinder in psychotherapeutischer bzw. klinisch-psychologischer Behandlung**. Zudem werden die fachlichen Standards in der Sozialpädagogik laufend für eine optimale Betreuung der Kinder und Jugendlichen angepasst. Dies erfolgt unter Beteiligung der MitarbeiterInnen in den sozialpädagogischen Einrichtungen, aber auch unter Mitwirkung der am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen, wie z. B. SozialarbeiterInnen, PsychologInnen.

Unter dem Motto „Jeden Tag eine neue Chance“ wird auf den individuellen Hilfebedarf von Kindern und Jugendlichen reagiert. In manchen Fällen ist eine durchgängige Kooperation mit KinderpsychiaterInnen im Rahmen des Liaisondienstes oder einer stationären Aufnahme im Krankenhaus unabdingbar.

Wiener Pflegefamilien

Es ist das erklärte Ziel in der Jugendwohlfahrt, dass sehr junge Kinder Aufnahme bei Pflegefamilien finden. Laufende Verbesserungen in der Vorbereitung und Schulung von Pflegeeltern bzw. Adoptiveltern tragen zur Zielerreichung bei und weisen Pflegeeltern als wichtige KooperationspartnerInnen der Jugendwohlfahrt aus.

Ausgebildete TrainerInnen, die einerseits Feldkompetenz in der Arbeit mit Pflege- und Adoptivfamilien und andererseits auch Erfahrung mit Gruppen haben, bieten ein umfassendes Fortbildungsprogramm an. Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass Pflegeeltern gerade in der Eingewöhnungsphase der Kinder eine zusätzliche intensive, professionelle Begleitung benötigen, damit das Zusammenleben gut gelingen kann. Neben der professionellen Betreuung durch SozialarbeiterInnen erfolgt diese auch in Form des psychologischen Pflegeelterncoachings. Mit 31. Jänner 2011 lebten 1.302 Kinder bei Pflegeeltern und 248 bei Verwandten.

Als **größte Kinderschutzorganisation in Wien** schützt die **MAG ELF** Kinder und deren Rechte und hat die Verpflichtung, bei Gefährdung von Kindern und Jugendlichen einzuschreiten. Gewaltfreie Erziehung und Partizipation sind für eine positive Entwicklung junger Menschen unumgänglich. Im Laufe der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gibt es immer wieder auch Zeiten, die von Eltern als besonders belastend erlebt werden und zu Überforderung führen. Zur Förderung einer positiven Elternschaft gibt es in der MAG ELF zahlreiche Angebote, die Kinder schützen und Eltern unterstützen sollen, ihre Erziehungs- und Fürsorgepflichten ausreichend wahrzunehmen.

5.3 Essstörungen

Michaela Langer

Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Disorder) zählen zu den schwersten psychischen Störungen des Jugendalters, die auch gravierende und nachhaltige Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit haben. Die **Ursachen sind multifaktoriell** und liegen u. a. im gestörten Selbstwert(-gefühl), im niedrigen Selbstvertrauen, in Störungen der eigenen Identität und einem negativen Körperbild. Wesentlich sind die Biografie und insbesondere die gesellschaftlichen Körperrnormen, die den Nährboden bilden, auf dem die Erkrankung Essstörung gedeihen kann (Levine et al. 1999, Striegel-Moore/Steiner-Adair 1998).

5.3.1 Soziokulturelle Einflussfaktoren

90–97% der von Essstörung Betroffenen sind Mädchen und junge Frauen (Lindblad et al. 2006, Krüger et al. 1997). Als ursächlich können dafür folgende Aspekte angesehen werden: Zum einen sind die **körperlichen Veränderungen** bei Mädchen in der Pubertät **viel stärker** und erfordern eine **höhere psychische Anpassungsleistung** als bei Burschen. Gleichzeitig beginnen Schönheits- und Körperrnormen unserer Gesellschaft auf die Psyche und Wahrnehmung der Mädchen und jungen Frauen gerade in der Adoleszenz massiv zu wirken. Vergleiche mit gesellschaftlichen und medialen zumeist untergewichtigen Role-models erzeugen eine erhöhte Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, der sich in der Pubertät vom vorherrschenden Schönheitsideal entfernt. Dies wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit für Risikofaktoren wie Überbewertung des Aussehens und Diäten.

Anteil der Mädchen und Frauen an Essstörungen: 90–97%.

5.3.2 Psychische Dynamik von Essstörungen

Für Menschen, die an Essstörungen erkranken, hat Essen oder Nicht-Essen die missbräuchliche Funktion, **Schwierigkeiten**, die ihnen ansonsten unlösbar erscheinen, auf diese Weise zu **bewältigen**. In diesem Sinne können Essstörungen als misslungene Problemlöseversuche verstanden werden. Essen oder Nicht-Essen bietet in einer für sie instabilen und unkontrollierbaren Um- und Innenwelt eine Möglichkeit der Stabilität und Kontrolle. Das Leben der Betroffenen kreist **zwanghaft um Essen bzw. Nicht-Essen**. Unbeschwertes Genießen, gesunder Appetit und Hunger sind nicht möglich. Essen ist verbunden mit Scham- und Schuldgefühlen, der Angst zuzunehmen und dem Empfinden, bei Entgleisung der Gewichtskontrolle zu versagen. Nicht-Essen dagegen bedeutet Stolz, Unabhängigkeit und Macht. Das psychische Wohlbefinden wird von der Kontrolle des Essverhaltens und Körpergewichts abhängig gemacht.

Nicht-Essen bedeutet Stolz, Unabhängigkeit und Macht.

Die Entstehung einer Essstörung ist – wie bei den meisten schweren psychischen Erkrankungen – immer multifaktoriell bedingt. Daher sind neben **soziokulturellen Einflussfaktoren** **familiäre Aspekte** ebenso zu beachten wie **individuelle Persönlichkeitsfaktoren** und **genetische Ausstattungen**. Der Universitätsprofessor und Kinder- und Jugendpsychiater Andreas Karwautz konnte erstmals für die Erkrankung Anorexia nervosa zeigen, dass das Erziehungsverhalten im Rahmen eines interaktionellen Modells bei der Entstehung von Magersucht einen Einfluss hat. Weiters zeigte die Studie eine wichtige Erkenntnis: Hochpotente psychosoziale Stressoren wie **belastende Lebensereignisse, zwischenmenschliche Probleme oder körperbezogene spöttische Kommentare** wurden unabhängig von genetischen Aspekten als ursächlich relevant beschrieben (Karwautz et al. 2010).

5.3.3 Definition und Symptomatologie

Die hauptsächlich diagnostizierten Essstörungen sind „Anorexia nervosa“ (Magersucht), „Bulimia nervosa“ (Bulimie) und „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“. Darüber hinaus gibt es weitere Unterteilungen, wie in Tab. 5.4 dargestellt. Anders als in der US-Klassifikation nach DSM VI hat die Essstörung „Binge Eating Disorder“ (Esssucht) nach ICD-10 keine eigene Diagnosekriterien, sondern wird unter den „Nicht näher bezeichneten Essstörungen“ erfasst.

Anorexia nervosa

Die Anorexia ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen **Gewichtsverlust charakterisiert**. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen. Es liegt meist **Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades** vor, die sekundär zu **endokrinen und metabolischen Veränderungen** und zu **körperlichen Funktionsstörungen** führt. Zu den Symptomen gehören überwertige Angst vor Gewichtszunahme, eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika (WHO 1993).

Bulimia nervosa

Dieses Krankheitsbild zeichnet sich durch wiederholtes **Auftreten von Heißhungeranfällen** (engl. binge eating) aus. Bei einem Essanfall nimmt die/der Betroffene in kurzer Zeit große Mengen an Nahrungsmitteln auf. Anschließend werden kompensatorische Maßnahmen ergriffen, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken. Diese Art der Essstörung führt nicht notwendigerweise dazu, dass die Betroffenen untergewichtig sind. Sie **kann auch bei normalem Körpergewicht und Übergewicht auftreten** und ist daher – im Gegensatz zur Anorexia nervosa – nicht aufgrund des Körpergewichts erkennbar. Viele psychische Merkmale dieser Störung ähneln denen der Anorexia nervosa, so die übertriebene Sorge um Körperform und Gewicht. Wiederholtes Erbrechen kann zu Elektrolytstörungen und körperlichen Komplikationen führen. Häufig lässt sich in der Anamnese eine frühere Episode einer Anorexia nervosa mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren nachweisen (WHO 1993).

„Nicht näher bezeichnete Essstörungen“

„Epidemiologische Untersuchungen unter Zugrundelegung von ICD-10 oder DSM-IV (= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association) ergeben regelmäßig, dass die deutliche Mehrzahl der PatientInnen, die um eine Behandlung nachsuchen, bei konsequenter Anwendung der diagnostischen Kriterien als atypische oder als nicht näher bezeichnete Essstörung klassifiziert werden müssen“, so Fairburn und Kollegen (Fairburn et al. 2007). Derzeit werden unter dieser Kategorie jene Essstörungen erfasst, die nicht alle Diagnosekriterien der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa aufweisen, ebenso subklinische Essstörungen, die aber trotzdem behandlungsbedürftig sind. Weiters wird hier auch die Binge Eating Disorder erfasst.

Binge Eating Disorder (nach DSM IV)

Binge Eating wurde in den USA 1994 offiziell in die Klassifikation aufgenommen. Binge Eating ist im DSM-IV unter dem Diagnoseschlüssel 307.50 als vorläufige Subgruppe unter „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ („Eating Disorders Not Otherwise Specified“, EDNOS) definiert. Im ICD-10 ist sie nicht enthalten.

Eine deutliche Mehrzahl der PatientInnen haben eine atypische bzw. nicht näher bezeichnete Essstörung.

Diese Essstörung hat große Ähnlichkeit mit der Bulimia nervosa: Ihr Hauptmerkmal sind ebenfalls **wiederkehrende Heißhungerattacken** (engl. binge eating) mit **Kontrollverlust**, aber bei den Betroffenen fehlt das charakteristische Kompensationsverhalten, wie selbstinduziertes Erbrechen oder der Missbrauch von Abführ- und Entwässerungsmitteln. Es kommt daher **häufig zu einem rapiden Gewichtsanstieg**. Gleichzeitig sind mit den Fressanfällen quälende Gefühle der Verzweiflung verbunden.

5.3.4 Komorbiditäten bei Essstörungen

Häufig findet man bei Essstörungen auch Symptomerweiterungen und Komorbiditäten, wie Alkohol-, Drogen- und Substanzmissbrauch, Rauchen, selbstverletzendes Verhalten („Ritzen“), Suizidversuche, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, sexuellen Missbrauch, körperdysmorphe Störungen. Auch auf psychosozialer Ebene finden sich vielfältige Auswirkungen wie Störungen der Partnerschaft, Störungen der Sexualität und sozialer Rückzug bis zur Vereinsamung und Isolation.

5.3.5 Gesundheitliche Konsequenzen von Essstörungen

Essstörungen sind durch eine lange Reihe von körperlichen Folgeerkrankungen gekennzeichnet. In Folge der Mangelernährung kommt es zum Ausbleiben der Menstruation oder unregelmäßigen Menstruationszyklen und dadurch im späteren Leben möglicherweise zu verminderter Fortpflanzungsmöglichkeit (Infertilität, Fehl- und Frühgeburten). Auch endokrinologische Veränderungen, Elektrolytstörungen und Mangelerscheinungen im Blutbild, Osteoporose in jungen Jahren, Herzrhythmusstörungen, Herz-Kreislauf-Probleme, Benommenheit, Schwindel oder Ohnmacht, ungeklärte Schwellungen (Ödeme), chronische Verstopfung und andere Magen-Darm-Probleme sowie der Verlust des sexuellen Interesses sind körperliche Folgen der Essstörungen.

5.3.6 Verbreitung in Österreich und Wien

Essstörungen zählen im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen (Golden NH et al. 2003, Fairburn/Harrison 2003). Die Zahlen zur Prävalenz¹ von Essstörungen unterliegen erheblichen Schwankungen.

In Deutschland zeigten beim Kindergesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts insgesamt 21,9% – also mehr als ein Fünftel – der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren Symptome einer Essstörung (Holling/Schlack 2007). Gestörtes Essverhalten wurde in einer kanadischen Studie bei mehr als 27% der Mädchen im Alter von 12 bis 18 Jahren erfasst und stieg während der Adoleszenz kontinuierlich an (Jones et al. 2001).

Auch bei Risikofaktoren wie Körperbild und Gewichtszufriedenheit zeigt sich ein alarmierendes Bild: Im Rahmen des 2012 veröffentlichten WHO-Berichts „**Health Behaviour in School-aged Children**“ wurde u. a. auf die gewichtsbezogene Selbstwahrnehmung 11-, 13- und 15-jähriger Jugendlicher in 43 zentraleuropäischen Ländern sowie Nordamerika eingegangen. Im Zuge dessen gaben **50%** der befragten österreichischen 15-jährigen Mädchen an, dass sie **glauben, zu dick zu sein**, obwohl nur 11% aufgrund der Berechnung des Body-Mass-Index über Gewicht und Körpergröße tatsächlich übergewichtig oder adipös waren. Weiters hielten **24%** der 15-jährigen Mädchen aktuell eine Diät (Currie et al. 2012). Der **Wiener Anteil** bei den 15-jährigen Mädchen unterscheidet sich nicht gravierend von den gesamtösterreichischen: **Rund 52% der 15-jährigen Wiener Mädchen fühlen sich zu dick**, **rund 14% sind dies laut BMI wirklich**, und **25% halten momentan gerade eine Diät oder versuchen auf andere Weise, ihr Gewicht zu reduzieren**.

Wien: 52% der Wiener Mädchen fühlen sich zu dick, 14% sind es laut BMI wirklich. 25% halten Diät.

1. Prävalenz = Anzahl der Individuen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt ein bestimmtes Merkmal aufweisen, bezogen auf die gesamte Population. Punktprävalenz oder 12-Monats-Prävalenz oder Lifetime-Prevalence / Inzidenz: Rate der neu Erkrankten innerhalb eines definierten Zeitraums.

Leider gibt es für Österreich keine aktuellen epidemiologischen Zahlen. Als einziger Anhaltspunkt mit verlässlichen Zahlen ist die **Spitalsentlassungsstatistik** der Statistik Austria zu nennen. Grundsätzlich muss aber dezidiert festgehalten werden, dass die nachfolgend angeführten Zahlen keine Personendaten, sondern Behandlungsfälle darstellen. Man kann daher aufgrund der Zahlen nicht auf die Anzahl der Betroffenen rückschließen, da eine Person in einem Jahr auch öfter wegen Essstörungen in Spitalsbehandlung sein konnte.

Tabelle 5.4: **Essstörungen nach ausgewählten Hauptdiagnosen der Spitalsentlassungsstatistik bei Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht im Alter von 0 bis 15 Jahren, Wien und Österreich 2001–2010**

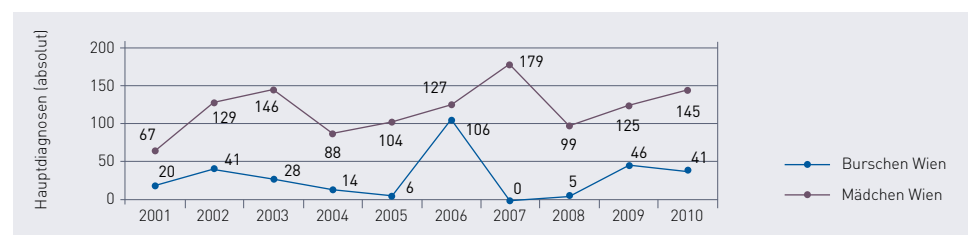
| ICD 10 | | 2001 | | 2004 | | 2007 | | 2010 | |
|--|------------|------|----|------|----|------|----|------|----|
| | | w | m | w | m | w | m | w | m |
| Anorexia nervosa F50.0 | Wien | 39 | 12 | 66 | 2 | 141 | 0 | 108 | 1 |
| | Österreich | 276 | 19 | 274 | 25 | 439 | 68 | 346 | 33 |
| Atypische Anorexia nervosa F50.1 | Wien | 2 | 0 | 7 | 0 | 4 | 0 | 3 | 1 |
| | Österreich | 22 | 1 | 18 | 5 | 37 | 0 | 22 | 3 |
| Bulimia nervosa F50.2 | Wien | 10 | 2 | 4 | 0 | 27 | 0 | 24 | 0 |
| | Österreich | 66 | 2 | 64 | 0 | 150 | 0 | 53 | 4 |
| Atypische Bulimia nervosa F50.3 | Wien | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Österreich | 4 | 0 | 5 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Essattacken bei anderen psychischen Störungen F50.4 | Wien | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Österreich | 0 | 7 | 16 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Erbrechen bei anderen psychi- schen Störungen F50.5 | Wien | 8 | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | Österreich | 16 | 11 | 9 | 4 | 9 | 8 | 9 | 4 |
| Sonstige Essstörungen F50.8 | Wien | 3 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Österreich | 9 | 11 | 19 | 13 | 20 | 14 | 16 | 1 |

Quelle: Statistik Austria

Grundsätzlich zeigt sich vor allem bei der Anorexia nervosa (F50.0) bei Mädchen ein kontinuierlicher Anstieg über die Jahre sowohl in Wien als auch bundesweit. In Wien zeigen die Zahlen zur Bulimie ebenfalls starke Schwankungen, blieben aber mehr als doppelt so hoch über dem Niveau von 2001.

Grundsätzlich ist hier anzumerken, dass die Bulimia nervosa eine spätere Erstmanifestation hat als die Magersucht und daher in der vorliegenden Statistik noch nicht so häufig auftritt.

Abbildung 5.1: **Essstörungen als Hauptdiagnose der Spitalsentlassungsstatistik bei Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht im Alter von 0 bis 15 Jahren, Wien 2001–2010**



Quelle: Statistik Austria

5.3.7 Therapie

Die Behandlung und Therapie einer Essstörung bedarf einer umfassenden psychotherapeutischen und medizinischen Behandlung. Im Idealfall findet die Behandlung in einem eng vernetzten Team statt. Für die psychotherapeutische Behandlung von Essstörungen bei Kindern empfiehlt sich dringend die Einbeziehung der Familie.

Für die Behandlung gibt es 3 **Behandlungssettings**: **ambulant, stationär und teilstationär/tagesklinisch**. Die Schwere der Erkrankung bestimmt die Dauer des Heilungsprozesses und die Art des Settings und kann es nötig machen, dass alle drei Settings in der Therapie chronologisch angewandt werden müssen.

Bei PatientInnen mit Anorexia nervosa fehlt die Krankheitseinsicht, da dieses Krankheitsbild durch Verleugnung gekennzeichnet ist. Bei PatientInnen mit Bulimia nervosa hingegen ist die Scham über das außer Kontrolle geratene Essverhalten das vorherrschende Motiv, die Krankheit zu verschweigen. Bis zur Inanspruchnahme vergeht daher meist ein längerer Zeitraum. Dies erschwert die Heilung.

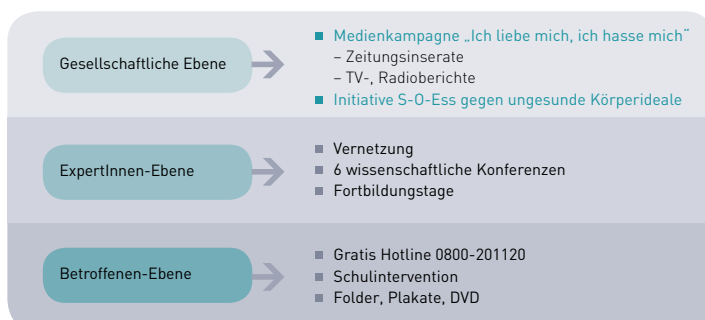
Umfragen haben gezeigt, dass nur rund 2% der AllgemeinmedizinerInnen anhand der präsentierten Symptome eine zugrundeliegende Essstörung erkannten, während die Rate bei den KinderärztInnen mit ein Drittel zwar bedeutend höher, aber immer noch unbefriedigend war (Bryant-Waugh et al. 1992). Ein Drittel der AllgemeinmedizinerInnen gaben in einer Umfrage an, noch nie eine bulimische Patientin in ihrer Praxis gesehen zu haben (Walsh 2000). Eine Untersuchung der Medizinischen Universität Wien im Jahr 1997 zeigte, dass nur 4% der AllgemeinmedizinerInnen an einem Fallbeispiel eine Anorexie erkannten, weitere 11% eine psychosomatische oder psychiatrische Störung vermuteten (Karwautz et al. 1997). In Anbetracht der Häufigkeit des Auftretens von klinischen und subklinischen Essstörungen ist es wahrscheinlich, dass viele Fälle unerkant bleiben.

Laut Umfragen erkennen nur 2% der AllgemeinmedizinerInnen eine Essstörung. Ein Drittel gibt an, noch nie eine bulimische Patientin untersucht zu haben. Fazit: Viele Fälle bleiben unerkant.

5.3.8 Früherkennung und niederschwellige Behandlungsangebote

In Wien wurde die Prävention von Essstörungen als wesentlicher Schwerpunkt im Wiener Programm für Frauengesundheit verankert. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht die gesetzten Maßnahmen auf den unterschiedlichen Ebenen.

Abbildung 5.2: **Maßnahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit gegen Essstörungen und Körpernormen**



Quelle: Stadt Wien

Zur Umsetzung der Präventionsmaßnahmen wurden im Jahr 1998 Basisangebote konzipiert, die bis 2011 laufend erweitert wurden:

- Installierung der gebührenfreien und anonymen „Hotline für Essstörungen 0800/20 11 20“ als niederschwellige Anlaufstelle für Betroffene
- Workshops für SchülerInnen zu Selbstwertsteigerung, positivem Körperbild und kritischer Hinterfragung gesellschaftlicher Körpernormen
- Kostenlose Vorträge bei Elternabenden über die Elternvereine an den Schulen
- Veranstaltung von sechs wissenschaftlichen Essstörungs- und Körperbild-Konferenzen für ExpertInnen
- Abhaltung von Fort- und Weiterbildungstagen für GesundheitsexpertInnen zu Essstörungen
- Vernetzung aller wesentlicher Wiener EssstörungsexpertInnen und spezialisierten Essstörungsberatungs- und Therapiestellen in der „Plattform gegen Essstörungen“
- Erstellung mehrerer kostenloser Informationsbroschüren
- Installierung der Website www.essstoerungshotline.at mit umfangreichen Informationen
- Gründung der „Initiative als Präventionsmaßnahme auf gesellschaftlicher Ebene“
- Initiierung des Schulwettbewerbs „We like everyBODY! Unsere Schule ohne Schlankeitswahn“ an allen Wiener Schulen mit einer 8. und 9. Schulstufe gestartet, um die Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit von gesunden und positiven Körperbildern zur Prävention von Essstörungen zu lenken. Ziel des Wettbewerbs war es, dass SchülerInnen eine Werbekampagne für die eigene Schule konzipieren sollten, die die Vielfalt des menschlichen Aussehens ins Zentrum rückte und nicht ungesunde gesellschaftliche Körpernormen. Mehr als 340 Jugendliche aus 12 Schulen beteiligten sich mit 17 Werbekonzepten. Die Siegerkampagne „Genau richtig“ punktete mit einem sehr breiten salutogen ausgerichteten Werbekonzept und überzeugte die ExpertInnenjury.

In Wien gibt es neben den präventiven und niederschweligen Angeboten des Wiener Programms für Frauengesundheit mehrere **spezialisierte Essstörungsberatungs- und Therapiestellen**, die Therapie für Kinder und/oder Jugendliche bei Essstörungen anbieten: das „Frauengesundheitszentrum FEM“, das „Frauengesundheitszentrum FEM Süd“, „intakt – Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen“, „sowhat – Therapie für Menschen mit Essstörungen“, das „Zentrum für Essstörungen“, die Psychosomatikambulanz für Kinder und Jugendliche des Wilhelminenspitals und die Ambulanz für Essstörungen des Kindes- und Jugendalters der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Essstörungsambulanz der Klinischen Abteilung für Biologische Psychiatrie an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, beide im AKH Wien.

Unter den **stationären Behandlungsangeboten** ist die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des AKH Wien sowie die Kinderklinik Glanzing mit Neonatologie und Psychosomatik im Wilhelminenspital zu nennen.

Literatur

- Bryant-Waugh Rachel. J., Lask Bryan D., Shafran Rosamund L., Fosson Abe R. (1992): Do doctors recognise eating disorders in children? *Arch Dis Child* 1992;67:103–105 doi:10.1136/adc.67.1.103
- Walsh Judith, Wheat Mary, Freund Karen (2000): Detection, Evaluation, and Treatment of Eating Disorders – The Role of the Primary Care Physician, *J GEN INTERN MED* 2000;15:577–590
- Currie Candace et al. (eds.): Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6)
- Fairburn Christopher G.; Cooper Zafra; Bohn Kristin; O'Connor Marianne E.; Doll Helen A., Palmer Robert L. (2007): The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1705–1715.
- Fairburn Christopher G., Harrison Paul J. (2003): Eating disorders. *Lancet* 361:407–416
- Golden Neville H., Katzman Debrah K., Kreipe Richard E., et al. Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine (2003). *J Adolesc Health* 33:496–505
- Karwautz Andreas F. K., Wagner Gudrun, Waldherr Karin, Nader I. W., Fernandez-Aranda Fernando, Estivill Xavier, Holliday Johanna, Collier David A. and Treasure Janet L.: Gene-environment interaction in anorexia nervosa: relevance of non-shared environment and the serotonin transporter gene; *Molecular Psychiatry*, doi:10.1038/mp.2010.12
- Hölling Heike, Schlack Robert (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Robert-Koch-Institut, Berlin / Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007, 50: 794–799
- Jones Jennifer M., Bennett Susan, Olmsted Marion P., Lawson Margaret L., & Rodin Gary (2001): Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 547–552
- Karwautz Andreas, de Zwaan Martina, Wöber-Bingöl Çiçek., Wöber Christian, Friedrich Max H.. (1997): Awareness of early-onset anorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 1997 Sep;2(3):138–43
- Krüger Claus, Reich Günter, Buchheim Peter, Cierpka Manfred (1997): Essstörungen: Diagnostik, Epidemiologie, Verläufe. In: Reich G., Cierpka M.: *Psychotherapie der Essstörungen*. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York
- Levine Michael, Piran Niva, Stoddard Charlie (1999): Mission more probable: Media Literacy, Activism and Advocacy as Primary Prevention. In *Handbook of Eating Disorders*. Brunner/Mazel. Philadelphia
- Lindblad Frank., Lindberg Lene, Hjern Anders (2006): Anorexia Nervosa in Young Men. *International Journal of Eating Disorders* 39:8
- Striegel-Moore Ruth, Steiner-Adair Catherine (1998): Primary prevention of eating disorders: further considerations from a feminist perspective. In: Vandere., Noordenbos G.: *The prevention of Eating disorders*. New York University Press. New York
- World Health Organization (1993): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Geneva: WHO. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F50-F59>

5.4 Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen

Brigitte Hackenberg

Das Kindes- und Jugendalter ist gekennzeichnet durch die Frage, ob es einem Kind gelingt, psychisch vorwiegend gesund zu bleiben oder ob die Entwicklung durch eine oder mehrere Krankheitsperioden beeinträchtigt wird. Die Bewältigung der verschiedenen Entwicklungsaufgaben wird von vielen Faktoren und niemals nur von einer einzigen Ursache beeinflusst. Diese entwicklungsorientierte Sichtweise setzt voraus, dass wir in der Beurteilung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Störung sowohl die aktuelle Psychopathologie als auch den Entwicklungsverlauf mit allen seinen bestimmenden Faktoren berücksichtigen. Das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie befasst sich mit der Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Begutachtung von psychischen, psychosozialen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie mit psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.

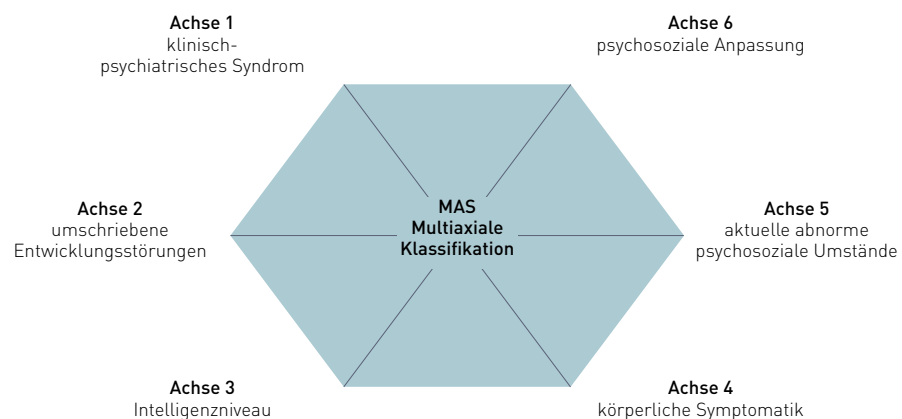
Leitbegriffe kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik sind:

- die ganzheitliche Sicht des Kindes, seiner Familie und seines Umfeldes
- die Entwicklungs-, Familien- und Beziehungsorientierung
- die gleichgewichtige Beachtung von patho- und salutogenetischen Aspekten

Dieser ganzheitliche Aspekt findet im „multiaxialen Klassifikationsschema“ (MAS) der WHO nach der ICD-10-Klassifikation ihren Niederschlag.

Im Folgenden soll das „MAS“ näher ausgeführt werden und in einer grafischen Darstellung veranschaulicht werden (Abb. 5.3).

Abbildung 5.3: Das multiaxiale Klassifikationsschema nach ICD-10 als Würfel



Quelle: Hackenberg 2009

In der multiaxialen Diagnostik wird auf 6 Ebenen („Achsen“) festgehalten, ob eine Einschränkung gegeben ist oder nicht. Die kinder- und jugendpsychiatrische Klassifikation ist vorwiegend beschreibend und wenig theoriegebunden, sie geht von einem multimodalen, biopsychosozialen Entstehungs- und Verlaufsmodell psychischer Erkrankungen aus. Interaktionen zwischen den einzelnen Achsen sind als zusätzliche Faktoren stets zu berücksichtigen.

Achse 1: Klinisch-psychiatrisches Syndrom

Es wird unterschieden zwischen altersbezogenen Störungen, welche nur im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert werden können und unter Umständen in das Erwachsenenalter persistieren, sowie Störungen ohne eigenen Altersbezug, welche in jedem Lebensalter auftreten können.

Achse 2: Umschriebene Entwicklungsstörungen

Unterschieden werden

- umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
- umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
- umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen
- kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen

Achse 3: Intelligenzniveau

Das Intelligenzniveau wird entweder psychometrisch erfasst oder klinisch eingeschätzt, wobei im Kindes- und Jugendalter nicht nur die Intelligenzminderung, sondern ebenso die hohe und sehr hohe Intelligenz von Bedeutung ist.

Achse 4: Körperliche Symptomatik

Hier werden alle aktuell bedeutsamen körperliche Erkrankungen, Unfälle und sonstige somatische Störungen erhoben, die mit einer psychischen Belastung in direktem oder indirektem Zusammenhang stehen.

Achse 5: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

In einem grobem Zeitrahmen von einem halben Jahr vor der Beurteilung wird das Spektrum psychosozialer Risikofaktoren erfasst, wobei sowohl gesellschaftliche und chronische zwischenmenschliche Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit als auch akute Belastungsereignisse, abnorme intrafamiliäre Beziehungen und Erziehungsbedingungen sowie psychische Störungen oder Behinderungen in der Familie erfasst werden.

Achse 6: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Auf dieser Achse wird auf die Fähigkeit zur Adaptation, d. h. zur Anpassungsfähigkeit eines Kindes oder Jugendlichen auf seine aktuellen Umweltbedingungen, Bezug genommen.

5.4.1 Epidemiologie kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen

Aus aktuellen, breit angelegten Untersuchungen aus Deutschland (KiGGS-Studie, Bella-Studie) ist davon auszugehen, dass etwa 20% aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Störungen (Depressionen, Ängste, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens etc.) zeigen und zumindest einer Diagnostik oder Beratung bedürfen. Etwa die Hälfte dieser Kinder und Jugendlichen sind behandlungsbedürftig. In Österreich gibt es bislang keine vergleichbare Untersuchung.

20% aller Kinder und Jugendlichen zeigen Hinweise auf psychische Störungen, 10% bräuchten eine Behandlung.

Für Österreich bedeutet das Ergebnis der deutschen Studien, dass von einer PatientInnenzahl von etwa 180.000 auszugehen ist, die einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung bedürfen. Für die Stadt Wien mit etwa 250.000 Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren würde das bedeuten, dass 50.000 Kinder unter 15 Jahren fachspezifisch untersucht und beraten werden müssen und ca. 25.000 Kinder einer kontinuierlichen Behandlung und Beratung bedürfen.

Aus den Ergebnissen der KiGGS-/Bella-Studie ist von folgender Häufigkeitsverteilung der kinder- und jugendpsychiatrischen Auffälligkeiten auszugehen:

Emotionale Probleme 7%
 Verhaltensauffälligkeiten 16%
 Hyperaktivität 6%
 Probleme mit Gleichaltrigen 10%

(Prozentzahlen gerundet, erhoben mit dem SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire, Fragebogen zu Stärken und Schwächen)

5.4.2 Grundsätze kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung

Entsprechend dem entwicklungsorientierten, multimodalen Diagnose- und Therapieansatz gilt als bestes Instrument kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungsplanung das interdisziplinäre Netzwerk. Die Kooperation unterschiedlicher ärztlicher und nichtärztlicher Fachdisziplinen ist das unverzichtbare Grundelement jeder kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsmaßnahme. Ebenso wichtig sind die Aspekte der „Rechtzeitigkeit“ und der „Angemessenheit“ entsprechender Maßnahmen, also das jeweils gelindeste Mittel zur möglichst frühzeitigen Erfassung von psychosozialen Risikokonstellationen und individuellen Belastungsfaktoren.

Die unverzichtbare Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachgebieten der Medizin, der klinischen Psychologie, der Psychotherapie sowie dem psychosozialen Netzwerk (pädagogische Institutionen, Jugendwohlfahrt, Jugendgerichtsbarkeit etc.) führt dabei unweigerlich auch zu Schwierigkeiten in der Kommunikation und dem manchmal zeitintensiven Informationsaustausch, andererseits können gut koordinierte Interventionen chronifizierte Krankheitsverläufe nachhaltig verhindern helfen.

5.4.3 Zu den einzelnen Störungsbildern

Emotionale Störungen

Zu den häufigsten Störungen des Kindes- und Jugendalters zählen Angststörungen und depressive Störungen, welche auch als „emotionale Störung mit Trennungsangst“ oder auch als „Schulphobie“ in Erscheinung treten können. Viele Kinder im schulpflichtigen Alter werden dadurch am Schulbesuch gehindert, was dann zu relevanten Defiziten in der Schulausbildung führen kann. Nicht selten werden diese Kinder mit psychosomatischen Beschwerden in

Angststörungen und depressive Störungen zählen zu häufigen Störungen im Kindesalter.

kinderärztlichen Praxen oder bei AllgemeinmedizinerInnen gewissenhaft durchuntersucht, ohne dass der psychische Faktor richtig gedeutet und behandelt wird. Häufig sind diese Störungen mit depressiven Symptomen kombiniert. Die früher häufig vertretene Ansicht, dass Kinder vor der Pubertät nur selten an depressiven Störungen erkranken, muss heute revidiert werden. Die enge Zusammenarbeit zwischen PädiaterIn, Kinder- und JugendpsychiaterIn, PsychotherapeutInnen, schulischen Instanzen und der Jugendwohlfahrt ist hier unverzichtbar, die Verordnung von Psychopharmaka mit angstlösender bzw. antidepressiver Wirkung kann unterstützend wirken. Gerade bei jüngeren Kindern, welche noch nicht schlüssige Auskünfte über ihre Stimmungslage geben können, ist auf körperliche Symptome und Leistungseinbußen besonders zu achten, wir sprechen auch von sogenannten introversiven, d. h. nach innen gerichteten Störungen. Die aktive Einbeziehung der Eltern und Erziehungsberechtigten ist selbstverständlich und darf niemals außer Acht gelassen werden, manchmal bedarf es mehrerer TherapeutInnen oder BeraterInnen.

Verhaltensauffälligkeiten

Der besonders häufig gebrauchte Begriff der Verhaltensauffälligkeit oder „Verhaltensstörung“ als Sammeltopf für sozial störendes, oppositionelles, widersetzliches oder aggressives Verhalten unterschiedlicher Ursache erfordert eine sorgfältige Erhebung der psychosozialen Umstände und Belastungen, eine Abschätzung der weiteren Lebensprognose in Richtung Dissozialität und Delinquenz, vor allem aber unterstützender Maßnahmen im engen Bezugssystem des Kindes. Langzeitverläufe haben gezeigt, dass eine gute institutionelle Anbindung im Sinne einer „Holding function“ unter Einbeziehung einer niederschweligen Elternarbeit und sogenannten aufsuchenden Unterstützungsmodellen die besten Ergebnisse erzielt haben. In der Behandlung dissozialer bzw. expansiver, nach außen gerichteter Verhaltensmuster sollten Psychopharmaka mit äußerster Zurückhaltung angewendet werden, sie stellen häufig eine ultima Ratio zur Verhinderung von selbst- und fremdgefährdeten Verhaltensmustern dar.

Hyperaktivität und ADHS

Weltweit werden in den letzten Jahren immer häufiger Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose ADHS verschrieben. Die häufig als „Modediagnose“ gestellte Vermutung eines ADHS trifft in vielen Fällen nicht zu und bedarf auch keiner medikamentösen Behandlung. Die sprunghaft steigenden Behandlungszahlen lassen sich nicht ausreichend auf neurobiologische Veränderungsprozesse oder bessere Diagnosekriterien für eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung zurückführen, viel mehr stehen sie mit vielfältigen gesellschaftlichen Belastungsfaktoren im Zusammenhang. Nicht übersehen werden darf die Tatsache, dass für viele Familien eine kindgerechte Freizeitgestaltung aufgrund beengter sozioökonomischer Einschränkungen nicht gelingt und in einen Teufelskreis von familiären Interaktionsstörungen und schulischen Problemen führt. Die Kernsymptome des ADHS (hohe Ablenkbarkeit, Impulsivität und motorische Unruhe, manchmal auch Verträumtheit) werden nur dann als Störung klassifiziert, wenn die alters- und intelligenzentsprechende Entwicklung beeinträchtigt ist. Die Diagnose eines ADHS rechtfertigt nicht zwangsläufig eine Medikation, viel mehr steht an erster Stelle die Information und Anleitung (Psychoedukation) der Eltern und Lehrer, ebenso ist auf die Erfassung der häufigen komorbiden Störungen Bedacht zu nehmen. Die medikamentöse Behandlungsbedürftigkeit liegt nach den strengen Kriterien der europäischen Behandlungsrichtlinien unter 2%. An der MUW werden seit 2006 Daten an Wiener Schulen zur Häufigkeit behandlungsbedürftiger Aufmerksamkeitsdefizite erhoben mit dem Ziel, relevante Risikofaktoren und assoziierte Störungen zu erfassen.

Auf körperliche Symptome und Leistungseinbußen ist besonders zu achten.

Die Diagnose ADHS rechtfertigt nicht notgedrungen eine Medikation.

Der Diagnose ADHS liegt oft eine permanente Überforderung von Eltern oder/und PädagogInnen zugrunde.

Zur Diagnose und Behandlung des ADHS wird demnächst die österreichische Konsensus-erklärung zur Diagnose und Behandlung des ADHS erscheinen, an der sich die relevanten Fachgesellschaften in Österreich beteiligt haben. Dieser Versuch, einen gemeinsamen Nenner für den österreichischen Weg der Methodenvielfalt und der Einhaltung qualitätssichernder Grundsätze zu finden, hat Modellcharakter auf europäischer Ebene.

Die Diagnose ADHS wird immer häufiger bei immer jüngeren Kindern gestellt. Diese Entwicklung wird von ExpertInnen als besorgniserregend erachtet bzw. wird eine Überdiagnostizierung vermutet. Das heißt, die Diagnose wird gestellt, ohne dass die zugrundeliegenden Kriterien den beiden Klassifikationssystemen nach ICD-10 oder DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) erfüllt werden. Vielfach ist die Diagnose eine Reaktion auf Überforderung von Eltern oder/und PädagogInnen.

Die folgende Tabelle zeigt sehr anschaulich den rapiden Anstieg von Rezeptverordnungen und PatientInnenzahlen. Wurden im Jahr 2006 noch 4.673 Rezepte an 809 Kinder verschrieben, so wurden 2010 bereits 7.730 Rezepte an 1.557 Kinder ausgestellt. Das bedeutet eine Steigerung der Verordnungszahl von 65%, Tendenz steigend. Die Anzahl der Kinder hat sich hingegen fast verdoppelt. Bemerkenswert ist auch der Gender-Aspekt. Buben bekommen 6 Mal so häufig ein Medikament verordnet, was auch im Sinne der klassischen Rollenbilder zu interpretieren ist.

Tabelle 5.5: Anzahl der PatientInnen, die medikamentös gegen ADHS mit dem Wirkstoff Methylphenidat (Ritalin, Ritalin LA, Concerta, Medikinet) und Atomoxetin (Strattera) behandelt werden, nach Alter und Geschlecht, Wien 2006–2010

| Anzahl der PatientInnen | Mädchen | | | | Buben | | | |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| | 0–2 Jahre | 3–5 Jahre | 6–9 Jahre | 10–15 Jahre | 0–2 Jahre | 3–5 Jahre | 6–9 Jahre | 10–15 Jahre |
| 2006 | 0 | 2 | 27 | 60 | 0 | 12 | 194 | 514 |
| 2007 | 0 | 2 | 48 | 96 | 0 | 18 | 292 | 662 |
| 2008 | 1 | 2 | 51 | 119 | 0 | 16 | 314 | 714 |
| 2009 | 0 | 1 | 61 | 119 | 2 | 21 | 377 | 854 |
| 2010 | 0 | 11 | 74 | 177 | 0 | 16 | 411 | 868 |

Quelle: WGKK (abgerufen am 10.10.2012)

Probleme mit Gleichaltrigen

Unter dieser heterogenen Gruppe von Jugendlichen finden sich zahlreiche Fälle mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen aus dem Autismusspektrum, einer häufig unerkannten Störung der sozialen Interaktion und Kommunikation mit gravierenden, zum Teil lebenslangen Beeinträchtigungen der sozialen Integration. Speziell ausgebildete DiagnostikerInnen und TherapeutInnen können hier entscheidende Hilfestellungen geben und auf sekundärpräventiver Ebene Fehlentwicklungen verhindern. Viele Probleme der sozialen Integration sind neben psychosozialen Auslösern auf andere Beeinträchtigungen, vor allem der sprachlichen und motorischen Entwicklung, zurückzuführen. Es zeigt sich aber auch sehr deutlich, dass soziales Lernen eines der zentralen Themen einer gesundheitsfördernden gesellschaftlichen Orientierung darstellt.

Zum Begriff der Komorbidität

Über 50% aller Kinder und Jugendlichen mit behandlungsbedürftigen Achse-1-Störungen zeigen zwei oder mehrere Störungsbilder gleichzeitig. Für die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik bedeutet dies eine sorgfältige Abwägung, welche Diagnose vordergründige Bedeutung hat und welche Interaktionen zwischen unterschiedlichen Störungsbildern zu berücksichtigen sind.

Welche Konsequenzen ergeben sich aus einer sorgfältigen kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik?

Die Befürchtung, je mehr diagnostiziert wird, desto mehr Behandlung braucht es, verleitet zu dem Fehlschluss, dass daraus ein ausufernder Therapiebedarf resultieren würde. Das Gegenteil ist der Fall. Je mehr aus einem ganzheitlichen, entwicklungs- beziehungsorientierten Denkmodell gehandelt wird, desto mehr können bereits vorhandene psychosoziale Ressourcen genützt werden. Je besser ein Lehrer bzw. eine Lehrerin über ein Störungsbild Bescheid weiß, desto eher kann er/sie adäquat mit dem Kind umgehen und vorhandene Beratungsangebote nützen. Je besser die einzelnen Gesundheitsberufe vernetzt sind, desto leichter gelingt eine koordinierte Zusammenarbeit und ein individualisiertes Casemanagement. Niederschwelligkeit und Rechtzeitigkeit in der Beratung von Eltern und Kindern können vieles auffangen, was später in hochspezialisierten institutionellen Strukturen einen wesentlich höheren therapeutischen und finanziellen Aufwand verursachen würde.

Und so soll abschließend auf die wichtigste Ressource des Kindes- und Jugendalters hingewiesen werden: die dem Menschen vom ersten Lebenstag an innewohnende Fähigkeit, sich an die Umwelt anzupassen und sie gleichzeitig zu gestalten.

Literatur

Thun-Hohenstein L. (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich von „gestern“ „morgen“ Verlag Krammer, 2007.

KiGGS-/Bella-Studie Hötting 2005.

Frank R., Mangold B. (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer 2001.

Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, herausgegeben von der deutschen Gesellschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Bundesgemeinschaft leitender Klinik.

5.5 Körperliche, seelische und sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen

Beate Wimmer-Puchinger, Daniela Thurner

Opfer von Gewaltübergriffen zu sein bedeutet nicht nur eine massive Traumatisierung, sondern vor allem langfristige gesundheitliche Folgen. Dies trifft insbesondere für Kinder und Jugendliche zu. Die WHO definiert Gewalt wie folgt:

Gewalt ist der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt (WHO 2003).

Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Mädchen und Frauen sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 5.6: Folgen von Gewalt gegen Mädchen und Frauen

| Körperliche Folgen | Verletzungen, funktionelle Beeinträchtigungen, dauerhafte Behinderungen |
|-------------------------------------|---|
| Psychosomatische Folgen | chronische Schmerzsyndrome; Reizdarmsyndrom, Magen-Darm-Störungen |
| Psychische Folgen | Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Schlafstörungen, Panikattacken, Essstörungen, Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl |
| Reproduktive Gesundheit | ungewollte Schwangerschaft, Schwangerschaftskomplikationen, Fehlgeburten, niedriges Geburtsgewicht, sexuell übertragbare Krankheiten, Eileiter- und Eierstockentzündungen |
| „Gesundheitsgefährdende Strategien“ | Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, risikoreiches Sexualverhalten |
| Tödliche Folgen | Mord, Selbstmord |

Quelle: Hellbernd et al., (Projekt S.I.G.N.A.L., Berlin)
zit. Nach 2. Österreichischer Frauengesundheitsbericht (2005) S. 238

Folgen körperlicher Gewalt im Detail:

- Hämatome, Frakturen, Fissuren, stumpfe Bauchtraumen
- Kopfverletzungen (Quetschungen, Hirntraumen, Gehirnblutungen)
- Striemen an den Oberarmen – „battered childsyndrom“ → gewaltsames Schütteln
- STD-Verletzungen im Genital- und Analbereich
- Schädigungen der Haut, Brand- und Bisswunden
- Würgemale, Striemen an Gelenken, Brustbereich, Rücken und Oberarmen
- Verletzungen im Mundbereich (Riss, Brandblasen)
- Innere Verletzungen
- Gedeih- und Wachstumsstörungen, Vergiftungserscheinungen
- Differenzialdiagnose notwendig (Verletzung, Krankheit)

Immer sind diese verbunden mit einem Symptombündel psychischer Folgen wie:

- Depression, Passivität, Freudlosigkeit, Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühle
- Angststörungen, Schlafstörungen, Panikattacken
- Verhaltensstörungen: Wutanfälle, Ticks, Enuresis, Enkopresis, erstarrte Gesichtszüge („frozen watchfulness“)
- Negatives Selbstwertgefühl, psychosomatische Beschwerden, Zwangsstörungen

- Soziale Kontaktstörung (Misstrauen, Aggressivität, Hemmungen), überangepasst im Beisein der Erwachsenen
- Schulstörungen (Aufmerksamkeitsstörungen, Leistungsverweigerung, Fehlen)
- Autoaggressionen → Selbstverstümmelung, Selbstmordversuche
(BMWFI 2011: Gewalt in der Familie und im nahen Umfeld. Wien)

Sexuelle Gewalt erlebt haben zu müssen bedeutet für die/den Betroffene/n einschneidende, langfristig wirkende massive Bedrohung und gesundheitliche Beeinträchtigung auf mehreren Ebenen. Unmittelbar psychische Folgen sind:

- Plötzliche Verhaltensänderungen des betroffenen Kindes
- Angst, Schlafstörungen, Alpträume
- Schuld- und Schamgefühle
- Depressive Verstimmungen
- Aggressives und „sexualisiertes“ Verhalten
- Verschlechterungen der Schulleistungen
- Weglaufen von zu Hause

An Langzeitfolgen sind evident:

- Depression, Panikattacken, Angststörungen, Schlafstörungen
- Dissoziative Symptome (Absenzen, Verlust des Realitätssinns, Depersonalisation)
- Suizidalität, Selbstverletzungen, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
- Essstörungen, Sucht

Es ist daher auf der individuellen Ebene wesentlich, dem Opfer möglichst früh niederschwellige Hilfe anzubieten, da Gewaltopfer zu sein immer mit Schamgefühlen verbunden ist. In den überwiegenden Fällen ist der Täter in der engeren familiären Umwelt.

Dies bedeutet für Kinder massive Loyalitätskonflikte, die dazu führen, dass sie diese Erlebnisse niemandem anvertrauen. Es besteht daher für das Personal im Gesundheits- und Sozialbereich hohe empathische Anforderung und Aus- und Fortbildung, mit dieser schwierigen Thematik umgehen zu können. Die gesellschaftliche Bedeutung dieses Bereichs lässt sich nicht zuletzt auch aus den hohen Folgekosten ablesen.

So ermittelte das Institut für Konfliktforschung 2006 die Kosten häuslicher Gewalt mit rund 78 Millionen Euro.

5.5.1 Zahlen und Fakten

Das österreichische Institut für Familienforschung an der Universität Wien hat im Jahr 2011 eine Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern herausgegeben. Die StudienteilnehmerInnen wurden erstmals auch zu den Übergriffserfahrungen bis zum 16. Lebensjahr, also den Kindheitsgewalterfahrungen, befragt. Dabei zeigt sich, dass rund 75% der Befragten psychische oder physische Gewalterfahrungen erlebt haben, das heißt Frauen und Männer waren hier gleichermaßen häufig betroffen. Hinsichtlich der sexuellen Übergriffe schildern Frauen mehr als doppelt so häufig, Opfer dieser Gewaltform gewesen zu sein – 28% der Frauen vs. 12% der Männer. Die Ergebnisse der Studie zeigen darüber hinaus, dass die verschiedenen Gewaltformen in der Regel nicht einzeln, sondern gemeinsam mit anderen Gewaltformen angewendet werden. So waren rund 40% der Frauen und 50% der Männer psychischer und physischer Gewalt bzw. 23% der Frauen und 11% der Männer von einer Kombination aus allen drei Gewaltformen ausgesetzt (ÖIF 2011).

40% der Frauen bzw. 50% der Männer waren in ihrer Kindheit Opfer psychischer und physischer Gewalt.

Zur Veranschaulichung der **Datenlage von Gewalt** gegen Kinder und Jugendliche in Wien werden die Daten der **MAG ELF** sowie jene der **polizeilichen Kriminalstatistik** des Bundesministeriums für Inneres herangezogen. Letztere beinhalten die zur Anzeige gebrachten Delikte an Kindern und Jugendlichen. Die abgebildeten Daten erheben somit keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sollen lediglich einen Einblick in diese Thematik vermitteln.

In Wien gibt es etliche Einrichtungen, die für die Versorgung von Gewaltopfern ab dem Säuglingsalter zuständig sind: Der **Verein Wiener Interventionsstelle gegen Gewalt in der Familie**, die alle Opfer familiärer Gewalt nach einem Polizeieinsatz betreuen (2010: 5.914 Fälle). Des Weiteren gibt es **4 Frauenhäuser** (2010: 538 Kinder), den **24-Stunden-Frauennotruf** – der ebenfalls Mädchen ab 14 Jahren betreut, Kinderschutzzentren und viele andere Beratungsstellen (siehe Kapitel 8 – Versorgungsstrukturen in Wien).

Die erhobenen Fälle durch die **MAG ELF – Amt für Jugend und Familie** sind anhand dreier Kategorien ausgewertet: **Gefährdungsabklärung**, **Krisenzentrum** und **Krisenpflegeeltern**. Der Fall einer Gefährdungsabklärung liegt vor, wenn einem/einer SozialarbeiterIn die vermutete Gefährdung eines Kindes durch eigene Erfahrung oder auf andere Weise durch Lehrer, Familienangehörige, Polizei etc. zur Kenntnis gebracht worden ist. Die Zahl der **Gefährdungsabklärungen** ist seit 2004 um **32% angestiegen**. Mögliche Schutzvorkehrungen seitens der **MAG ELF** sind die Unterbringung der gefährdeten Säuglinge, Kleinkinder und Jugendlichen in einem von insgesamt **13 Krisenzentren** (127 systemisierte Plätze) bzw. bei **45 Krisenpflegefamilien**. Während sich die Inanspruchnahme von zumeist Babys und Kleinkindern bei Krisenpflegeeltern beinahe verdoppelt hat (+82,7%), ist die Maßnahme, Kinder und Jugendliche in einem Krisenzentrum zu beherbergen, seit 2004 etwas gesunken (–12,2%).

Das Amt für Jugend und Familie hat 2010 rund 10.000 Gefährdungsabklärungen vorgenommen.

Abbildung 5.4: **Begonnene Befassungen in den Jahren 2004–2011**

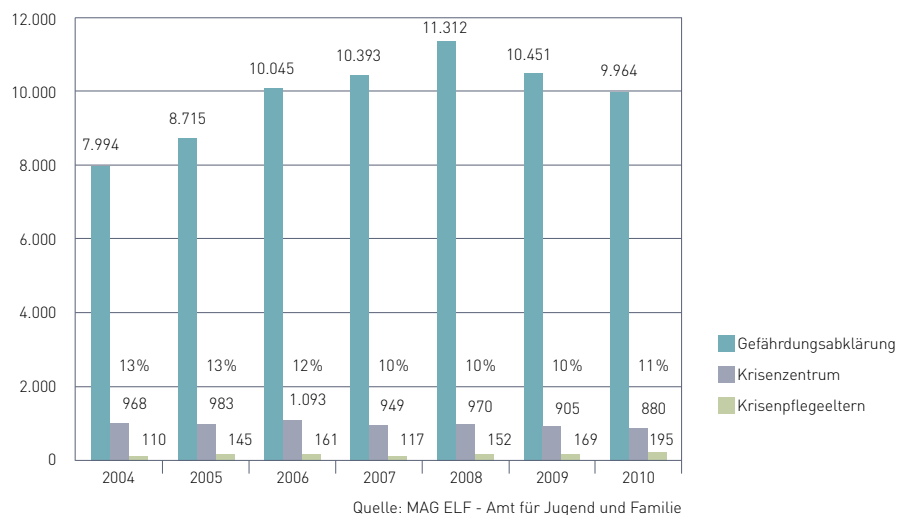


Tabelle 5.7 stellt eine Auswertung dieser Fälle nach **4 Gefährdungsgründen** dar. Eine Berechnung der Mittelwerte dieser Gefährdungsgründe für diesen Zeitraum 2004–2011 zeigt folgende Verteilung: **53,8%** der Abklärungsfälle wurden auf Vernachlässigung, **28,2%** auf psychische Gewalt, **15,7%** auf physische Gewalt und **2,3%** auf sexuelle Gewalt abgeklärt.

Tabelle 5.7: Entwicklung der Gefährdungsabklärungen mit Blick auf die Gefährdungsgründe in den Jahren 2004–2011, absolut und in %

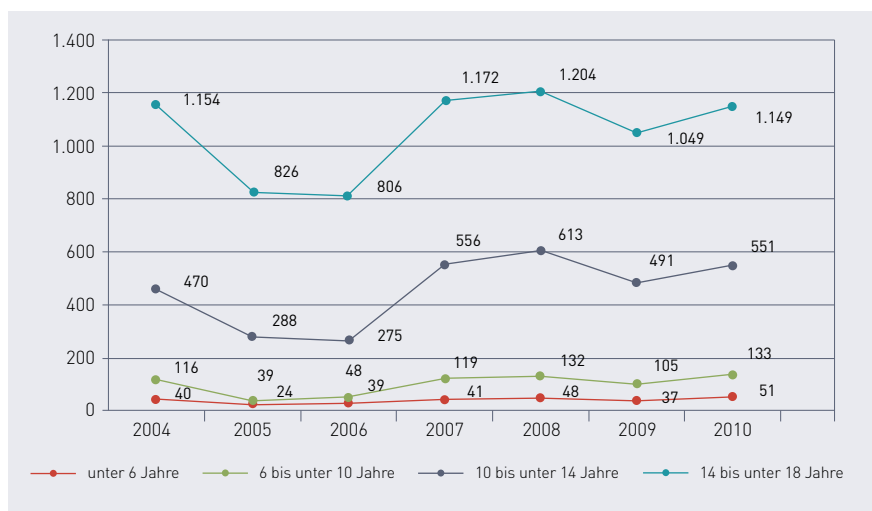
| Jahr | physische Gewalt | psychische Gewalt | sexueller Missbrauch | Vernachlässigung | gesamt |
|------|------------------|-------------------|----------------------|------------------|--------|
| 2004 | 1387 | 2413 | 248 | 3946 | 7994 |
| | 17,4 | 30,2 | 3,1 | 49,4 | 100,0 |
| 2005 | 1413 | 2439 | 232 | 4631 | 8715 |
| | 16,2 | 28,0 | 2,7 | 53,1 | 100,0 |
| 2006 | 1451 | 2883 | 238 | 5473 | 10045 |
| | 14,4 | 28,7 | 2,4 | 54,5 | 100 |
| 2007 | 1558 | 2657 | 243 | 5935 | 10393 |
| | 15,0 | 25,6 | 2,3 | 57,1 | 100 |
| 2008 | 1892 | 2769 | 226 | 6425 | 11312 |
| | 16,7 | 24,5 | 2,0 | 56,8 | 100 |
| 2009 | 1606 | 3024 | 200 | 5621 | 10451 |
| | 15,4 | 28,9 | 1,9 | 53,8 | 100 |
| 2010 | 1545 | 2938 | 214 | 5267 | 9964 |
| | 15,5 | 29,5 | 2,1 | 52,9 | 100 |
| 2011 | 1542 | 3189 | 190 | 5597 | 10518 |
| | 14,7 | 30,3 | 1,8 | 53,2 | 100 |

Quelle: MAG ELF – Amt für Jugend und Familie

Die Opferstatistik für Wien gibt ausgewählte Einzeldelikte für Kinder in den Altersgruppen <6 Jahre, 6 bis unter 10, 10 bis unter 14 und 14 bis unter 18 Jahren (Volljährigkeit) wieder. Die zur Anzeige gebrachten Fälle aufgrund von Körperverletzung sind in allen Altersgruppen angestiegen und betragen im Jahr 2010 insgesamt 1.884 Fälle. Gegenüber 2004 bedeutet dies eine Steigerung um 6% (1.780 Fälle).

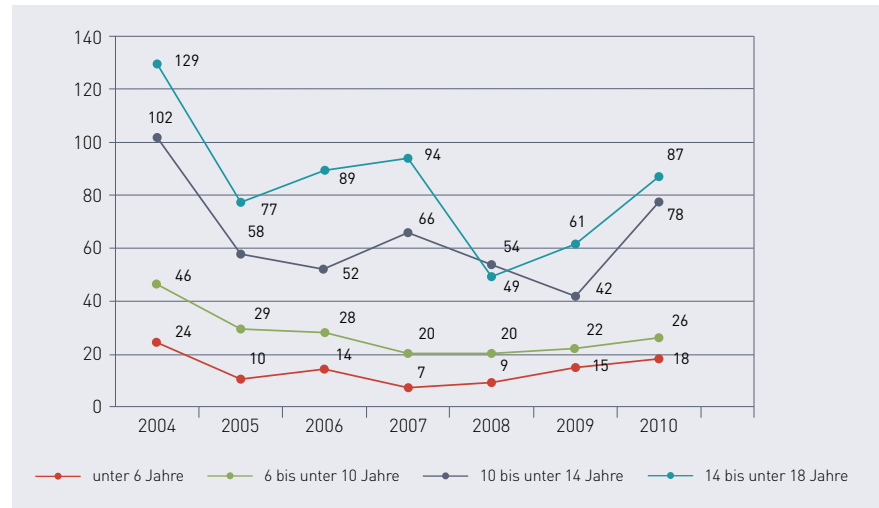
Opferstatistik 2010:
Rund 1.900 Fälle aufgrund von Körperverletzung wurden zur Anzeige gebracht.

Abbildung 5.5: Gewaltdelikte von Kindern und Jugendlichen aufgrund von Körperverletzungen



Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Österreichs

Abbildung 5.6: Strafbare Handlungen gegen die Sittlichkeit



Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Österreichs

5.5.2 Maßnahmen

Wissenschaftliche Studien haben klar erwiesen, dass infolge der Schamgefühle Gewaltopfer lieber die **Anonymität einer Krankenanstalt als erste Anlaufstelle** wählen. Das **Wiener Programm für Frauengesundheit** hat daher für die Thematik Gewalt ein **Maßnahmenbündel der Früherkennung** und besseren Umgang mit Gewaltopfern im Rahmen der Krankenanstalten entwickelt. In allen Häusern des Wiener Krankenanstaltenverbundes wurden Workshops für die MitarbeiterInnen der gynäkologischen, pädiatrischen, urologischen, psychiatrischen, dermatologischen und HNO-Abteilungen und Notfallsambulanzen durchgeführt, um Früherkennung und Kommunikation zu unterstützen. Infobroschüren für das Personal als auch für die PatientInnen und deren Angehörige wurden entwickelt. Vom 24-Stunden-Frauennotruf der Stadt Wien (MA 57) liegen verschiedene Informationsmaterialien in bis zu 13 Sprachen auf.

Um den **Opferschutz bei Kindern** zu gewährleisten, gibt es seit 2004 die gesetzliche Verpflichtung für alle Kinderkliniken und Krankenhäuser mit Kinderabteilungen/pädiatrischen Abteilungen, Kinderschutzgruppen einzurichten.

5.5.2.1 Kinderschutzgruppen in Wien

Maria Kletečka-Pulker, Julia Inthorn, Carina Hauser, Sabine Parrag

Die Kinderschutzarbeit in Krankenhäusern stellt Angehörige der Gesundheitsberufe vor eine besondere Herausforderung. Das Vertrauensverhältnis zwischen PatientIn und BehandlerIn ist eine wesentliche Voraussetzung für ein gutes Behandlungsverhältnis. Im Fall der Kinderschutzarbeit kommt neben dem **Geheimhaltungsinteresse** ein weiteres wichtiges Interesse hinzu, das in bestimmten Fällen dazu führt, dass die Ärztin bzw. der Arzt die **Verschwiegenheitspflicht durchbrechen** muss, um eine Meldung an das Jugendamt oder eine Anzeige an die Sicherheitsbehörde zu erstatten. Der Gesetzgeber trägt diesem Spannungsverhältnis

zwischen dem Schutz der körperlichen Integrität und dem Schutz des Vertrauensverhältnisses Rechnung, indem er mit § 54 Ärztegesetz eine Regelung geschaffen hat, wonach ÄrztInnen bei Verdacht auf Missbrauch einen gewissen Handlungsspielraum haben, ob sie die Schweigepflicht durchbrechen oder nicht.

In der Praxis ist es oftmals nicht eindeutig, ob ein Fall von Missbrauch oder Verletzung durch Fremdverschulden vorliegt, sodass sich in den 1990er-Jahren VertreterInnen verschiedener Gesundheitsberufe in den einzelnen Häusern zusammengeschlossen haben, um gemeinsam das weitere Vorgehen zu beraten.

2004 wurde durch die Änderung des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG) das bereits gut etablierte Instrument der Kinderschutzgruppen gesetzlich verankert.

Entsprechend der Grundsatzbestimmung gemäß § 8e KAKuG wurde im Wiener Krankenanstaltengesetz (Wr. KAG) die **Bestimmung § 15d** mit der Überschrift „Früherkennung von Gewalt“ aufgenommen, in welcher die **Einrichtung und Zusammensetzung von Kinderschutzgruppen in Wien geregelt** wird. Kinderschutzgruppen sind für die Früherkennung von Gewalt an oder Vernachlässigung von Kindern und die Sensibilisierung der in Betracht kommenden Berufsgruppen für Gewalt an Kindern sowie für Personen zuständig, die das 18. Lebensjahr zwar bereits vollendet haben, aber aufgrund deren psychischen Reifegrades die Betreuung durch die Kinderschutzgruppe angebracht erscheint.

2004: Das Instrument der Kinderschutzgruppen wurde im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz verankert.

5.5.2.1.1 Studie: „Gebündeltes Wissen gegen Gewalt: Die Arbeit von Wiener Kinderschutzgruppen“¹

Die vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin von Februar 2009 bis Februar 2012 im Auftrag des Wiener Krankenanstaltenverbands durchgeführte Studie zur Arbeit von Kinderschutzgruppen bietet einen guten Einblick in die aktuelle Situation und Arbeit der 6 im Rahmen der Studie untersuchten Kinderschutzgruppen des Wiener Krankenanstaltenverbands.

Bei der Zusammensetzung des Kinderschutzgruppenteams ist nicht nur die **Vertretung aller wichtigen Disziplinen** wie Fachärztinnen und Fachärzten, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege (Ambulanz und Stationspflegepersonal), Psychologinnen und Psychologen und auch SozialarbeiterInnen entscheidend, sondern ebenso die **Verteilung der Mitglieder im Haus** selbst. Grundsätzlich ist jede bzw. jeder interessierte MitarbeiterIn des Krankenhauses in der Kinderschutzgruppe willkommen. So wird versucht, MitarbeiterInnen aus möglichst allen relevanten Abteilungen/Stationen des Hauses im Team zu vereinen, um eine flächendeckende Präsenz des Fachwissens zu garantieren. Zudem verfügt jede Kinderschutzgruppe seit 2 Jahren über eine/n eigens zuständige/n, vom Wiener Krankenanstaltenverbund finanzierte/n und regelmäßig bei den Treffen anwesende/n SozialarbeiterIn. Gerade die pädagogische Sichtweise der SozialarbeiterIn bei Fallbesprechungen rundet die interdisziplinäre Zusammensetzung des Teams ab. Die Anzahl der Kinderschutzgruppenmitglieder variiert zwischen 5 und 15 Personen pro Treffen. Abhängig von den zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen und der Größe der pädiatrischen Abteilungen finden die großen Kinderschutzgruppentreffen in jedem Haus in unterschiedlichen Frequenzen statt (wöchentlich/monatlich). Zusätzlich zu den Treffen des gesamten Kinderschutzteams wird die Möglichkeit zu fallspezifischen Kleinteambesprechungen genutzt, welche anlassabhängig angesetzt und abgehalten werden.

1. Siehe eine ausführliche Publikation zur Studie: Kletečka-Pulker M., Inthorn J. (2012): Kinderschutzgruppen in Österreich. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Band 7; Springer Verlag, Wien

2005–2009 haben die Kinderschutzgruppen 646 Fälle besprochen.

Ergebnisse

In dem von der Studie festgelegten Beobachtungszeitraum 2005–2009 haben die Kinderschutzgruppen insgesamt **646 Fälle** besprochen, von denen **zwei Drittel weiblich und ein Drittel männlich** war. Das Durchschnittsalter lag etwas über 6 Jahre, und mehr als die Hälfte der Kinder war unter 5 Jahre alt. Die in den Kinderschutzgruppen besprochenen Verdachtsfälle betrafen also überwiegend die besonders **vulnerable Gruppe von Kindern vor dem Schulalter**. Die Verdachtsfälle der Kinderschutzgruppen lassen sich grob gliedern in: Verdacht auf körperliche Misshandlung, Verdacht auf sexuellen Missbrauch, Verdacht auf seelische Misshandlung, Verdacht auf Verwahrlosung bzw. Vernachlässigung und Verdacht auf Münchhausen by Proxy und sonstige Verdachtsfälle. In der Verteilung der Verdachtsfälle sind der **Verdacht auf körperliche Misshandlung mit 33,3%** und der **Verdacht auf sexuellen Missbrauch mit 34,4%** etwa gleich stark und im Vergleich zu den anderen Verdachtsarten am häufigsten vertreten. Die Zuordnung der Verdachtsformen ist nicht immer eindeutig vorzunehmen. Insbesondere die hohe Zahl an **sonstigen Verdachtsfällen (9,6%)**, wie z. B. Drogenentzugsbabys, mangelnde Versorgung von Kindern mit speziellen Bedürfnissen oder Gewalt in der Familie, die sich noch nicht gegen das Kind richtet, zeigt, wie individuell die Kinderschutzgruppen agieren und auf die verschiedenen Fälle reagieren.

Eine zentrale Aufgabe der Kinderschutzgruppen ist die Diskussion, ob eine Anzeige und/oder eine **Meldung an das Jugendamt** erfolgen sollen. In den dokumentierten Fällen wurde **79-mal (12,2%) eine Anzeige** erstattet. Eine **Gefährdungsmeldung ist in 28,6% der Fälle** dokumentiert. Für weitere **17,0%** ergab die Rückfrage bei den Jugendämtern, dass das Kind bzw. die Familie dem Jugendamt **bereits bekannt** ist. Daran zeigt sich, dass eine Kooperation von Kinderschutzgruppen und Jugendämtern eine positive Funktion hinsichtlich des Schutzes von Kindern hat. Weitere, allerdings selten von den Kinderschutzgruppen genutzte Möglichkeiten sind ein **Ausfolgeverbot² (11 dokumentierte Fälle)** und ein Besuchsverbot.

Im Sinne eines Entlassungsmanagements kooperieren die Kinderschutzgruppen mit verschiedensten Einrichtungen, die Unterstützung für Eltern anbieten können oder in denen Kinder auch temporär untergebracht werden können. Hierunter fallen neben dem Jugendamt auch Angebote von Vereinen, psychologische Unterstützung oder gezielte Hilfe bei Erziehungsfragen. Kinder werden nur dann wieder zu ihren Eltern nach Hause entlassen, sofern diese – gegebenenfalls mit Unterstützung von außen – in der Lage sind, das Kindeswohl zu gewährleisten und das Kind vor etwaigen weiteren Übergriffen zu schützen.

Fazit

Von der Arbeit der Kinderschutzgruppen und der erhöhten Aufmerksamkeit für Fragen des Kindeswohls profitieren grundsätzlich alle Kinder – vulnerable Gruppen von Kindern profitieren davon besonders. Das Kindeswohl wird von den KinderschutzexpertInnen umfassend betrachtet und nicht auf die Frage von Missbrauch oder Misshandlung oder gar auf die reine Frage, ob Anzeige erstattet werden soll oder nicht, reduziert. Die gewachsenen und beständig verbesserten Kooperationsstrukturen mit anderen Institutionen, insbesondere den Jugendämtern, ermöglichen für Kinder, die Opfer von Gewalt geworden sind, einen Ausstieg aus der Situation der Gewalterfahrung oder Vernachlässigung. Ihnen wird eine sichere Umgebung

2. Ausfolgeverbot ist kein gesetzlich verankerter Begriff. In der Praxis wird von einem Ausfolgeverbot gesprochen, wenn der bzw. dem gesetzlichen VertreterIn die Obsorge (ganz oder teilweise) entzogen wurde, was zur Folge hat, dass dieser auch nicht mehr über den Aufenthaltsort des Kindes entscheiden kann und dieses dann gegebenenfalls gegen den Willen des gesetzlichen Vertreters bzw. der gesetzlichen Vertreterin in der Krankenanstalt verbleibt.

geboten, die dank der Zusammenarbeit in die Betreuung in andere Einrichtungen übergeht. Die ausführlichen Ergebnisse der vom Wiener Krankenanstaltenverbund in Auftrag gegebene Studie „Gebündeltes Wissen gegen Gewalt: Die Arbeit von Kinderschutzgruppen“ finden Sie unter: <http://ierm.univie.ac.at/>

Transkulturelle Gewaltprävention und Gesundheitsförderung

Projektdauer: 1. Juli 2011 bis 30. Juni 2015

Laut neuer wissenschaftlicher Untersuchungen (Beelmann 2009) entwickeln Kinder im Alter von 5 bis 7 Jahren verstärkt ethnische Vorurteile. Das Pilotprojekt zur Gewaltprävention im Setting Schule versucht dem vorzugreifen und hat zum Ziel, Risikofaktoren, welche Kinder sowohl in die Opfer- wie auch in die Täterrolle von Gewalt bringen können, zu reduzieren. Ebenso sollen Schutzfaktoren erhöht werden, die darin bestehen können, dass sich Kinder ihren LehrerInnen in kritischen Situationen anvertrauen. Von den insgesamt 23 am Projekt interessierten Volksschulen wurde unter Rücksichtnahme einer repräsentativen Auswahl der Schulen für Wien 6 Schulen aus den Bezirken 2, 5, 6, 11, 19 und 22 ausgesucht. Insgesamt sind 6 ProjektpertInnen aus den Fachbereichen der Klinischen- und Gesundheitspsychologie, Sozialarbeit und Sozialpädagogik tätig, wobei die KollegInnen muttersprachliche Kenntnisse der Sprachen Albanisch, Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Englisch und Türkisch aufweisen. Basierend auf dem **Konzept der Transkulturalität** soll das gegenseitige Verstehen und die kulturelle sowie soziale Interaktion der am Projekt beteiligten Kinder, LehrerInnen und Eltern verbessert werden. Jede Projektklasse – davon haben 50 bis 100% der Eltern einen anderen kulturellen Hintergrund – hat im Rahmen des Projekts 6 Elternabende, in denen mit Simultandolmetscherinnen gearbeitet wird. Die LehrerInnen und Schulleitungen der Projektschulen nehmen an 6 Fortbildungen teil mit dem Ziel, auch auf der strukturellen Ebene die Schule zu einer „Child Safe Organisation“ zu machen. Die Kinder der Projektklassen nehmen vom Februar 2012 bis Jänner 2015 an 36 Workshops teil, das sind 12 Workshops pro Schuljahr. Zusätzlich gibt es Beratungsgespräche für alle Beteiligten.

Erste Zwischenergebnisse nach einer Projektlaufzeit von einem Jahr zeigen, dass Kinder von der **Gewalt von Vater und/oder Mutter, fallweise auch von Brüdern betroffen** sind. Ferner konnte beobachtet werden, dass an Schulen mit einer positiven Einstellung zu Kindern und Eltern aus anderen Kulturkreisen weniger Grenzverletzungen unter und an den Kindern passieren.

Nähere Informationen zum Projekt: www.transkulturell-samara.at

Literatur

Beelmann, Andreas & Jonas, Kai (2009): Diskriminierung und Toleranz: Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven. Wiesbaden.VS Verlag für Sozialwissenschaften

WHO (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit

Kinder entwickeln im Alter von 5 bis 7 Jahren verstärkt ethnische Vorurteile.

5.6 Die gesunde¹ Entwicklung von Kindern und deren Eltern in suchtblasteten Familiensystemen sowie Maßnahmen der Prävention und Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr

Sonja Kuster-Harl

Bereits vor mehr als 15 Jahren wurde in Wien damit begonnen, substanzabhängigen schwangeren Frauen und Müttern mit Neugeborenen besonderes Augenmerk zu schenken. Die Intention war, diese Frauen so rasch wie möglich in das Betreuungs- und Behandlungsschema einzubinden.

Waren es 1994 noch etwa 30 Geburten von Kindern substanzabhängiger Mütter in Wien, stieg die Zahl im Laufe der Jahre kontinuierlich an, 2009: 85, 2010: 87 (CONTACT, siehe S. 230). Dieser Anstieg resultiert einerseits daher, dass die Frauen aufgrund der Substitution stabiler und gesünder sind als noch vor einigen Jahren, andererseits achten auch die ProfessionistInnen in diesem Bereich – insbesondere das Krankenhauspersonal – heute intensiver auf einen möglichen Konsum in der Schwangerschaft bzw. allfällige Entzugerscheinungen bei den Neugeborenen, wodurch mehr Fälle als früher in die Statistik und dementsprechend auch in die zur Verfügung stehende Betreuungsangebote aufgenommen werden.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine gute Betreuung substanzabhängiger Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt wesentlich zur medizinischen und psychosozialen Stabilität der Mütter beitragen kann. Dadurch ist es möglich, eine positive Mutter-Kind-Beziehung aufzubauen, die deutlich zur Verbesserung des Gesundheitszustands und der Entwicklung der Kinder beiträgt. Eine vernetzte Zusammenarbeit der ProfessionistInnen und der Einrichtungen bilden dabei die Basis für eine gute Betreuung.

Eine gute Betreuung rund um die Geburt ist Voraussetzung für medizinische und psychosoziale Stabilität der substanzabhängigen Mutter.

5.6.1 Probleme der Kinder suchtkranker Eltern

Der Konsum von Drogen während der Schwangerschaft bedeutet je nach Substanz eine unterschiedliche Gefährdung des ungeborenen Kindes, dazu zählen unter anderem organische oder somatische Schäden vor allem durch Beikonsum von Benzodiazepinen und Alkohol – mögliche Langzeitfolgen inbegriffen – sowie das neonatale Abstinenzsyndrom beim Neugeborenen, welches je nach Substanz unterschiedlich stark und lange ausfallen kann.

Abgesehen von den medizinischen Problemen hat die Sucht der Eltern in der Regel auch massive psychosoziale Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder bis hin zur Gefährdung des Kindeswohls im Sinne des Jugendwohlfahrtsgesetzes. Neben Entwicklungsverzögerungen und (schweren) Verhaltensstörungen treten öfter als im Durchschnitt auch starke Beeinträchtigungen durch Vernachlässigung auf. Mangelhafte Reize für eine altersgerechte Reifung des kindlichen Gehirns oder auch z. B. Störungen der Bindungsfähigkeit können die Folgen sein. Weiters kann es in Suchtfamilien zu gehäuft auftretenden psychosozialen Belastungsfaktoren kommen, dazu zählen unter anderem inkonstante Fürsorge, Mangel an altersgemäßer Versorgung, ein nicht an das Kind angepasster Tagesrhythmus, mangelnde Interaktion und emotionale Zuwendung, schlechte Vorbildwirkung der Eltern bezüglich des Konsum- und des Essverhaltens, Überforderung durch Übernahme nicht altersgerechter Verantwortung und Rollen.

1. biopsychosoziales Gesundheitsmodell, basierend auf der Gesundheitsdefinition der WHO: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“

Je nach Ausprägung der Suchterkrankung und/oder psychiatrischen Erkrankung der Eltern ist die Unterstützung durch soziale und medizinische Einrichtungen und die Betreuung durch die **Drogenhilfe** daher im unterschiedlichen Ausmaß nötig. Um diese Betreuung qualitativ hochwertig zu gewährleisten, ist eine gute Vernetzung des Hilfesystems Voraussetzung.

Für die Stadt Wien arbeiten die **MAG ELF**, die **Sucht- und Drogenkoordination (SDW)**, der **Krankenanstaltenverbund (KAV)** und die **MA 15** in enger Kooperation mit dem Drogenbeauftragten Dr. Alexander David in verschiedenen Gremien zusammen. Zudem haben sich im Laufe der Jahre verschiedene Arbeitskreise gebildet, die sich an unterschiedlichen Schwerpunkten, Zielsetzungen und Zielgruppen orientieren.

Kooperationen und Arbeitskreise

KISAM (Kinder substanzabhängiger Mütter) ist das Koordinationstreffen der **MAG ELF** unter Beteiligung des **Drogenbeauftragten der Stadt Wien**, der **Sucht- und Drogenkoordination Wien**, der **Entwicklungsambulanz am NZ Rosenhügel**, des **Preyer'schen Kinderspitals** und der **MA 15**. Ziel ist es, die Betreuung aller substanzabhängigen schwangeren Frauen und Mütter mit Kleinkindern sicherzustellen. Konkret geht es um die genaue Erfassung der Zielgruppe, um die Planung adäquater Betreuungsangebote sowie die verstärkte Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Einrichtungen, damit im Anlassfall schnell auf akute Problemstellungen reagiert werden kann.

Das Ziel der Arbeitsgruppe der Wiener Drogenhilfeeinrichtungen **„Kinder aus suchtbelasteten Familien“** ist die gesunde Entwicklung von Kindern und deren Eltern in suchtbelasteten Familiensystemen. Zielgruppe sind Familien mit Kindern von 0 bis 14 Jahren.

Ein Ergebnis dieser Arbeitsgruppe ist die **Broschüre „Schwangerschaft und Drogen“** für Betroffene. An einer Broschüre für ProfessionistInnen zu diesem Thema wird aktuell gerade gearbeitet.

Gemeinsam mit der **MAG ELF** und der **Entwicklungsambulanz am NZ Rosenhügel** wird eine **wienweit geltende Kooperationsvereinbarung** ausgearbeitet. Auch andere Einrichtungen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich sollen miteingebunden werden.

Im Herbst 2007 initiierte das **Preyer'sche Kinderspital** das Projekt **„Optimierung der stationären Betreuung Neugeborener substanzabhängiger Mütter“**.

Im Rahmen des Projekts arbeiteten die **MAG ELF**, die **Sucht- und Drogenkoordination Wien**, die **Entwicklungsambulanz am NZ Rosenhügel** und das **Wilhelminenspital** gemeinsam an der Optimierung der Behandlung des neonatalen Abstinenzsyndroms (NAS) sowohl für die Babys und ihre Mütter als auch für das behandelnde Betreuungspersonal. Das Projekt wurde im Dezember 2010 mit einem Festakt im **Kaiser-Franz-Josef-Spital** abgeschlossen und erreichte bei der Vergabe des **Gesundheitspreises der Stadt Wien** den **3. Platz**. Aufgrund des Erfolges wird die betreffende Arbeitsgruppe ihre Tätigkeit in halbjährlichen Intervallen fortsetzen.

Die **intensive Zusammenarbeit mit dem Preyer'schen Kinderspital**, dem **Wilhelminenspital**, der verstärkten Teilnahme an den Arbeitskreisen und der Anstellung einer Sozialarbeiterin führte dazu, dass die Anzahl der Mütter mit ihren Kindern in der **Entwicklungsambulanz am NZ Rosenhügel** signifikant gestiegen ist. Auch die **weiterführende Betreuung konnte intensiviert werden**, sodass ein wichtiger Beitrag für die Entwicklungschancen der Kinder und der Eltern-Kind-Beziehung sichergestellt ist.

5.6.2 Konkrete Maßnahmen der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW)

Auch SDW-intern wurde eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um die Thematik besser bearbeiten zu können. So kam es zur Gründung von MOBIES, das Team Mothers & Babies, bestehend aus MitarbeiterInnen der Liaisondienste und MitarbeiterInnen des Ambulatoriums für Suchtkranke.

Generell wurde innerhalb der SDW der Informationsaustausch intensiviert, mit der Erarbeitung von abteilungsübergreifenden Standards begonnen und die Sensibilisierung der MitarbeiterInnen für die Problematik weiter vorangetrieben, unter anderem durch mehrere interne Vorträge in unterschiedlichen Abteilungen. Im Bereich Beratung, Behandlung, Betreuung wurden Verantwortliche aus den Spezialbereichen Sozialarbeit und Medizin ernannt, die die Arbeit zu dieser Thematik koordinieren. Diese stehen allen Abteilungen des Bereichs als AnsprechpartnerInnen für Einzelfallfragen und – falls erforderlich – auch als Bindeglied zu anderen Einrichtungen (insbesondere der MAG ELF) jederzeit zur Verfügung.

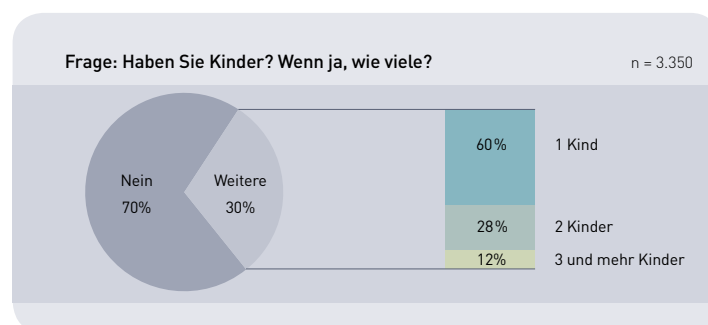
Ebenfalls weiter verstärkt wurde die Zusammenarbeit mit den Risikoambulanzen, den geburtshilflichen Stationen und den Kinderstationen der Wiener Krankenhäuser. Hier ist besonders das AKH Wien zu erwähnen, mit dem es eine vertragliche Zusammenarbeit seitens der SDW und der Drogenambulanz gibt.

Im Laufe des Jahres 2010 wurde auch das Projekt KONNEX² eingebunden, um speziell dessen Angebote den Wohngemeinschaften und Regionalstellen der MAG ELF und den Mutter-Kind-Heimen der verschiedenen TrägerInnen zur Verfügung zu stellen. Dadurch konnte dort das Thema Sucht für die Arbeit mit Kindern aufbereitet sowie ein Coaching in Bezug auf den Umgang mit betroffenen Müttern für die MitarbeiterInnen dieser Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden.

Die in der Folge dargestellten Zahlen aus der Basisdokumentation (BADO) 2010 illustrieren, warum die Arbeit an der hier dargestellten Problematik weiter forciert werden muss:

- Ca. 30% der Klientinnen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN) haben Kinder
- 28% der vom SDHN betreuten Männer haben Kinder

Abbildung 5.7: **Betreute Personen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN), nach Anzahl der eigenen Kinder 2010**

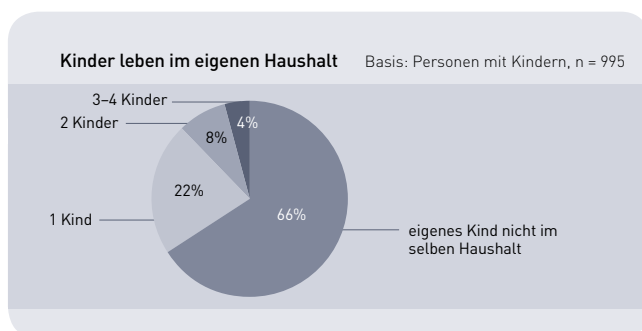


Quelle: IFES, BADO 2010

2. KONNEX ist eine Einrichtung der SDW. KONNEX bietet Gesundheits- und Sozialeinrichtungen kostenfrei Fachberatung für MitarbeiterInnen unter dem Motto „Aus der Praxis für die Praxis“ zum Thema Sucht und Drogen an. U. a. zählen zu den Angeboten: suchtspezifische Beratung, Teilnahme an Teams, Workshops und Vorträge, Unterstützung in der Fallarbeit, Unterstützung bei konzeptionellen Überlegungen in der Einrichtung, suchtspezifische Begutachtungen, Telefon und E-Mail-Beratung etc.

34% der KlientInnen (n = 955) haben Kinder im eigenen Haushalt. Bei 66% der KlientInnen leben die Kinder nicht im selben Haushalt: davon sind bei 18% die Kinder behördlich untergebracht und bei 48% leben die Kinder z. B. beim anderen Elternteil oder in Abstimmung mit dem Jugendamt in einem freiwilligen Verwandtschaftspflegeverhältnis bei anderen Familienmitgliedern (z. B. Großeltern/Verwandte), bzw. sind darin auch schon die erwachsenen Kinder enthalten, die den gemeinsamen Haushalt bereits verlassen haben. Die Größe dieser Gruppe lässt sich nicht eindeutig feststellen.

Abbildung 5.8: **Unterbringungssituation der Kinder von betreuten Personen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN), 2010**



Quelle: IFES, BADO 2010

Maßnahmen der Prävention und Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr

Die unter 16-Jährigen stellen einen kleinen Teil der von dem SDHN betreuten KlientInnen dar. Die meisten dieser Jugendlichen werden im Rahmen von Zuweisungen durch andere Institutionen bzw. Schulen (§ 13 SMG) begutachtet und abgeklärt und benötigen keine weitere sucht-spezifische Betreuung.

Ein kleiner Teil dieser Jugendlichen weist jedoch eine **manifeste Suchtmittelproblematik** auf. Wesentlich in der Betreuung dieser Jugendlichen ist eine **multidisziplinäre Betreuung bzw. Behandlung**, insbesondere kinder- und jugendpsychiatrisch. Darüber hinaus sind eine **engmaschige Kooperation** mit anderen Einrichtungen (MAG ELF, Schule, Neustart, Kriseneinrichtungen etc.) und die Einbindung der Angehörigen bzw. Erziehungsberechtigten in die Betreuung essenziell.

Da die Basisdokumentation (BADO) diese Zielgruppe nicht explizit ausweist, kann über die exakte Anzahl der behandelten Jugendlichen wienweit keine Aussage getroffen werden. In den beiden Schwerpunkteinrichtungen „Kolping Drogenberatung für Jugendliche“ waren im Zeitraum 2010: 11 unter 16-Jährige (2008: 6, 2009: 9) und in den Einrichtungen des „Vereins Dialog – Integrative Suchtberatung“ im Jahr 2010: 74 (2008: 48, 2009: 59) in Behandlung.

In den beiden Schwerpunkteinrichtungen Kolping und Verein Dialog waren zusammen 85 Jugendliche unter 16 Jahren in Behandlung.

Kooperationen und Arbeitsgruppen

Die Sucht- und Drogenkoordination Wien widmet sich in eigenen Arbeitsgruppen schwerpunktmäßig dieser KlientInnengruppe:

An der **Arbeitsgruppe „Kinder und Jugendliche mit Drogenproblemen“** nehmen Einrichtungen des SDHN, der MAG ELF sowie des PSD teil. Das Ziel dieser AG ist, das Angebot aller Einrichtungen für die Zielgruppe aufeinander abzustimmen und auf neue Herausforderungen wie z. B. die Veränderungen der konsumierten Substanzen zu reagieren.

Weiters gibt es eine AG der KAV Kinder und Jugendpsychiatrien, der Kinderabteilungen, der SDW und der MAG ELF. Hier geht es um die bessere Vernetzung der einzelnen Beteiligten und im Speziellen um die Schnittstelle der Aufnahme bzw. Entlassung aus den Krankenhäusern. Hierbei spielt vor allem der Spitalsverbindungsdienst CONTACT eine wesentliche Rolle. CONTACT, eine Einrichtung der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW), ist ein Spitalverbindungsdienst und bietet Drogenabhängigen und Substituierten in allen Wiener Krankenhäusern eine schnelle und unkomplizierte Betreuung. CONTACT vermittelt nach einer Bedarfserhebung zu weiterführender Beratung und Betreuung in andere Einrichtungen des SDHN und andere Hilfssysteme.

Zusammenfassung

Bereits vor mehr als 15 Jahren wurde in Wien damit begonnen, substanzabhängigen schwangeren Frauen und Müttern mit Neugeborenen besonderes Augenmerk zu schenken. Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine gute Betreuung substanzabhängiger Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt wesentlich zur medizinischen und psychosozialen Stabilität der Mütter beitragen kann. Dadurch ist es möglich, eine positive Mutter-Kind-Beziehung aufzubauen, die den Gesundheitszustand und die Entwicklung der Kinder deutlich verbessert und unterstützt.

Wesentlich in der Betreuung von Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr – sofern diese eine manifeste Suchtmittelproblematik aufweisen – ist eine multidisziplinäre Betreuung bzw. Behandlung, insbesondere kinder- und jugendpsychiatrisch.

Um all diese Betreuungen qualitativ hochwertig zu gewährleisten, ist eine gut vernetzte Zusammenarbeit der ProfessionistInnen und Einrichtungen Voraussetzung, mit dem Ziel, die Angebote der Einrichtungen für die jeweiligen Zielgruppen aufeinander abzustimmen und rasch auf neue Herausforderungen bzw. akute Problemstellungen reagieren zu können.

5.7 Stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen

Martina Böhsner

Der Weg ins Erwachsenenalter stellt Kinder und Jugendliche vor viele anspruchsvolle Aufgaben. Im Kindes- und Jugendalter laufen **körperliche, psychische und soziale Veränderungen rasch ab und sind prägend für die weitere Persönlichkeitsentwicklung**. Die Phase der Identitätsfindung beginnt, und die Weichen für die berufliche Zukunft und ein selbstständiges Leben werden gestellt. Die Bewältigung dieser grundlegenden Entwicklungsaufgaben ist umso schwieriger, wenn Kinder und Jugendliche zusätzlich psychisch erkranken oder mit psychischen Problemen zu kämpfen haben. Daher ist es wesentlich, **Anzeichen für psychische Erkrankungen ernst zu nehmen** und diese möglichst frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. In Wien stehen dafür vielfältige Angebote zur Verfügung. Das Versorgungsspektrum erstreckt sich von niedergelassenen FachärztInnen, PsychologInnen und TherapeutInnen über spezielle Ambulatorien und Beratungsstellen bis hin zu Abteilungen und Ambulanzen in den Spitälern Wiens.

Derzeit gibt es im **stationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt 57 Betten**.¹ Die Abteilungen sind an den Standorten Krankenhaus Hietzing mit NZ Rosenhügel und am AKH Wien – Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie angesiedelt.

Die Aufgabenschwerpunkte der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie reichen von medizinischer Behandlung, Beratung, Abklärung und Empfehlungen bis hin zu umfassenden therapeutischen Programmen in Form von Einzel- und Gruppentherapien. Ein **vernetztes Arbeiten mit den unterschiedlichsten Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens** ist unabdingbar und gerade bei PatientInnen des Kindes- und Jugendalters ein besonderer Arbeitsschwerpunkt.

Zusätzlich zu den Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen **stationäre Angebote auf Abteilungen für Psychosomatik** zur Verfügung. Psychosomatische Behandlungsbedürftigkeit besteht dann, wenn psychische und psychosoziale Faktoren eine wesentliche Rolle für die Entstehung, das Fortbestehen, den Verlauf und die Bewältigung einer Erkrankung spielen. Die Psychosomatik in der Kinder- und Jugendheilkunde befasst sich mit der psychischen Situation von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen und deren Familien im Zusammenhang mit ihrer körperlichen und sozialen Situation.

Angebote im Bereich der Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters werden vorwiegend im Wilhelminenspital an der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde – Kinderklinik Glanzing vorgehalten. Hier besteht eine **Station für Säuglingspsychosomatik mit integrierter Schreiambulanz**, eine Station für Kinderpsychosomatik und Psychotherapie sowie eine Station für Jugendpsychosomatik und Psychotherapie. Weiters steht eine tagesklinische Station für Psychosomatik am AKH Wien in der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde zur Verfügung.

¹. Stand nach KA-Kostenstellenstatistik 2010

Im Vergleich der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter zeigen sich folgende Unterschiede:

- PatientInnen der Kinder- und Jugendpsychosomatik sind im Durchschnitt deutlich jünger als PatientInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es ist zudem zu beobachten, dass PatientInnen mit psychischen Erkrankungen im Kindesalter häufiger auf psychosomatischen Abteilungen behandelt werden als erwachsene PatientInnen mit psychischen Erkrankungen.
- Erkrankungen, die häufig sowohl an kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen als auch in der Kinder- und Jugendpsychosomatik behandelt werden, sind Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (z. B. posttraumatische Belastungsstörungen) sowie Essstörungen und hyperkinetische Störungen (z. B. Aufmerksamkeitsstörungen).
- In den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen werden akut erkrankte Kinder behandelt. In psychosomatischen Abteilungen liegt der Fokus auf der Behandlung und Betreuung von chronisch somatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen.

Entwicklungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zur Verbesserung der fachärztlichen Versorgung wurde in der Ärzteausbildungsordnung von 2006 (BGBl. II 286/2006) die Ausbildung für FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie neu verankert. Bis dahin war diese Ausbildung nur als Zusatzausbildung absolvierbar. Die neue Regelung und die Deklarierung des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie als Mangel-fach (derzeit gibt es zu wenig praktizierende FachärztInnen) sind wichtige Maßnahmen, um mehr FachärztInnen für eine bedarfsgerechte Versorgung ausbilden zu können.

Im AKH Wien wird die Anzahl der Betten von 29 auf 40 ausgebaut.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Krankenhauses Hietzing mit NZ Rosenhügel wird in das Wilhelminenspital verlagert, dabei wird die Abteilung von 28 auf 36 Betten erweitert. Zusätzlich ist im Krankenhaus Nord eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 30 Betten vorgesehen.

Insgesamt wird der stationäre Bereich um 49 Betten ausgeweitet, was einer Kapazitätssteigerung von 86% entspricht.

Durch eine Kooperation der Stadt Wien mit der Wiener Gebietskrankenkasse ist zudem ein Ausbau der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gelungen.

Auswahl an Angeboten für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche im intra- und extramuralen Bereich

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Behindertenpsychiatrie für Erwachsene mit Ambulanz des NZ Rosenhügel

Im Krankenhaus Hietzing mit NZ Rosenhügel werden in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Behindertenpsychiatrie für erwachsene Menschen sämtliche psychische Erkrankungen nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) behandelt. Darüber hinaus führt die Abteilung Aufnahmen im Rahmen des Unterbringungsgesetzes sowie stationäre Drogenentzugsbehandlungen bei Jugendlichen durch. Nach einer diagnostischen Phase wird ein komplexes Therapiekonzept erstellt und umgesetzt.

Die Behandlungen erfolgen gemäß des biopsychosozialen Konzepts unter Miteinbeziehung des umgebenden Systems der Kinder und Jugendlichen, wie etwa der Obsorgeberechtigten oder der Schule. Die Abteilung arbeitet multiprofessionell und pflegt darüber hinaus eine intensive Zusammenarbeit mit weiteren ambulanten und stationären Einrichtungen wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie im AKH Wien, dem Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik des Psychosozialen Dienstes, dem SOS-Familien-rathaus oder der Drogeneinrichtung Dialog. Weiters wird mit pädiatrischen Abteilungen, dem niedergelassenen fachärztlichen und psychotherapeutischen Bereich, mit Einrichtungen der MAG ELF, dem Arbeitsmarktservice und Schulen kooperiert.

Die **Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügt über 28 Betten**. Konkret stehen hier 13 Betten auf der Kinderpsychiatrischen Station und 15 Betten auf der Jugendpsychiatrischen Station zur Verfügung. Des Weiteren verfügt die Abteilung über eine allgemeine und vier Spezialambulanzen.

Kontakt:

Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Behindertenpsychiatrie für Erwachsene
 1130 Wien, Riedelgasse 5
 Telefon: (01) 880 00-321
 E-Mail: khr.knr@wienkav.at
 Web: www.wienkav.at/khr

AKH Wien – Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet nach dem Konzept der ganzheitlichen medizinischen Sichtweise. Dieses berücksichtigt die Entwicklung und die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen. 11 verschiedene Professionen stehen an der Universitätsklinik zur Verfügung. Neben ÄrztInnen und PsychologInnen sind hier u. a. Pflegepersonal, SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen, Ergo- und PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen, SonderkindergärtnerInnen, LehrerInnen und MusiktherapeutInnen tätig.

Die Angebote umfassen Prävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Reintegration. Die Universitätsklinik bietet weiters ein breites Spektrum an Therapien an, wie z. B. tiefenpsychologische Therapie, Verhaltenstherapie, Familientherapie, Gruppentherapie sowie Gesprächstherapie.

Insgesamt werden **29 Betten für PatientInnen** mit psychischen Erkrankungen nach ICD-10 vorgehalten sowie für PatientInnen, die nach dem Unterbringungsgesetz selbst- oder fremdgefährdet sind. Eine Tagesklinik steht für PatientInnen zur Verfügung, die der sozialen Wiedereingliederung bzw. Rehabilitation bedürfen. Sämtlichen **schulpflichtigen Kindern** stehen darüber hinaus **Lehrkräfte der Heilstättensonderschule** zur Seite.

Zu Beginn des Aufenthalts wird ein individueller Therapieplan mit der Patientin oder dem Patienten erarbeitet und in Wochenplänen festgeschrieben. Im Rahmen der Rehabilitation wird PatientInnen mit schweren psychischen Erkrankungen eine Tagesstruktur geboten, die es ihnen ermöglicht, neben weiterer psychischer Gesundheit auch Selbstvertrauen, Alltagssicherheit und soziale Kompetenz zu erlangen. Die primären Bezugspersonen sind in die Behandlung eingebunden. Neben der allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz werden

in der Universitätsklinik **Spezialambulanzen** geführt. Auch dort werden bei Kindern und Jugendlichen Diagnosen erstellt und Behandlungen durchgeführt.

Kontakt:

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Tagesklinik/Rehabilitation
1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
Telefon: (01) 404 00-3014
E-Mail: pkj@meduniwien.ac.at
Web: www.meduniwien.ac.at/kjp

Weitere Angebote der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in Wien:

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Medizinische Universität Wien / AKH Wien – Allgemeinambulanz
<http://www.meduniwien.ac.at/kjp/>

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Medizinische Universität Wien / AKH Wien – Spezialambulanzen
Ambulanz für Essstörungen, Forensikambulanz, Klinisch-Psychologische Ambulanz, Kopfschmerzambulanz, Psychotherapeutische Ambulanz, Sozialpsychiatrische Ambulanz
Ambulanz für Zwangserkrankungen
<http://www.meduniwien.ac.at/kjp/krankenversorgung.htm>

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Medizinische Universität Wien / AKH Wien – Tagesklinische Station für Psychosomatik und Klinische Psychologie
<http://www.meduniwien.ac.at/typo3/?id=3742>

Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
Ambulanz der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Behindertenpsychiatrie für Erwachsene
http://www.wienkav.at/kav/khl/medstellen_anzeigen.asp?ID=84

Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel – Spezialambulanzen
Ambulanz für affektive Störungen, Ambulanz für Kopfschmerz und somatoforme Störungen des Kindes- und Jugendalters, Ambulanz für Psychosefrüherkennung, Entwicklungsambulanz, Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz
http://www.wienkav.at/kav/khl/medstellen_anzeigen.asp?ID=82

Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe Otto-Wagner-Spital mit Pflegezentrum
Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie
http://www.wienkav.at/kav/ows/medstellen_anzeigen.asp?ID=2890

Wilhelminenspital – Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde – Kinderklinik Glanzing

Säuglingspsychosomatik mit integrierter Schreiambulanz

Station für Kinderpsychosomatik und Psychotherapie

Station für Jugendpsychosomatik und Psychotherapie

http://www.wienkav.at/kav/wil/Medstellen_Anzeigen.asp?id=365

Wilhelminenspital – Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde – Kinderklinik Glanzing

Psychosomatische Ambulanz für Kinder und Jugendliche

http://www.wienkav.at/kav/wil/medstellen_anzeigen.asp?ID=594

Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital

Psychosomatik-Ambulanz für Kinder und Jugendliche

http://www.wienkav.at/kav/kfj/medstellen_anzeigen.asp?ID=531

Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien

Kinder- und Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik

Abteilung für Jugend- und Behindertenpsychiatrie (mit Autismuszentrum)

<http://www.psd-wien.at/psd/59.html>

SOS-Kinderdorf Wien

Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie

<http://www.sos-kinderdorf.at/Informationen/sos-kinderdorf-oesterreich/familie-staerken/beratungsstellen-ambulatorien/wien/Pages/Kinder-und-jugendpsychiatrisches-Ambulatorium.aspx>

Individualpsychologisches Zentrum Verein „Die Boje“

www.die-boje.at

Beitrag von

Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung

Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit und Grundlagen

Quellen:

Broschüre der Magistratsabteilung 24 „Seelische Gesundheit in Wien“ (2010)

Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Wien 2020 (2012)

Websites der genannten Einrichtungen



gezeichnet von: Mohraeil, 11 Jahre

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): Auswertung für Wien

6.1 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Wiener SchülerInnen

Ergebnisse der HBSC-Studie 2010

Felix Hofmann, Daniela Ramelow, Rosemarie Felder-Puig, Katrin Unterweger, Wolfgang Dür

In diesem Kapitel werden anhand ausgewählter Indikatoren die Ergebnisse der im Vierjahresrhythmus durchgeführten WHO-Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) für 2010 dargestellt und interpretiert. Die durchgeführten Auszählungen und Analysen basieren auf den im Bundesland Wien bei SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren erhobenen Daten. Sie wurden aus dem österreichischen HBSC-Datensatz von 2010 gefiltert, der für fallweise Vergleiche mit den Wiener Daten verwendet wird. Die bundesweite Stichprobengröße beträgt 6.493 Personen. 22,4% davon gehören der Altersgruppe der 11-Jährigen, 26,6% jener der 13-Jährigen, 28,0% jener der 15-Jährigen und 22,9% jener der 17-Jährigen an (vgl. Tab. 6.1).

Tabelle 6.1: Vergleich HBSC-Sample mit Schulstatistik 2009/10, nach Alter

| Altersgruppen | Schulstatistik 2009/10 | HBSC Sample 2010 |
|---------------|------------------------|------------------|
| 11-Jährige | 22,5 | 22,4 |
| 13-Jährige | 24,8 | 26,6 |
| 15-Jährige | 25,5 | 28,0 |
| 17-Jährige | 27,2 | 22,9 |
| Gesamt | 100,0 | 100,0 |

Das Geschlechterverhältnis beträgt 51,7% Mädchen zu 48,3% Burschen (vgl. Tab. 6.2). Die Alters- und Geschlechtsstruktur der Stichprobe entspricht damit jener der Grundgesamtheit und ist somit repräsentativ. Die Wiener Stichprobe der vier Jahrgänge macht insgesamt 15,9% der österreichischen aus und umfasst 1.035 Personen.

Tabelle 6.2: Vergleich HBSC-Sample mit Schulstatistik 2009/10, nach Geschlecht

| Geschlechter | Schulstatistik 2009/10 | HBSC Sample 2010 |
|--------------|------------------------|------------------|
| Burschen | 51,3 | 48,4 |
| Mädchen | 48,7 | 51,6 |
| Gesamt | 100,0 | 100,0 |

Um einen guten Überblick über die aktuelle Datenlage zur Kinder- und Jugendgesundheit zu bieten, werden deskriptive Statistiken wie Mittelwerte und Prozentanteile in Diagrammen und Tabellen dargestellt. Weiters werden die Einflüsse von Alter und Geschlecht der Befragten auf die Ausprägungen der dargestellten Variablen hinsichtlich ihrer Stärke und (gegebenenfalls) ihrer Richtung analysiert¹.

1. Dazu wurden in Abhängigkeit vom Skalenniveau geeignete Assoziationsmaße berechnet: Cramér's V beschreibt den Zusammenhang zwischen einer nominalen Variable, wie dem Geschlecht, und einer anderen nominalen oder ordinalen Variable. Spearman's Rho beschreibt den Zusammenhang zwischen zwei ordinalen Variablen, z. B. zwischen dem Alter und der subjektiven Gesundheit. Weiterführende Informationen zu diesen Maßen finden sich einschlägigen statistischen Lehrbüchern.

Zur Beurteilung von Mittelwertunterschieden zwischen zwei Gruppen wird die Effektgröße Cohen's d herangezogen (vgl. Dür et al. 2011, 3). Die in diesem Beitrag vorgenommene Bewertung der Einflüsse als klein, mittel oder groß folgt gängigen Einteilungen aus der Praxis.

6.1.1 Gesundheitszustand

Ausgehend vom Gesundheitsbegriff der WHO, der auch psychische und soziale Aspekte umfasst, erhebt die HBSC-Studie unter anderem die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit durch die Befragten.

Ausgehend vom Gesundheitsbegriff der WHO, der auch psychische und soziale Aspekte umfasst, erhebt die HBSC-Studie unter anderem die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit durch die Befragten. Dieses Verständnis ist komplementär zum medizinischen Gesundheitsbegriff, der sich auf die Analyse körperlicher Funktionsstörungen beschränkt, um diese gezielt behandeln zu können (vgl. Dür/Felder-Puig 2011, 13). Für die Gesundheitspolitik wird es bedeutend, sobald sie ihr Ziel nicht mehr nur in der Beseitigung gestörter Körperfunktionen, sondern auch in der Förderung des Wohlbefindens und der Stärkung der Gesundheitsressourcen sieht.

6.1.1.1 Subjektive Gesundheit

Konzept

Die stetige Erhöhung der Lebenserwartung seit Beginn der Modernisierung war größtenteils auf Verbesserungen der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zurückzuführen. Sie bestanden vor allem darin, dass das Auftreten übertragbarer Krankheiten im Kindesalter verringert werden konnte (vgl. WHO 2010a, 8). In letzter Zeit mehren sich allerdings die Anzeichen, dass sich der allgemeine Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen wieder verschlechtert. Dies kann mit Änderungen gesellschaftlicher Umstände und individueller Verhaltensweisen erklärt werden.

Das Spektrum der Kindererkrankungen und die Aufmerksamkeit dafür hat sich in den letzten 100 Jahren, abgesehen von chronischen Erkrankungen, wie Allergien, in Richtung psychische und psychosomatische Beschwerden sowie Verhaltensauffälligkeiten (ADHS etc.) verschoben. Zur Einschätzung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erscheint es daher immer wichtiger, etwas über ihre „gesundheitsbezogenen Wahrnehmungen und Empfindungen“ (Dür/Felder-Puig 2011, 12) zu erfahren. Ein gebräuchliches Konzept, das dem zugrunde liegt, ist jenes der Subjektiven Gesundheit (self-rated health). Darunter wird die subjektive Einschätzung des eigenen aktuellen Gesundheitszustandes verstanden. Untersuchungen zeigen, dass die Angaben der Befragten über ihren Gesundheitszustand – obwohl sie auch von sozialen Determinanten beeinflusst werden – oft viel mit ihrem tatsächlichen mentalen oder körperlichen Gesundheitszustand zu tun haben und mitunter Hinweise auf versteckte Morbidität geben können.

Methode

Ein gängiges Instrument zur Erhebung der Subjektiven Gesundheit ist das EGFP-Item. Mit ihm wurden bereits in epidemiologischen Studien gute Erfahrungen gemacht (Idler/Benyamini 1997). Seit der Umfrage 2001/2002 bildet es daher einen fixen Bestandteil des HBSC-Fragebogens. Das EGFP-Item fragt den Respondenten in der deutschen Version: „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?“ Die Antwortmöglichkeiten sind durch die vier Kategorien „ausgezeichnet“, „gut“, „eher gut“ und „schlecht“ (engl.: „excellent“, „good“, „fair“ und „poor“) vorgegeben. Für die Auswertung wurden diese ursprünglichen Kategorien beibehalten.

Ergebnisse für 2010

Wie aus Abbildung 6.1 ersichtlich, nimmt die Größe des Anteils jener Wiener SchülerInnen, die ihre subjektive Gesundheit als „ausgezeichnet“ einschätzen, mit dem Alter ab. Dies gilt für

Die Angaben der Befragten über ihren Gesundheitszustand haben – obwohl sie auch von sozialen Determinanten beeinflusst werden – oft viel mit ihrem tatsächlichen mentalen oder körperlichen Gesundheitszustand zu tun.

beide Geschlechter, wobei Mädchen generell weniger oft einen „ausgezeichneten“ Gesundheitszustand angeben als Burschen. Über alle Kategorien betrachtet sind beide Effekte signifikant, aber eher klein, wobei der Effekt des Geschlechts auf die subjektive Gesundheit (Cramér's $V = 0,26$) etwas bedeutsamer ist als der des Alters (Spearman's $\rho = 0,15$).

Abbildung 6.1: **Ausgezeichnete subjektive Gesundheit der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17, nach Alter und Geschlecht**

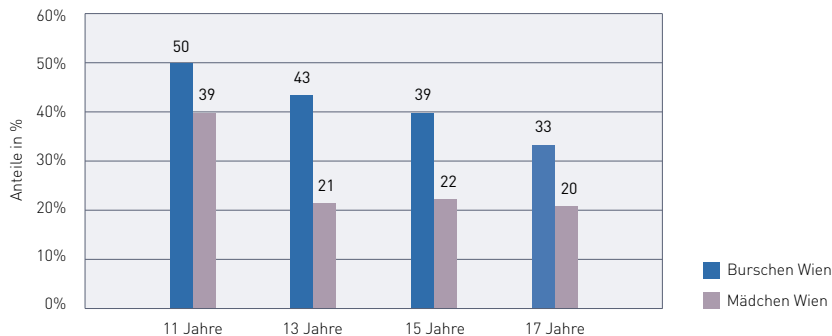
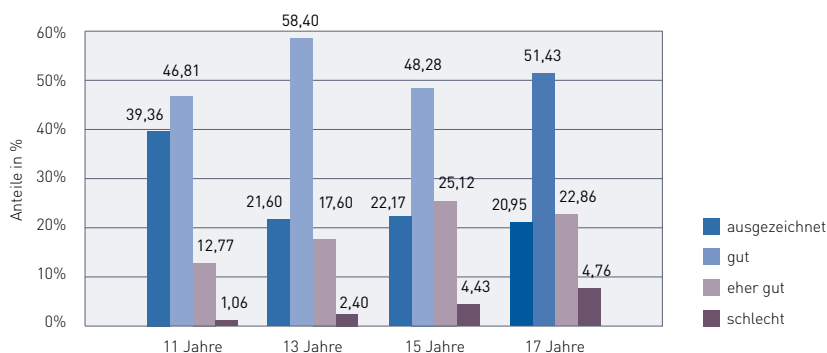


Abbildung 6.1 zeigt einen zweiten Unterschied zwischen den Geschlechtern: Der Anteil junger Burschen mit subjektiv ausgezeichneter Gesundheit nimmt zwischen dem Alter von 11 und dem Alter von 17 relativ langsam, aber stetig ab. Bei den Mädchen lässt sich zwischen den 11- und 13-Jährigen ein sehr abrupter Rückgang dieses Anteils beobachten, er bleibt aber dann bis zum Alter von 17 relativ konstant. Die Frage, welche Kategorien **aufgrund** dieses Rückgangs zulegen, lässt sich mit einem Blick auf Abbildung 6.2 klären. Es ist zu erkennen, dass der frühe Rückgang des Anteils der Schülerinnen mit ausgezeichneter Gesundheit zunächst mit einem um 11,59% größeren Anteil der Schülerinnen mit guter Gesundheit bei den 13-Jährigen einhergeht. Bei den 15-Jährigen weist aber auch diese Kategorie mit 48,28% wieder einen um 10,12% geringeren Anteil aus, während die Anteile der unteren beiden Kategorien besonders hoch sind: Beinahe 30% der 15-jährigen Wiener Schülerinnen stufen ihre Gesundheit nur als entweder eher gut oder schlecht ein. In der Gruppe der 17-Jährigen lässt sich mit 51,43% wieder ein etwas größerer Anteil von Schülerinnen mit guter Gesundheit beobachten. Die Daten der Wiener Mädchen zeigen also, dass sich die Einschätzung der eigenen Gesundheit zwischen dem Alter von 11 und 15 sukzessive in untere Kategorien verlagert, während bis zum Alter von 17 wieder eine leichte Verbesserung eintritt.

Abbildung 6.2: **Subjektive Gesundheit der Wiener Schülerinnen, nach Alter, in % der Altersgruppen**



Wien im österreichischen Vergleich

Die oben festgestellten Muster – der Rückgang bei beiden Geschlechtern in der Kategorie „ausgezeichnet“ und die starke Verschiebung der gesundheitlichen Selbsteinschätzung der Mädchen in die beiden untersten Kategorien – sind generell auch auf österreichischer Ebene zu beobachten (vgl. Tab. 6.3).

Wichtige Unterschiede bei den Mädchen bestehen darin, dass auf österreichischer Ebene kein abrupter Rückgang wie in Wien zu beobachten ist und dass die Verlagerung aus der Kategorie „ausgezeichnet“ in die untersten Kategorien nicht so stark ausfällt. Die entsprechenden Anteile reichen bei den 15- und 17-Jährigen mit 18,10% und 17,16% (eher gut) bzw. 3,34% und 4,48% (schlecht) nicht an die des Wiener Datensatzes heran. Die Kategorie „gut“ hingegen weist mit 52,37% und 58,08% deutlich höhere Anteile auf. Dies zeigt sich auch im Effekt des Geschlechts auf die subjektive Gesundheit, der gemessen mit Cramér's V einen Wert von 0,16 annimmt, welcher weit unter dem von Wien (0,26) liegt.

Tabelle 6.3: Subjektive Gesundheit, Vergleich Wien–Österreich

| Subjektive Gesundheit nach Region, Alter und Geschlecht | | 11 Jahre | 13 Jahre | 15 Jahre | 17 Jahre |
|---|---------------------|----------|----------|----------|----------|
| Ausgezeichnet | Burschen Österreich | 49,58 | 47,19 | 40,34 | 40,09 |
| | Burschen Wien | 50,00 | 43,42 | 39,29 | 33,33 |
| Gut | Burschen Österreich | 42,11 | 44,43 | 49,14 | 45,01 |
| | Burschen Wien | 43,40 | 49,34 | 55,95 | 53,97 |
| Eher gut | Burschen Österreich | 6,48 | 6,83 | 9,03 | 12,22 |
| | Burschen Wien | 6,60 | 6,58 | 2,98 | 11,11 |
| Schlecht | Burschen Österreich | 1,83 | 1,56 | 1,49 | 2,68 |
| | Burschen Wien | 0,00 | 0,66 | 1,79 | 1,59 |
| Ausgezeichnet | Mädchen Österreich | 43,74 | 34,26 | 26,19 | 20,27 |
| | Mädchen Wien | 39,36 | 21,60 | 22,17 | 20,95 |
| Gut | Mädchen Österreich | 44,98 | 49,54 | 52,37 | 58,08 |
| | Mädchen Wien | 46,81 | 58,40 | 48,28 | 51,43 |
| Eher gut | Mädchen Österreich | 9,63 | 13,54 | 18,10 | 17,16 |
| | Mädchen Wien | 12,77 | 17,60 | 25,12 | 22,86 |
| Schlecht | Mädchen Österreich | 1,65 | 2,66 | 3,34 | 4,48 |
| | Mädchen Wien | 1,06 | 2,40 | 4,43 | 4,76 |

Wiener SchülerInnen verfügen im österreichischen Vergleich allgemein über eine etwas schlechtere subjektive Gesundheit.

Die Daten weisen außerdem darauf hin, dass Wiener SchülerInnen im österreichischen Vergleich allgemein über eine etwas schlechtere subjektive Gesundheit verfügen. So sind die Anteile der Kategorie „ausgezeichnet“ in fast allen Altersgruppen kleiner. Dafür sind bei den Wiener Burschen die Anteile der Kategorie „gut“ und bei den Wiener Mädchen die Anteile der Kategorie „eher gut“ durchwegs größer als im österreichischen Datensatz.

6.1.1.2 Lebenszufriedenheit

Konzept

Ein weiteres Konzept zur Beschreibung subjektiv wahrgenommener Zustände ist jenes der **Lebenszufriedenheit**. Nach Veenhoven (1996: 6) ist Lebenszufriedenheit (**life satisfaction**) „the degree to which a person positively evaluates the overall quality of his/her life as-a-whole. In other words, how much the person likes the life he/she leads“. Da sich das Konzept der **Lebenszufriedenheit** nach dieser Definition auf das Leben als Ganzes bezieht, ist es im Vergleich zur **Subjektiven Gesundheit** umfassender interpretierbar: Auch Menschen, die im Großen und Ganzen eine positive Bilanz über ihr Leben ziehen, haben mitunter mit körperlichen oder mentalen Problemen zu kämpfen (vgl. Veenhoven 1996, 8 und 12). Diese können jedoch als vorübergehend empfunden werden oder sich auf einen bestimmten Bereich, z. B. die körperliche Gesundheit, beschränken, der im Vergleich zu dem, was das Leben sonst noch zu bieten hat, als weniger wichtig empfunden wird.

Da sich das Konzept der Lebenszufriedenheit nach dieser Definition auf das Leben als Ganzes bezieht, ist es im Vergleich zur subjektiven Gesundheit umfassender interpretierbar.

Methode

Die **Lebenszufriedenheit** (**life satisfaction**) bzw. das eng verwandte und meist synonym verwendete Konzept der **Lebensqualität** (**quality of life**) werden aus forschungspragmatischen Gründen oft ebenfalls mit Hilfe eines einzelnen Items erhoben. Mittlerweile gibt es auch einige Nachweise dafür, dass diese globalen Indikatoren hinsichtlich Validität und Reliabilität keine wesentlichen Nachteile gegenüber umfangreicheren Fragebatterien aufweisen (de Boer et al. 2004).

Im Rahmen der HBSC-Studie wurde die Lebenszufriedenheit mit Hilfe des von Cantril (1965) vorgeschlagenen Items erhoben. Es fordert den Respondenten auf, sich die persönliche Lebenssituation als Sprosse auf einer abgebildeten Leiter vorzustellen und fragt ihn: „Here is a picture of a ladder. Suppose the top of the ladder represents the best possible life for you and the bottom of the ladder the worst possible life. Where on the ladder do you feel you personally stand at the present time?“

Je nach gewählter Sprosse auf der Leiter bewertet der Befragte sein Leben auf einer Skala zwischen 0 und 10. Da das Bild der Leiter gleiche Abstände zwischen diesen Bewertungen suggeriert, werden sie als intervallskaliert betrachtet. Dies ermöglicht die Bildung von Mittelwerten als Maß für die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der SchülerInnen sowie den Einsatz von Cohen's *d* als Maß für die Stärke von Zusammenhängen.

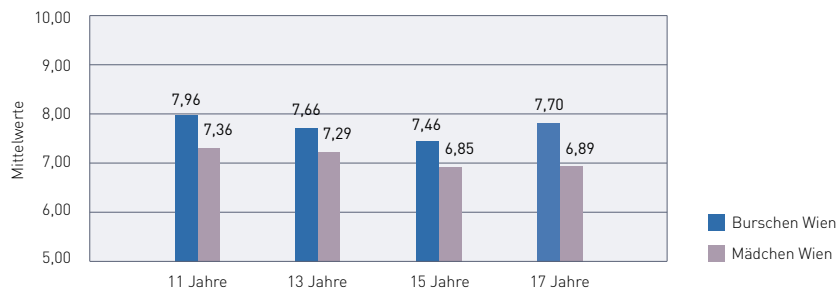
Ergebnisse für 2010

Aus Abbildung 6.3 ist ersichtlich, dass die durchschnittliche Lebenszufriedenheit mit höherem Alter zunächst zurückgeht. Während bei den Burschen im Alter von 15 bis 17 wieder eine merkbare Verbesserung eintritt, bleibt die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Mädchen zwischen diesen beiden Altersgruppen in etwa konstant. Es lässt sich außerdem erkennen, dass Wiener Burschen über alle Altersgruppen hinweg eine höhere Lebenszufriedenheit angeben als Mädchen.

Die Berechnung von Cohen's *d* als Maß für die Stärke der beobachteten Zusammenhänge ergibt für jenen zwischen Alter und Lebenszufriedenheit einen eher kleinen (-0,26), und für jenen zwischen Geschlecht und Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen einen kleinen bis mittleren Wert (-0,33).

Wiener Burschen über alle Altersgruppen hinweg geben eine höhere Lebenszufriedenheit an als Mädchen.

Abbildung 6.3: Lebenszufriedenheit bei Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17, nach Alter und Geschlecht



Wien im österreichischen Vergleich

Die beobachteten Muster finden sich auch auf der gesamtösterreichischen Ebene (vgl. Tab. 6.4). Auch hier sind Mädchen jeden Alters mit ihrem Leben unzufriedener als Burschen, mit einem Cohen's d von $-0,20$ ist der Effekt aber geringer als in Wien ($-0,329$). Bundesweit geht die durchschnittliche Lebenszufriedenheit mit dem Alter etwas stärker zurück als in Wien (Cohen's d: $-0,38$ vs. $-0,26$).

Tabelle 6.4: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit, Vergleich Wien–Österreich

| Mittelwerte Lebenszufriedenheit nach Region, Alter und Geschlecht | | 11 Jahre | 13 Jahre | 15 Jahre | 17 Jahre | Alle Altersgruppen |
|---|------------|----------|----------|----------|----------|--------------------|
| Burschen | Österreich | 8,09 | 7,83 | 7,47 | 7,52 | |
| | Wien | 7,96 | 7,66 | 7,46 | 7,70 | |
| Mädchen | Österreich | 7,98 | 7,34 | 7,00 | 7,20 | |
| | Wien | 7,36 | 7,29 | 6,85 | 6,89 | |
| Beide Geschlechter | Österreich | | | | | 7,53 |
| | Wien | | | | | 7,35 |

Bundesweit und in Wien steigt allerdings bei beiden Geschlechtern die Lebenszufriedenheit zwischen dem Alter von 15 und dem Alter von 17 wieder leicht an. Bei allen österreichischen Mädchen ist dieser Anstieg etwas stärker als bei jenen aus Wien. Im Alter von 17 kommt ihr Mittelwert mit 7,20 wieder etwas näher an den der Burschen (7,52) heran. Hingegen ist der Unterschied bei der Lebenszufriedenheit zwischen Burschen (7,70) und Mädchen (6,89) aus Wien im Alter von 17 am größten. Umgekehrt erhöht sich bei den Wiener Burschen die Lebenszufriedenheit ab dem Alter von 15 bis zum Alter von 17 stärker als bundesweit. Der Wert für die 17-jährigen Burschen ist in Wien sogar höher als in Österreich. Dies stellt eine Ausnahme dar, da in allen anderen Alters- und Geschlechterkategorien die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen leicht unter jener der österreichischen SchülerInnen insgesamt liegt.

In allen anderen Alters- und Geschlechterkategorien liegt die durchschnittliche Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen leicht unter jener der österreichischen SchülerInnen insgesamt.

6.1.1.3 Beschwerdelast

Konzept

Die Beschwerdelast bildet eine Ergänzung zu den bisher vorgestellten Konzepten, die globale (wenn auch weiter und enger gefasste) Befindlichkeiten beschreiben. Im Unterschied zu ihnen bezeichnet der Begriff Beschwerdelast ein Aggregat körperlicher und psychischer Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Nervosität etc. Obwohl diese von den Befragten konkret benannt werden können, lassen sie sich nur in relativ wenigen Fällen mittels medizinischer Diagnose auf bekannte, gut definierte Krankheiten zurückführen. Auch einer festgestellten Beschwerdelast liegen daher subjektive Einschätzungen zugrunde. Sie ist also ebenso wenig mit einer medizinisch-ärztlichen Diagnose gleichzusetzen wie ein erhobenes Ausmaß an Lebenszufriedenheit oder die globale Einordnung des eigenen Gesundheitszustandes.

Methode

Erfasst wird die subjektive „Beschwerdelast“ mit einer speziellen Fragebatterie. Diese sogenannte HBSC-Symptom-Checklist setzt sich aus acht Items zusammen, die jeweils nach dem Auftreten einer bestimmten Art physischer oder psychischer Beschwerden fragen. Dazu gehören Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, ein allgemein schlechter Gefühlszustand, schlechte Laune bzw. Gereiztheit, Nervosität, Schlafschwierigkeiten und Schwindelgefühle. Die Antwortkategorien auf einer fünfstufigen Likertskala lauten „fast jeden Tag“, „mehrmals pro Woche“, „fast jede Woche“, „fast jeden Monat“, „selten oder nie“.

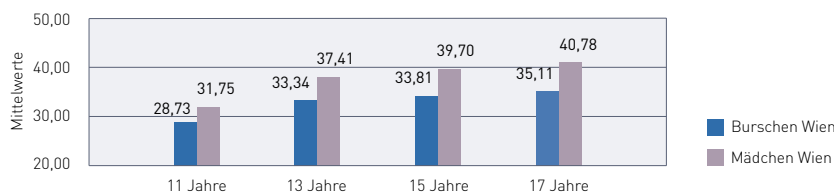
Mit Hilfe eines von Ravens-Sieberer et al. (2008) entwickelten Algorithmus kann aus den Antwortdaten ein Index berechnet werden, der ein intervallskaliertes Maß für die individuelle Beschwerdelast darstellt. Er kann Werte zwischen 0 und 100 annehmen. Der Mittelwert für den großen internationalen Datensatz der HBSC-Umfrage 2002, der 162.000 Fälle umfasste, betrug 38,5 (Standardabweichung 12,1). Mittelwerte nationaler Subsamples, die zwischen 40 und 50 lagen, konnten damit bereits als relativ „hoch“ bezeichnet werden (ebda: 297). Die Mittelwerte der österreichischen Gesamtstichproben aus dem Zeitraum 1994 bis 2006 lagen zwischen 30 und 40 (vgl. Dür et al. 2011, 3).

Ergebnisse für 2010

In Abbildung 6.4 ist die durchschnittliche Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen dargestellt. Auch hier lassen sich wieder deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern erkennen: Ältere SchülerInnen zeigen eine höhere Beschwerdelast als jüngere, wobei bei beiden Geschlechtern die Unterschiede zwischen der Gruppe der 11- und jener der 13-Jährigen mit 4,61% (Burschen) bzw. 5,66% (Mädchen) besonders groß sind. Mädchen klagen generell über mehr Beschwerden als Burschen.

Mädchen klagen generell über mehr Beschwerden als Burschen.

Abbildung 6.4: Körperliche und psychische Beschwerdelast bei den Wiener SchülerInnen im Alter und Geschlecht



Insgesamt weisen Alter und Beschwerdelast mit einem Cohen's d von 0,66 einen mittleren bis starken Zusammenhang auf. Die allgemeine Stärke des Zusammenhangs zwischen Geschlecht und Beschwerdelast liegt mit 0,40 deutlich darunter, ist aber immer noch im mittleren Bereich.

Wien im österreichischen Vergleich

Vergleicht man die Wiener und die österreichischen Daten für 2010 mit internationalen Ergebnissen aus dem Jahr 2002 (s. o.), so liegt der Schluss nahe, dass sowohl in Wien als auch bundesweit von einer relativ geringen Beschwerdelast der SchülerInnen gesprochen werden kann. So liegen die Mittelwerte der beiden heimischen Datensätze mit 34,25 bzw. 35,45 Punkten deutlich unter dem des internationalen Datensatzes.

Vergleicht man die nach Geschlecht und Alter aufgeschlüsselten Mittelwerte von Wien und Österreich (vgl. Tab. 6.5), so zeigt sich auch bundesweit eine Erhöhung der Beschwerdelast mit dem Alter, die jedoch mit einem Cohen's d von 0,61 etwas geringer ausfällt als in Wien (0,67). Die Beschwerdelast der Mädchen übertrifft auch bundesweit jene der Burschen (Cohen's d = 0,36), wenn auch nicht ganz so stark wie in Wien (0,40).

Tabelle 6.5: Durchschnittliche Beschwerdelast, Vergleich Wien–Österreich

| Mittelwerte Beschwerdelast, nach Region, Alter und Geschlecht | | 11 Jahre | 13 Jahre | 15 Jahre | 17 Jahre | Alle Altersgruppen |
|---|------------|----------|----------|----------|----------|--------------------|
| Burschen | Österreich | 28,44 | 31,72 | 33,15 | 33,60 | |
| | Wien | 28,73 | 33,34 | 33,81 | 35,11 | |
| Mädchen | Österreich | 30,18 | 36,33 | 38,84 | 39,74 | |
| | Wien | 31,75 | 37,41 | 39,70 | 40,78 | |
| Beide Geschlechter | Österreich | | | | | 34,25 |
| | Wien | | | | | 35,45 |

Der Vergleich zeigt auch, dass die Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen generell über dem österreichischen Durchschnitt liegt, wenn auch nicht besonders weit. Bei den 11- und 15-jährigen Burschen ist er z. B. mit 0,29 bzw. 0,66 Punkten nur marginal. Erwähnenswert bei den Wiener Burschen ist noch, dass ihre Beschwerdelast zwischen dem Alter von 15 und 17 (33,81 vs. 35,11 Punkte) ein letztes Mal merkbar ansteigt, während dies bundesweit nicht beobachtbar ist.

6.1.2 Gesundheits- und Risikoverhalten

Gesundheitsverhalten ist eine spezielle Art des Verhaltens, das entweder kurz- oder längerfristige Auswirkungen auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung oder Lebenserwartung haben kann. Risikoverhalten wird üblicherweise als besondere Form des Gesundheitsverhaltens gesehen, dessen Unterlassung gesundheitsfördernde Auswirkungen hat, etwa indem sie langfristig die Wahrscheinlichkeit nicht übertragbarer chronisch-degenerativer Krankheiten senkt. Begünstigt durch den Wandel des Gesundheitsverhaltens und der Altersstruktur sind diese in Europa mittlerweile für 77% der Krankheitslast und 86% aller Todesfälle verantwortlich (vgl. WHO 2010a, 87). Sie stellen eine dementsprechend große finanzielle Belastung

Sowohl in Wien als auch bundesweit kann von einer relativ geringen Beschwerdelast der SchülerInnen gesprochen werden.

Die Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen liegt generell über dem österreichischen Durchschnitt.

für die europäischen Gesundheitssysteme dar, deren Ausgaben schneller wachsen als das Volkseinkommen (ebda: 80).

Umso wichtiger erscheinen daher Versuche zur Förderung von bestimmten Gesundheitsverhaltensweisen und von Lebensumständen, die sie begünstigen (vgl. WHO 2010a, 92). Als Grundlage dafür können die folgenden Informationen zu ausgewählten Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen dienen. Die HBSC-Umfrage erhebt solche Daten regelmäßig unter Kindern und Jugendlichen im Schulalter. Auch die Gesundheitspolitik sollte diese Altersgruppe berücksichtigen. Denn gerade Risikoverhalten bildet sich oft in der Jugend unter dem Einfluss sozialer Milieus (FreundInnen, Schule, Familie) heraus und verfestigt sich zu einem Lebensstil, der später beibehalten wird und gesundheitliche Spätfolgen verursacht.

6.1.2.1 Ernährungsverhalten

Hintergründe

Die Ernährung kann das Erreichen gesundheitspolitischer Ziele wie die Verbesserung des positiven Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens von SchülerInnen sowohl unterstützen als auch behindern. Empfohlenes gesundheitsförderndes Verhalten wie der regelmäßige Verzehr von Obst und Gemüse steht im Gegensatz zu Risikoverhaltensweisen wie der Konsum von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Limonaden. Während das eine den Körper mit lebenswichtigen Nährstoffen wie Vitaminen, Ballaststoffen und Kalzium versorgt, gefährdet das andere die Aufnahme eben dieser Stoffe. Der dadurch hervorgerufene Nährstoffmangel hemmt die physische und kognitive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und begünstigt unmittelbare Gesundheitsprobleme wie Übergewicht und Adipositas sowie Anämie, eine meist durch Eisenmangel hervorgerufene Verschlechterung des Blutbildes. Längerfristige Folge einer ballaststoffarmen, jedoch zucker- und fetthaltigen Ernährung ist das Auftreten von Zivilisationskrankheiten, wie Diabetes-Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmte Krebsarten. Die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Ernährungsverhaltens wäre im Kinder- und Jugendalter besonders wichtig, da in dieser Zeit Gewohnheiten entstehen, die meist über die gesamte Lebenszeit hinweg beibehalten werden (vgl. Dür/Felder-Puig 2011, 95).

Methode

Die Ernährungsweise der SchülerInnen wird im Rahmen des österreichischen HBSC-Fragebogens mit insgesamt 18 Variablen erfasst. Um den mit Ernährung verbundenen Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen gleichermaßen Rechnung zu tragen, werden hier die aktuellen Daten zur Regelmäßigkeit des Obst- und Gemüsekonsums sowie des Süßigkeiten- und Limonadenkonsums unter Wiener SchülerInnen dargestellt. Erhoben wurden diese mit vier Variablen (Obst, Gemüse, Süßigkeiten/Schokolade und zuckerhaltige Limonaden) und einer einzigen Frage, welche lautete: „Wie oft in der Woche isst oder trinkst du normalerweise die folgenden Dinge?“ Danach folgte eine Auflistung der verschiedenen Arten von Nahrungsmitteln, die jeweils eine Variable mit einer siebenteiligen Antwortskala bildeten. Die Respondenten hatten die Wahl zwischen den Kategorien „nie“, „seltener als einmal pro Woche“, „einmal wöchentlich“, „an 2–4 Tagen in der Woche“, „an 5–6 Tagen in der Woche“, „einmal täglich“ und „mehrmals täglich“.

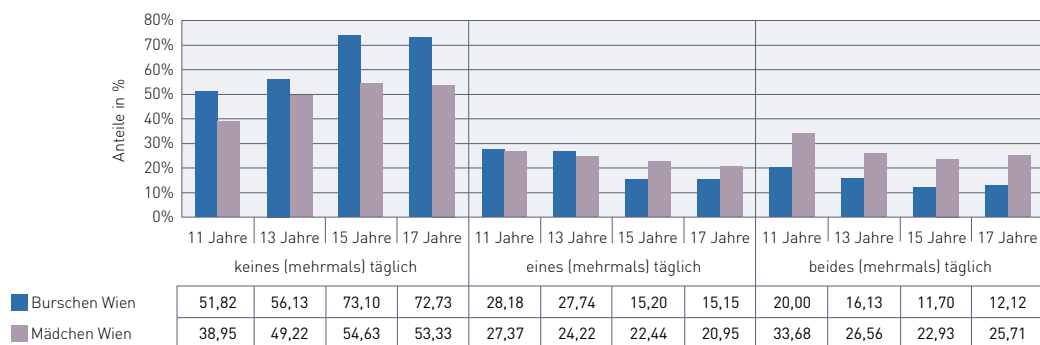
Da für eine ausgewogene Ernährung der tägliche Verzehr von Obst und Gemüse empfohlen ist, wurden die jeweiligen Antwortdaten in zwei Kategorien, nämlich täglicher Konsum „ja“ oder „nein“, zusammengefasst und in zwei neue Variablen übernommen. Diese verfügen über je drei Kategorien, die angeben, ob die Befragten weder Obst noch Gemüse (bzw. Süßigkeiten noch Limonaden), eines der beiden oder beides täglich konsumieren.

Eine überwiegende Mehrheit beider Geschlechter konsumiert weder Obst noch Gemüse auf täglicher Basis.

Ergebnisse für 2010

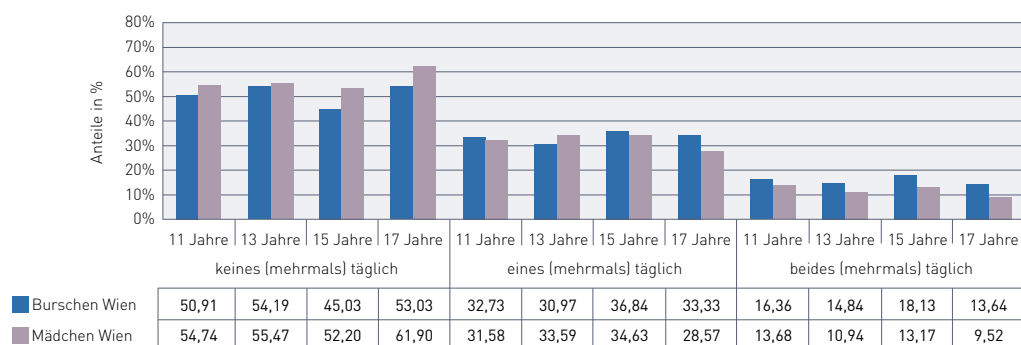
Wie aus Abbildung 6.5 ersichtlich, konsumiert eine überwiegende Mehrheit beider Geschlechter weder Obst noch Gemüse auf täglicher Basis. Dieser Anteil nimmt zwischen dem Alter von 11 und 15 stetig zu, um zwischen 15 und 17 wieder leicht zurückzugehen. Er ist bei Mädchen generell niedriger als bei Burschen. Der Anteil jener, die täglich entweder Obst oder Gemüse zu sich nehmen, geht bei beiden Geschlechtern vom Alter von 11 bis zum Alter von 17 ständig zurück. Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind hier weniger ausgeprägt.

Abbildung 6.5: Obst- und/oder Gemüsekonsum der Wiener SchülerInnen, nach Alter, Geschlecht und Häufigkeit, in % einer Altersgruppe



Die oberste Kategorie jener, die täglich sowohl Obst als auch Gemüse konsumieren, bietet zur untersten ein komplementäres Bild: Hier fallen die Anteile zwischen dem Alter von 11 und 15, um zwischen 15 und 17 wieder leicht zu steigen. Generell konsumieren Mädchen im Vergleich zu Burschen öfter sowohl Gemüse als auch Obst täglich. Unter 11-Jährigen beträgt dieser Anteil bei den Mädchen 33,68% verglichen mit 20,00% bei den Burschen. Unter den 17-Jährigen ist der Unterschied mit 25,71% bei den Burschen und 12,12% bei den Mädchen auf niedrigerem Niveau in etwa gleich groß. Eine Überprüfung der Assoziationsstärken zeigt mit einem moderaten Wert für Cramér's V von 0,15, dass Mädchen signifikant häufiger in oberen Kategorien (mehr Obst- und/oder Gemüsekonsum) zu finden sind. Mit einem Spearman's rho von -0,11 erweist sich die Verlagerung von oberen in untere Kategorien mit höherem Alter ebenfalls als signifikant, aber schwach.

Abbildung 6.6: Süßigkeiten- und Limonadenkonsum der Wiener SchülerInnen, nach Alter, Geschlecht und Häufigkeit, in % einer Altersgruppe



Generell konsumieren Mädchen im Vergleich zu Burschen öfter sowohl Gemüse als auch Obst täglich.

Abbildung 6.6 zeigt, dass der Süßigkeiten- und Limonadenkonsum im Altersverlauf stark schwankt und er somit keinen Zusammenhang mit dem Alter aufweist. Positiv anzumerken ist, dass eine (meist absolute) Mehrheit der Wiener SchülerInnen jeden Alters weder Süßigkeiten noch Limonaden auf täglicher Basis konsumiert. Allerdings sind die Werte hier generell niedriger als bei jenen, die weder Obst noch Gemüse täglich konsumieren (vgl. Abb. 6.5). Die Anteile jener, die täglich entweder Süßigkeiten oder Limonade konsumieren, sind außerdem beträchtlich. Sie liegen meist über 30%. Darunter liegt in dieser Kategorie mit 28,57% nur der Anteil 17-jähriger Mädchen. Der Anteil jener, die Süßigkeiten und Limonade täglich konsumieren, ist dagegen eher bescheiden: Er erreicht nie die 20%-Marke und liegt meist unter dem der täglichen Obst- und GemüsekonsumentInnen. Auffallend sind bei dieser Variable die im Vergleich zum Obst- und Gemüsekonsum geringen Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Sie sind nicht signifikant.

Wien im österreichischen Vergleich

Die im Wiener Datensatz beobachteten Muster für den Obst- und Gemüsekonsum zeigen sich auch auf Bundesebene: Der Anteil täglicher Obst- und Gemüsekonsumenten sinkt bei beiden Geschlechtern vom Alter von 11 bis zum Alter von 15 und steigt dann wieder leicht an. Mit einem Spearman's rho von $-0,143$ ist der Zusammenhang zwischen höherem Alter und geringerem Obst- und Gemüsekonsum bundesweit sogar ein wenig stärker als in Wien ($-0,112$). Ein signifikantes Cramér's V von $0,15$ zeigt, dass das Geschlecht auf österreichischer Ebene in etwa denselben Effekt hat wie in Wien. Mädchen sind auch hier etwas häufigere Konsumenten von Obst und Gemüse.

Eine (meist absolute) Mehrheit der Wiener SchülerInnen jeden Alters konsumiert weder Süßigkeiten noch Limonaden auf täglicher Basis.

Tabelle 6.6: Obst- und Gemüsekonsum, Vergleich Wien–Österreich

| Obst- und/oder Gemüsekonsum nach Region, Alter und Geschlecht | | 11 Jahre | 13 Jahre | 15 Jahre | 17 Jahre |
|---|---------------------|----------|----------|----------|----------|
| keines täglich | Burschen Österreich | 51,87 | 59,91 | 74,01 | 71,70 |
| | Burschen Wien | 51,82 | 56,13 | 73,10 | 72,73 |
| eines täglich | Burschen Österreich | 29,05 | 24,65 | 17,29 | 17,30 |
| | Burschen Wien | 28,18 | 27,74 | 15,20 | 15,15 |
| beides täglich | Burschen Österreich | 19,09 | 15,45 | 8,70 | 11,00 |
| | Burschen Wien | 20,00 | 16,13 | 11,70 | 12,12 |
| keines täglich | Mädchen Österreich | 38,83 | 46,81 | 58,40 | 57,80 |
| | Mädchen Wien | 38,95 | 49,22 | 54,63 | 53,33 |
| eines täglich | Mädchen Österreich | 34,20 | 28,25 | 23,32 | 19,43 |
| | Mädchen Wien | 27,37 | 24,22 | 22,44 | 20,95 |
| beides täglich | Mädchen Österreich | 26,98 | 24,94 | 18,29 | 22,77 |
| | Mädchen Wien | 33,68 | 26,56 | 22,93 | 25,71 |

Der tägliche Konsum von Obst und Gemüse ist bei den Wiener SchülerInnen generell weiter verbreitet als bei den österreichischen SchülerInnen insgesamt. Bei Mädchen ist dieser Unterschied etwas stärker ausgeprägt als bei Burschen.

Der tägliche Konsum von Obst und Gemüse ist bei den Wiener SchülerInnen generell weiter verbreitet als bei den österreichischen SchülerInnen insgesamt.

Wie Tabelle 6.7 zeigt, liegen die Anteile der Burschen beim täglichen Süßigkeiten- und Limonadenkonsum bundesweit in allen Altersgruppen über denen der Mädchen, was vermuten lässt, dass sie sich auch diesbezüglich etwas riskanter verhalten. Insgesamt ist dieser Geschlechtereffekt zwar sehr klein (Cramér's $V = 0,06$), im Unterschied zur Wiener Ebene jedoch signifikant.

Tabelle 6.7: Süßigkeiten- und Limonadenkonsum, Vergleich Wien–Österreich

| Süßigkeiten- und Limonadenkonsum nach Region, Alter und Geschlecht | | 11 Jahre | 13 Jahre | 15 Jahre | 17 Jahre |
|--|---------------------|----------|----------|----------|----------|
| keines täglich | Burschen Österreich | 65,70 | 60,97 | 57,40 | 57,04 |
| | Burschen Wien | 50,91 | 54,19 | 45,03 | 53,03 |
| eines täglich | Burschen Österreich | 24,76 | 26,77 | 28,81 | 31,96 |
| | Burschen Wien | 32,73 | 30,97 | 36,84 | 33,33 |
| beides täglich | Burschen Österreich | 9,54 | 12,26 | 13,79 | 11,00 |
| | Burschen Wien | 16,36 | 14,84 | 18,13 | 13,64 |
| keines täglich | Mädchen Österreich | 65,12 | 58,66 | 59,36 | 64,60 |
| | Mädchen Wien | 54,74 | 55,47 | 52,20 | 61,90 |
| eines täglich | Mädchen Österreich | 29,29 | 30,98 | 31,23 | 27,85 |
| | Mädchen Wien | 31,58 | 33,59 | 34,63 | 28,57 |
| beides täglich | Mädchen Österreich | 5,59 | 10,36 | 9,41 | 7,55 |
| | Mädchen Wien | 13,68 | 10,94 | 13,17 | 9,52 |

Wiener SchülerInnen im österreichischen Vergleich, unabhängig von Geschlecht und Alter, konsumieren deutlich häufiger auf täglicher Basis Süßigkeiten und Limonaden.

Im Allgemeinen zeigen die Daten, dass Wiener SchülerInnen im österreichischen Vergleich, unabhängig von Geschlecht und Alter, deutlich häufiger auf täglicher Basis Süßigkeiten und Limonaden konsumieren. Dieser Unterschied zeigt sich besonders in jüngeren Jahren: Unter 11-Jährigen beträgt der Anteil jener, die keines täglich konsumieren, österreichweit bei beiden Geschlechtern über 65%, in Wien nur 50,91% bzw. 54,74%. Bei den 17-Jährigen ist der Unterschied zwischen Wien und Österreich nicht mehr so stark ausgeprägt.

6.1.2.2 Bewegungsverhalten und sitzendes Verhalten

Hintergründe

Auch beim Bewegungsverhalten gilt, dass hohe körperliche Aktivität im Alltag ein erlerntes Verhalten darstellt, das in der Jugend erworben und im Erwachsenenalter mit hoher Wahrscheinlichkeit beibehalten wird. Aufgrund der positiven gesundheitlichen Effekte, die moderate, aber regelmäßig durchgeführte, körperliche Betätigung nachweislich mit sich bringt, wäre es also wünschenswert, Kinder bereits früh zu Bewegung zu animieren. Dies umso mehr, als jungen Menschen in Industrienationen (z. B. durch Unterhaltungstechnologien) vielfältige Anreize geboten werden, selbst in ihrer Freizeit eine sitzende Haltung einzunehmen.

Bewegung hat einen positiven Einfluss auf die körperliche Konstitution, da sie Bluthochdruck entgegenwirkt, die Knochensubstanz bei Jugendlichen stärkt, sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einigen Krebsarten (z. B. in Brust, Prostata und Darm) und Knochenkrankheiten im Alter vorbeugt. Sie zeitigt auch positive psychische Effekte, die sich in einer Verminderung von Angstzuständen und Depressionen sowie in einer besseren Schlafqualität äußern können –

wobei in Fällen extrem intensiver bis obsessiver Betätigung allerdings auch gegenteilige Effekte möglich sind (Peluso et al. 2005). Übersteigertes Bewegungsverhalten und Leistungssport gehen zudem mit einem höheren Verletzungsrisiko einher. Unter Abwägung aller Chancen und Risiken werden für Schulkinder tägliche, abwechslungsreiche Aktivitäten mit einer Gesamtdauer von ca. 60 Minuten empfohlen, die mittlere bis höhere Intensität aufweisen. Eine solche ist gegeben, wenn man bei der Betätigung außer Atem und ins Schwitzen gerät (BMG et al. 2010, 21).

Methode

Zur Darstellung der aktuellen Daten zum Bewegungsverhalten der Wiener SchülerInnen wurde jenes Item aus dem HBSC-Fragebogen ausgewählt, das die SchülerInnen nach der Häufigkeit ihrer körperlichen Aktivitäten befragt. Dieses erhebt, inwieweit das Bewegungsverhalten Jugendlicher den Forderungen einschlägiger staatlicher und privater Stellen, insbesondere jener nach „moderater bis intensiver Aktivität“, entspricht. Die SchülerInnen müssen folgende Frage beantworten: „An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst du mindestens für 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv?“ Die Antwortmöglichkeiten liegen dementsprechend zwischen null und sieben Tagen pro Woche. Aus den angegebenen Zahlen wurden Mittelwerte gebildet.

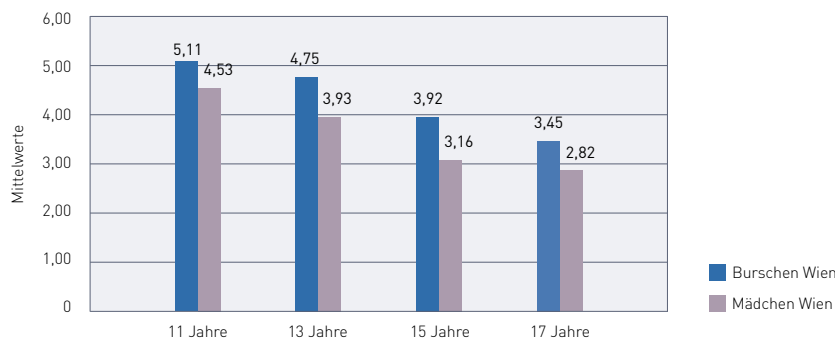
Die zweite dargestellte Variable – das **sitzende Verhalten** – ist eine Ergänzung zur **körperlichen Aktivität** und ermöglicht ein vollständigeres Bild vom Ausmaß des Bewegungsverhaltens der Wiener SchülerInnen. Sie wurde durch Zusammenfassung mehrerer Items, die im HBSC-Fragebogen enthalten sind, konstruiert. Diese fragen die SchülerInnen nach der täglichen Häufigkeit einiger Tätigkeiten, zu denen man üblicherweise eine sitzende Haltung einnimmt (Computerspielen, Computerarbeit und Fernsehen). Aus den von den SchülerInnen angegebenen Stunden pro Tag und Tätigkeit wurden Summen und daraus Mittelwerte gebildet.

Ergebnisse für 2010

Aus Abbildung 6.7 wird deutlich, dass auch bezüglich des Ausmaßes moderater bis intensiver körperlicher Aktivität Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen. Anders als bei den meisten anderen Variablen weisen allerdings hier die Burschen ein stärker gesundheitsförderliches Verhalten auf. Der Durchschnittswert der Tage, an denen die 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen körperlich mindestens 60 Minuten aktiv waren, liegt bei Burschen – je nach Alter – um 0,63 bis 0,82 Tage höher als bei Mädchen. Er nimmt bei beiden Geschlechtern mit steigendem Alter durchgehend ab. Am stärksten ist der Unterschied zwischen den 15- und den 17-Jährigen. Die Berechnungen für die Stärke der Zusammenhänge zeigen einen sehr starken Zusammenhang (Cohen's $d = -0,92$) zwischen Alter und wöchentlicher körperlicher Aktivität sowie einen mittleren (Cohen's $d = -0,41$) zwischen Geschlecht und körperlicher Aktivität.

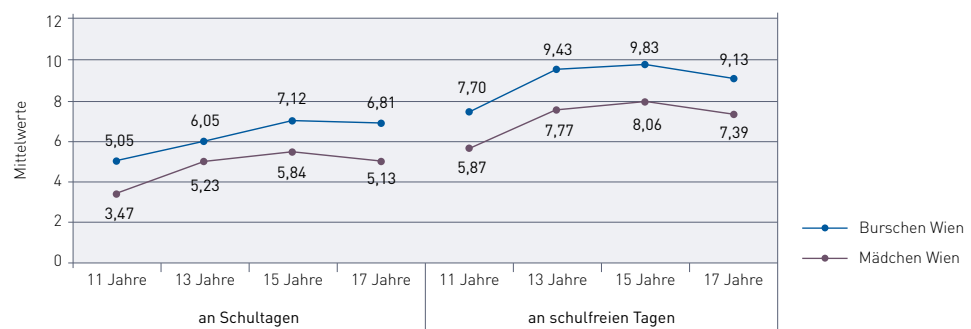
Anders als bei den meisten anderen Variablen weisen die Burschen in puncto Bewegung ein stärker gesundheitsförderliches Verhalten auf.

Abbildung 6.7: Anzahl der Tage pro Woche, an denen die 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen mindestens 60 Minuten körperlich aktiv waren



Beim sitzenden Verhalten zeigen sich ähnliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern wie beim Bewegungsverhalten. Die Burschen verbringen an Schultagen, je nach Alter, zwischen 0,82 und 1,68 mehr Stunden am Tag mit sitzenden Tätigkeiten, wie Fernsehen, Computerarbeit und Computerspielen, als Mädchen (vgl. Abb. 6.8). Für schulfreie Tage gilt dies in noch stärker ausgeprägter Form (vgl. Abb. 6.8). Da Burschen im Durchschnitt sowohl mehr Zeit im Sitzen als auch in relativ intensiver Bewegung verbringen, verbringen die Mädchen ihre Zeit offenbar eher mit Tätigkeiten, die weniger intensive Bewegung erfordern.

Abbildung 6.8: Anzahl der Stunden pro Tag, die Wiener SchülerInnen mit sitzenden Tätigkeiten verbringen



Das Ausmaß der vor dem Fernseher oder Computer verbrachten Zeit bei den Wiener Jugendlichen im Vergleich zu jener Zeit, die mit moderater bis intensiver körperlicher Betätigung verbraucht wird, ist außerordentlich hoch.

Zwischen den Altersgruppen zeigt sich sowohl an schulfreien Tagen als auch an Schultagen ein anderes Muster als bei der Variable Bewegungsverhalten. Während die durchschnittliche, sitzend verbrachte Zeit vom Alter von 11 bis zum Alter von 15 zunimmt, geht sie zwischen 15 und 17 wieder relativ stark zurück. Dieser Rückgang zeigt sich sowohl bei den Wiener Mädchen als auch bei den Wiener Burschen in vergleichbarem Ausmaß. Generell lässt sich sagen, dass an allen Tagen das Ausmaß der vor dem Fernseher oder Computer verbrachten Zeit bei den Wiener Jugendlichen im Vergleich zu jener Zeit, die mit moderater bis intensiver körperlicher Betätigung verbraucht wird, außerordentlich hoch ist.

Wien im österreichischen Vergleich

Auf der österreichischen Ebene zeigt sich ebenfalls ein stetiger Rückgang moderater bis intensiver körperlicher Aktivität mit steigendem Alter. Er fällt mit einem Cohen's d von $-1,02$ sogar noch stärker aus als in Wien ($-0,92$). Auch bundesweit zeigen die Mädchen ein deutlich geringeres Ausmaß an gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität als die Burschen. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern nimmt bei österreichischen Kindern und Jugendlichen mit einem Cohen's d von $0,40$ in etwa das gleiche mittlere Ausmaß an wie bei jenen aus Wien ($0,41$).

Tabelle 6.8: Tage mit moderater bis intensiver körperlicher Aktivität, Vergleich Wien–Österreich

| Tage körperlicher Aktivität pro Woche, nach Region, Alter und Geschlecht | | 11 Jahre | 13 Jahre | 15 Jahre | 17 Jahre | Alle Altersgruppen |
|--|------------|----------|----------|----------|----------|--------------------|
| Burschen | Österreich | 5,37 | 5,13 | 4,14 | 3,48 | |
| | Wien | 5,11 | 4,75 | 3,92 | 3,45 | |
| Mädchen | Österreich | 4,86 | 4,2 | 3,16 | 2,84 | |
| | Wien | 4,53 | 3,93 | 3,16 | 2,82 | |
| Beide Geschlechter | Österreich | | | | | 4,12 |
| | Wien | | | | | 3,93 |

Der Vergleich der Wiener mit den gesamtösterreichischen Daten zeigt außerdem, dass die durchschnittliche Anzahl an Tagen mit gesundheitswirksamer körperlicher Tätigkeit in Wien für die meisten Altersgruppen unter dem österreichischen Niveau liegt. Über beide Geschlechter und alle Altersgruppen hinweg beträgt der Unterschied 4,12 Tage in Österreich gegenüber 3,93 Tage in Wien. Österreichweit gehen die Werte mit dem Alter allerdings so stark zurück, dass bei den 17-jährigen Mädchen und Burschen kaum mehr ein Unterschied zu bemerken ist.

Die durchschnittliche Anzahl an Tagen mit gesundheitswirksamer körperlicher Tätigkeit in Wien liegt für die meisten Altersgruppen unter dem österreichischen Niveau.

6.1.2.3 Rauchen, Alkohol- und Cannabiskonsum

Hintergründe

Eine der unter Jugendlichen am weitesten verbreiteten Risikoverhaltensweisen stellt die Konsumation von Alltagsdrogen wie Tabak oder Alkohol sowie Cannabis dar. Jedes dieser Suchtmittel kann zur Ursache für das Auftreten bestimmter Krankheiten werden.

So lassen sich bei den negativen Auswirkungen des Rauchens kurz- und langfristig auftretende Gesundheitsschäden unterscheiden. Als Spätfolgen können Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen (chronische Bronchitis, Lungenentzündung u. a.) und viele Krebsformen (u. a. Lungen-, Rachen-, Kehlkopf-, Speiseröhren-, Gebärmutterhals- und Blasenkrebs) auftreten. Doch lassen sich auch bei Jugendlichen bereits nach einer relativ kurzen Raucherkarriere vermehrt gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Einschränkung von Lungenwachstum und -funktion, Kurzatmigkeit, Husten und asthmatische Probleme (Keuchen) feststellen. Was für Tabak gilt, gilt auch für Cannabis, da im Rauch eines Joints ähnliche Schadstoffe enthalten sind, einige Karzinogene sogar in höherer Konzentration. Es gibt daher Vermutungen, dass krebserregende Wirkungen bei Cannabis-Rauchern in verstärktem Maße auftreten. Außer im Fall von Lungenkrebs wurden diese aber noch nicht hinreichend bestätigt. Da das im Cannabis enthaltene Tetrahydrocannabinol (THC) zusätzlich Rauschzustände erzeugt, erhöht sich unter seinem Einfluss die Unfallgefahr, wohingegen sich die Konzentrations- und Merkfähigkeit vermindert (Kalant 2004). Ein gewisses Suchtpotenzial von Cannabis ist mittlerweile anerkannt. Abhängigkeit wird definiert als beeinträchtigte Kontrolle über den eigenen Verbrauch und die Schwierigkeit, ihn zu beenden. Sie betrifft 7–10% der KonsumentInnen einmal in ihrem Leben (vgl. Nikotin: 32%, Alkohol: 15%) und tritt vor allem bei psychischer und sozialer Instabilität, exzessivem Gebrauch und frühem Einstiegsalter auf (Kalant 2004).

Zu den rein dem übermäßigen Alkoholkonsum zuzuschreibenden Krankheiten gehören definitionsgemäß die Alkoholabhängigkeit, die alkoholische Leberzirrhose und die alkoholinduzierte Pankreatitis. Er trägt aber auch ursächlich zu etlichen anderen Krankheiten, darunter viele Krebsarten, bei. Diese Zusammenhänge scheinen gesundheitspolitisch umso bedeutender angesichts der weiten Verbreitung des Alkoholmissbrauchs in Österreich, wo 10,5% der Bevölkerung als „alkoholgefährdet“ und 5% als chronisch „alkoholkrank“ gelten (Uhl et al. 2009, 143). Ein gerade bei Jugendlichen oft auftretendes Problem ergibt sich daraus, dass übermäßiger Alkoholkonsum häufig mit anderem Risikoverhalten, wie Gewalttätigkeit, Raserrei und ungeschütztem Geschlechtsverkehr einhergeht und so indirekt an der Verursachung weiterer unerwünschter Folgen wie Verletzungen, Infektionen etc. beteiligt ist.

Methode

Zur Darstellung der Verbreitung der drei Risikoverhaltensweisen unter 11-, 13-, 15- und 17-Jährigen wurde je eine Variable ausgewählt, die in HBSC mit einer der folgenden Fragen erhoben wurde:

Um die Regelmäßigkeit des gegenwärtigen Rauchverhaltens zu erheben, wurden die SchülerInnen gefragt: „Wie oft rauchst du derzeit Tabak?“ Als Antwort konnte eine der vier Kategorien „jeden Tag“, „einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag“, „seltener als einmal pro Woche“ und „ich rauche gar nicht“ angekreuzt werden.

Zur Erhebung der Häufigkeit des Konsums verschiedener alkoholischer Getränke wurde gefragt: „Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen? Denke dabei auch an die Gelegenheiten, bei denen du nur kleine Mengen getrunken hast.“ Darauf folgte in der österreichischen Version eine Liste der alkoholischen Getränke Bier, Wein oder G’spritzer, Spirituosen, Alkopops und Most, sowie die Rubrik „irgendein anderes alkoholisches Getränk“. Auf einer dazugehörigen fünfteiligen Skala mit den Kategorien „täglich“, „jede Woche“, „jeden Monat“, „seltener“ und „nie“ konnte jeweils die Häufigkeit des eigenen Konsums angegeben werden. Zur Auswertung wurden die Getränke rubriken zusammengefasst. Die in Abbildung 6.10 dargestellten Ergebnisse informieren somit über die Häufigkeit, mit der mindestens eines der abgefragten Getränke konsumiert wurde.

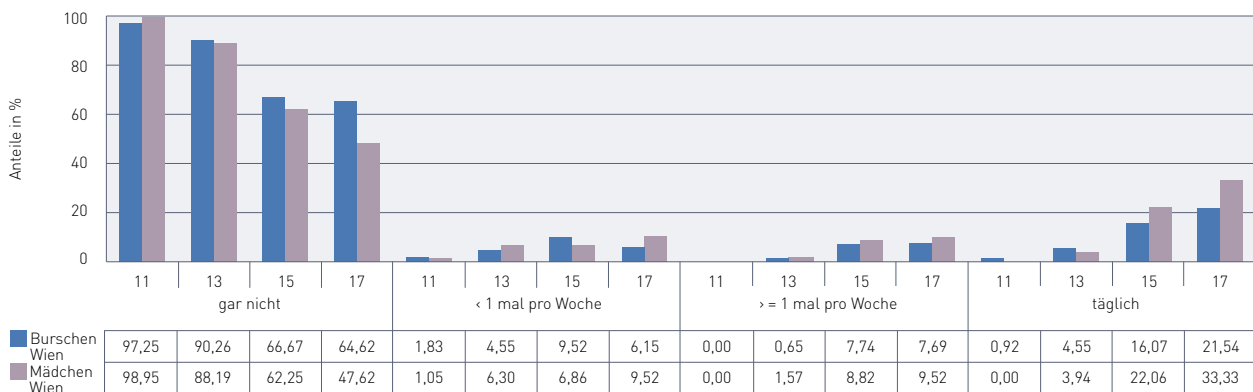
Zur Erhebung der Erfahrungen der SchülerInnen mit Cannabis wurden sie befragt, ob sie „jemals in ihrem Leben Cannabis (Haschisch, Marihuana) genommen haben“. Die dargestellten Ergebnisse geben Auskunft über den Anteil jener, die bereits Cannabis konsumiert haben und beinhalten einen Vergleich zwischen Österreich und Wien.

Ergebnisse für 2010

Aus den in Abbildung 6.9 dargestellten Daten zum Rauchverhalten der Wiener SchülerInnen ist ersichtlich, dass der Anteil der NichtraucherInnen zwischen dem Alter von 11 und dem Alter von 17 stetig abnimmt. Der Zusammenhang zwischen Alter und Raucherstatus ist mittelstark (Spearman’s rho = 0,39). Die meisten Burschen, nämlich 23,59%, wie Mädchen, nämlich 25,94%, beginnen im Alter von 13 bis 15 mit dem Rauchen, wobei bereits ab dem Alter von 13 der Anteil der Nichtraucherinnen unter dem der Nichtraucher liegt. Zwischen dem Alter von 15 und 17 beginnen noch einmal wesentlich mehr Mädchen mit dem Rauchen als Burschen. Ungeachtet des Alters rauchen Wiener Mädchen daher leicht (Cramér’s V = 0,10) häufiger als Burschen. Unter 17-jährigen täglich Rauchenden ist der Geschlechterunterschied mit rund 12% aber schon sehr ausgeprägt.

Ungeachtet des Alters rauchen Mädchen in Wien ein wenig häufiger als Burschen.

Abbildung 6.9: Häufigkeit des Tabakkonsums der Wiener SchülerInnen, nach Alter, Geschlecht und Häufigkeit, in % einer Altersgruppe



Der zum Rückgang der NichtraucherInnen komplementäre Zuwachs der RaucherInnen verteilt sich bei den 13-Jährigen noch relativ gleichmäßig auf alle Häufigkeitskategorien. Unter den 15-Jährigen ist der Anteil der täglichen RaucherInnen mit 16,07% bei den Burschen und 22,06% bei den Mädchen schon relativ groß und wächst dann noch einmal auf 21,54% bei 17-jährigen Burschen und 33,33% bei 17-jährigen Mädchen. Er übersteigt in diesen Altersgruppen deutlich die Anteile jener, die „weniger als einmal pro Woche“ oder „mindestens einmal pro Woche, aber nicht täglich“ rauchen.

Der markanteste Unterschied, der beim Vergleich der Wiener mit den österreichischen Daten (vgl. Tab. 6.9) auffällt, ist der viel stärkere Rückgang des Anteils der Nichtraucher bei den österreichischen Burschen zwischen dem Alter von 15 und 17. Er beträgt 17,48% und trägt maßgeblich zum starken Zuwachs von 17,61% auf 35,35% bei den täglichen Rauchern bei. Andererseits schrumpft bundesweit der Anteil der Nichtraucherinnen im Alter von 15 bis 17 in geringerem Ausmaß als in Wien. Dies führt dazu, dass bundesweit der Überschuss weiblicher Raucher geringer ausfällt als in Wien (Cramér's V: 0,04 vs. 0,10). Hingegen ist die Assoziation zwischen höherem Alter und größerer Rauchhäufigkeit bundesweit mit einem Spearman's rho von 0,43 etwas stärker als in Wien.

Bundesweit rauchen beide Geschlechter annähernd gleich häufig.

Tabelle 6.9: Häufigkeit des Tabakkonsums, Vergleich Wien–Österreich

| Tabakkonsum nach Region, Alter und Geschlecht | | 11 Jahre | 13 Jahre | 15 Jahre | 17 Jahre |
|---|---------------------|----------|----------|----------|----------|
| gar nicht | Burschen Österreich | 97,21 | 88,86 | 66,82 | 49,34 |
| | Burschen Wien | 97,25 | 90,26 | 66,67 | 64,62 |
| < 1-mal pro Woche | Burschen Österreich | 1,95 | 6,40 | 7,95 | 9,72 |
| | Burschen Wien | 1,83 | 4,55 | 9,52 | 6,15 |
| ≥ 1-mal pro Woche | Burschen Österreich | 0,14 | 2,01 | 7,61 | 5,60 |
| | Burschen Wien | 0,00 | 0,65 | 7,74 | 7,69 |
| täglich | Burschen Österreich | 0,70 | 2,73 | 17,61 | 35,35 |
| | Burschen Wien | 0,92 | 4,55 | 16,07 | 21,54 |
| gar nicht | Mädchen Österreich | 98,50 | 86,64 | 60,52 | 50,56 |
| | Mädchen Wien | 98,95 | 88,19 | 62,25 | 47,62 |
| < 1-mal pro Woche | Mädchen Österreich | 1,50 | 6,51 | 10,19 | 10,29 |
| | Mädchen Wien | 1,05 | 6,30 | 6,86 | 9,52 |
| ≥ 1-mal pro Woche | Mädchen Österreich | 0,00 | 3,77 | 8,15 | 8,80 |
| | Mädchen Wien | 0,00 | 1,57 | 8,82 | 9,52 |
| täglich | Mädchen Österreich | 0,00 | 3,08 | 21,14 | 30,36 |
| | Mädchen Wien | 0,00 | 3,94 | 22,06 | 33,33 |

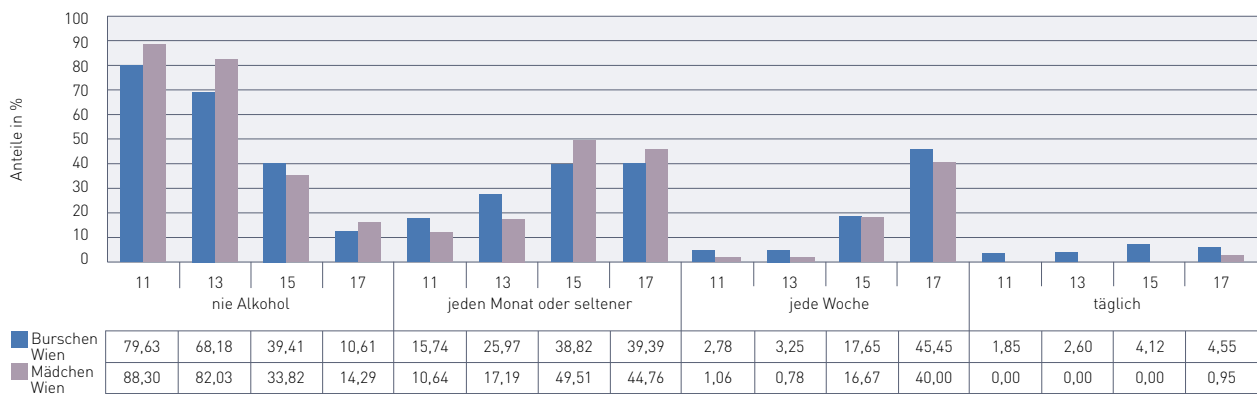
Wie die Daten zum Alkoholkonsum (vgl. Abb. 6.10) zeigen, nimmt der Anteil der Abstinenter zwischen dem Alter von 11 und dem Alter von 17 rapide ab. Mit einem Spearman's rho von 0,55 ist der Effekt verglichen mit anderen Variablen einer der stärksten. Im Alter zwischen 13 und 15 sinkt der Abstinenter-Anteil bei den Mädchen gleich um 48,2% und bei den Burschen um 28,7%. Unter den 17-Jährigen beträgt er nur mehr 10,6% bei den Burschen und 14,2% bei den Mädchen.

Im Alter zwischen 13 und 15 Jahren sinkt der Abstinenter-Anteil bei den Mädchen gleich um 48,2% und bei den Burschen um 28,7%.

Der Anteil der täglichen AlkoholkonsumentInnen bleibt bei den Mädchen auf einem extrem niedrigen Niveau von unter 1%. Bei den Burschen steigt er bis zum Alter von 17 auf immerhin 4,55% an.

Im Alter von 11, 13 und 15 Jahren konsumieren die Jugendlichen tendenziell nur gelegentlich, das heißt jeden Monat oder noch seltener, Alkohol. Allerdings ist unter 15-Jährigen der Anteil der wöchentlichen AlkoholkonsumentInnen mit 17,6% bei den Burschen und 16,6% bei den Mädchen auch bereits relativ groß. Bis zum Alter von 17 steigt dieser Anteil noch deutlich an, auf 45,5% bei den Burschen und 40,0% bei den Mädchen. Der Anteil der täglichen AlkoholkonsumentInnen bleibt bei den Mädchen auf einem extrem niedrigen Niveau von unter 1%. Bei den Burschen steigt er bis zum Alter von 17 auf immerhin 4,55% an. Nennenswerte Geschlechterunterschiede zeigen sich überdies in der Kategorie jener, die jeden Monat oder noch seltener Alkohol konsumieren, wo der Anteil der Mädchen in den oberen beiden Altersgruppen um 5–10% höher ist, sowie in der Kategorie der wöchentlichen AlkoholkonsumentInnen, wo der Anteil der 17-jährigen Burschen um 5,4% über dem der Mädchen liegt. Insgesamt ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern aber als eher schwach einzustufen (Cramér's V = 0,13).

Abbildung 6.10: Alkoholkonsum bei Wiener SchülerInnen, nach Alter, Geschlecht und Häufigkeit, in % einer Altersgruppe



Beim Vergleich der Wiener Daten zum Alkoholkonsum mit den österreichischen zeigt sich, dass bundesweit die Burschen viel früher mit der Konsumation von Alkohol beginnen als in Wien.

Beim Vergleich der Wiener Daten zum Alkoholkonsum mit den österreichischen zeigt sich, dass bundesweit die Burschen viel früher mit der Konsumation von Alkohol beginnen als in Wien. Ist der bundesweite Anteil jener, die nie Alkohol trinken, bei den 11-Jährigen mit 80,33% noch etwas höher als in Wien, so liegt er bei den 13-Jährigen mit 57,01% bereits deutlich darunter und bleibt auch dort. Parallel dazu steigt der Anteil jener Burschen, die wöchentlich oder gar täglich Alkohol trinken, bundesweit viel stärker an. So liegt der Anteil der 17-Jährigen, die täglich Alkohol trinken, um 5,29% und jener, die dies wöchentlich tun, um 15,34% über dem Wiener Anteil. Bei den Mädchen zeigt sich ein ganz ähnliches Muster, wenngleich in etwas weniger extremer Form. Diese bundesweit stärkere Assoziation zwischen Alter und Alkoholkonsum spiegelt sich auch in einem Spearman's rho von 0,67 wieder, das sogar noch merklich über dem Wiener Wert liegt und vermuten lässt, dass übermäßiger Alkoholkonsum durch Jugendliche am Land ein größeres Problem darstellt als in der Großstadt.

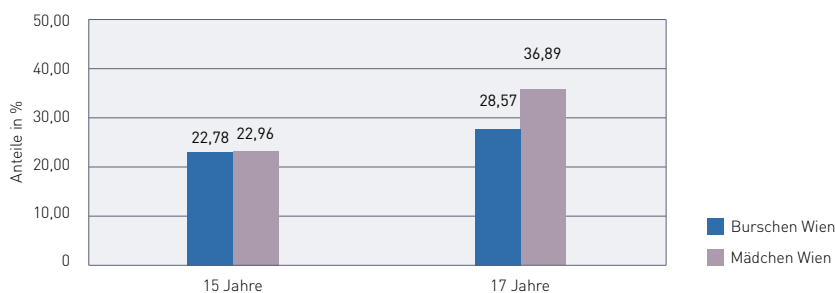
Tabelle 6.10: Häufigkeit des Alkoholkonsums, Vergleich Wien-Österreich

| Alkoholkonsum nach Region, Alter und Geschlecht | | 11 Jahre | 13 Jahre | 15 Jahre | 17 Jahre |
|---|---------------------|----------|----------|----------|----------|
| täglich | Burschen Österreich | 1,53 | 2,38 | 5,34 | 9,84 |
| | Burschen Wien | 1,85 | 2,60 | 4,12 | 4,55 |
| jede Woche | Burschen Österreich | 1,53 | 4,99 | 31,93 | 60,79 |
| | Burschen Wien | 2,78 | 3,25 | 17,65 | 45,45 |
| jeden Monat | Burschen Österreich | 1,67 | 7,96 | 16,82 | 13,95 |
| | Burschen Wien | 0,00 | 5,19 | 14,71 | 22,73 |
| seltener | Burschen Österreich | 14,92 | 27,67 | 22,16 | 9,84 |
| | Burschen Wien | 15,74 | 20,78 | 24,12 | 16,67 |
| nie | Burschen Österreich | 80,33 | 57,01 | 23,75 | 5,58 |
| | Burschen Wien | 79,63 | 68,18 | 39,41 | 10,61 |
| täglich | Mädchen Österreich | 0,27 | 1,14 | 1,39 | 1,73 |
| | Mädchen Wien | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,95 |
| jede Woche | Mädchen Österreich | 0,27 | 3,42 | 26,93 | 50,06 |
| | Mädchen Wien | 1,06 | 0,78 | 16,67 | 40,00 |
| jeden Monat | Mädchen Österreich | 0,82 | 5,47 | 23,18 | 23,67 |
| | Mädchen Wien | 1,06 | 4,69 | 17,65 | 21,90 |
| seltener | Mädchen Österreich | 7,11 | 23,69 | 28,65 | 17,47 |
| | Mädchen Wien | 9,57 | 12,50 | 31,86 | 22,86 |
| nie | Mädchen Österreich | 91,52 | 66,29 | 19,85 | 7,06 |
| | Mädchen Wien | 88,30 | 82,03 | 33,82 | 14,29 |

Daten zum Cannabiskonsum wurden nur für die Altersgruppen der 15- und der 17-Jährigen erhoben. Abbildung 6.11 zeigt erstaunliche Geschlechterunterschiede bei den 17-jährigen Jugendlichen. In diesen Altersgruppen übersteigt der Anteil der Mädchen (36,89%) jenen der Burschen um 8,32%, während die beiden Anteile bei den 15-Jährigen mit 22,78% bzw. 22,96% in etwa gleichauf liegen. Es ist aber zu beachten, dass diese Differenz statistisch nicht signifikant ist. Der Grund dafür liegt wahrscheinlich in der regionalen und altersspezifischen Einschränkung der Befragtenzahl. Obwohl die Stichprobe mit diesem groß erscheinenden Geschlechterunterschied also zufällig gezogen worden ist, lässt sie doch vermuten, dass die Wiener Mädchen den Burschen in puncto Erfahrung mit Cannabis zumindest um nichts nachstehen.

Die Wiener Mädchen stehen den Burschen in puncto Erfahrung mit Cannabis zumindest um nichts nach.

Abbildung 6.11: Erfahrungen mit Cannabis bei 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht, in % einer Altersgruppe



Bei den 15-Jährigen zeigt sich, dass in Wien ein viel höherer Anteil der Burschen und Mädchen bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht hat als in Österreich insgesamt.

Bei den 15-Jährigen zeigt sich, dass in Wien ein viel höherer Anteil der Burschen und Mädchen bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht hat als in Österreich insgesamt (vgl. Tab. 6.11). Bundesweit steigt dieser Anteil bei den Burschen bis zum Alter von 17 über das Wiener Niveau an, während er bei den Mädchen hinter jenem der Burschen zurückbleibt. Aufgrund des niedrigeren Ausgangsniveaus und des stärkeren Anstiegs bei den Burschen liegt der Effekt des Alters auf die Cannabiserfahrung in ganz Österreich mit einem Cramér's V von 0,17 über dem in Wien (0,12). Die Überprüfung der Assoziationsstärke zwischen Geschlecht und Cannabiserfahrung ergab, dass in Österreich anders als in Wien die Mädchen signifikant, aber mit einem Cramér's V von 0,06 nur marginal weniger oft Erfahrungen mit Cannabis vorweisen können als Burschen.

Tabelle 6.11: **Erfahrungen mit Cannabis: Vergleich Wien-Österreich**

| Bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht. Nach Region, Alter und Geschlecht | 15 Jahre | 17 Jahre |
|--|----------|----------|
| Burschen Österreich | 14,45 | 31,39 |
| Burschen Wien | 22,78 | 28,57 |
| Mädchen Österreich | 12,77 | 22,85 |
| Mädchen Wien | 22,96 | 36,89 |

6.1.2.4 Sexualverhalten

Hintergrund und Basiskonzepte

Gesundheitspolitisch wichtig ist auch die Erhebung von Daten zum Sexualleben von Jugendlichen, z. B. im Hinblick auf ungeschützten Geschlechtsverkehr. Dieser stellt in den ärmsten Ländern der Welt den zweitwichtigsten und in den entwickelten Ländern den neuntwichtigsten Risikofaktor für körperliche Beeinträchtigung und Tod dar (Glasier et al. 2006, 1). Ungeschützter Sex erhöht die Wahrscheinlichkeit der Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten wie Tripper, Syphilis, Trichomoniasis und HIV.

Die WHO hat stets vorgeschlagen, „sexuelle Gesundheit“ (sexual health) als ein sehr breites Konzept aufzufassen, das einen Zustand „physischen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens“ bezüglich der eigenen Sexualität beschreibt, und sich nicht in der bloßen Abwesenheit bestimmter Krankheiten und Fehlfunktionen erschöpft. Vorhandensein bzw. Ausmaß dieses Zustandes werden von einem komplexen Netz aus biologischen und sozialen Faktoren beeinflusst und erfordern jedenfalls, dass sexuelle Beziehungen und Erfahrungen frei von Zwang, Gewalt und Unterdrückung sind. Allerdings konzentrieren sich vorhandene Indikatoren sexueller Gesundheit auf die Erfassung sexuell übertragbarer Krankheiten und unerwünschter Schwangerschaften sowie der Verbreitung von Verhaltensweisen, die beides verhindern können. Die HBSC-Umfrage 2010 beschränkte sich somit weitgehend auf die Erhebung von Daten zur Verhütung bei Jugendlichen (s. u.).

Methode

In der HBSC-Umfrage 2010 wurde das Verhütungsverhalten der 15- und 17-jährigen Jugendlichen mittels eines Items gemessen, das folgende Frage stellte: „Als Sie das letzte Mal

Geschlechtsverkehr hatten (mit jemandem geschlafen haben), welche Methode zur Schwangerschaftsverhütung haben Sie oder hat Ihr Partner/Ihre Partnerin angewendet?“ Als Antwortmöglichkeiten beinhaltete das Item einerseits die beiden Kategorien „Ich hatte noch keinen Geschlechtsverkehr“ und „Wir haben keine Verhütungsmittel benutzt“. Andererseits konnten jene, auf die keines von beiden zutraf, die von ihnen benutzten Verhütungsmittel aus einer Liste auswählen, die sechs Kategorien umfasste. Sie lauteten „Die Antibabypille“, „Kondome“, „Rechtzeitig den Penis herausziehen (Koitus Interruptus)“, „Eine natürliche Methode (z. B. Persona-Harntest, Selbstbeobachtung, Temperaturmessung)“, „Eine andere Methode“ und „Ich bin mir nicht sicher“.

Ergebnisse für 2010

Bei der Interpretation der Auszählungsergebnisse sollte man zwischen zwei Arten von Verhütungsmethoden unterscheiden, nämlich jenen, die nur der Vorbeugung gegen unerwünschte Schwangerschaften dienen (wie Pille, Spirale etc.) und sogenannten „Barrieremethoden“ (wie dem Kondom), die zusätzlichen Schutz gegen sexuell übertragbare Krankheiten bieten. Aus verschiedenen Gründen gelten die Antibabypille und das Kondom, möglichst in ihrer Kombination, als die für Jugendliche am besten geeigneten Schutzmaßnahmen. Die Darstellung der Häufigkeitsauszählungen (vgl. Tab. 6.12) konzentriert sich daher auf diese beiden und subsumiert die ausschließliche Verwendung anderer Methoden unter die Kategorie „Nur andere Methoden“.

Tabelle 6.12: Verhütungsmethoden, Vergleich Wien–Österreich

| Verhütungsmethoden 15- und 17-jähriger SchülerInnen, nach Region, in % | Kondom ohne Pille | Kondom und Pille | Pille ohne Kondom | Nur andere Methode | Keine |
|--|-------------------|------------------|-------------------|--------------------|-------|
| Österreich | 42,6 | 30,4 | 19,2 | 3,5 | 4,3 |
| Wien | 48,9 | 21,2 | 20,6 | 4,3 | 4,9 |

Aus der Perspektive des Schutzes gegen sexuell übertragbare Krankheiten ist erfreulich, dass die überwiegende Mehrheit der Wiener und der österreichischen Jugendlichen im Alter von 15 und 17, nämlich 70,1% bzw. 73,0%, beim letzten Geschlechtsverkehr Kondome benutzt haben – darunter auch jene 21,2% bzw. 30,4%, die den Schutz vor unerwünschter Schwangerschaft erhöhten, indem sie zusätzlich die Antibabypille verwendeten. 20,6% der SchülerInnen in Wien und 19,2% bundesweit verhüteten nur mit der Pille. 4,9% der Wiener und 4,3% der österreichischen Jugendlichen verhüteten gar nicht. 4,3 bzw. 3,5% verwendeten eine der anderen Methoden, die mehrheitlich geringeren Schutz bieten (z. B. Koitus Interruptus). Generell lässt sich sagen, dass der Anteil jener, die effektive Verhütungsmittel anwenden, sich in Wien wie in ganz Österreich auf etwa dem gleich hohen Niveau befindet.

4,9% der Wiener und 4,3% der österreichischen Jugendlichen verhüteten gar nicht.

6.1.3 Trendanalysen für Wien

Für die folgenden Trendanalysen wurden Mittelwerte bzw. bestimmte Anteile der im Sample des Jahres 2010 erhobenen Variablen mit jenen aus Samples früherer Jahre verglichen. Mehr oder weniger konstante Auf- oder Abwärtsentwicklungen ließen sich nur bei den unten dargestellten Variablen Beschwerdelast, Süßigkeiten- und Limonadenkonsum, Obst- und Gemüsekonsum sowie subjektive Gesundheit erkennen. Daraus wurden Vermutungen über die mögliche Existenz signifikanter Trends abgeleitet, die mit Hilfe des von Dür et al. (2011) angewandten Vorgehens überprüft wurden.

Methode

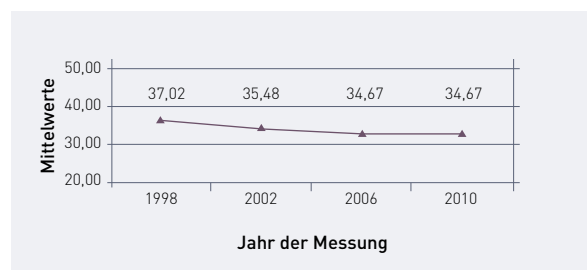
Für die Analysen wurde eine Standardisierung der älteren Datensätze nach der Alters- und Geschlechtsstruktur von 2010 durchgeführt, um die in den einzelnen Erhebungen voneinander abweichende Aufteilung der Befragten auf die Alters- und Geschlechtskategorien auszugleichen. Je nachdem, wie lange die ausgewählten Variablen schon in der Form erhoben werden, wurden für Darstellung und Analyse die letzten drei oder vier Surveys berücksichtigt. Um mögliche Trends festzustellen, wurde der Zusammenhang zwischen dem Erhebungsjahr und der Höhe der jeweiligen Mittelwerte bzw. Anteile überprüft. Dies erfolgte durch Anwendung geeigneter Signifikanztests und durch Berechnung der Maßzahlen Cohen's d (im Fall von Mittelwerten) und Cramér's V (bei Anteilen), die die Stärke des Zusammenhangs angeben. Die Trendanalysen beschränken sich auf die Altersgruppen der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen. Jene im Alter von 17 wurden im Jahr 2010 erstmals befragt. Ihre Einbeziehung hätte den Vergleich über die Zeit verfälscht.

Wiener Trends Beschwerdelast 1998–2010

Abbildung 6.12 zeigt einen leichten, aber stetigen Rückgang der durchschnittlichen Beschwerdelast bei Wiener SchülerInnen zwischen 1998 und 2006. Von 2006 bis 2010 blieb die Beschwerdelast hingegen in etwa konstant. Gemessen mit Cohen's d nimmt die Größe des Effekts des Messjahres auf das Beschwerdeniveau einen Wert von $-0,19$ an. Dieser Wert lässt immerhin auf einen kleinen signifikanten Rückgang der Beschwerdelast von 1998 bis 2010 schließen.

Dieser Wert lässt immerhin auf einen kleinen signifikanten Rückgang der Beschwerdelast von 1998 bis 2010 schließen.

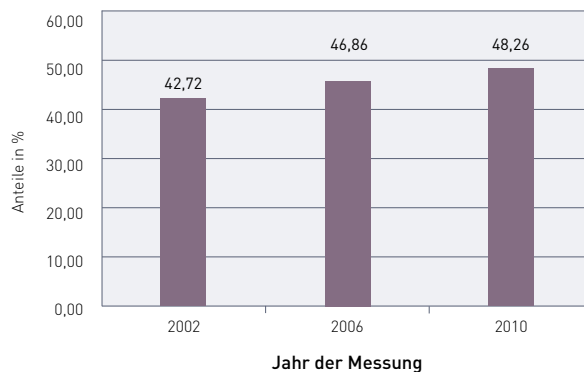
Abbildung 6.12: Durchschnittliche Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15, Entwicklung 1998–2010



Wiener Trends Süßigkeiten- und Limonadenkonsum 2002–2010

Die Analyse der Anteile jener Wiener SchülerInnen, die mindestens einmal am Tag entweder Süßigkeiten, Limonade oder beides konsumieren (Abb. 6.13) ergab für Cramér's V einem sehr schwachen Wert von 0,05. Damit lässt sich kein signifikanter Trend nachweisen.

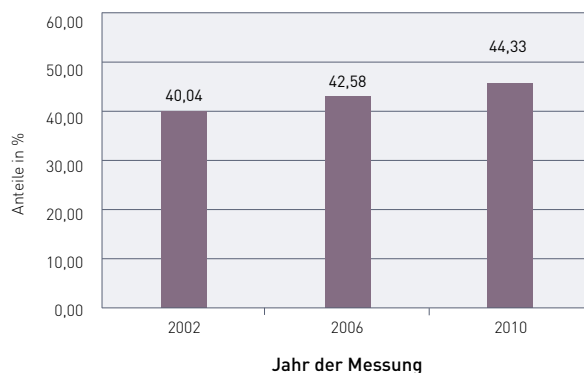
Abbildung 6.13: Anteil der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15, die mindestens einmal am Tag Süßigkeiten und/oder Limonade konsumieren, Entwicklung 2002–2010



Wiener Trends Obst- und Gemüsekonsum 2002–2010

Die Analyse der Anteile der befragten Wiener SchülerInnen, die mindestens einmal am Tag Obst oder Gemüse oder beides konsumieren (vgl. Abb. 6.14), ergibt für Cramér's V einen Wert von 0,04. Auch diese Unterschiede sind nicht signifikant.

Abbildung 6.14: Anteil der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15, die mindestens einmal am Tag Obst und/oder Gemüse konsumieren, Entwicklung 2002–2010

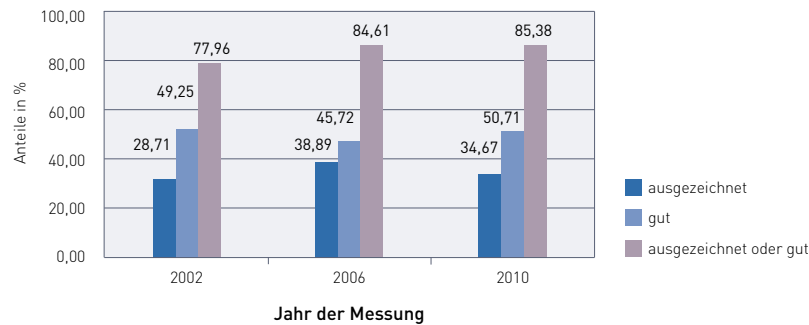


Wiener Trends Subjektive Gesundheit 2002–2010

Für die Trendanalyse der Variable Subjektive Gesundheit wurden die beiden obersten Kategorien zusammengefasst. Abbildung 6.15 zeigt eine leichte Erhöhung des Anteils der SchülerInnen mit „ausgezeichneter“ oder „guter“ Gesundheit. Bei alleiniger Betrachtung der Kategorie „ausgezeichnet“ ergibt sich allerdings ein Rückgang zwischen 2006 und 2010.

Abbildung 6.15 zeigt eine leichte Erhöhung des Anteils der SchülerInnen mit „ausgezeichneter“ oder „guter“ Gesundheit.

Abbildung 6.15: Anteil der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15, die ihre subjektive Gesundheit als „ausgezeichnet“ oder „gut“ einschätzen, Entwicklung 2002–2010



Mit einem Cramér's V von 0,09 konnte ein sehr schwacher, aber signifikanter positiver Trend bei der subjektiven Bewertung der eigenen Gesundheit festgestellt werden.

6.1.4 Resümee

In diesem Beitrag wurden Zusammenhänge von Alter, Geschlecht und/oder Erhebungsjahr mit einigen dargestellten Variablen festgestellt und darüber hinaus regionale Unterschiede aufgedeckt. Sofern Maßzahlen für die Stärken der Zusammenhänge (Assoziationsstärken) errechnet wurden, sind diese zur besseren Übersicht in den Tabellen 6.13, 6.14 und 6.15 noch einmal dargestellt. Sie können zur Beurteilung der praktischen Relevanz eines signifikanten Ergebnisses herangezogen werden. Im Falle der Effektgröße Cohen's d werden Werte von 0,2 als klein, von 0,5 als mittelstark und von 0,8 als groß interpretiert. Bei Cramér's V und rho handelt es sich um Korrelationsmaße. Werte um 0,1 können als klein, solche um 0,3 als mittelstark und solche um 0,5 als stark bezeichnet werden. Das Vorzeichen gibt die Richtung des Zusammenhangs an. Sie ist für den Kategorienvergleich der Variablen Alter und Jahr von Bedeutung: steht ein Minus vor der Maßzahl entwickeln sich die beiden Variablen in die entgegengesetzte, ansonsten in die gleiche Richtung. Die Fußnoten der Tabellen informieren über den p-Wert, also die Wahrscheinlichkeit, dass ein gemessener Zusammenhang in der Grundgesamtheit tatsächlich existiert und nicht zufällig bei der Ziehung der Stichprobe zustande kam. Ein p-Wert unter der Signifikanzschwelle von 0,01 bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit der irrtümlichen Annahme eines nicht existierenden Zusammenhangs bei unter 1% liegt.

Tabelle 6.13: Assoziationsstärken zwischen Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr und drei intervallskalierten Variablen

| Cohen's d | | Lebens- zufriedenheit | Beschwerdelast | Bewegungs- verhalten |
|----------------------------------|------------|--------------------------|----------------|-------------------------|
| Alter (11- vs. 17-Jährige) | Wien | -0,26 | 0,66 | -0,92 |
| | Österreich | -0,37 | 0,60 | -1,02 |
| Geschlecht | Wien | 0,33 | 0,40 | 0,41 |
| | Österreich | 0,20 | 0,36 | 0,40 |
| Erhebungsjahr (2002 vs. 2010) | Wien | -0,09# | -0,19** | 0,02# |

(Maßzahl Cohen's d); *p < 0,05; ** p < 0,01; # n.s.

Tabelle 6.14: Assoziationsstärken zwischen Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr und sechs nominalskalierten Variablen

| Cramér's V | | Subjektive Gesundheit | Obst und Gemüse | Süßigkeiten und Limonaden | Tabakkonsum | Alkoholkonsum | Cannabiserfahrung |
|------------|------------|-----------------------|-----------------|---------------------------|-------------|---------------|-------------------|
| Alter | Wien | X | X | X | X | X | 0,12** |
| | Österreich | X | X | X | X | X | 0,17*** |
| Geschlecht | Wien | 0,26*** | 0,15*** | 0,07# | 0,10* | 0,13** | 0,04# |
| | Österreich | 0,16*** | 0,15*** | 0,06*** | 0,04* | 0,12*** | 0,06** |
| Jahr | Wien | 0,09** | 0,04# | 0,05# | X | X | X |

(Maßzahl Cramér's V), *p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; # n.s.

Tabelle 6.15: Assoziationsstärken zwischen dem Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr und fünf ordinalskalierten Variablen

| Spearman's rho | | Subjektive Gesundheit | Obst und Gemüse | Süßigkeiten und Limonaden | Tabakkonsum | Alkoholkonsum |
|----------------|------------|-----------------------|-----------------|---------------------------|-------------|---------------|
| Alter | Wien | -0,15*** | -0,11*** | -0,01# | 0,39*** | 0,55*** |
| | Österreich | -0,14*** | -0,14*** | 0,03* | 0,43*** | 0,67*** |

(Maßzahl Spearman's rho); *p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; # n.s.

Die Bedeutung des Alters der Befragten für die Ausprägung einiger Variablen kann als relativ stark bezeichnet werden. Dazu gehören die Beschwerdelast sowie das Bewegungsverhalten der Wiener und der österreichischen Jugendlichen (vgl. Tab. 6.13). Auch die Häufigkeit des Alkoholkonsums unter Wiener und unter österreichischen Jugendlichen weist einen relativ starken Zusammenhang mit dem Alter auf (vgl. Tab. 6.15). Eine mittelstarke Assoziation besteht zwischen dem Alter und der durchschnittlichen Lebenszufriedenheit (vgl. Tab. 6.13) sowie dem Tabakkonsum (vgl. Tab. 6.15) der Wiener bzw. der österreichischen SchülerInnen. Einen relativ schwachen, aber dennoch signifikanten Zusammenhang gibt es zwischen dem Alter und den Variablen subjektive Gesundheit, Obst- und Gemüsekonsum (vgl. Tab. 15) und Cannabiserfahrung (vgl. Tab. 6.14) – jeweils in Wien und in Österreich. Sämtliche Einflüsse des Alters haben (erkennbar am Vorzeichen) eine Richtung, die als negativ zu bewerten ist. Mit dem Alter sinkt die Lebenszufriedenheit, die aktive Bewegung reduziert sich, der Alkoholkonsum erhöht sich usw.

Das Geschlecht der Befragten besitzt für keine der dargestellten Variablen eine besonders hohe Bedeutung. Es weist allerdings eine schwache bis mittlere Assoziation mit der durchschnittlichen Beschwerdelast und dem Bewegungsverhalten der SchülerInnen in Wien und Österreich (vgl. Tab. 6.13) sowie der Lebenszufriedenheit (vgl. Tab. 6.13) und der subjektiven Gesundheit (vgl. Tab. 6.14) der Wiener SchülerInnen auf. Zu manchen der weiteren Variablen bestehen eindeutig schwache, aber signifikante, zu manchen überhaupt keine signifikanten Beziehungen. Traditionell tendieren die Mädchen dazu, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden schlechter zu beurteilen als die Burschen. Andererseits neigen sie etwas weniger zu gesundheitsschädlichem Verhalten (Bsp. Ernährung, Alkoholkonsum). Interessante Ausnahmen bilden mittlerweile die Variablen Tabakkonsum (vgl. Tab. 6.14), die Mädchen signifikant häufiger

Die Bedeutung des Alters der Befragten für die Ausprägung einiger Variablen kann als relativ stark bezeichnet werden.

Mit dem Alter sinkt die Lebenszufriedenheit, die aktive Bewegung reduziert sich, der Alkoholkonsum erhöht sich usw.

Interessante Ausnahmen bilden mittlerweile die Variablen Tabakkonsum, die Mädchen signifikant häufiger als Raucherinnen ausweisen, und Cannabiskonsum in Wien, die keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Geschlechtern zeigt.

als Raucherinnen ausweisen, und Cannabiskonsum in Wien, die keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Geschlechtern zeigt. Dies kann als Ausdruck einer Annäherung der Geschlechterrollen in der Gesellschaft gedeutet werden (vgl. Dür/Felder-Puig 2011, 116). Bei den regionalen Unterschieden fällt auf, dass die Geschlechterunterschiede bei jenen Variablen, die Gesundheitszustand und Wohlbefinden abbilden sollen, österreichweit weniger groß sind. Die Werte der österreichischen Mädchen für Lebenszufriedenheit, Beschwerdelast und subjektive Gesundheit sind (verglichen mit Wien) nicht um so viel schlechter als jene der Burschen. Das deutet darauf hin, dass ein großstädtisches Lebensumfeld die ohnehin schon größeren Belastungsgefühle der Mädchen weiter verstärkt. Ferner ist zu erkennen, dass der altersbedingte Anstieg riskanter Verhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum bundesweit stärker ausgeprägt ist.

Bezüglich der Anteils- und Mittelwertunterschiede zwischen den Erhebungsjahren zeigten sich keine starken Trends. Jedoch können bei einigen Variablen die Entwicklungen der letzten 8 bis 16 Jahre vorsichtig positiv bewertet werden. So wurden ein schwacher Rückgang der Beschwerdelast und ein sehr schwacher, aber noch signifikanter Zuwachs des Anteils (zumindest) guter subjektiver Gesundheit bei den Wiener SchülerInnen festgestellt. Die dargestellten, nicht signifikanten Veränderungen bei der Lebenszufriedenheit, der körperlichen Aktivität, dem Obst- und Gemüsekonsum sowie dem Süßigkeiten- und Limonadenkonsum deuten zumindest darauf hin, dass es bei diesen Variablen keine nennenswerten Verschlechterungen gegeben hat.

Literatur

Boer, Angela de/Lanschot, Jan van/Stalmeier, Peep/Sandick, Johanna van/Hulscher, Jan/Haes, Hanneke de/Sprangers, Mirjam (2004): Is a single-item visual analogue scale as valid, reliable and responsive as multi-item scales in measuring quality of life? *Quality of Life Research* 13, 311–320.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) (Hg.) (2010): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung, Wien: Eigenverlag.

Cantril, Hadley (1965): *The pattern of human concern*. Rutgers/NJ: Rutgers University Press.

Dür, Wolfgang/Griebler, Robert/Flaschberger, Edith/Felder-Puig, Rosemarie (2011): Gesundheitliche Beschwerden österreichischer Jugendlicher – Ergebnisse der HBSC-Studie 1994 bis 2006. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Jan 2011, 1–6.

Dür, Wolfgang/Felder-Puig, Rosemarie (Hg.) (2011): *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung*, Bern: Verlag Hans Huber.

Idler, Ellen L./Benyamini, Yael (1997): Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 38 (2009), 21–37.

Kalant, Harold (2004): Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 28 (5), 849–863.

Peluso, Marco Aurélio Monteiro./de Andade, Laura Helena Silveira Guerra (2005): Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics* 60 (1), 61–70.

Ravens-Sieberer, Ulrike/Erhart, Michael/Torsheim, Torbjørn /Hetland, John/Freeman, Jorn/Danielson, Mia/Thomas, Christiane/The HBSC Positive Health Group (2008): An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health* 18 (3), 294–299.

Uhl, Alfred/Bachmayer, Sonja/Kobrna, Ulrike/Puhm, Alexandra/Springer, Alfred/Kopf, Nikolaus/Beiglböck, Wolfgang/Eisenbach-Stangl, Irmgard/Preinsperger, Wolfgang/Musalek, Michael (2009): *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends*. 3. Aufl., Bundesministerium für Gesundheit: Wien.

Veenhoven, Ruut (1996): The Study of life satisfaction. In: Saris, Willem E./Veenhoven, Ruut/Scherpenzeel, Annette C./Bunting, B. (eds) *A comparative study of satisfaction with life in Europe*. Eötvös University Press, 11–48.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2010a): *Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme*, WHO-Regionalbüro für Europa: Kopenhagen, DK.

Bezüglich der Anteils- und Mittelwertunterschiede zwischen den Erhebungsjahren zeigten sich keine starken Trends. Jedoch können bei einigen Variablen die Entwicklungen der letzten 8 bis 16 Jahre vorsichtig positiv bewertet werden.

6.2 Einflussfaktoren auf die subjektive Gesundheit und das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen – Ergebnisse der HBSC-Studie 2010

Daniela Ramelow, Felix Hofmann, Rosemarie Felder-Puig, Wolfgang Dür

Gesundheit ist als ein Produkt komplexer Lebensumstände zu verstehen. Darum werden seit den 1980er-Jahren verstärkt Untersuchungen zur Erkundung der sozialen Ursachen für Gesundheit durchgeführt. Im Rahmen der internationalen **Health Behaviour in School-aged Children** (HBSC) Studie werden seit 1983 Daten zur subjektiven Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zu den Gesundheitsdeterminanten von 11-, 13-, 15-jährigen und seit 2010 auch von 17-jährigen SchülerInnen erfasst.

Die Daten und Analysen dieses Kapitels basieren – wie auch im Kapitel 6.1 in diesem Bericht – auf den Wiener Daten des 8. HBSC-Surveys, der im Schuljahr 2009/10 durchgeführt wurde. In Kapitel 6.1 wurden die Gesundheit und das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen, der Einfluss von Geschlecht und Alter auf diese und deren Entwicklung über die letzten Jahre dargestellt. Gesundheit wurde mit den drei validierten Gesundheitsvariablen subjektive Gesundheit, Beschwerdelast und Lebenszufriedenheit beschrieben. Gesundheits- und Risikoverhalten wurde anhand des Verhaltens bezüglich Ernährung und Bewegung sowie des Konsums von den legalen Drogen Tabak, Alkohol und der illegalen Droge Cannabis exemplarisch abgebildet.

Im vorliegenden Kapitel werden nun die bekanntermaßen wesentlichen Gesundheitsdeterminanten, nämlich der sozioökonomische Status, die Familie und die Schule, beschrieben und ihr Einfluss auf die Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Wiener SchülerInnen dargestellt. Häufig werden zusätzlich zu diesen drei Faktoren die Peer-Kontakte als Determinante der Gesundheit behandelt. In diesem Beitrag wird allerdings auf eine solche Analyse verzichtet, da es sich bei der Peergroup um eine eher unstrukturierte, instabile und inkonstante Lebenswelt handelt – im Vergleich zur Familie, welche der wichtigste Ratgeber in allen Lebensfragen für die Jugendlichen ist (vgl. z. B. Albert et al. 2010). Dennoch soll hier darauf hingewiesen werden, dass durch die Peers und deren Vorbild gewisse Effekte auf die Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen verstärkt werden können. Für die Analyse der Gesundheit sowie des Gesundheits- und Risikoverhaltens der Wiener SchülerInnen werden die bereits in Kapitel 6.1 beschriebenen Variablen herangezogen.

6.2.1 Der sozioökonomische Status als Determinante der Gesundheit

6.2.1.1 Einleitung

Der sozioökonomische Status gilt als jene Determinante, die die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten am stärksten beeinflusst. Studien haben gezeigt, dass Kinder und Jugendliche aus weniger wohlhabenden Familien ihre Gesundheit als schlechter beschreiben und auch häufiger von gesundheitlichen Beschwerden berichten als jene, die einer höheren

Wohlstandsgruppe angehören. Stark ist auch der Zusammenhang zwischen Familienwohlstand und Lebenszufriedenheit (Currie 2008). Ebenso treten verhaltensassoziierte Diagnosen wie Übergewicht und Karies häufiger bei Kindern und Jugendlichen auf, deren Eltern einen niedrigen sozioökonomischen Status haben (vgl. z. B. Currie 2008; Ellsäßer 2002).

Ähnliche Ergebnisse zeigen Studien zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen: Ein niedrigerer Konsum an süßen Limonaden, ein höherer Obst- und Gemüsekonsum, mehr körperliche Bewegung und weniger Stunden, die mit Fernsehen verbracht werden, sind eher mit einem hohen Familienwohlstand assoziiert. Dementsprechend gibt es auch, was das Risikoverhalten betrifft, in niedrigen Wohlstandsgruppen einen höheren Anteil an (Kindern und) Jugendlichen, die täglich rauchen oder wöchentlich Alkohol trinken (Currie 2008).

Diese internationalen Ergebnisse aus Studien mit Kindern und Jugendlichen sind insofern von Bedeutung, als die gesundheitlichen Ungleichheiten, die aus ungleichen Lebensverhältnissen aufgrund des sozioökonomischen Status resultieren, eher zu- als abnehmen, obwohl die Lebenserwartung und die Aufwendungen für die Krankenkosten immer weiter steigen.

6.2.1.2 Methode

Frühere Studien haben gezeigt, dass es schwierig ist, den sozioökonomischen Status von Kindern und Jugendlichen zu erheben (vgl. z. B. Currie 2008). Des Weiteren zeigte sich bei den bei Erwachsenen oft verwendeten Fragen nach Beruf, Einkommen und Bildung zur Erfassung des sozioökonomischen Status einer Person eine höhere Non-response-Rate bei jenen, welche den unteren sozioökonomischen Gruppen zuzurechnen sind (Currie et al. 2008). Um diesen Problemen entgegenzuwirken, wurde von Currie und KollegInnen 1997 für die HBSC-Studie die sogenannte **Family Affluence Scale** (Familienwohlstandsskala) entwickelt. Diese seither mehrfach adaptierte Skala erfasst mit einfach zu beantwortenden Fragen das Sachvermögen der Familie und bildet somit, wenngleich in eingeschränkter Weise, den Lebensstandard der Kinder und Jugendlichen ab (Itembox 1). Die vier Einzelitems werden zur Bildung der Skala zu einem Gesamtindex zusammengeführt und dieser anschließend in drei Wohlstandsgruppen (gering, mittel, hoch) unterteilt (Currie 2008; Griebler et al. 2010).

Itembox 1: Familienwohlstandsskala

Wie viele Computer besitzt deine Familie?

4-teilig: keinen – einen – zwei – mehr als zwei

Besitzt deine Familie ein Auto, einen Bus oder einen Lastwagen?

3-teilig: nein – ja, eins – ja, zwei oder mehrere

Hast du ein eigenes Zimmer?

2-teilig: nein – ja

Wie häufig bist du in den letzten 12 Monaten mit deiner Familie in den Ferien verreist?

4-teilig: überhaupt nicht – einmal – zweimal – öfter als zweimal

6.2.1.3 Sozioökonomischer Status der Wiener SchülerInnen

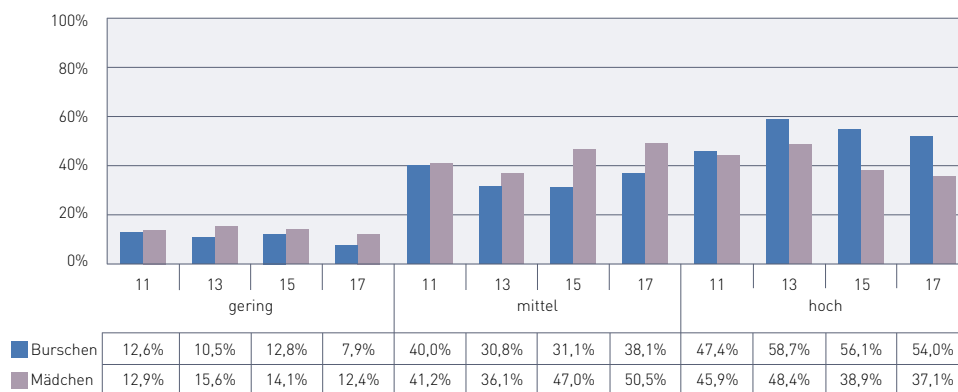
In der HBSC-Erhebung von 2010 zeigte sich, dass fast die Hälfte (48,1 %) der Wiener SchülerInnen finanziell besser gestellten Familien zugerechnet werden können. Weitere 39,3 % gehören Familien mit einem mittleren Wohlstandsniveau an. 12,7% der Wiener Kinder und Jugendlichen können, gemessen an den verwendeten Wohlstandsindikatoren, Familien mit einem niedrigem Wohlstandsniveau zugeordnet werden.

Die Familienwohlstandsskala bietet nur ein grobes Unterscheidungsmaß in Bezug auf die soziale Lage der Familien der SchülerInnen. Dennoch dürften SchülerInnen mit geringen ökonomischen Möglichkeiten mit knapp 13% gut in der Studie repräsentiert sein.

Generell zeigt sich, dass Burschen bei den verwendeten Indikatoren eher einen hohen Familienwohlstand angeben, wohingegen Mädchen sich am häufigsten einem mittleren Wohlstandsniveau zurechnen. Auch in der Kategorie geringer Familienwohlstand finden sich Mädchen etwas häufiger wieder als Burschen. Altersspezifische Unterschiede im Familienwohlstand konnten für beide Geschlechter nicht beobachtet werden (Abb. 6.16).

12,7% der Wiener Kinder und Jugendlichen können, gemessen an den verwendeten Wohlstandsindikatoren, Familien mit einem niedrigen Wohlstandsniveau zugeordnet werden.

Abbildung 6.16: Familienwohlstand bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht



6.2.1.4 Sozioökonomischer Status und subjektive Gesundheit

Insgesamt zeigt sich, dass der sozioökonomische Status der Familie einen signifikant leichten bis mittelstarken Effekt auf die Gesundheit der Wiener SchülerInnen hat. Dementsprechend schätzen SchülerInnen, welche einem hohen Wohlstandsniveau zuzurechnen sind, ihre subjektive Gesundheit signifikant öfter als ausgezeichnet ein. Zwischen SchülerInnen mit einem niedrigen und jenen mit einem mittleren Wohlstandsniveau konnten keine solchen Unterschiede festgestellt werden (Tab. 6.16).

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen: Auf einer Skala von 0 bis 100, wobei 0 eine niedrige und 100 eine hohe Beschwerdelast ausdrückt, stufen SchülerInnen aus Familien mit niedrigem Wohlstandsniveau ihre durchschnittliche Beschwerdelast mit 39,2 signifikant höher ein als SchülerInnen aus Familien mit hohem Wohlstandsniveau (34,0) (Abb. 6.17). Es handelt sich hierbei um einen leichten bis mittelstarken Effekt.

Insgesamt zeigt sich, dass der sozioökonomische Status der Familie einen signifikant leichten bis mittelstarken Effekt auf die Gesundheit der Wiener SchülerInnen hat.

Tabelle 6.16: Familienwohlstand und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

| | OR | Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet) | |
|-------------------------------------|---------|--|-------------|
| | | 95% Konfidenzintervall Unterer Wert | Oberer Wert |
| Familienwohlstand (gering / hoch) | 1,829** | 1,169 | 2,860 |
| Familienwohlstand (gering / mittel) | 1,174# | 0,739 | 1,866 |

(OR = Odds Ratio), *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; # n.s.²

Den stärksten Einfluss auf die hier gemessenen Gesundheitsvariablen übt der Familienwohlstand auf die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen aus.

Abbildung 6.17: Familienwohlstand und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Spannbreite für Beschwerdelast:
0 (keinerlei Beschwerden) –
100 (höchstmögliche Beschwerdelast)

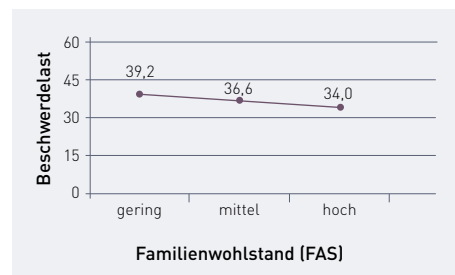
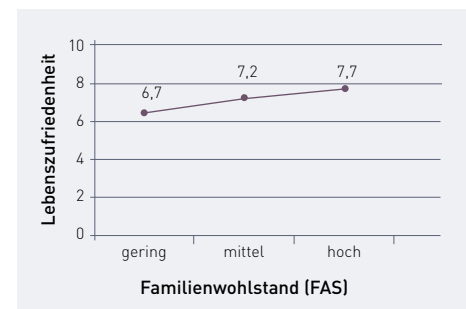


Abbildung 6.18: Familienwohlstand und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15-, und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Spannbreite für Lebenszufriedenheit:
0 (niedrig) – 10 (hoch)



1. Odds Ratio ist ein Zusammenhangsmaß, welches Werte zwischen 0 und 1 annehmen kann. Es vergleicht die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines bestimmten Merkmals zwischen zwei Gruppen. So bedeutet zum Beispiel das OR von 1,829 in der Tabelle 1, dass die Chance, die subjektive Gesundheit als ausgezeichnet einzustufen, bei SchülerInnen, deren Familienwohlstand hoch ist, um das 1,8-fache (also fast um das Doppelte) höher ist als bei Kindern und Jugendlichen, die einem niedrigerem Wohlstandsniveau zugerechnet werden können.

2. Die Legenden der Tabellen informieren über die Wahrscheinlichkeit (p), dass ein gemessener Zusammenhang in der Grundgesamtheit tatsächlich existiert und nicht zufällig bei der Ziehung der Stichprobe zustande kam. Ein p-Wert unter der Signifikanzschwelle von 0,01 bedeutet z. B., dass die Wahrscheinlichkeit der irrtümlichen Annahme eines nicht existierenden Zusammenhangs unter 1% liegt.

Den stärksten Einfluss auf die hier gemessenen Gesundheitsvariablen übt der Familienwohlstand auf die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen aus. Dies ist konsistent mit den Ergebnissen anderer Studien (Currie 2008). Geben Burschen und Mädchen aus Familien mit niedrigem Wohlstand im Durchschnitt einen Wert von 6,7 auf einer 11-stufigen Skala von 0 (niedrig) bis 10 (hoch) an, so steigt dieser Wert bei SchülerInnen aus Familien mit einem hohen Familienwohlstand signifikant und mittelstark auf 7,7 (Abb. 6.18).

6.2.1.5 Sozioökonomischer Status und Gesundheits- und Risikoverhalten

Was das Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen betrifft, hat sich gezeigt, dass Kinder und Jugendliche, die einer mittleren oder hohen Familienwohlstandsgruppe zuzurechnen sind, ein deutlich geringeres Risiko aufweisen, täglich Süßigkeiten oder süße Limonaden zu konsumieren als jene aus Familien mit einem geringen Wohlstandsniveau. (Tab. 6.17).

Ein ähnliches Ergebnis liefert die Analyse des Bewegungsverhaltens. Ein hoher Familienwohlstand führt zu einer Erhöhung der durchschnittlichen Bewegungsdauer von 3,8 auf 4,2

Tage pro Woche. Erfasst wurde hier, an wie vielen Tagen pro Woche Wiener SchülerInnen für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv waren. Den österreichischen Bewegungsempfehlungen zufolge sollten sich Kinder und Jugendliche täglich mindestens 60 Minuten lang bei zumindest mittlerer Intensität bewegen. Des Weiteren konnte eine Senkung der Stunden an sitzendem Freizeitverhalten – hier erfasst mit Fernsehen und Computernutzung – von durchschnittlich 49,3 Stunden pro Woche bei Schülerinnen und Schülern aus Familien mit niedrigem Wohlstandsniveau auf 40,9 bzw. 47,8 Stunden bei einem hohen bzw. einem mittleren Wohlstandsniveau der SchülerInnen festgestellt werden (Abb. 6.20).

Keine Unterschiede zwischen den Wohlstandsgruppen konnten hingegen in Bezug auf den Konsum von Obst und Gemüse, das Rauchverhalten, den Alkoholkonsum, den Cannabiskonsum und bei der Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr festgestellt werden (Tab. 6.17).

Abbildung 6.19: Familienwohlstand und Bewegungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Spannbreite: 0–7 Tage pro Woche für jeweils mindestens 60 Minuten

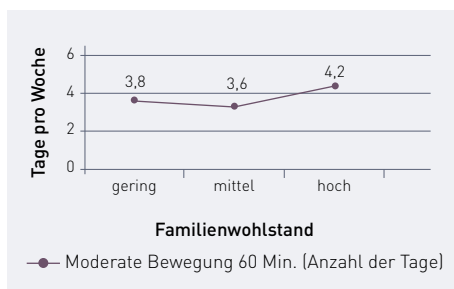
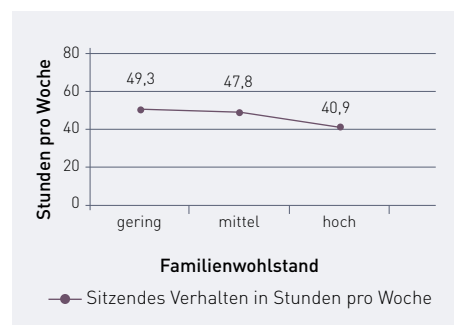


Abbildung 6.20: Familienwohlstand und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Spannbreite: 0–147 Stunden pro Woche



Kinder und Jugendliche, die einer mittleren oder hohen Familienwohlstandsgruppe zuzurechnen sind, weisen ein deutlich geringeres Risiko auf, täglich Süßigkeiten oder süße Limonaden zu konsumieren, als jene aus Familien mit einem geringen Wohlstandsniveau.

Tabelle 6.17: Familienwohlstand und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

| OR (CI-95) | Obst oder Gemüse (täglich) | Süßigkeiten und süße Limonaden (täglich) | Rauchen (gar nicht) | Alkoholkonsum (wöchentlich) | Cannabiskonsum jemals (nein) | Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr (ja) |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Familienwohlstand (gering / hoch) | 1,217 [#] [0,815-1,818] | 0,656* [0,440-0,977] | 1,137 [#] [0,720-1,798] | 1,156 [#] [0,637-2,099] | 0,778 [#] [0,406-1,491] | 4,842 [#] [0,907-25,845] |
| Familienwohlstand (gering / mittel) | 1,033 [#] [0,685-1,559] | 0,639* [0,425-0,961] | 1,322 [#] [0,842-2,075] | 1,438 [#] [0,808-2,559] | 0,829 [#] [0,435-1,579] | 3,368 [#] [0,628-18,078] |

(OR = Odds Ratios, CI-95 = 95%iges Konfidenzintervall)
*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; # n.s.

In Wien, wo SchülerInnen prinzipiell alle Ausbildungswege (AHS, BHS, BMS, BS, HS, PTS) zur Verfügung stehen, zeigt sich allerdings, dass die Wahl des Schultyps und der sozioökonomische Status der Familie der/des Schülerin/Schülers in Zusammenhang stehen.

6.2.1.6 Sozioökonomischer Status und besuchter Schultyp

In seiner jetzigen Form weist das österreichische Schulsystem einen hohen Differenzierungsgrad auf und unterscheidet sich damit deutlich von anderen Schulsystemen. Somit hat die Schule neben ihrer Bildungs- und Erziehungsfunktion auch noch die gesellschaftliche Funktion der Selektion, die durch Benotung und spezifizierte Ausbildungswege erfüllt wird.

In Wien, wo SchülerInnen prinzipiell alle Ausbildungswege (AHS, BHS, BMS, BS, HS, PTS) zur Verfügung stehen, zeigt sich allerdings, dass die Wahl des Schultyps und der sozioökonomische Status der Familie der/des Schülerin/Schülers in Zusammenhang stehen. Vor allem in der Sekundarstufe I ist dieser Effekt deutlich: zwei Drittel (66,7%) der 11- und 13-jährigen Wiener Burschen und Mädchen aus Familien mit niedrigem Wohlstandsniveau besuchen eine Hauptschule (HS) und nur ein Drittel eine Allgemeinbildende Höhere Schule (AHS). Bei den SchülerInnen, welche einer hohen Wohlstandsgruppe zuzurechnen sind, ist dieses Ergebnis genau umgekehrt, nämlich 69,2% AHS-SchülerInnen und 30,8% HauptschülerInnen (Abb. 6.21).

Abbildung 6.21: Familienwohlstand und besuchter Schultyp der 11- und 13-jährigen Wiener SchülerInnen

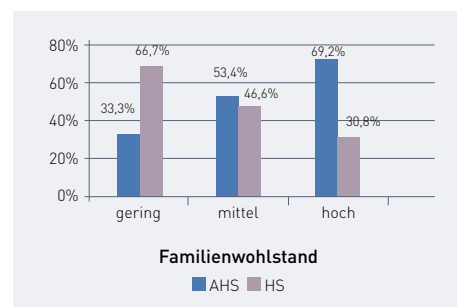
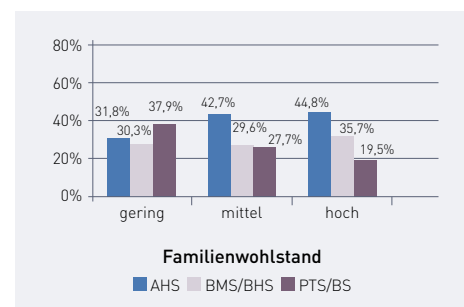


Abbildung 6.22: Familienwohlstand und besuchter Schultyp der 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen



Bei den 15- und 17-jährigen SchülerInnen ist dieser Effekt schwächer, aber dennoch vorhanden. Dementsprechend besuchen fast die Hälfte (44,8%) der Jugendlichen, die einer Familie mit hohem Wohlstandsniveau angehören, eine AHS, aber nur jeder Fünfte (19,5%) eine Berufsschule (BS) oder eine Polytechnische Schule (PTS). Bei Burschen und Mädchen, die einem geringen Wohlstandsniveau zuzurechnen sind, ist die Verteilung auf die Schultypen AHS, BHS bzw. BMS und BS bzw. PTS relativ ausgeglichen, wobei BS und PTS leicht häufiger besucht werden (Abb. 6.22).

Insgesamt lässt sich aus den Ergebnissen schließen, dass es bei der Betrachtung des sozioökonomischen Status in Wien wichtig ist, den besuchten Schultyp zu berücksichtigen, da diese beiden Variablen stark miteinander verknüpft sind. So kann davon ausgegangen werden, dass sich die festgestellten gesundheitlichen Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Wohlstandsgruppen in ähnlicher Form in den verschiedenen Schultypen wiederfinden können.

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die festgestellten gesundheitlichen Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Wohlstandsgruppen in ähnlicher Form in den verschiedenen Schultypen wiederfinden können.

6.2.2 Die psychosoziale Familiensituation als Determinante der Gesundheit

6.2.2.1 Einleitung

Wie wichtig elterliche Bindung in der Entwicklung eines Kindes ist, wurde bereits zahlreich dokumentiert. Eine liebevolle Beziehung zu den Eltern korreliert mit besserem psychischen Wohlbefinden und höherem Selbstwertgefühl, besseren Sozial- und Schulkompetenzen und weniger Verhaltensproblemen (Griebler et al. 2010). Eine harmonische Eltern-Kind-Interaktion, offene Kommunikation und elterliche Unterstützung liegen meist einer erfolgreichen mentalen und physischen Entwicklung des Kindes zugrunde (Garmiene et al. 2006). Durch ein positives Verhältnis zu den Eltern wird sowohl das Risikoverhalten der jungen Menschen reduziert (Griesbach et al. 2003) als auch ein guter Gesundheitszustand und eine höhere Lebenszufriedenheit begünstigt (Todd et al. 2007).

Günstige und ungünstige Wirkungen erzeugt die Familie über Kriterien wie Emotionalität, Zärtlichkeit, Körperkontakt, soziale Unterstützung, gemeinsame Aktivitäten, Fehlen von Gewalt und vielfältige Förderung des Kindes. Instabilität in der Familie bzw. der Ehe und Ehescheidung, Vernachlässigung und Unerwünschtheit des Kindes, mangelnde Fürsorge, Suchterkrankungen, Gewalt oder Erschöpfung der Eltern können hingegen bei den Kindern und Jugendlichen zu Belastungen führen, deren psychische oder physische Entwicklung hemmen, sie in die Krankheit abdrängen (vgl. z. B. Stevens 2006) oder Störungen der psychomotorischen Entwicklung bedingen (Ellsäßer 2002). Die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion gilt dabei als jenes Kriterium, welches die Entwicklung des Kindes am besten vorhersagen kann.

Durch ein positives Verhältnis zu den Eltern wird sowohl das Risikoverhalten der jungen Menschen reduziert (Griesbach et al. 2003) als auch ein guter Gesundheitszustand und eine höhere Lebenszufriedenheit begünstigt (Todd et al. 2007).

Itembox 2: Psychosoziale Familiensituation

Meine Mutter/mein Vater hilft mir so sehr ich es brauche.

Meine Mutter/mein Vater ist liebevoll.

Meine Mutter/mein Vater versteht meine Probleme und Sorgen.

Meine Mutter/mein Vater versucht mich aufzubauen, wenn ich gekränkt bin.

3-teilig: fast immer – manchmal – nie

Wie leicht oder schwer fällt es dir, mit den folgenden Personen über Dinge zu sprechen, die dir wirklich nahe gehen und dir wichtig sind?

Vater, Stiefvater (oder Freund der Mutter), Mutter, Stiefmutter (oder Freundin des Vaters)

5-teilig: sehr leicht – leicht – schwer – sehr schwer – ich habe oder sehe diese Person nicht

6.2.2.2 Methode

Die Qualität der psychosozialen Familiensituation der Wiener SchülerInnen wurde anhand von zwei Variablen erhoben: Das Ausmaß der elterlichen Zuwendung (Bonding) wurde – jeweils für Vater und Mutter – anhand von vier Items gemessen. Das familiäre Gesprächsklima, also die Kommunikation mit der Mutter bzw. mit dem Vater wurde mit der Frage erfasst, wie leicht

es den SchülerInnen fällt, mit den Eltern über Dinge zu sprechen, die ihnen wichtig sind. Von SchülerInnen, welche angaben, den Vater oder die Mutter nicht zu sehen bzw. diese nicht zu haben, wurden, sofern vorhanden, die Angaben zum Stiefvater oder zur Stiefmutter herangezogen (Itembox 2).

Die Messung der elterlichen Zuwendung basiert auf einem klassischen Instrument, entwickelt von Parker und KollegInnen 1979, welches die Qualität der Zuwendung zwischen Erwachsenen und Jugendlichen darstellt. Das Instrument misst zwei Dimensionen: Emotionale Unterstützung und Förderung von Autonomie (Griebler et al. 2010). Für die hier durchgeführten Analysen wurde ausschließlich die Dimension **emotionale Unterstützung** herangezogen (Itembox 2).

6.2.2.3 Psychosoziale Familiensituation der Wiener SchülerInnen

Betrachtet man die psychosoziale Familiensituation anhand des Indikators elterliche Zuwendung, so zeigt sich, dass die Wiener SchülerInnen ein hohes Ausmaß an elterlicher Zuwendung sowohl durch die Mutter als auch durch den Vater erfahren.

Betrachtet man die psychosoziale Familiensituation anhand des Indikators elterliche Zuwendung, so zeigt sich, dass die Wiener SchülerInnen ein hohes Ausmaß an elterlicher Zuwendung sowohl durch die Mutter als auch durch den Vater erfahren, wobei die Zuwendung der Mutter tendenziell höher eingeschätzt wird (Abb. 6.23 und 6.24). Das Ausmaß an elterlicher Zuwendung ist bei den 11-Jährigen am höchsten: 93,9% bzw. 76,7% der Burschen und 87,5% bzw. 75,9% der Mädchen erhalten ein hohes Ausmaß an Zuwendung von Seiten der Mutter bzw. des Vaters.

Auch wenn die Werte für die elterliche Zuwendung im Allgemeinen hoch liegen, gibt es dennoch nennenswert große Gruppen, die in einer Familie mit verminderten Bondingqualitäten aufwachsen. Das geringste Ausmaß elterlicher Zuwendung empfinden 15-jährige SchülerInnen. In Bezug auf die Mutter gibt hier rund ein Viertel der Burschen und Mädchen an, nur ein mittleres Ausmaß und 1,9% der Burschen und 3,5% der Mädchen sogar nur ein geringes Ausmaß elterlicher Zuwendung zu erhalten. Beim Vater sind diese Anteile mit rund einem Drittel (30,2% der Mädchen und 36,1% der Burschen) mit einem mittleren Ausmaß sowie mit 6% der Burschen und 13,4% der Mädchen mit nur einem geringen Ausmaß väterlicher Zuwendung nochmals höher.

Abbildung 6.23: Empathische Zuwendung durch die Mutter der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

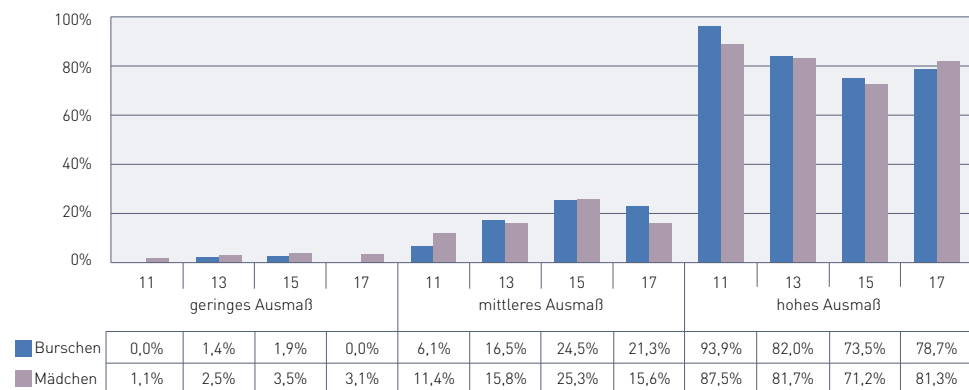
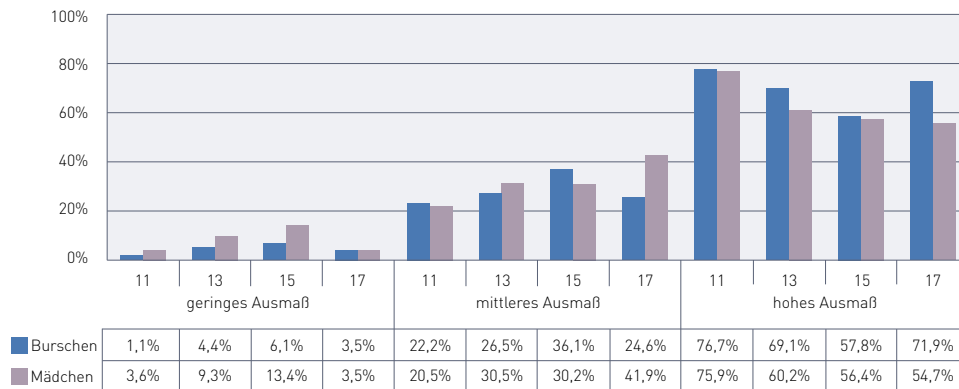


Abbildung 6.24: Empathische Zuwendung durch den Vater der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht



Wie bereits in vorangegangenen Studien (Currie 2008) konnte auch hier beobachtet werden, dass viele der Wiener SchülerInnen die Gespräche mit den Eltern eher als leicht oder sehr leicht einstufen (Abb. 6.25 und 6.26). Die Kommunikation mit der Mutter über Dinge, die ihnen wirklich nahegehen oder wichtig sind, fällt den Mädchen und Burschen in etwa gleich leicht bzw. schwer. Während 11-jährige SchülerInnen diese noch vermehrt mit sehr leicht einstufen (62,7% der Burschen und 52,3% der Mädchen), sind dies bei den 15-jährigen Jugendlichen nicht einmal mehr ein Drittel (31,1% der Burschen und 26,5% der Mädchen).

Die Kommunikation mit dem Vater fällt den Wiener Jugendlichen insgesamt schwerer als mit der Mutter. Hier sind allerdings deutliche Unterschiede zwischen Burschen und Mädchen zu entdecken: Während bei den 11-jährigen Mädchen noch 35,3% angeben, sich in der Kommunikation mit dem Vater sehr leicht zu tun, sinkt dieser Anteil mit 15 Jahren rapide auf 10,3% ab und steigt dann mit 17 Jahren wieder auf 14,4%. Umgekehrt steigt bei den Mädchen in diesem Alter auch der Anteil jener, welche nur schwer oder sehr schwer mit dem Vater über Dinge sprechen können, die ihnen nahegehen oder wichtig sind, sehr stark von einem guten Viertel (27,1%) bei den 11-jährigen Mädchen auf über die Hälfte (56,5%) bei den 15-jährigen Mädchen an. Bei den Burschen ist dieser Effekt schwächer: Hier sinkt der Prozentsatz jener, welche die Gespräche mit dem Vater als sehr leicht einstufen, von 38,6% bei den 11-jährigen auf 26,3% bei den 15-jährigen und steigt wie bei den Mädchen mit 17 Jahren wieder leicht auf 30,6% an. Ebenso steigt auch der Anteil jener Burschen, welche ihre Kommunikation mit dem Vater als schwer oder sehr schwer einstufen von 18,8% bei den 11-jährigen auf 38,7% bei den 17-jährigen an.

Abbildung 6.25: **Kommunikation mit der Mutter der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht**

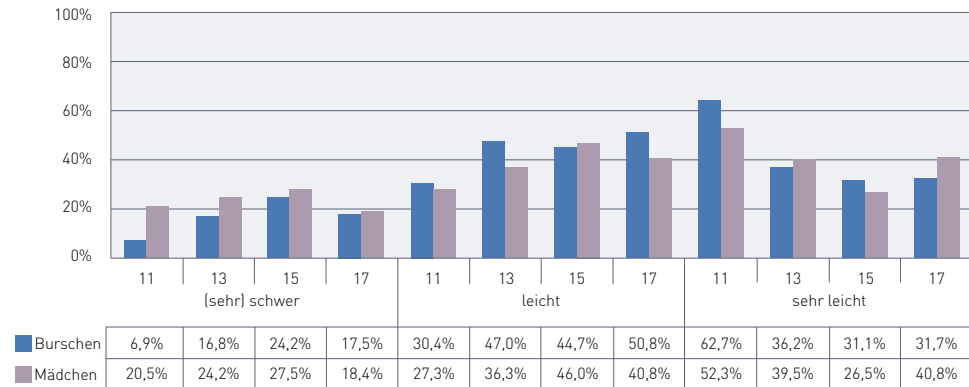
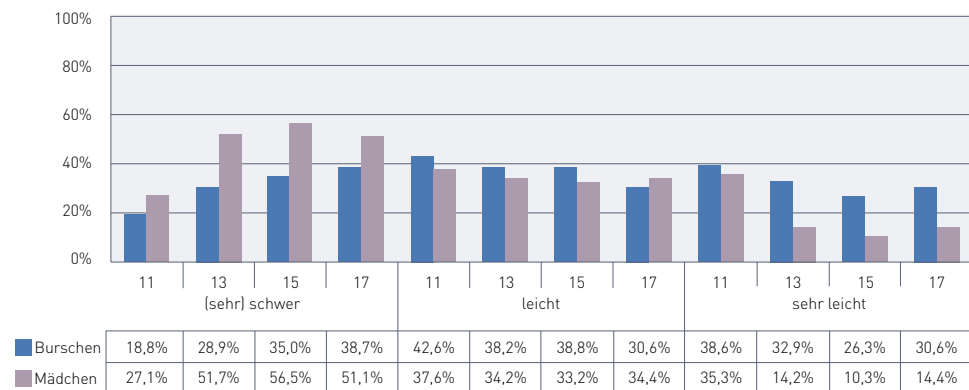


Abbildung 6.26: **Kommunikation mit dem Vater der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht**



6.2.2.4 Psychosoziale Familiensituation und subjektive Gesundheit

Kinder und Jugendliche, die von ihren Eltern ein hohes Maß an Zuwendung erhalten, schätzen ihre subjektive Gesundheit mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als ausgezeichnet ein.

Die psychosoziale Familiensituation ist stark mit der subjektiven Gesundheit der Wiener SchülerInnen assoziiert. Kinder und Jugendliche, die von ihren Eltern ein hohes Maß an Zuwendung erhalten, schätzen ihre subjektive Gesundheit mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als ausgezeichnet ein (Tab. 6.18). Ein ähnlicher, wenngleich etwas schwächerer Effekt zeigt sich beim Zusammenhang zwischen der Kommunikation mit den Eltern und der subjektiven Gesundheit.

Tabelle 6.18: **Psychosoziale Familiensituation und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen**

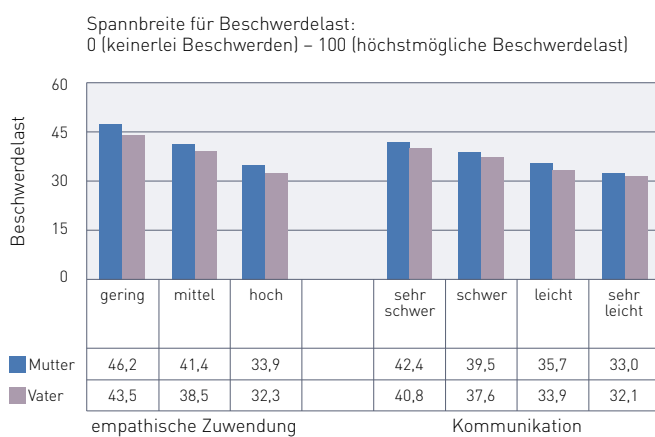
| | Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet) | | |
|---|---------------------------------------|------------------------|-------------|
| | OR | 95% Konfidenzintervall | |
| | | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Zuwendung der Mutter (hohes Ausmaß) | 2,436*** | 1,654 | 3,588 |
| Zuwendung des Vaters (hohes Ausmaß) | 2,724*** | 1,980 | 3,749 |
| Kommunikation mit der Mutter (fällt leicht) | 1,967*** | 1,370 | 2,823 |
| Kommunikation mit dem Vater (fällt leicht) | 2,307*** | 1,724 | 3,087 |

(OR = Odds Ratio), *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; # n.s.

Ebenso wird die Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen positiv von einem höheren Ausmaß an elterlicher Zuwendung beeinflusst. Demnach stufen Burschen und Mädchen bei geringer elterlicher Zuwendung ihre durchschnittliche Beschwerdelast mit 46,2 (Zuwendung durch die Mutter) bzw. 43,5 (Zuwendung durch den Vater) auf einer Skala von 0 (keinerlei Beschwerden) bis 100 (höchstmögliche Beschwerdelast) signifikant höher ein als SchülerInnen mit einer hohen emotionalen Unterstützung der Eltern (33,9 bzw. 32,3) (Abb. 6.27). Dieser Effekt ist bei einer hohen mütterlichen Zuwendung besonders stark.

Ein offenes Gesprächsklima führt ebenfalls zu einer Verringerung der Beschwerdelast für die Wiener SchülerInnen (Abb. 6.27). Dementsprechend sinkt die mittlere Beschwerdelast der Burschen und Mädchen von 42,4 (Mutter) bzw. 40,8 (Vater), wenn die Kommunikation mit den Eltern sehr schwer fällt, auf 33 bzw. 32,1, wenn in der Familie ein offenes Gesprächsklima herrscht.

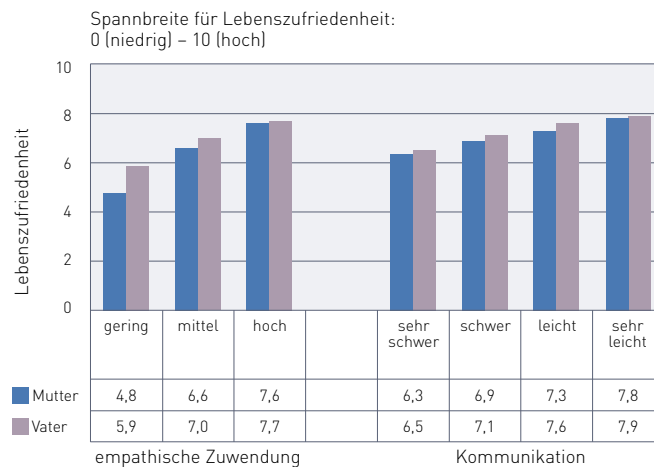
Abbildung 6.27: **Psychosoziale Familiensituation und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen**



Eine hohe emotionale Unterstützung der Eltern, insbesondere der Mutter, wirkt sich stark positiv auf die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der Burschen und Mädchen aus.

Eine hohe emotionale Unterstützung der Eltern, insbesondere der Mutter, wirkt sich stark positiv auf die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der Burschen und Mädchen aus. Bewerten die SchülerInnen, die hohe emotionale Unterstützung erfahren, ihre Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 0 (gering) bis 10 (hoch) noch mit durchschnittlich über 7,5, so sinkt dieser Wert bei Kindern und Jugendlichen mit geringer elterlicher Unterstützung auf 5,9 (Mutter) bzw. 4,8 (Vater) (Abb. 6.28). Des Weiteren zeigt sich entsprechend Ergebnissen anderer Studie (Todd et al. 2007), dass Schwierigkeiten in der Kommunikation mit den Eltern mit einer niedrigeren Lebenszufriedenheit der SchülerInnen verbunden ist. Ein offenes Gesprächsklima in der Familie lässt die Lebenszufriedenheit der Wiener Kinder und Jugendlichen von 6,3 bzw. 6,5 auf fast 8 ansteigen (Abb. 6.28).

Abbildung 6.28: **Psychosoziale Familiensituation und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen**



6.2.2.5 Psychosoziale Familiensituation und Gesundheits- und Risikoverhalten

Das Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen wird stark von der emotionalen Unterstützung des Vaters und der Kommunikation mit dem Vater beeinflusst. Dies zeigt sich am deutlichsten beim Risikoverhalten Rauchen und Cannabiskonsum. Auch das Risiko regelmäßigen Alkoholkonsums wird vor allem durch die emotionale Unterstützung durch und die Kommunikation mit dem Vater verringert. In Bezug auf den Konsum von Obst, Gemüse oder Süßigkeiten bzw. den Maßnahmen zur Verhütung zeigte sich kein Einfluss der emotionalen Unterstützung durch die Eltern oder der Qualität der Kommunikation mit den Eltern (Tab. 6.19).

Betrachtet man die körperliche Aktivität der Wiener SchülerInnen, so konnte ausschließlich bei der mütterlichen Zuwendung ein mittelstarker Effekt auf das Bewegungsverhalten der SchülerInnen beobachtet werden: Dieses erhöht sich mit dem Ausmaß der Zuwendung von durchschnittlich 2,9 auf 4 Tage pro Woche (Abb. 6.29). Ein leichter Effekt konnte des Weiteren für den Zusammenhang von väterlicher Zuwendung bzw. der Kommunikation mit dem Vater und dem wöchentlichen Bewegungsverhalten der SchülerInnen festgestellt werden, wel-

ches bei einer höheren Zuwendung bzw. besseren Kommunikation ansteigt. Ein gutes Gesprächsklima mit der Mutter führt außerdem zu einer leichten Verringerung der Anzahl an Stunden pro Woche, die Wiener SchülerInnen in ihrer Freizeit sitzend verbringen (Abb. 6.30).

Tabelle 6.19: **Psychoziale Familiensituation und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen**

| OR (CI-95) | Obst oder Gemüse (täglich) | Süßigkeiten und süße Limonaden (täglich) | Rauchen (gar nicht) | Alkoholkonsum (wöchentlich) | Cannabiskonsum niemals (nein) | Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr (ja) |
|--|-------------------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Zuwendung der Mutter (hohes Ausmaß) | 1,332 [#] (0,965-1,840) | 0,848 [#] (0,619-1,162) | 2,062 ^{***} (1,461-2,911) | 0,714 [#] (0,477-1,068) | 1,576 [*] (1,011-2,458) | 1,364 [#] (0,327-5,689) |
| Zuwendung des Vaters (hohes Ausmaß) | 1,259 [#] (0,955-1,659) | 0,904 [#] (0,688-1,189) | 2,517 ^{***} (1,824-3,473) | 0,541 ^{**} (0,374-0,782) | 2,048 ^{**} (1,332-3,148) | 1,377 [#] (0,331-5,723) |
| Kommunikation mit der Mutter (fällt leicht) | 1,325 [#] (0,968-1,814) | 0,844 [#] (0,620-1,148) | 1,781 ^{**} (1,268-2,501) | 0,863 [#] (0,573-1,297) | 1,774 [*] (1,143-2,753) | 0,957 [#] (0,191-4,792) |
| Kommunikation mit dem Vater (fällt leicht) | 0,915 [#] (0,713-1,198) | 0,924 [#] (0,713-1,198) | 2,498 ^{***} (1,836-3,400) | 0,686 [*] (0,481-0,979) | 2,207 ^{***} (1,444-3,373) | 1,926 [#] (0,465-7,971) |

(OR = Odds Ratio, CI-95 = 95%iges Konfidenzintervall)

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; # n.s.

Abbildung 6.29: **Psychoziale Familiensituation und Bewegungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen**

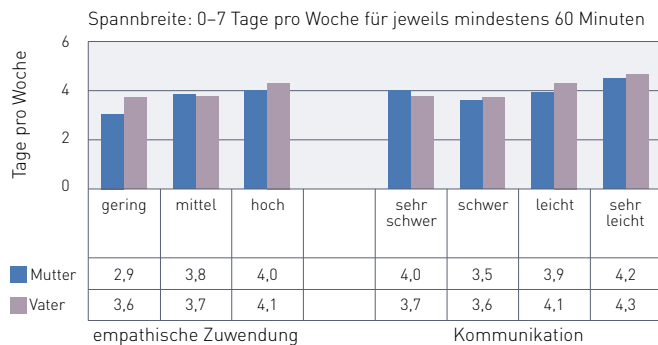
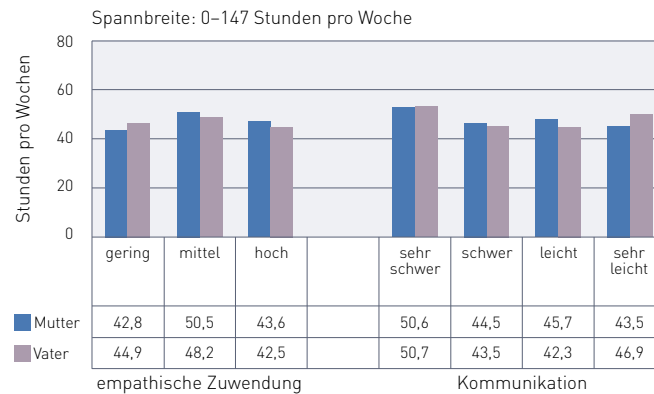


Abbildung 6.30: Psychosoziale Familiensituation und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen



6.2.3 Die Rolle der Schule für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten

6.2.3.1 Einleitung

Eine besonders wichtige Rolle für die Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen spielt – neben der Familie – die Schule.

Eine besonders wichtige Rolle für die Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen spielt – neben der Familie – die Schule. Ein gutes Schulumfeld, das sich z. B. durch ein gutes soziales Klima oder unterstützende KlassenkameradInnen auszeichnet, und eine positive Einstellung zur Schule, gute schulische Leistungen und geringer schulabhängiger Stress können das Erfolgs- und Kompetenzgefühl der SchülerInnen steigern, was in weiterer Folge zu einem besseren Wohlbefinden und weniger subjektiven Beschwerden führen kann (Ravens-Sieberer et al. 2009).

Demnach ist niedrige Schulverbundenheit ein guter Prädiktor für gesundheitliches Risikoverhalten und/oder schlechtere Schulleistungen, wie auch hohe Schulverbundenheit ein wichtiger protektiver Faktor gegen Drogenmissbrauch sein kann (Bond et al. 2007). Schlechte Schulleistungen und eine schlechte Akzeptanz durch Gleichaltrige können so zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und/oder zu verstärktem gesundheitsgefährdenden Verhalten führen (vgl. z. B. Ravens-Sieberer et al. 2009).

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die HBSC-Erhebung keinen Rückschluss auf die Richtung der Kausalität ermöglicht. Vereinzelt Studien weisen darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen schulischen Determinanten und der Gesundheit der SchülerInnen auch in umgekehrter Richtung verstanden werden kann (Roeser et al. 2000), nämlich in dem Sinne, dass die Gesundheit der SchülerInnen einen Einfluss auf das Schulverhalten hat.

6.2.3.2 Methode

Die Schulzufriedenheit wurde mit einem Item gemessen, das danach fragt, wie gut es der/dem SchülerIn derzeit in der Schule gefällt (Itembox 3). Das Item misst die emotionale und seelische Verbundenheit mit der Schule und ist seit 1985/86 Bestandteil der HBSC-Studie

(Griebler et al. 2010). Über die Jahre hat sich gezeigt, dass dieses Item einen starken Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten und der Gesundheitswahrnehmung aufweist (z. B. Samdal et al. 1998).

Die Anforderungen an die SchülerInnen wurden mit einem Item gemessen, das die Belastung der SchülerInnen durch die schulischen Aufgaben sowohl in der Schule als auch zu Hause zum Ausdruck bringen soll. Die Schulleistungen der SchülerInnen wurden mit einer Frage nach der wahrgenommenen Beurteilung der eigenen Leistung durch die Lehrkräfte verglichen mit jener der anderen SchülerInnen erfasst. Die Qualität der Beziehungen zwischen den Schülerinnen und Schülern wurde mit einer Reihe von Items erhoben, die zu einem Gesamtwert addiert und durch die Anzahl der Items dividiert wurden. Das Ergebnis ist eine Bewertung der Beziehung zu anderen SchülerInnen, die von einer sehr negativen (Wert 1) zu einer sehr positiven Bewertung (Wert 5) reichen kann.

Itembox 3: Schulische Determinanten

Wie gefällt es dir derzeit in der Schule?

4-teilig: es gefällt mir sehr gut – es gefällt mir ganz gut – es gefällt mir nicht so gut – es gefällt mir gar nicht

Wie stark fühlst du dich durch das belastet, was in der Schule von dir verlangt wird?

4-teilig: überhaupt nicht belastet – ein bisschen belastet – ziemlich stark belastet – sehr stark belastet

Wie glaubst du, beurteilen deine LehrerInnen deine Schulleistungen insgesamt im Vergleich zu den Leistungen deiner MitschülerInnen:

4-teilig: sehr gut – gut – durchschnittlich – unter dem Durchschnitt

Die SchülerInnen in meiner Klasse sind gerne zusammen.

Die meisten in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit.

Meine MitschülerInnen akzeptieren mich so wie ich bin.

Wenn es einem Schüler oder einer Schülerin in meiner Klasse schlecht geht, versuchen die MitschülerInnen ihm oder ihr zu helfen.

Die SchülerInnen meiner Klasse gehen respektvoll miteinander um.

5-teilig: stimmt genau – stimmt – weder richtig noch falsch – stimmt nicht – stimmt überhaupt nicht

6.2.3.3 Schulverhältnisse der Wiener SchülerInnen

Am besten gefällt es den 11-jährigen Burschen und Mädchen in der Schule. Geben in diesem Alter noch knapp die Hälfte (49,5%) aller SchülerInnen an, dass es ihnen in der Schule sehr gut gefällt, so sinkt dieser Prozentsatz im Alter von 17 Jahren auf 22,7% bei den Burschen und sogar auf 11,4% bei den Mädchen (Abb. 6.31).

Insgesamt berichten rund 80% der Wiener SchülerInnen, durch die Schule belastet zu sein; wobei 50–60% der Kinder und Jugendlichen ein geringes Ausmaß an schulischer Belastung angeben. 20–30% der SchülerInnen fühlen sich ziemlich oder sehr stark schulisch belastet. Die schulische Belastung steigt mit dem Alter: Am stärksten fühlen sich Burschen mit 13 (31,6%) und mit 15 Jahren (28,8%) belastet. Bei den Mädchen wird die höchste Belastung mit 15 (31,4%) und mit 17 Jahren (31,4%) angegeben (Abb. 6.32).

20–30% der SchülerInnen fühlen sich ziemlich oder sehr stark schulisch belastet.

Abbildung 6.31: Schulzufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

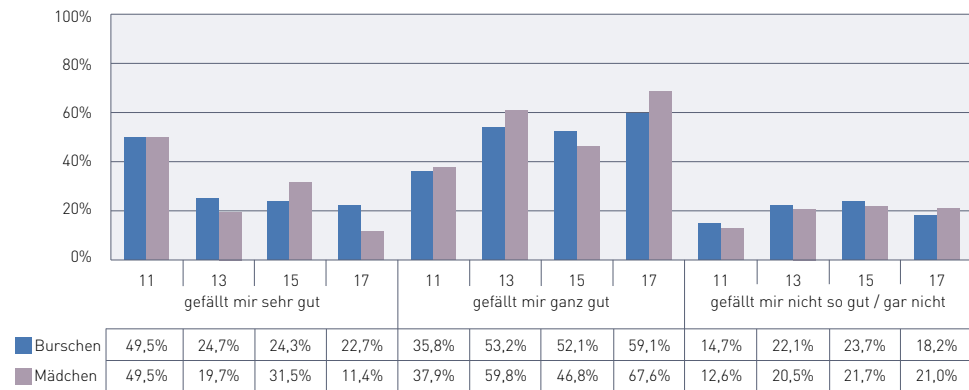


Abbildung 6.32: Belastung durch die Schule bei den 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

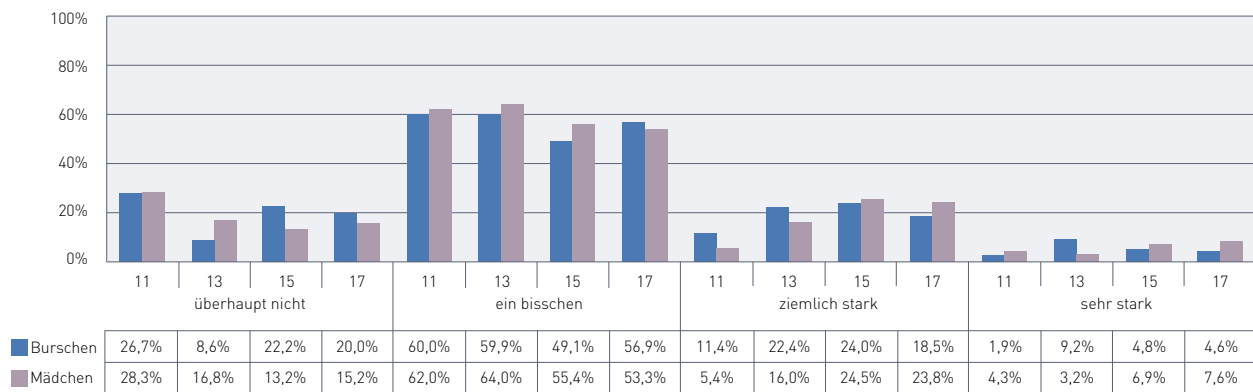
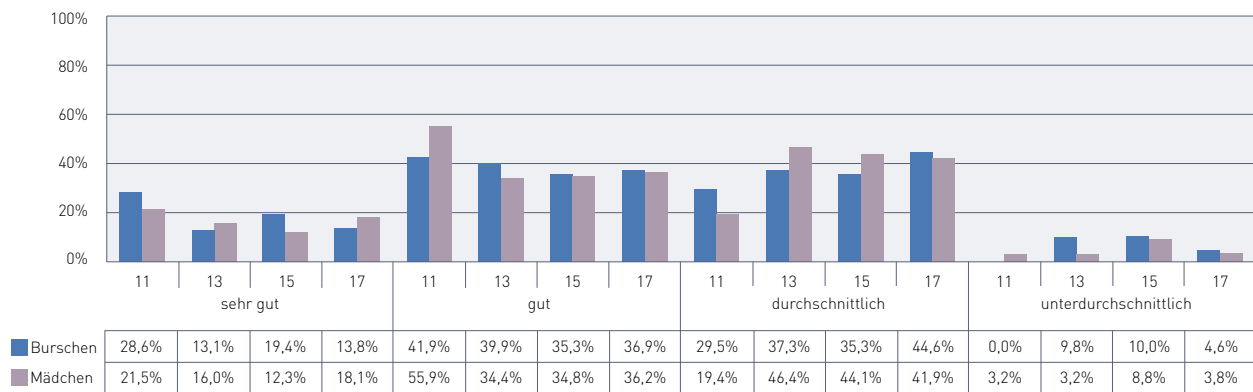


Abbildung 6.33: Schulleistungen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

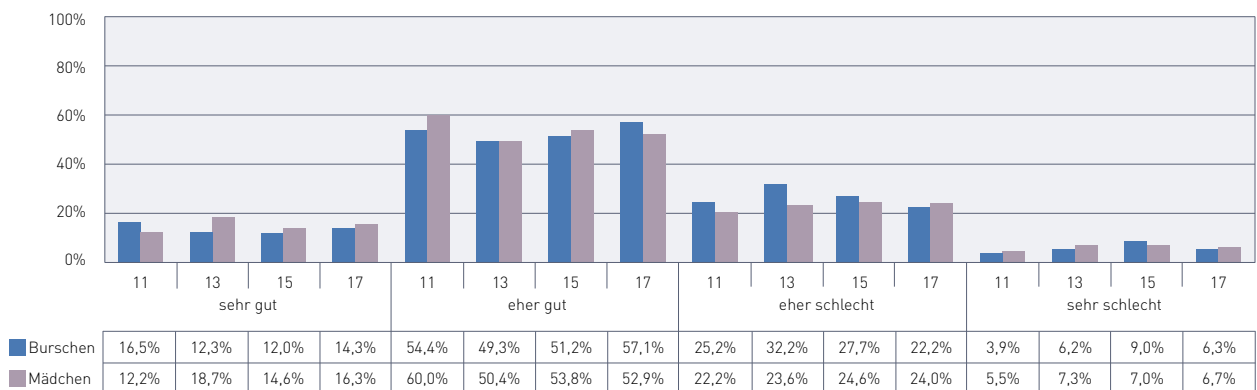


Die 11-jährigen Burschen und Mädchen fühlen sich auch am besten durch die LehrerInnen beurteilt. Über 70% der Wiener SchülerInnen dieses Alters geben an, sehr gut oder gut beurteilt zu werden. Bei den 13-, 15- und 17-jährigen SchülerInnen sinkt dieser Prozentsatz auf rund 50% und bleibt über die Jahre weitestgehend konstant. Am häufigsten fühlen sich Burschen im Alter von 13 (9,8%) und 15 Jahren (10%) und Mädchen im Alter von 15 Jahren (8,8%) unterdurchschnittlich beurteilt (Abb. 6.33).

Knapp mehr als die Hälfte der Wiener SchülerInnen geben an, ein eher gutes Verhältnis zu ihren MitschülerInnen zu haben. Die Beziehungen zwischen den Schülerinnen und Schülern bleiben über das Alter hinweg relativ konstant, und auch bezüglich des Geschlechts lassen sich hier keine Unterschiede feststellen (Abb. 6.34).

Knapp mehr als die Hälfte der Wiener SchülerInnen geben an, ein eher gutes Verhältnis zu ihren MitschülerInnen zu haben.

Abbildung 6.34: SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehungen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht



6.2.3.4 Schulische Determinanten und subjektive Gesundheit

Generell konnte ein starker Einfluss der schulischen Determinanten auf die subjektive Gesundheit der Wiener SchülerInnen beobachtet werden. Besonders stark steigt die Wahrscheinlichkeit der Burschen und Mädchen an, ihre subjektive Gesundheit als ausgezeichnet zu bezeichnen, wenn die Schulleistung oder die Schulzufriedenheit als sehr gut eingestuft wird. Ein ähnlicher, wenngleich etwas schwächerer Zusammenhang zeigt sich, wenn sich SchülerInnen durch die Schule überhaupt nicht belastet fühlen. Die SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehung weist von den untersuchten Determinanten den geringsten, aber dennoch relevanten Einfluss auf die Einschätzung der subjektiven Gesundheit auf (Tab. 6.20).

Die Beschwerdelast wird ebenfalls stark von den untersuchten schulischen Determinanten beeinflusst. Sowohl die Schulzufriedenheit als auch die schulische Belastung und die Schulleistungen weisen einen hochsignifikanten, starken Einfluss auf die angegebenen Beschwerden der Wiener SchülerInnen auf. Am stärksten ist der Einfluss durch das Ausmaß der Schulbelastung: so geben Kinder und Jugendliche, welche sich durch die Schule überhaupt nicht belastet fühlen, eine durchschnittliche Beschwerdelast von 30,1 auf einer Skala von 0 (keinerlei Beschwerden) bis 100 (höchstmögliche Beschwerdelast) an. Bei Burschen und Mädchen, die

Besonders stark steigt die Wahrscheinlichkeit der Burschen und Mädchen an, ihre subjektive Gesundheit als ausgezeichnet zu bezeichnen, wenn die Schulleistung oder die Schulzufriedenheit als sehr gut eingestuft wird.

Sowohl die Schulzufriedenheit als auch die schulische Belastung und die Schulleistungen weisen einen hochsignifikanten, starken Einfluss auf die angegebenen Beschwerden der Wiener SchülerInnen auf.

sich durch die Schule stark belastet fühlen, steigt dieser Wert auf 43,1. Die Beziehung zwischen den SchülerInnen und SchülerInnen hat ebenfalls einen relevanten, wenn auch weniger starken Effekt auf die Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen (Abb. 6.35).

Tabelle 6.20: Schulverhältnisse und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

| | Subjektive Gesundheit (ausgezeichnet) | | |
|---|---------------------------------------|------------------------|-------------|
| | OR | 95% Konfidenzintervall | |
| | | Unterer Wert | Oberer Wert |
| Schulzufriedenheit („gefällt mir sehr gut“) | 2,024*** | 1,530 | 2,678 |
| Schüler-Schüler-Beziehung (sehr gute Beziehung) | 1,710** | 1,193 | 2,451 |
| Schulische Belastung (überhaupt nicht belastet) | 1,874*** | 1,349 | 2,603 |
| Schulleistungen (sehr gut) | 2,073*** | 1,491 | 2,883 |

(OR = Odds Ratio), *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; # n.s.

Abbildung 6.35: Schulverhältnisse und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

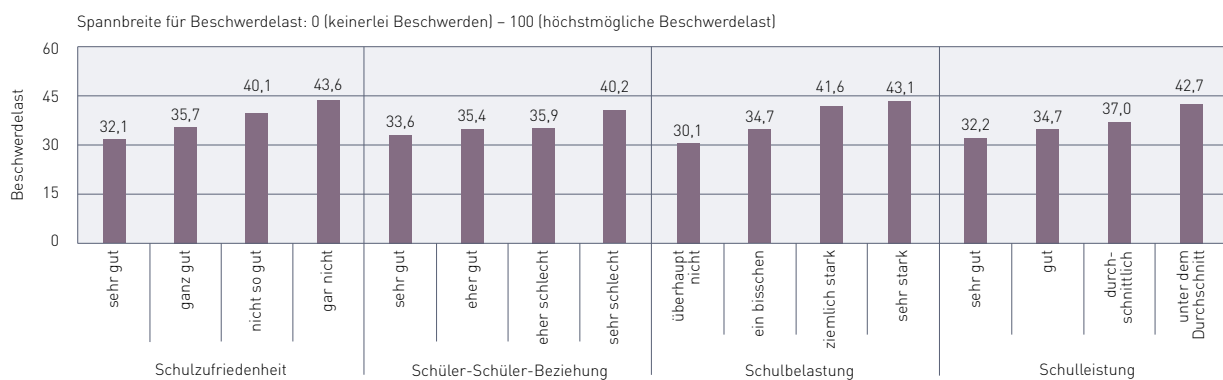
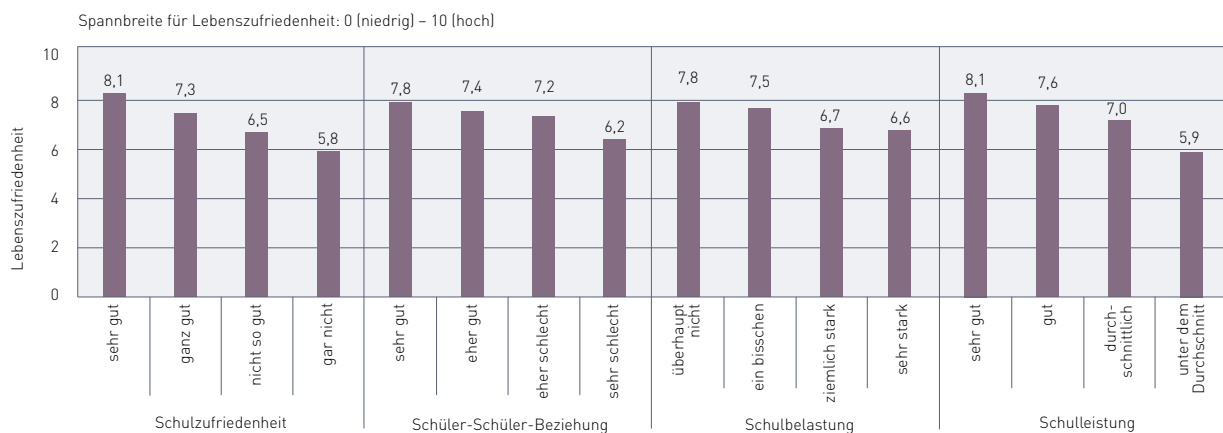


Abbildung 6.36: Schulverhältnisse und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen



Einen noch stärkeren Effekt haben Schulzufriedenheit und Schulleistungen auf die Einschätzung der Lebenszufriedenheit der Wiener Kinder und Jugendlichen: Gefällt es den SchülerInnen in der Schule gar nicht oder fühlen sie sich unterdurchschnittlich beurteilt, so wird eine mittlere Lebenszufriedenheit von unter 6 angegeben. Dieser Wert steigt auf über 8, wenn es den Burschen und Mädchen in der Schule sehr gut gefällt und/oder ihre Schulleistung als sehr gut beurteilt wird. Die Beziehung zwischen den SchülerInnen und SchülerInnen weist ebenfalls einen starken Effekt auf die Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen auf. Den geringsten, allerdings immer noch mittelstarken Effekt auf die Lebenszufriedenheit hat hier die schulische Belastung (Abb. 6.36).

6.2.3.5 Schulische Determinanten und Gesundheits- und Risikoverhalten

Schulische Variablen hängen nur teilweise mit dem Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen zusammen. Es zeigt sich aber, dass SchülerInnen, denen es in der Schule sehr gut gefällt und/oder die sehr gute Schulleistungen haben, eher NichtraucherInnen sind. Dies betrifft natürlich vor allem die älteren SchülerInnen. Bei SchülerInnen, die eine sehr gute Beziehung zu den MitschülerInnen oder sehr gute Schulleistungen angeben, ist ein erhöhter Konsum von Obst oder Gemüse festzustellen. Des Weiteren ergaben die Analysen ein stark vermindertes Risiko, wöchentlich Alkohol zu konsumieren, wenn die Schulzufriedenheit mit sehr gut eingestuft wurde (Tab. 6.21).

Tabelle 6.21: Schulverhältnisse und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

| OR (CI-95) | Obst oder Gemüse (täglich) | Süßigkeiten und süße Limonaden (täglich) | Rauchen (gar nicht) | Alkoholkonsum (wöchentlich) | Cannabiskonsum jemals (nein) | Verhütung beim letzten Geschlechtsverkehr (ja) |
|---|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Schulzufriedenheit („gefällt mir sehr gut“) | 1,269 [#] (0,968-1,663) | 0,778 [#] (0,968-1,663) | 2,518 ^{***} (1,739-3,647) | 0,369 ^{***} (0,234-0,582) | 1,282 [#] (0,801-2,050) | 0,298 [#] (0,079-1,123) |
| Schüler-Schüler-Beziehung (sehr gute Beziehung) | 1,779 ^{**} (1,247-2,538) | 1,007 [#] (0,708-1,432) | 0,947 [#] (0,629-1,426) | 1,264 [#] (0,799-1,998) | 1,467 [#] (0,800-2,689) | 1,244 [#] (0,742-2,085) |
| Schulische Belastung (überhaupt nicht belastet) | 1,103 [#] (0,799-1,523) | 0,953 [#] (0,690-1,315) | 1,157 [#] (0,784-1,706) | 0,869 [#] (0,551-1,368) | 1,135 [#] (0,671-1,920) | 1,386 [#] (0,869-2,211) |
| Schulleistungen (sehr gut) | 1,785 ^{**} (1,287-2,474) | 1,000 [#] (7,23-1,383) | 2,827 ^{***} (1,732-4,615) | 0,848 [#] (0,535-1,345) | 1,347 [#] (0,767-2,365) | 0,585 [#] (0,339-1,007) |

(OR = Odds Ratio, CI-95 = 95%iges Konfidenzintervall)

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; # n.s.

Die hier untersuchten schulischen Determinanten haben keinen Einfluss auf das Bewegungsverhalten der Wiener SchülerInnen (Abb. 6.37). Das sitzende Freizeitverhalten der Kinder und Jugendlichen wird mittelstark von der Schulzufriedenheit, der SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehung und der beurteilten Schulleistung beeinflusst (Abb. 6.38). Bezüglich der Schulbelastung konnte kein Einfluss auf das Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen festgestellt werden.

Abbildung 6.37: Schulverhältnisse und Bewegungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

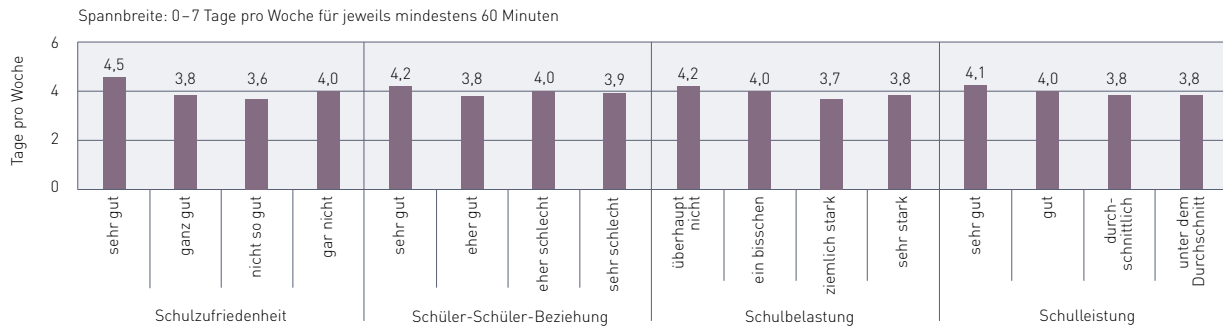
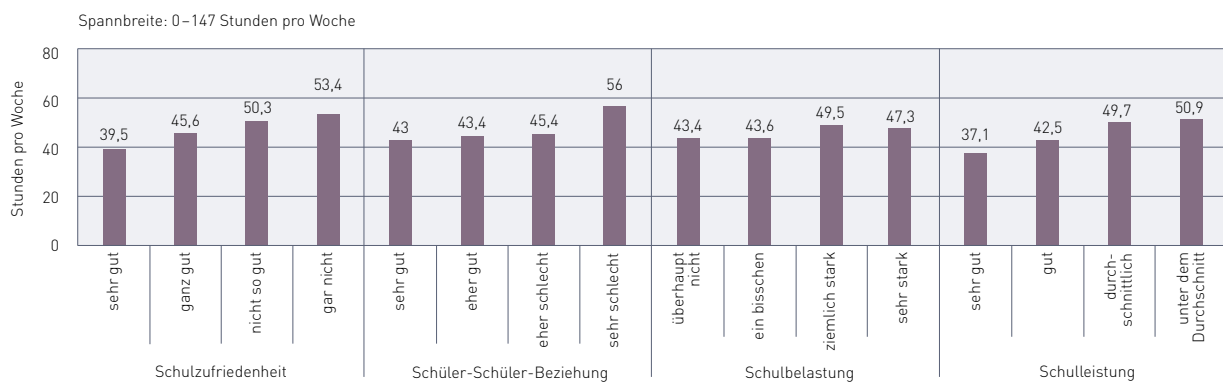


Abbildung 6.38: Schulverhältnisse und sitzendes Verhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen



6.2.4 Resümee

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit dem Einfluss von sozioökonomischem Status, psychosozialer Familiensituation und schulischen Determinanten auf die Gesundheit sowie auf das Gesundheits- und Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen. Die Stärke der Effekte wurde mittels Odds Ratio (Beschreibung siehe Tab. 6.16) und Cohen's d^3 bestimmt. Cohen's d ist ein Maß für die Effektgröße von Mittelwertunterschieden zwischen zwei Gruppen, welches zur Beurteilung der praktischen Relevanz eines signifikanten Ergebnisses herangezogen wird. Werte von 0,2 werden dabei als kleine, 0,5 als mittelstarke und 0,8 als starke Effekte interpretiert. Das Vorzeichen gibt die Richtung des Zusammenhangs an. Diese ist abhängig davon, welche Kategorie als Referenzwert herangezogen wird. Die Effektgrößen Cohen's d sind für die untersuchten Variablen in Tabelle 6.22 abgebildet. Die erstgenannte Kategorie stellt hierbei immer den Referenzwert dar.

3. Die Wahl der Maßzahl ist abhängig vom Messniveau der jeweiligen Variablen.

Tabelle 6.22: Effektstärken der Gesundheitsdeterminanten auf die Gesundheit und das Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen

| Effektstärke Cohen's D | Beschwerdelast | Lebens-zufriedenheit | Bewegungs-verhalten | Sitzendes Verhalten |
|--|----------------|----------------------|---------------------|---------------------|
| Familienwohlstand (gering/hoch) | -0,40 | 0,52 | 0,16 | -0,30 |
| Zuwendung der Mutter (geringes/hohes Ausmaß) | -1,12 | 1,30 | 0,49 | kein Effekt |
| Zuwendung des Vaters (geringes/hohes Ausmaß) | -0,90 | 0,94 | 0,22 | kein Effekt |
| Kommunikation mit der Mutter (sehr schwer/sehr leicht) | -0,69 | 0,71 | kein Effekt | -0,23 |
| Kommunikation mit dem Vater (sehr schwer/sehr leicht) | -0,61 | 0,73 | 0,29 | kein Effekt |
| Schulzufriedenheit (gar nicht/gefällt mir sehr gut) | -0,89 | 1,05 | kein Effekt | 0,51 |
| Schüler-Schüler-Beziehung (schlechte/gute Beziehung) | -0,47 | 0,80 | kein Effekt | 0,41 |
| Schulische Belastung (sehr stark/überhaupt nicht) | -0,98 | 0,56 | kein Effekt | kein Effekt |
| Schulleistungen (unterdurchschnittlich/sehr gut) | -0,80 | 1,08 | kein Effekt | 0,48 |

[Cohen's d: kleiner Effekt = 0,2; mittlerer Effekt = 0,5; großer Effekt = 0,8]

Der sozioökonomische Status weist insgesamt einen geringen bis mittelstarken Einfluss auf die untersuchten Gesundheitsvariablen auf. Am stärksten ist dieser Effekt bei der subjektiven Gesundheit und der Lebenszufriedenheit der Wiener SchülerInnen, die jeweils bei Kindern und Jugendlichen aus Familien, die einem niedrigerem Wohlstandsniveau zugerechnet werden können, schlechter eingestuft wurden als bei SchülerInnen aus wohlhabenderen Familien.

Die psychosoziale Familiensituation hat den stärksten Einfluss der hier untersuchten Determinanten auf die Gesundheit sowie auf das Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen, wobei die empathische Zuwendung der Eltern hier am höchsten zu bewerten ist. Demnach geben Kinder und Jugendliche, welche ein hohes Ausmaß an elterlicher Zuwendung erfahren, eine deutlich bessere subjektive Gesundheit, eine stark verringerte Beschwerdelast und eine besonders hohe Lebenszufriedenheit an. Auch das Risiko, dass SchülerInnen rauchen, kann durch ein hohes Ausmaß elterlicher Zuwendung und eine offene Kommunikation mit den Eltern stark verringert werden.

Die einzelnen schulischen Determinanten weisen ebenfalls einen starken Zusammenhang mit der Gesundheit sowie dem Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen auf. Demnach führen eine hohe Schulzufriedenheit, sehr gut beurteilte Schulleistungen, eine sehr gute Beziehung zwischen den Schülerinnen und Schülern und eine geringe schulische Belastung zu einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit, eine ausgezeichnete subjektive Gesundheit zu haben. Auch das Risiko zu rauchen oder wöchentlich Alkohol zu konsumieren kann durch ein gutes Schulverhältnis stark verringert und der Obst- und Gemüsekonsum erhöht werden.

Die psychosoziale Familiensituation hat den stärksten Einfluss.

Literatur

- Albert, Mathias/Hurrelmann, Klaus/Quenzel, Gudrun/Shell Deutschland Holding (ed.) (2010): *Jugend 2010*. 16. Shell Jugendstudie 2010: Eine pragmatische Generation behauptet sich. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Bond, Lyndal/Butler, Helen/Thomas, Lyndal/Carlin, John/Glover, Sara/Bowes, Glenn/Patton, George (2007): Social and School Connectedness in Early Secondary School as Predictors of Late Teenage Substance Use, Mental Health, and Academic Outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40 (4), 357.
- Currie, Candace (ed.) (2008): *Inequalities in young people's health*. HBSC international report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (Health Policy for Children and Adolescents. 5.)
- Currie, Candace/Molcho, Michal/Boyce, William/Holstein, Bjorn/Torsheim, Torbjorn/ Richter, Matthias (2008): Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine*, 66 (6), 1429-1436.
- Ellsäßer, Gabriele (2002): Kinderunfälle – Konsequenzen für die Prävention. *Forum Public Health, Kinder und Jugendliche* 37.
- Garmiene, Asta/Zemaitiene, Nida/Zaborskis, Apolinaras (2006): Family time, parental behaviour model and the initiation of smoking and alcohol use by ten-year-old children: an epidemiological study in Kaunas, Lithuania. *BMC Public Health*, 6 (287).
- Griebler, Robert/Molcho, Michal/Samdal, Oddrun/Inchley, Jo/Dür, Wolfgang/Currie, Candace (eds.) (2010): *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization Cross-National Study*. Internal research Protocol for the 2009/2010 Survey. Vienna: LBIHPR, Edinburgh: CAHRU.
- Griesbach, Dawn/Amos, Amanda/Currie, Candace E. (2003): Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science & Medicine*, 56 (1), 41-52.
- Ravens-Sieberer, Ulrike/Freeman, John/Kokonyei, Gyongyi/Thomas, Christiane A./Erhart, Michael (2009): School as a determinant for health outcomes – A structural equation model analysis. *Health Education*, 109 (4), 342-356.
- Roeser, Robert W./Eccles, Jacquelynne S./Sameroff, Arnold J. (2000): School as a context of early adolescents' academic and socio-emotional development: A summary of research findings. *Elementary School Journal*, 100 (5), 443-471.
- Samdal, Oddrun/Wold, Bente/Torsheim, Torbjorn (1998): The relationship between students perception of school and their reported health and quality of life. In: Currie, C. (ed.): *Health behaviour in school-aged children*. Research protocol for the 1997-98 survey. Edinburgh: University of Edinburgh. 51-55.
- Stevens, Gregory D. (2006): Gradients in the Health Status and Developmental Risk of Young Children: The Combined Influences of Multiple Social Risk Factors. *Maternal and Child Health Journal*, 10 (2), 187-199.
- Todd, Joanna/Smith, Rebecca/Levin, Kate/Inchley, Jo/Currie, Dorothy/Currie, Candace (2007): *Family structure and relationships and health among schoolchildren*. Edinburgh: Child & Adolescent Health Research Unit, The University of Edinburgh.



Bild links, gezeichnet von: Lisa, 11 Jahre; Bild rechts, gezeichnet von: Nadja, 11 Jahre

Lebensraum Kindergarten und Schule

7.1 Gesundheitsförderung in den städtischen Wiener Kindergärten

Eva Reznicek

Die beste Gesundheitsfürsorge ist laut WHO (Weltgesundheitsorganisation) „Menschen zu befähigen, für ihr eigenes Wohlergehen zu sorgen und für gesunde Lebensbedingungen einzutreten“.

In Wien werden in privaten und städtischen Kinderbetreuungseinrichtungen insgesamt etwa 84.000 Betreuungsplätze angeboten (Mai 2010). Die MA 10 – Wiener Kindergärten stellt in den 360 städtischen Krippen, Kindergärten und Horten mit rund 36.500 Plätzen etwa die Hälfte aller benötigten Plätze zur Verfügung. Sie fördert aber auch viele private Tagesbetreuungseinrichtungen (mit rund 47.500 Plätzen inklusive Tageseltern und Kindergruppen). Somit steht den Eltern in ganz Wien ein dichtes Betreuungsnetz zur Verfügung.

Durch die Implementierung des Wiener Bildungsplanes im Jahr 2006 wurde die Bedeutung des Kindergartens als elementare Bildungseinrichtung nachhaltig transparent gemacht. Ausgehend vom Wiener Bildungsplan und dem darin enthaltenen Kompetenzmodell wird dem Kind **ganzheitliche Bildung** auf dem Weg ins Leben mitgegeben. Ein wichtiger Aspekt dieser Bildung ist die umfassende Sicht auf die Förderung und Erhaltung der Gesundheit. Werden die Kinder im Bildungsprozess in ihrer Ganzheit erfasst, so werden Lernprozesse automatisch in allen Kompetenzbereichen ausgelöst und die Entfaltung ihrer Lernkompetenz ermöglicht.

7.1.1 Gesunde Ernährung

Hochwertiges Essen und Trinken ist ein wichtiger Baustein für gesunde Entwicklung, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit von Kindern (siehe auch Kapitel 7.2 Bedeutung von gesunder Ernährung im Kindesalter).

Mittagessen, Gabelfrühstück und Jause sind im Kindergarten und Hort **saisonal und regional** ausgerichtet. Die Eltern können für ihr Kind aus **drei Menüvariationen** auswählen (ausgewogene Mischkost, Menüs ohne Schweinefleisch oder Vegetarisches und Fisch). Die Lieferfirma der MA 10 – Wiener Kindergärten konzipiert gemeinsam mit ErnährungsphysiologInnen **Menüs nach alters- und entwicklungsgerechten Grundsätzen**. Die Speisen werden frisch gekocht, pasteurisiert und zweimal wöchentlich angeliefert. Vor Ort werden die Speisen im Kühlschrank gelagert und erst unmittelbar vor der Mahlzeit im Heißluftofen erwärmt. Die gesunden Speisen werden auch optisch ansprechend angeboten.

Hohe Speisenqualität und schonende Zubereitungsmethoden garantieren den Erhalt von wichtigen Vitaminen und Nährstoffen. Bei der Zubereitung werden keine Geschmacksverstärker, Konservierungsmittel (außer Nitritpökelsalz) und Farbstoffe sowie keine problematischen Zusatzstoffe wie Glutamat verwendet. Der Bioanteil der Rohprodukte liegt bei über 50%, bei Milchprodukten sogar weit darüber. **Frisches Obst, Wasser und Getränke sind für die Kinder jederzeit zugänglich.**

Das Speisenangebot wird auf Basis der Rückmeldungen und Erfahrungswerte aus einer Arbeitsgruppe mit KindergartenpädagogInnen abgestimmt.

Auch beim **gemeinsamen Kochen** mit den Kindern im Kindergarten wird auf gesunde, hochwertige Zutaten Wert gelegt. In vielen Kindergärten haben PädagogInnen gemeinsam mit Kindern kleine Gemüsebeete oder Kräuterspiralen angelegt.

Hygiene und Sicherheit

Strenge Qualitätskriterien und Kontrollen der Qualitätssicherung der Essenslieferfirma mit modernsten Untersuchungsmethoden sowie die Erfüllung wichtiger Qualitäts-, Sicherheits- und Hygienevorschriften garantieren optimale Qualität.

Zertifizierungen wie **HACCP-Hygiene-Zertifizierung**, International Food Standard (IFS)-Zertifizierung und BIO-Zertifikat (durchgeführt durch die Austria BIO-Garantie) sind wichtige Kriterien in den Ausschreibungen für die Essenslieferfirmen.

Regelmäßige Schulungen der MitarbeiterInnen sorgen für den richtigen und sicheren Umgang mit dem sensiblen Produkt Lebensmittel.

7.1.2 Bewegung als Basis für Lernprozesse und Gesundheit

Der körperliche Bewegungs- und Erforschungsdrang und damit alles im dreidimensionalen Raum Erfahrene sind die Grundlage für die Vorstellungswelt des Kindes. Bewegung ist damit eine wesentliche Voraussetzung für Bildungsprozesse.

„Motorische Fähigkeiten und körperliche Leistungsfähigkeit gehen beim jungen Kind eng mit seiner geistigen, seelischen und sozialen Entwicklung einher. Das Gefühl, etwas zu können, wird durch **körperliche Geschicklichkeit und Sicherheit** ausgelöst. Bewegung ist hier ein wesentlicher Faktor zur Verwirklichung eines **umfassenden Gefühls von Wohlergehen**. Körpererfahrungen haben somit einen wesentlichen Einfluss auf das (positive) Selbstkonzept des Kindes. Durch die Bewegung des Körpers werden aber auch Gefühle ausgedrückt und mitgeteilt, zugleich erzeugt Bewegung selbst wieder Gefühle.

Mädchen und Buben lernen im Kindergarten Verantwortung für ihr eigenes Wohlergehen zu übernehmen, indem sie lernen, ihre Gefühle und Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren. Sie erleben sich als hungrig, durstig, verletztlich, glücklich und anderes mehr und drücken dies auch aus.

Über den kompetenten Umgang mit dem eigenen Körper und den eigenen Gefühlen lernen Kinder auch mit anderen Menschen verantwortungsvoll umzugehen. Diese körperliche und soziale Sicherheit und das im Kindergarten vermittelte Wissen über gesundheitsbewusstes Leben fördern ihre Autonomie.

Das Entwickeln eigener Problemlösungsstrategien und das Erleben, auch in Belastungssituationen Einfluss auf die Umwelt nehmen zu können (Selbstwirksamkeit), fördert nicht nur das aktuelle Wohlbefinden, sondern auch die **Entwicklung von Widerstandskraft (Resilienz)** als Vorbereitung für die Bewältigung zukünftiger Stress- und Problemsituationen.

Die **Bildungsaufgabe des Kindergartens** umfasst das Erleben, Erfahren und Reflektieren von physischem und psychischem Wohlergehen. Ausgehend von vollwertiger Ernährung über ein breites Bewegungsangebot bis zu Maßnahmen hinsichtlich Psychohygiene ist das individuelle Wohlbefinden Ausgangspunkt für andere Lernprozesse.

Lernfelder bzw. Themen, die im Kindergarten bearbeitet werden, sind z. B. Ernährung, Körperpflege, Gefühle etc., in weiterer Folge dann auch Integration, Behinderungen oder etwa Ernährungsprobleme.“¹

Motorische Fähigkeiten und körperliche Leistungsfähigkeit gehen beim jungen Kind eng mit seiner geistigen, seelischen und sozialen Entwicklung einher.

1. Cochlar D. et al. (2006) MA 10 – Wiener Kindergärten „Bildungsplan“, S. 44

Standards zur Bewegung und Raumgestaltung

Laufen, Springen und Toben – Kinderwelt ist Bewegungswelt

Kinder bewegen sich aus Freude, Spaß und Lust. Die Freude an der Bewegung beeinflusst ihre Entwicklung positiv. Im Kindergarten gibt es **täglich vielfältige Bewegungsmöglichkeiten** und Erfahrungsräume im Alltag, ob im Garten, bei Ausflügen oder im Raum: Laufen, Springen, Klettern oder etwa Balancieren fördert bzw. trainiert die grob- und feinmotorischen Fähigkeiten. Mit vielen unterschiedlichen Bewegungserfahrungen wird dem Bewegungsmangel bereits in der Krippe und im Kindergarten entgegengewirkt und Atmungs-, Haltungs- und Fußschäden vorgebeugt. Geschickte, wendige Kinder haben größere körperliche Sicherheit. **Turnen, Tanzen und rhythmische Erziehung oder selbstgestaltete Bewegungsbaustellen** fördern Intelligenz, Sozialverhalten, Selbstkompetenz und individuelle Leistungsbereitschaft.

Sich trauen macht selbstbewusst! Je geschickter die Kinder werden, umso mehr Sicherheit und Selbstvertrauen bekommen sie. Bei ihren Bewegungserfahrungen lernen sie Gefahren einzuschätzen – ein wichtiger Schritt, um Unfälle zu vermeiden.

Im Kindergarten gibt es täglich vielfältige Bewegungsmöglichkeiten und Erfahrungsräume im Alltag.

Sich trauen macht selbstbewusst!

Kindergarten als Lebensraum – Bewegungsraum

Die Räume des Kindergartens sind so geplant und ausgestattet, dass sie Impulse für die körperliche, emotionale, soziale und kognitive Entwicklung der Kinder bieten. Die räumlichen Ressourcen des gesamten Kindergartens werden bestmöglich genutzt, so werden Stiegenhaus, Halle, Gang und Garten als Räume für Bewegung und Spiel herangezogen. Gut durchdachte und **gemeinsam mit den Kindern funktionell gestaltete Raumplanung** schafft große Freiflächen, die viel Bewegungsfreiheit bieten. Spielteppiche, niedere Konstruktionstische, Podeste, Kuschelkörbe, Kriechtunnel und vieles mehr bereichern den Raum und laden zum Experimentieren ein.

7.1.3 Gesundheitsfördernde Maßnahmen – Vorsorgeangebote

In städtischen Kinderkrippen, Kindergärten und Kinderhorten stehen allen Familien – unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten – vielfältige, mit keinen Zusatzkosten verbundene Vorsorgeangebote für die Gesundheitsförderung der Kinder offen (siehe Kapitel 8 Versorgungsstrukturen in Wien).

Prüfung der Sprach- und Sprechfähigkeit

Seit 2004 werden Untersuchungen der Sprach- und Sprechfähigkeit aller vierjährigen Kinder in städtischen Kinderbetreuungseinrichtungen durch SprachheilpädagogInnen angeboten. Diese Untersuchung ist kostenlos. Bei Sprachdefiziten kann rechtzeitig vor dem Schuleintritt des Kindes mit einer Sprachförderung begonnen werden.

Zahnprophylaxe

Je nachdem, wo bei den Kindern erhöhte Häufigkeit von Zahnschäden, Kariesbefall etc. beobachtet wird, kommen im Auftrag der Wiener Gesundheitsförderung (WIG) und der Wiener Krankenversicherungsträger zweimal jährlich ZahngesundheitserzieherInnen in die Einrichtungen, um mit den Kindern zu arbeiten. Spielerisch werden Themen wie Zahnformen, Kariesentstehung, Angstabbau vor dem Besuch bei Zahnärztin oder Zahnarzt und zahngesunde Ernährung erarbeitet und das Zähneputzen praktisch geübt. In Form von Elternabenden oder Infostationen können auch die Eltern einbezogen werden (vgl. auch Kapitel 4.2.11 Zahngesundheit).

Entwicklungsförderung für Kinder in den Wiener Kindergärten der MA 10

Bei Auffälligkeiten in der Entwicklung eines Kindes, die in städtischen Kindergärten und Horten erkannt werden, stehen den PädagogInnen und Eltern SpezialistInnen wie SonderkindergartenpädagogInnen, PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen oder SprachheilpädagogInnen ohne Zusatzkosten beratend zur Seite (siehe Kapitel 8 Versorgungsstrukturen in Wien).

Aktuelle Maßnahmen und Projekte zur Gesundheitsförderung

Die folgenden Projekte werden zentral von der MA 10 beziehungsweise von anderen Magistratsabteilungen und Organisationen initiiert und organisiert. Kindergärten und Horte der Stadt Wien entscheiden autonom, ob sie das Angebot wahrnehmen wollen und ob es für den jeweiligen Standort geeignet ist. Die Planung, Abwicklung und Durchführung dieser Projekte finden sehr individuell statt und orientieren sich stets an den speziellen Rahmenbedingungen der Kindergärten.

- Im Rahmen der Apfelaktion am Wiener Rathausplatz wurde von engagierten PädagogInnen im April 2010 die Broschüre „Der Apfel im Kindergarten“² an die PädagogInnen der Kindergartengruppen der MA 10 verteilt. Die Broschüre, die in Kooperation mit dem Steiermark-Tourismus erstellt wurde, setzt einen wichtigen Impuls für gesunde Ernährung und soll Lust auf frisches Obst machen.
- „BioSchatztruhen“: In Kooperation mit der AMA (Agrarmarkt Austria Marketing GesmbH) wurden „BioSchatztruhen“ entwickelt und 2010 an ausgewählte Kindergärten verteilt. Diese BioSchatztruhen enthalten eine Lehr- und Lernmaterialsammlung zum Thema „Biologische Landwirtschaft“ und „Bio-Lebensmittel“ sowie kreatives Spiel- und Arbeitsmaterial zum Thema „Bio“ für Kinder von 3 bis 10 Jahren.
- „Ich helfe mir, ich helfe dir“: In Kooperation mit dem Roten Kreuz erfahren Kinder Wissenswertes über die Arbeit der SanitäterInnen und lernen dabei einfache Hilfestellungen bei Verletzungen kennen, z. B. die Versorgung einer Wunde mit einem Pflaster. Das Programm wird in die Bildungsarbeit im Kindergarten eingebunden. Im Mai 2011 haben bereits 100 Kindergärten teilgenommen. Das Angebot besteht auch weiterhin.
- „Kinder gesund bewegen“³: Im Rahmen dieser Initiative des Sportministeriums werden in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Bundes-Sportorganisation und den Sportdachverbänden ASKÖ, ASVÖ und SPORTUNION jedem Kindergarten und Hort 10 Einheiten (Personenstunden) Bewegungsförderung zur Verfügung gestellt und von Vereinen der Dachverbände erbracht.

Die Angebote haben zum Ziel – auf keinen Fall bevormundend –, Bewegungsmangel als mögliche Ursache für Fettleibigkeit oder Haltungsschäden zu bekämpfen. Dabei wollen sie individuell unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen zusätzlich zu schon Vorhandenem die PädagogInnen dabei unterstützen, ihre Konzepte zur Bewegungsförderung bei Kindern zu optimieren.

- Unter dem Motto „Wirbeltrix – gesund wie nix“ betreiben PhysiotherapeutInnen der MA 51 – Sportamt physiotherapeutische Bewegungs- und Haltungsförderung in Kindergärten. Die Kinder erlernen spielerisch mit Übungen für die Wirbelsäule, dass richtig ausgeführte, tägliche Bewegung die Gesundheit erhält und zum Wohlfühlen beiträgt.
- **Gemüsebeete für Wiener Kindergärten:** Im Rahmen einer Kooperation mit der MA 42 und der AMA entstanden 2011 bereits zum dritten Mal 24 Gemüsebeeten in den Wiener Kindergärten. Die Anlage und Bepflanzung der Gemüsebeete erfolgt im April und Mai durch die SchülerInnen der Berufsschule für Gartenbau und Floristik, ebenso die fachliche und praktische Beratung. Das Pflanzmaterial wird von der MA 42 zur Verfügung gestellt.

2. <http://www.wien.gv.at/bildung/kindergarten/pdf/apfelbibel.pdf>

3. www.kindergesundbewegen.at

7.2 Bedeutung von gesunder Ernährung im Kindesalter

Petra Rust, Elisabeth Höld, Parisa Bayaty, Karoline Sahl

Bereits in der Kindheit werden **Lebensstil und gesundheitsförderndes Verhalten** geprägt. Wachstumsbedingt ist der Energie- und Nährstoffbedarf im Verhältnis zum Körpergewicht in der frühen Kindheit besonders hoch. Zudem finden physiologische und psychologische Entwicklungen statt. Diese können durch Ernährung, Bewegung und diverse Umweltfaktoren beeinflusst werden. So kann eine **bedarfsgerechte Ernährung** das Wachstum unterstützen, die Leistungsfähigkeit fördern und ernährungsbedingte Erkrankungen, wie z. B. Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, vorbeugen.

7.2.1 Die optimierte Mischkost

Ein **gesundes Ernährungskonzept** für die ganze Familie stellt die vom Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund entwickelte optimierte Mischkost „**optimiX**“ dar. Sie vereint ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse, Ernährungsgewohnheiten und Lebensmittelvorlieben von Kindern und Jugendlichen. Die Verzehrsempfehlungen basieren auf **fünf Mahlzeiten pro Tag** (zwei kalte und eine warme Mahlzeit sowie zwei Zwischenmahlzeiten). Durch eine an „**optimiX**“ orientierte Mahlzeitengestaltung wird die **empfohlene Energie- und Nährstoffmenge** adäquat zugeführt, was sich im altersentsprechenden Wachstum widerspiegelt.

„**optimiX**“ vereint ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse, Ernährungsgewohnheiten und Lebensmittelvorlieben von Kindern und Jugendlichen.

7.2.2 Ernährungsgewohnheiten

In der Kindheit werden Verhaltensweisen, zu welchen auch Ernährungsverhalten und Lebensmittelvorlieben bzw. -abneigungen zählen, durch physiologische und verhaltensbedingte Faktoren geprägt und bleiben meist ein Leben lang erhalten. Die Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten kann wesentlich zur mittel- und langfristigen Gesundheit beitragen und folgendermaßen unterstützt werden:

Physiologische Faktoren:

- Beim Erstkontakt mit neuen unbekanntem und potenziell unverträglichen Lebensmitteln ist eine anfängliche Ablehnung normal. Durch **wiederholtes Probieren** kann die **Akzeptanz von neuen Geschmacksrichtungen verbessert** werden – dies wird als „mere exposure effect“ bezeichnet.
- Die Entwicklung des Essverhaltens wird durch **Innenreize**, wie Hunger oder Durst, und durch **äußere Einflussfaktoren**, wie Portions- oder Verpackungsgröße oder Werbung, gesteuert. Bei Heranwachsenden werden Innenreize wie eine natürliche Hunger-Sättigungsregulation langsam in den Hintergrund gedrängt und Einstellungen und Erfahrungen bei der Wahl von Speisen bzw. Essmengen werden zunehmend wichtiger. Dies erklärt die Bedeutung des richtigen Essenlernens in frühester Kindheit.

Umweltbedingte Faktoren:

- Eltern sind verantwortlich für ein gesundes Angebot an Speisen, eine regelmäßige Mahlzeitenstruktur und ein angenehmes Essumfeld.
- Eltern, Familienmitglieder und andere Bezugspersonen wie PädagogInnen sind **Vorbilder** für das kindliche Ernährungsverhalten, wie z. B. durch ihren Lebensmittelkonsum oder ihre Neugier gegenüber neuer Lebensmittel.

- Die **emotionale Belastung von Lebensmitteln** durch Verbote oder Belohnungen beeinflusst das Ernährungsverhalten. So kann beispielsweise ein Verbot bestimmter Lebensmittel wie Süßwaren deren Attraktivität erhöhen.

7.2.3 Der Kindergarten als Ort der Prägung von Ernährungsgewohnheiten

Der Kindergarten trägt einen wesentlichen Beitrag zur kindlichen Verhaltensprägung bei. Dabei spielt sowohl seine Bedeutung als erste Bildungseinrichtung und grundlegender Wissensvermittlung, wie eine erste Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, eine Rolle, als auch das charakteristische Umfeld bestehend aus PädagogInnen und Gleichaltrigen.

Der Kindergarten stellt somit eine **hervorragende Möglichkeit für eine nachhaltige Gesundheitsförderung** dar, weil

- nahezu alle der jeweiligen Altersstufe erreicht werden,
- Kinder viel Zeit an diesem Ort verbringen,
- Maßnahmen frühzeitig in der Kindesentwicklung ansetzen,
- PädagogInnen wegen ihres engen Kontaktes mit den Kindern ideale Multiplikatoren darstellen,
- vorhandene organisatorische, kommunikative und soziale Strukturen genutzt werden können,
- Peergroups sich hinsichtlich ihrer Ernährungsweisen beeinflussen,
- über Kindergärten der Aufbau weiterer Beziehungen zu anderen Settings (Familie, Freizeiteinrichtungen, gesundheitsfördernden Institutionen) möglich ist.

Ernährungsaufklärung und Bewegungsförderung sollten elementare Handlungsfelder in der Gesundheitsförderung und Prävention bei Vorschulkindern sein.

Ernährungsaufklärung und Bewegungsförderung sollten **elementare Handlungsfelder** in der **Gesundheitsförderung und Prävention bei Vorschulkindern** sein. Täglich verbringen 3- bis 6-Jährige den Großteil ihres Tages in Kindergärten. Die PädagogInnen können gesundheitsförderliche Lebensweisen vermitteln und im Kindergartenalltag etablieren. Die **fachspezifische Unterstützung durch Ernährungs- bzw. SportwissenschaftlerInnen** kann PädagogInnen Anreize zur praktischen Umsetzung liefern. Darüber hinaus können durch die Zusammenarbeit von PädagogInnen, Eltern und Kindern nachhaltige Verhaltens- und Verhältnisänderungen bewirkt werden. Außerdem wird der Kindergarten als „Schlüsselsetting gesundheitlicher Chancengleichheit“ betrachtet, da das Gesundheitsverhalten sozial benachteiligter Familien beeinflusst werden kann.

Auf Basis wissenschaftlicher Untersuchungen des Instituts für Ernährungswissenschaften können als erfolgreiche Strategien für Gesundheits- und Ernährungsinterventionen im Kindergarten folgende Ansätze definiert werden:

Politik

- Eine Erweiterung der Ernährungsbildung in Curricula von KindergartenpädagogInnen.
- Integration von Ernährungsbildung im Kindergarten durch Etablierung von ErnährungswissenschaftlerInnen ähnlich des SchulärztInnenkonzepts.
- Ernährungsprogramme basierend auf einem wissenschaftlich anerkannten theoretischen Wirkungsmodell.
- Ernährungsinterventionen sind erfolgreicher, wenn sie auf Verhältnis- und Verhaltensänderungen ausgerichtet sind.
- Klare Definition von realistischen Zielen, die sich auf aktuelle und belegbare Problembereiche, wie Karies oder nachteilige Lebensmittelauswahl, beziehen.

Kindergarten

- Gesundheitsförderliche Veränderungen des Umfeldes wie Anbieten ungesüßter Getränke oder optimierte Mahlzeitengestaltung.
- Multidimensionale Interventionen, welche die unterschiedlichen Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten, wie familiäre Normen, Ernährungswissen, Zugang zu gesunden Lebensmitteln oder soziales Umfeld berücksichtigen. Daher sollte die soziale und materielle Umwelt eingebunden werden, z. B. Eltern oder Kooperationen innerhalb der Nachbarschaft, wie BäckerInnen, lokalen ExpertInnen und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

KindergartenpädagogInnen

- Einsatz von Best-practice-Beispielen.
- Qualitative (z. B. Wissenszunahme) und quantitative (z. B. Zufriedenheit oder kulturelle Akzeptanz mit der Intervention) Evaluierungen von Programmen bzw. Veränderungen, deren Ergebnisse für weitere Strategien genutzt werden.
- Erfolgreiche Programme sind auf dem physischen und kognitiven Entwicklungsstand der Altersgruppe abgestimmt.

Kinder/Eltern

- Integration der Eltern von der Planung über die Umsetzung bis zur Evaluation.
- Berücksichtigung der elterlichen Bedürfnisse bei der Planung von Interventionen wie Sprachbarrieren.
- Förderung des kindlichen Selbstvertrauens und der eigenständigen Entscheidungsfähigkeit.

Aufgrund der besonderen Bedeutung des Settings Kindergarten im Rahmen der Ernährungserziehung wurde das europäische Projekt NUTGECS, A Nutrition Guide for Early Childhood Stakeholder, initiiert. Dabei wurde ein Ernährungsguidebook entwickelt, das KindergartenpädagogInnen in der täglichen Arbeit unterstützen soll (kostenlos unter www.nutgecs.eu). Darüber hinaus wurde in Zusammenarbeit mit dem Ernährungsprojekt MOGI (Milch-Obst-Gemüse-Interventionsstudie) des Bundesministeriums für Gesundheit ein Best-practice-Beispiel einer Intervention im Kindergarten entwickelt.

Wiener Best-practice-Beispiel

- Partizipation und Motivation der Gemeinschaft, wie PolitikerInnen, GesundheitsförderInnen, KindergartenpädagogInnen, Eltern und Kindern in allen Schritten der Intervention.
- Gemeinschafts-, Problem- und Determinantenanalyse:
Eine grundlegende Literaturanalyse zeigt, dass österreichische Kinder die Konsumempfehlungen für Obst, Gemüse und Milchprodukte nicht erreichen. Besonderer Handlungsbedarf besteht bei sozial benachteiligten Kindern, da ihre Familien mit gesundheitlichen Ungleichheiten, resultierend aus geringerer Bildung und/oder Einkommen, sowie physisch belastenden Berufen konfrontiert sind. Basierend auf diesen Analysen erfolgt die Definition der Handlungsziele.
- Eine Analyse der beteiligten Kindergärten in Wien hinsichtlich Träger, Größe, Schwerpunkten und Gemeinschaftsverpflegung, Fragebogenerhebungen bei Kindern und Eltern, Messungen von Körpergewicht, -größe und -zusammensetzung der Kinder und Interviews mit PädagogInnen ergänzen die Problemanalyse. Dabei zeigte sich, dass PädagogInnen Ernährungserziehung in den Kindergartenalltag integrieren, sich aber eine Vertiefung des Themas im Rahmen ihrer Ausbildung sowie mehr Zeit im Kindergartenjahr und eine verstärkte Integration der Eltern in die Ernährungserziehung wünschen. Darüber hinaus wurden in den teilnehmenden Kindergärten die Ergebnisse der Literaturanalyse bestätigt und es zeigte sich, dass die untersuchten Kinder die empfohlene Menge an Obst, Gemüse und Milch-

produkten nicht konsumieren. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass das Ernährungswissen insbesondere bei sozial benachteiligten Familien verbesserungswürdig ist.

- **Stakeholderanalyse und deren Einbindung:**
Nach einer Identifizierung aller Organisationen und Personen, welche ein Interesse an der gesundheitlichen Situation österreichischer Kindergartenkinder haben, wurde das Projekt auf eine breite Kooperationsbasis gestellt. Zu den bedeutendsten Stakeholdern zählen Kindergartenleitungen, KindergartenpädagogInnen, verschiedene österreichische Ministerien wie das Bundesministerium für Gesundheit, die Österreichische Gesellschaft für Ernährung, KinderärztInnen und Eltern.
- **Interventionsrecherche und Strategieportfolios:**
Um die Erfahrungen früherer Projekte nutzen zu können, wurde eine umfassende Interventionsrecherche durchgeführt und entsprechend der Situation ein Strategieportfolio nach dem Prinzip „passt am besten“ entwickelt.
- **Neben Ernährungsinformationen wurden zufällig ausgewählte sozial benachteiligte Familien mit produktgebundener finanzieller Unterstützung gefördert.** So können beobachtete Auswirkungen gegenübergestellt und Synergieeffekte beobachtet werden. Ausgehend von den ersten Analysen wurden sowohl Kinder als auch Eltern und KindergartenpädagogInnen integriert, um eine nachhaltige Verbesserung hinsichtlich der Ernährungsgewohnheiten zu erreichen. Angelehnt an frühere Ernährungsprojekte wurde Ernährungsinformation im Rahmen von praktischen Einheiten vermittelt, welche im Anschluss an den Kindergartentag gemeinsam mit PädagogInnen, Eltern und Kindern stattgefunden haben. Zu Beginn eines jeden Moduls wurde das Thema kindgerecht mit Kindern, Eltern und KindergartenpädagogInnen erarbeitet, z. B. mittels Puppentheater oder einer Sinnesschulung. Während mit den Eltern und KindergartenpädagogInnen deren Ernährungswissen intensiviert wurde, fand eine Kinderbetreuung statt, in der die Themen spielerisch mit den Kindern vertieft wurden, z. B. mittels Spielen rund um die Ernährungspyramide. Im Anschluss wurde gemeinsam gekocht und gegessen, um die Bedeutung von Esskultur, Mahlzeitengestaltung und Vorbildwirkung zu thematisieren.
- **Im Anschluss an die Intervention erfolgten eine Evaluation hinsichtlich der definierten Handlungsziele, Strategien sowie eine Kosten-Nutzen-Analyse.**
- **Die Ergebnisse werden veröffentlicht, um die Erfahrungen mit anderen PraktikerInnen zu teilen.**

Das Setting Kindergarten ist eine hervorragende Möglichkeit zur frühen Gesundheitsförderung.

Erste Ergebnisse bestätigen, dass der Kindergarten eine hervorragende Möglichkeit zur frühen Gesundheitsförderung darstellt. Neben der Familie sind Kindertagesstätten wichtige Sozialisationsinstanzen für VorschülerInnen. Darüber hinaus stellen sie als erste Ebene des Bildungssystems ein zentrales Setting zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheiten dar, da sie familiär bedingte Sozialisationsdefizite verringern können. Da noch kein Leistungs- oder Notendruck besteht, können KindergartenpädagogInnen die Ausgangslage der Kinder stärker berücksichtigen und auf individuelle Bedürfnisse eingehen. Darüber hinaus decken sich Themen der Gesundheitsförderung mit den Bildungszielen des Elementarbereiches. Durch die Integration aller Beteiligten, Kinder, Eltern, PädagogInnen sowie weiteren Stakeholdern kann eine nachhaltige Verhaltens- und Verhältnisprävention erreicht werden.

7.3 Körperliche Aktivität bei Wiener Volksschulkindern

Eine qualitative Erhebung (Kurzfassung)

Thomas Dorner, Anita Rieder, Thomas Schmadlbauer

7.3.1 Hintergrund

Regelmäßige Bewegung hat bei Kindern im Volksschulalter eine besondere Bedeutung für die körperliche, geistige und soziale Entwicklung, zur Förderung der Fitness und der Gesundheit und zur Vorbeugung von Krankheiten. Für Österreich wurden im Jahr 2010 im Auftrag des Gesundheitsministeriums und des Fonds Gesundes Österreich Empfehlungen zur gesundheitswirksamen Bewegung herausgegeben, in welchem qualitative und quantitative Bewegungsempfehlungen altersspezifisch, und so auch für Kinder und Jugendliche, formuliert wurden.

Die aktuellen Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche lauten folgendermaßen:

Bewegung soll allen Kindern und Jugendlichen altersgerecht ermöglicht werden. Für Jugendliche gilt, dass die Bewegungsformen zumindest 10 Minuten am Stück dauern sollen. Um die Gesundheit zu fördern, ...

- sollten Kinder und Jugendliche jeden Tag insgesamt mindestens 60 Minuten mit zumindest mittlerer Intensität körperlich aktiv sein.
- sollten Kinder und Jugendliche an mindestens 3 Tagen der Woche muskelkräftigende und knochenstärkende Bewegungsformen durchführen.
- ist es empfehlenswert, zusätzlich Aktivitäten auszuführen, die die Koordination verbessern und die Beweglichkeit erhalten.

Falls sitzende Tätigkeiten länger als 60 Minuten dauern, werden zwischendurch kurze Bewegungseinheiten empfohlen (FGÖ).

Kinder zeigen üblicherweise einen natürlichen Drang zu körperlicher Aktivität, und es liegt eine große Verantwortung darin, Kinder so weit wie möglich nicht in ihrem Bewegungsdrang zu hindern. Es ist wichtig, die entsprechenden Verhältnisse und Umweltbedingungen für Kinder entsprechend zu gestalten. Dies zu erreichen ist eine Herausforderung auf vielen Entscheidungsebenen. Dem Setting Schule kommt eine große Bedeutung zu, da Kinder einen großen Teil ihrer Zeit in der Schule verbringen.

Zum Bewegungsausmaß von Kindern im Volksschulalter gibt es in Österreich keine repräsentativen Erhebungen und keine Untersuchung, inwieweit die Österreichischen Bewegungsempfehlungen im Setting Volksschule realisierbar sind.

Das Ziel der nun vorliegenden Untersuchung an Wiener Volksschulen war es, die begünstigenden Faktoren sowie mögliche Barrieren (u. a. auch soziale Barrieren) für Bewegungsaktivitäten bei Volksschulkindern zu identifizieren. Ein weiteres Ziel war es, die Einstellung zu körperlicher Aktivität in ihrer Funktion als Gesundheitsressource bei Volksschulleiterinnen und -leitern, Eltern und SchülerInnen zu erheben. Es wurden DirektorInnen, Eltern und Kinder gleichermaßen als Stakeholder mit einbezogen, da dieses für die Information zu Verhältnissen, Rahmenbedingungen, Einflussfaktoren auf Bewegung von Volksschulkindern unerlässlich erscheint, auch mit dem Ziel, dass die Ergebnisse der Untersuchung zur Umsetzung

der Österreichischen Bewegungsempfehlungen in Wien mit herangezogen werden können. Die Einbeziehung des Settings Schule in eine solche Erhebung kann drei Funktionen erfüllen: die Erfassung von begünstigenden Faktoren und von möglichen Barrieren für Bewegungsaktivitäten, zweitens eine partizipatorische und motivierende Funktion und drittens kann sie zur Implementierung und Distribution der Bewegungsempfehlungen beitragen.

7.3.2 Methode

Methodisch wurde ein qualitativer Ansatz gewählt. Dazu wurden 8 Interviews mit 7 Wiener Direktorinnen und 1 Direktor und 2 Fokusgruppendifkussionen mit Volksschulkindern und 2 Fokusgruppendifkussionen mit Eltern durchgeführt. Bei der Auswahl der Schulen wurde auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Volksschulen auf die Wiener Bezirke geachtet. Dazu wurden die Wiener Bezirke nach ihrer sozioökonomischen Struktur in 4 Bereiche kategorisiert und aus jeder Kategorie per Zufall 2 Schulen ausgewählt. Die Bezirke, aus denen die 8 Schulen so ermittelt wurden, waren die Bezirke 1, 2, 4, 12, 13, 14, 20 und 21.

Die Fokusgruppendifkussionen (je eine mit Kindern, eine mit Eltern) fanden in einer Schule im Stadtzentrum (1. Bezirk) und einer Schule am Stadtrand (13. Bezirk) statt. Im 1. Bezirk nahmen 5 Mädchen und 4 Buben und bei den Eltern 6 Mütter und 4 Väter, im 13. Bezirk 4 Mädchen und 6 Buben und bei den Eltern 6 Mütter und 1 Vater teil. Die Kinderfokusgruppen setzten sich aus Volksschulkindern aller Schulstufen zusammen (5 Kinder der 1., 4 der 2., 7 der 3. und 3 der 4. Schulstufe).

Die Interviews und die Gruppendifkussionen wurden leitfadengestützt durchgeführt. Dies sind nichtstandardisierte Interviews, bei dem der/die InterviewerIn eine Liste von Fragen zur Grundlage des Gesprächs gemacht hat. Folgende Fragen dienten als Leitfaden für die Interviews:

- Welchen Stellenwert hat körperliche Aktivität für Sie in Ihrer Volksschule?
- Welche Bewegungsprogramme und Sportarten werden in dieser Volksschule angeboten bzw. speziell gefördert?
- Bietet Ihre Schule Projekte für gesundheitsförderliche Aktivitäten an (z. B. Schulsportwochen, Wandertage)?
- Wissen Sie, wie die Kinder ihren Schulweg bewältigen?
- Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Ausübung von sportlichen Aktivitäten in dieser Schule?
- Kennen Sie die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung und wie sinnvoll finden Sie, dass diese umgesetzt werden?
- Besteht seitens der Volksschule eine Kooperation mit externen Vereinen (v. a. Sportvereine)?
- Gibt es Unterschiede im Bewegungsverhalten bezugnehmend auf den sozialen Status der Kinder und der Eltern?
- Wie beurteilen Sie die finanziellen und baulichen Ressourcen, die Ihnen zur Verfügung stehen?
- Wenn Ihnen eine „gute Fee“ Wünsche erfüllen würde, was würden Sie sich bezüglich Bewegung bei Volksschulkindern wünschen?

Für die Fokusgruppendifkussion wurden folgende Fragen herangezogen:

- Welche Bewegungs- und Sportarten werden bevorzugt von den Kindern ausgeübt?
- Wie häufig bewegen sich Kinder?
- Welche Erfahrungen gibt es mit aktiver Bewältigung von Wegstrecken?
- Welche Bewegungsmöglichkeiten in der Schule und in der Freizeit werden wahrgenommen?
- Welche Faktoren begünstigen die Bewegung und welche Hindernisse gibt es?

Die Gespräche wurden auf Tonträger aufgezeichnet, transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring unterzogen. Folgende Analyseeinheiten wurden für die inhaltsanalytischen Auswertungen definiert:

1. Stellenwert körperlicher Aktivität der Kinder in Volksschulen
2. Bezug zu den Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung
3. Körperliche Aktivität im Rahmen des Schulwegs der Volksschulkinder
4. Geschlechtsspezifische Unterschiede im Bewegungsverhalten bei Volksschulkindern
5. Bewegungsprogramme in Volksschulen
6. Kooperation von Volksschulen mit externen Sportvereinen
7. Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten bei Volksschulkindern

Die beiden letztgenannten Punkte wurden zu einem Kapitel „Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten“ zusammengefasst. Im Anschluss an die jeweiligen Kapitel werden Ankerbeispiele mit den wörtlichen Zitaten der DirektorInnen, Eltern und Kinder angeführt.

7.3.3 Ergebnisse

7.3.3.1 Stellenwert körperlicher Aktivität

Uneingeschränkt messen Kinder, Eltern und DirektorInnen körperlicher Aktivität bei Kindern einen großen Stellenwert bei. Gesundheitsfördernde Aspekte körperlicher Aktivität werden dabei in den Vordergrund gerückt. Die Beschreibung der Gesundheitswirkung von Bewegung reicht von erhöhtem Wohlbefinden über eine Erhöhung der körperlichen Fitness bis hin zum Wissen um die Verhinderung von Krankheiten. Kinder selbst haben positive Auswirkungen von Bewegung auf das eigene Wohlbefinden und die Fitness teils selbst schon erlebt. Einige DirektorInnen verweisen zur Unterstreichung der Wichtigkeit körperlicher Aktivität in ihrer Schule auf Initiativen, die sie setzten, um das Bewegungsverhalten zu fördern.

Ankerbeispiele:

Frage: „Die erste Frage wäre bitte, welchen Stellenwert hat für Sie körperliche Aktivität in Ihrer Volksschule?“

DirektorIn: „Einen sehr hohen Stellenwert, weil ich der Meinung bin, dass die Einstellung der Kinder zur Gesundheitsförderung verbessert.“

Mutter: „Oder man merkt es selber auch. Wenn man mehr Bewegung macht, fühlt man sich ja besser, oder?“

Kind: „Also, es hat mir einfach gutgetan, weil ich irgendwie viel mehr draußen war, weil ich die frische Luft hatte und weil ich nicht nur zuhause gehockt bin vor dem Fernseher oder so.“

7.3.3.2 Bezug zu den „Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung“

Die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung beinhalten, dass Kinder sich täglich mindestens 60 Minuten bewegen sollten. In den aufgesuchten Schulen waren gemäß Stundenplan 2 bis 3 Stunden Bewegung und Sportunterricht pro Woche eingeplant. Es wird von den Befragten deshalb angenommen, dass Kinder das Minimum von 60 Minuten Bewegung pro Tag erreichen. Für diese Annahme bzw. Aussage wurden folgende Gründe herangezogen:

- Kinder machen Bewegung im Rahmen der Turnstunden.
- An den Tagen, an denen Turnstunden stattfinden, erfüllen die Kinder ohnehin die Empfehlung von 60 Minuten Bewegung pro Tag.
- An Tagen, an denen es keine Turnstunden gibt, kommen Kinder durch das Aufsummieren der Pausen mit Bewegung und in den Unterricht integrierter Bewegungselemente ebenfalls auf 60 Minuten.
- Ein Teil der Vormittagsstunden wird auch für Exkursionen ins Freie verwendet, bei denen Kinder viel Bewegung machen (unabhängig von der Jahreszeit).
- Manche LehrerInnen verlängern die Pausen, um mit den Kindern im Freien körperlich aktiv etwas zu unternehmen.
- Trotz Kürzung der Turnstunden bewegen sich die Kinder in der Schule sogar mehr als früher.
- Kinder nutzen aktive Möglichkeiten zur Bewältigung des Schulwegs (zu Fuß, per Rad, mit dem Roller etc.).
- Es gibt zusätzlich zu den Turnstunden Angebote wie „Bewegte Klassen“, in denen zusätzliche Turnstunden durchgeführt werden.

Ob Volksschulkinder tatsächlich ausreichend knochenstärkende, muskelkräftigende und die Koordination verbessernde Bewegung entsprechend der Bewegungsempfehlungen machen, bedarf weiterer Untersuchungen. Die Annahme, dass in den Schulen Möglichkeiten, diese Aktivitäten auszuüben, vorhanden sind, wird durch folgende Aussagen in den Direktionen unterstützt:

- Es werden auch im Unterricht in der Klasse Rollbretter und Ballspiele eingesetzt. So wird die Geschicklichkeit gefördert.
- Es wird darauf geachtet, im Unterricht „mechanische Übungen“ der Kinder zu forcieren.
- In den ersten 2 Schulstufen gibt es wöchentlich 3, in der 3. und 4. Schulstufe wöchentlich 2 Stunden Turnunterricht. In diesen Stunden werden auch knochenstärkende und muskelkräftigende Turnübungen und Spiele durchgeführt.
- Der Lehrplan sieht im Rahmen des Turnunterrichts viele Bewegungsformen vor, die viele sportmotorische Komponenten, darunter auch muskelkräftigende und knochenstärkende Übungen, beinhalten. Dazu gehören beispielsweise Geräteturnen, Laufspiele und Ballspiele.
- Im Rahmen der „Initiative Bewegtes Lernen“ werden den Kindern Bälle und Jonglierstäbe zur Verfügung gestellt, um die Koordination und Geschicklichkeit zu trainieren.

Die Interviews ergeben eine Situation, die in den befragten Volksschulen sitzende Tätigkeiten, die länger als eine Stunde dauern, de facto nicht erwarten lassen. DirektorInnen wiesen auf den reformpädagogischen Unterrichtsstil hin. Dieser Unterrichtsstil erlaubt es, den natürlichen Bewegungsdrang der Kinder nicht zu unterdrücken, sondern gesundheitswirksam zu fördern. Hierzu werden folgende Argumente angeführt, um das zu unterstreichen:

- Der Unterricht wird in der Volksschule nicht mehr als Frontalunterricht gestaltet, bei welchem die Kinder 50 Minuten still sitzen müssen.
- Im Laufe des Vormittags kommt es häufig zu einem Wechsel der Unterrichtsfächer und der Unterrichtsmethoden.
- Die Kinder bewegen sich ständig im Unterricht.
- Ein fixer Platz im Klassenzimmer wird von den Kindern nur genutzt, um dort Dinge abzuliegen und abzuholen.
- In den Klassen gibt es „Zwischenturnen“.
- Viele Klassen benutzen mindestens 2 Klassenräume, zwischen denen sie häufig wechseln.
- Kinder werden veranlasst, zwischendurch immer wieder für 5 Minuten aufzustehen und sich zu bewegen.
- Die Kinder sitzen nur bei den eigentlichen Schreibebeiten, während beispielsweise beim Musikunterricht oder beim „offenen Lernen“ die Kinder Bewegung machen.
- Auch im normalen Unterricht gehen die Kinder auf den Gang oder bewegen sich am Boden.
- „Habt-Acht!-Sitzen“ wie früher gibt es nicht mehr.

Ankerbeispiele:

DirektorIn: „Also ich bin überzeugt, dass sie (Anm.: die Bewegungsempfehlungen) umgesetzt werden. Wir gehen z. B. auch außerhalb der Turnstunden zusätzlich am Vormittag mit den Kindern hinaus, auch im Winter, weil die Kinder das endlich mal genießen, wenn endlich mal ein wenig Schnee ist und sie es gern haben.“

Mutter: „Aber ich glaube schon, dass unter der Woche jedes Kind sich jeden Tag aktiv bewegt, sodass es auch wirklich, ja eigentlich auch erhitzt ist und außer Atem kommt. Also ich meine, das ist nicht nur das normale Bewegen, sondern ich sehe sie, wenn sie jetzt z. B. am Vormittag in den Borsepark gehen, dass die wirklich ausgepowert sind.“

DirektorIn: „Also die Kinder von der Schule aus bewegen sich sicher 60 Minuten/Tag. Sicherlich, weil wir den Unterricht auch nicht mehr so haben, wie er früher durchgeführt wurde, nämlich dieser Frontalunterricht, wo die Kinder in der Stunde 50 Minuten an ihrem Platz sitzen und alle gleichzeitig ihre Arbeit gemacht haben. Wir haben eigentlich im gesamten Haus reformpädagogischen Unterricht. Das heißt, die Kinder bewegen sich ständig, haben nur ihren fixen Platz, um ihre Dinge abzulegen dort, aber gearbeitet wird im gesamten Raum.“

7.3.3.3 Körperliche Aktivität im Rahmen des Schulwegs der Volksschulkinder

Die Ergebnisse der Interviews und Fokusgruppen lassen Hinweise darauf erkennen, dass viele Wiener Volksschulkinder ihren Schulweg aktiv zurücklegen. Der Weg wird zu Fuß, mit dem Fahrrad oder mit dem Roller zurückgelegt. Einige Schulen geben an, dass sie die baulichen Gegebenheiten (Errichtung eines Radabstellplatzes) abändern, um so die aktive Schulwegbewältigung zu fördern. Als förderlich für die körperlich aktive Bewältigung wird das gemeinsame Zurücklegen des Schulwegs gesehen. Es wurden als Barrieren der aktiven

Bewältigung des Schulwegs ungünstige Verkehrssituationen oder zu schwere Schultaschen angesprochen.

Folgende Statements wurden diesbezüglich geäußert:

- Die meisten Kinder kommen zu Fuß in die Schule.
- Manche Kinder kommen alleine oder in Begleitung ihrer Eltern mit dem Fahrrad, zu Fuß oder mit Skootern.
- Manche Schüler werden mit dem Auto in die Schule gebracht.
- Kinder, die nicht in der näheren Umgebung der Schule wohnen, kombinieren oft öffentliche Verkehrsmittel mit einem anschließenden Fußmarsch.
- Die durchschnittliche Dauer des Schulweges beträgt 15–20 Minuten.

Ankerbeispiele:

DirektorIn: „Sehr viele kommen mit den Eltern begleitet, mit Skootern oder Rädern. Wir haben extra einen Radparkplatz machen müssen, weil das so gefragt war, und natürlich mit dem Auto werden sie hergebracht bzw. zu Fuß.“

Mutter: „Also meine Tochter geht 20 Minuten, und sie genießt das. Schaut sich jeden Schmetterling an, jeden Gartenzweig. Kommt entspannt nach Hause.“

Kind: „Ich fahre nur, wenn ich Gitarre habe, dann fahre ich am Dienstag mit dem Bus, sonst gehe ich eigentlich immer zu Fuß oder ich fahre mit dem Roller.“

7.3.3.4 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Das Angebot an Bewegungs- und Sportarten erscheint an den Schulen geschlechtsunspezifisch angeboten zu werden. Es werden aber sehr wohl von DirektorInnen geschlechtsspezifische Trends bei der Ausübung von Sportarten bei den Kindern hervorgehoben:

- Buben spielen eher Sportarten, die typisch männlich besetzt sind, wie z. B. Fußballspielen oder Räuber und Gendarm. Mädchen im Gegensatz dazu spielen lieber Frisbee, Stufenfangen oder Springschnurspringen.
- Eine Schule besitzt eine Fußballgruppe, die für beide Geschlechter zugänglich wäre, aber nur von Buben genutzt wird.
- In höheren Klassen wird in einer Schule die Turnstunde aufgeteilt, um den sportlichen Interessen der Schülerinnen und Schüler gerecht zu werden.

Ankerbeispiel:

DirektorIn: „In der Volksschule grundsätzlich ist der Sportunterricht koedukativ, also gemischt. Da gibt es keine Trennung. Außer bei speziellen sportlichen Aktivitäten wie eben am Sportplatz, da teilt es sich dann schon auf, Mädchen mehr Leichtathletik, Buben mehr Fußball, wobei wir eine Nachmittagsgruppe haben, die bis voriges Jahr auch Mädchenfußball angeboten hat.“

Kind: „Also wir Buben spielen immer, wenn wir Gartenpause haben, Räuber und Gendarm, und das spielen die meisten Buben, eigentlich fast nur Buben.“

Mutter: „Der Unterschied zwischen Mädchen und Buben, was ich so beobachte in den Klassen der Kinder, dass es ein bisschen uncool ist oder cool ist, was zu tun. Also die Mädchen treffen

sich dann eher so zum Plaudern und die Buben zum Fußballspielen, und die Mädchen, die da nicht mitmachen, sondern die nur Tennis spielen, sind ein bisschen out.“

7.3.3.5 Bewegungsprogramme in Volksschulen

Im Einflussbereich von Schulen werden viele Möglichkeiten, mehr Bewegung anzubieten und Bewegung zu fördern, gesehen. Bei Bewegungsprogrammen in Volksschulen lassen sich auf Basis der Erhebung 5 Schwerpunktbereiche dafür identifizieren:

1. Teilnahme der Schulen an bestehenden Programmen
2. Schulsportwoche (Projektwoche)
3. Lehrausgänge
4. Bewegte Klasse
5. Kooperationen mit externen Sportvereinen

In Lehrausgängen und Projektwochen (Schulsportwochen) werden zusätzliche Möglichkeiten geboten, körperlich aktiv zu sein und verschiedene Sportarten auszuprobieren. In der Regel werden Schulsportwochen (Projektwochen) am Ende der 3. Klasse und am Anfang der 4. Klasse durchgeführt. Schulsportwochen dienen nicht nur dazu, das Bewegungsverhalten der Kinder zu fördern, sie sollen auch ein Gemeinschaftserlebnis für diese darstellen. Sie werden jedoch nicht in allen Volksschulen angeboten. Als wichtigste Barriere hierzu wird die Finanzierbarkeit durch die Eltern genannt. Als Alternativlösung zu einer Sportwoche versuchen Volksschulen auch Projektwochen, ohne Übernachtungen, in der Nähe der Schule bzw. in der Schule zu organisieren. Lehrausgänge werden dazu genutzt, im Rahmen der Unterrichtszeit Bewegung zu integrieren bei gleichzeitiger Vermittlung von Lehrinhalten.

Volksschulen, in denen die „Bewegte Klasse“ (siehe Kapitel 4.2.10 Haltungsschäden) eingerichtet wurde, sollen so mehr Stunden für Bewegung und Sport aufwenden können und Bewegung vermehrt in den Klassenunterricht integrieren können. Es werden informierende Gespräche mit den Eltern und den Kindern geführt, die für Aufklärung sorgen und die die Begeisterung der Kinder und der Eltern zur Teilnahme an solchen Klassen wecken sollen. Die beteiligten Volksschulen sehen, dass ein Großteil der Kinder, die eine Schwerpunktklasse bzw. eine bewegte Klasse besuchen, ein höheres sportliches Interesse mitbringt.

Existieren Kooperationen mit externen Sportvereinen, werden für Volksschulkinder kostenlose Schnupperstunden organisiert. Auch hier bietet sich den Kindern die Möglichkeit, viele neue Sportarten auszuprobieren und möglicherweise in ihrer Freizeit fortzuführen.

Die Schulen haben Kontakt zu externen Vereinen, wie z. B. Tennisvereinen, Judovereinen, Handballvereinen und Landhockeyvereinen. Die meisten Vereine befinden sich in der nahen Umgebung der Schule bzw. bieten am Nachmittag Stunden in den schulischen Turnsälen an. Die Schulen selbst versuchen das Interesse der SchülerInnen wie auch der Eltern für Sportvereine zu wecken, indem sie:

- versuchen, gratis Schnupperstunden von Vereinen zu erhalten und Werbung für den Verein machen
- informierende Gespräche mit Eltern und Kindern führen
- schuleigene Sportgruppen (z. B. Fußballgruppe) bilden
- Volkshochschulkurse am Nachmittag in den Schulen anbieten
- gratis Aktionen wie z. B. „Ski for Free“ annehmen

Auch die befragten Eltern berichten von Vereinsmitgliedschaften ihrer Kinder. In manchen Fällen werden von den Kindern jene Sportarten ausgeübt, die bereits die Eltern oder Geschwister ausüben oder ausübten. Einige der befragten Eltern weisen darauf hin, dass die Mitgliedschaft bei einem Verein oftmals mit sehr hohen Kosten verbunden ist. Daher halten sie es für eine sinnvolle Lösung, mehr Gratisangebote für Sport direkt an den Schulen anzubieten. Kinder erwähnen, dass diejenige Sportart, die sie vorzugsweise durchführen, häufig in einem Verein ausgeübt wird und sie vornehmlich durch Familie und Freunde in diese Vereine eingeführt werden.

Ankerbeispiele:

DirektorIn: „Projektwochen mit Schwerpunkt Erfahrung in der Natur oder Bewegung. Zwei bis drei Klassen waren bis jetzt schon segeln an der Alten Donau, die haben segeln gelernt. Oder andere Sporttage. Eine Klasse hatte voriges Jahr nicht genug Teilnehmer, um wirklich wegzufahren auf eine Projektwoche und dort zu übernachten, die haben dann daraus eine Sportwoche gemacht, wo sie jeden Tag eine andere Sportart kennengelernt haben. Also das ging von Reiten, Surfen bis zu Tennisspielen. Also das war wirklich ein tolles Angebot.“

DirektorIn: „Da muss man dazusagen, das hängt vom Schulstandard ab, vom Klientel ab und auch, ob die Kinder finanzkräftige Eltern haben. Das ist bei uns nicht gegeben, und wir versuchen es aber trotzdem, dass die Kinder die Chance haben, so etwas zu erleben. Und die Lehrerinnen sammeln da schon von der 1. Klasse an Geld ein. Also es ist natürlich so, dass Sportwochen, von denen Sie gesprochen haben, natürlich auch etwas kosten und unsere Kinder kommen sicher aus einer finanzärmeren Schicht, und da versuchen die Lehrerinnen, Angebote wahrzunehmen, die kostenfrei sind oder möglichst kostengünstig sind.“

DirektorIn: „Die Tennisschnupperstunde ist gratis und wird vom Verein scheinbar zur Verfügung gestellt, diese eine Stunde, weil ja der Verein, wenn Kinder dann sich einschreiben, dann davon was haben, das ist eigentlich eine Werbungsstunde an der Schule. Aber das ist sinnvoll, wenn Kinder dann weiter was machen.“

Mutter: „Weil ich meine, das kostet ja alles, wenn man sein Kind irgendwie anmeldet, dann muss ich dafür bezahlen, und das können sich, sage ich jetzt einmal, sicher nicht alle Familien leisten.“

7.3.3.6 Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten

Das individuelle Gesundheitsverhalten und somit auch die körperliche Aktivität ist in allen Lebensabschnitten von einer Vielzahl von Einflussfaktoren bedingt. Es gibt eine Reihe von Bewegung begünstigenden Faktoren und eine Reihe von Faktoren, die eher Hindernisse für körperliche Aktivität darstellen. Basierend auf dem sozialökologischen Modell nach Dahlgren und Whitehead können diese Ressourcen und Barrieren folgendermaßen eingeteilt werden:

1. Individuelle Verhaltens- und Lebensweise
2. Soziales Umfeld und Netzwerke
3. Lebens- und Arbeitsbedingungen
4. Gebaute Umwelt, sozioökonomische und politische Umwelt

Individuelle Verhaltens- und Lebensweise

Die erste Einflussebene auf das Bewegungsverhalten bilden die Verhaltens- und Lebensweisen. Das sind Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstmanagement, Motivation, Einstellung oder Volition (Willensbildung zur Verhaltensänderung), die prägenden Einfluss auf das Bewegungsverhalten ausüben. Ausschlaggebend für das Bewegungsverhalten sind zudem auch Erwartungshaltungen, die mit Bewegung verbunden sind, und das Niveau der motorischen Fähigkeiten.

Die Kinder in den untersuchten Volksschulen zeigen individuelle Unterschiede in den Vorlieben für Bewegungsarten. Für die Ausübung in der Freizeit nennen Volksschulkinder nur jene Bewegung, die sie mit Spaß in Verbindung bringen. Es wird die Ansicht vertreten, dass Spaß an Bewegung den Kindern auch vermittelt werden kann. Bezugspersonen wie Eltern oder LehrerInnen spielen eine Rolle, indem diese Freude an der Bewegung vorleben. Auch Kinder, die grundsätzlich weniger Freude an Bewegung haben, können dadurch motiviert werden, dass ihnen immer wieder verschiedene Möglichkeiten zur körperlichen Aktivität angeboten werden und sie so Bewegungsarten ausprobieren können. Schulleiter empfehlen einerseits den Eltern, die Kinder in einem Sportverein anzumelden, wenn sie das Gefühl haben, Kindern fehlt Bewegung in der Freizeit. Andererseits werden bewegungsaktive Kinder in den Volksschulen gezielt gefördert, z. B. werden diese Kinder in Klassen aufgenommen, die den Schwerpunkt Sport haben. Spezielle körperliche Eignungen oder Leistungen sind dafür nicht die Voraussetzung.

Die Förderung der Motivation für Bewegung bei Kindern wurde im Rahmen der Untersuchung durch folgende Beispiele veranschaulicht:

- Positive Motivation durch Lob sowohl in der Schule als auch in der Freizeit
- Interschulische Wettbewerbe bei sportlichen Disziplinen
- Das Führen eines Tagebuchs für Bewegung und Sport und Dokumentation der Bewegungsaktivitäten durch die Kinder selbst und dem Visualisieren derselben
- Haustiere, bei denen die Kinder zu einer regelmäßigen körperlichen Aktivität angehalten werden

Als mögliche Hindernisse für Bewegung bei Volksschulkindern werden vor allem bewegungsarme Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung genannt, die mit aktiven Freizeitmöglichkeiten in Konkurrenz stehen (vor allem Fernseher und Computer). Kinder haben verstärkt Zugang zu sitzenden Individualaktivitäten und bewegungsarmen Möglichkeiten. Eltern sind sehr bemüht, das Leben ihrer Kinder so angenehm wie möglich zu gestalten. Oftmals geschieht dies zu Lasten der körperlichen Aktivität, da es zu vermehrter Bequemlichkeit der Kinder führen kann.

Als bewegungshinderlich, weil sehr aufwendig, werden auch logistische Herausforderungen geschildert, um die Kinder zu Sportprogrammen hinzubringen. Diese Zeit, die für Organisation verloren geht, könnte effizienter für Bewegung genutzt werden.

Als weitere Faktoren, die zu verminderter Motivation der Kinder für Bewegung führen können, werden Angst vor nachteiligen Gesundheitsfolgen wie Verletzungen oder Verkühlungen genannt. Motivationsversuche zu körperlicher Aktivität in einer Gruppe vieler Kinder kann als unangenehm wahrgenommen werden. Motivation in der Arbeit mit dem Einzelnen gelingt besser. Von Kindern selber werden kaum Hindernisse für körperliche Aktivität wahrgenommen. Als Hindernis für Bewegung und Sport wird von Kindern am häufigsten ungünstiges Wetter genannt, wodurch aktive Outdoor-Aktivitäten nicht stattfinden können.

Ankerbeispiele:

Kind: „Alle Sportarten, die ich ausübe, mache ich eigentlich nur zum Spaß.“

Mutter: „Ich glaube, dass es Aufgabe der Eltern ist, Kinder, die sich nicht so gerne bewegen, einfach zu fördern versucht. Nur das Problem ist, dass das eine Wichtigkeit auch der Eltern sein muss. Wenn das nicht gegeben ist, tendieren auch die Kinder in eine gewisse Richtung. Das erlebe ich ganz stark, dass Eltern einfach das den Kindern mitgeben, was ihnen selber wichtig ist.“

DirektorIn: „Wir empfehlen es bei manchen Kindern, wo wir sehen, der braucht das unbedingt. Wir empfehlen den Eltern schon, entweder Fußball oder Judo, was immer auch ist, aufzusuchen und muss sagen, das fruchtet auch.“

Soziales Umfeld und Netzwerke

Die soziale Umgebung und die soziale Unterstützung sind besonders für das Bewegungsverhalten von Kindern entscheidend und prägend. Die Stärke des sozialen Umfelds und der Netzwerke drücken sich in der Bildung von Vorbildern und Meinungsbildern aus. Soziale Netzwerke sind eine sehr wichtige Ressource der Bewegungsförderung. Der Unterstützung durch Familienmitglieder und durch den Freundeskreis wird für das Wohlfühlen bei der Bewegungsausführung mit Bezugspersonen oder in Gruppen ein bedeutender Stellenwert beigemessen. Aber auch die Einbindung in Vereine, informelle Netzwerke, Peergroups oder die Zugehörigkeit zu ethnischen sowie religiösen Gruppen können einen entscheidenden Einfluss auf das Bewegungsverhalten haben.

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen erneut, dass soziale Kontakte zu den wichtigsten Promotoren für Bewegung bei Volksschulkindern gehören. Von Kindern selbst wird berichtet, dass sie am ehesten von gleichaltrigen FreundInnen oder Geschwistern zu Bewegung und Sport aktiviert werden. Ebenso wichtig ist auch das Vorbild der Eltern als wesentliche Motivation für die Bewegungsaktivität ihrer Kinder. Häufig üben diese dieselben Sportarten wie ihre Eltern aus, am liebsten mit ihnen gemeinsam. Praktisch wird das durch das gemeinsame Nutzen von Sportangeboten für Kinder und Eltern (z. B. Mutter-Kind-Turnen), welches in der Freizeit in Turnsälen von Volksschulen angeboten wird, umgesetzt. Auch LehrerInnen werden als wichtige Vorbilder für Bewegung und dadurch als Motivatoren genannt. Das persönliche Engagement der KlassenlehrerInnen für Bewegung (sich beispielsweise für eine „Bewegte Klasse“ zu entscheiden) ist eine wichtige soziale Ressource für mehr Bewegung bei Kindern. Persönliche soziale Kontakte von Lehrerinnen und Lehrern bzw. DirektorInnen zu Sportvereinen werden dazu genutzt, eine Schiene für die Kinder zum Vereinssport zu legen, z. B. durch das Anbieten von kostenlosen Schnupperstunden für Kinder für verschiedene Sportarten. Es ergibt sich aus den Aussagen auch der Hinweis, dass es durchaus auch umgekehrt sein kann: Nicht die Erwachsenen motivieren die Kinder zu körperlicher Aktivität, sondern die Kinder ihre Eltern.

Von den Kindern selbst wird als häufigster Grund für das Scheitern von Bewegung der Zeitmangel der Eltern angegeben. Dieser Mangel an Unterstützung durch das soziale Umfeld kann zu einem Mangel an körperlicher Aktivität bei den Kindern führen. Auch eine bewegungsfeindliche Einstellung der Peergroup wird so als eine Barriere wahrgenommen, wenn etwa Sport bei den FreundInnen als „uncool“ gilt und so das Bewegungsverhalten der Kinder beeinflusst wird.

Ankerbeispiele:

Mutter: „Freunde, die gerne Computerspiele spielen, sind im Kontakt eher bremsend, während Freunde, die halt lieber am Rad sitzen oder auf den Skiern stehen, halt eher fördernd sind für die Bewegungen. Das spielt schon eine Rolle.“

Kind: „Also ich bin, wie ich drei war oder zwei, dann. Also meine Brüder waren schon Fußballer, und mein Vater ist Fußballtrainer und hat auch schon Fußball gespielt, und einfach, weil alle schon Fußball gespielt haben, wollte ich das auch.“

DirektorIn: „Der Großteil der Eltern ist sicherlich nicht sehr dahinter, dass die Kinder in ihrer Freizeit zusätzlich Bewegung machen, weil sie selber entweder nicht wollen oder weil sie auch gar nicht die Zeit dafür haben, das mit ihren Kindern durchzuführen. Und alleine die Kinder das machen zu lassen, ist schwierig.“

Lebens- und Arbeitsbedingungen

Lebens- und Arbeitsbedingungen von Kindern betreffen sowohl die Schule als auch die Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung. Die Möglichkeiten, die Kindern in der Schule, auf dem Weg zur und von der Schule sowie bei der Gestaltung der unterrichtsfreien Zeit geboten werden, üben einen signifikanten Einfluss auf das Bewegungsverhalten und den Bewegungsumfang der Kinder aus. Von den außerschulischen Einflussfaktoren auf die Bewegung von Kindern sind insbesondere aktive Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung und zum Sport, z. B. in Vereinen, zu nennen.

Als Arbeitsbedingungen der Volksschulkinder wird naturgemäß von allen Beteiligten in erster Linie das schulische Umfeld verstanden. Entsprechend werden hier vor allem Ressourcen zur Förderung von Bewegung in den Schulen angesprochen. Abgesehen von den Turnunterrichtsstunden wird eine Reihe von Möglichkeiten gesehen, Bewegungsaktivitäten zu fördern, sowohl während der Unterrichtszeit in der Schule als auch in der Freizeit. Es besteht die Ansicht, dass die meisten dieser Möglichkeiten auch sehr vom persönlichen Engagement der einzelnen LehrerInnen abhängen.

Folgende Möglichkeiten für Bewegung während der Unterrichtszeit werden genannt:

- Unterricht Bewegung und Sport (Turnunterricht)
- Bewegungsraum
- Bewegte Schulpause
- Verlagerung des Unterrichts in den Park
- Kostenlose Angebote in der Schule am Nachmittag für Bewegung und Sport
- Sporttage bzw. Sportwochen
- Wandertage
- Lehrausgänge mit sportlichem Schwerpunkt
- Projektwochen mit Schwerpunkten wie „Gesundheit“, „Erfahrungen in der Natur“ oder „Bewegung“
- Schulschwimmen
- Spezielle Bewegungsförderungsprogramme in Schulen für Kinder, die das wünschen (z. B. Bewegte Klassen; Bewegter Unterricht)
- Schwerpunktklassen mit dem Schwerpunkt Sport
- „Schulsport aktiv“
- „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“

Folgende Möglichkeiten der aktiven Freizeitgestaltung, die aber im Einflussbereich der Schule liegen, werden in den Gesprächen hervorgehoben:

- Nachmittagsbetreuung mit zusätzlichen Bewegungsangeboten am Nachmittag
- Halbtagschulen, Halbinternat, Hort mit strukturierten Möglichkeiten, Bewegung zu machen
- Hausaufgabenfreie Nachmittage können die Kinder zu Bewegung eher nutzen, als wenn der Nachmittag mit Hausaufgaben verplant ist.
- Schnupperstunden in Kooperation mit externen Vereinen (z. B. für Tischtennis). Dadurch lernen die Kinder verschiedene Sportarten kennen.

Ankerbeispiele:

Frage: „Wie oft am Tag habt ihr da so Pause, wo ihr Bewegung macht?“

Kind: „Also fast immer, wenn es schön ist. Drei-, viermal am Tag.“

DirektorIn: „Wir machen jeden Mittwoch im ganzen Schuljahr einen hausaufgabenfreien Tag und machen mit den Kindern da einen Ausflug, weil wir ja keinen Garten haben. Und wir gehen mit den Kindern jeden Tag einmal in den Park.“

Frage: „Und was bremst da die Aktivitäten?“

Mutter: „Die Schule. Also es ist einfach so, im Gymnasium ist die Zeit in der Schule viel länger. Die Wochenenden früher, Wetter schön, sofort raus, sofort in die Berge. Na da musst du jetzt überlegen, ist eine Schularbeit nachher, naja das ganze Wochenende können wir aber nicht weg. Naja vielleicht der Sonntag, aber dann schlechtes Wetter usw. Also die Schule bremst wirklich ganz, ganz extrem. Ich erlebe das ganz schlimm.“

Mutter: „Und das zieht aber die Kleinen dann mit. Weil die müssen sich dann den Größeren anpassen. Das geht nicht anders.“

Gebaute Umwelt, sozioökonomische und politische Umwelt

In der Berücksichtigung der vierten Einflussebene kommen u. a. die Planung von Lebensräumen, sozioökonomische Faktoren, die sich auch mit einer sozialen Schichtzugehörigkeit decken, wie z. B. Einkommen und Wirtschaftslage, Wohnverhältnisse und Wohnregion zum Tragen. Auch die Infrastruktur einer Wohnregion mit Verhältnissen, die zur aktiven Freizeitgestaltung einladen, spielt eine besondere Rolle. Diese Ebene wird in erster Linie von Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern verschiedenster politischer Ressorts wie Gesundheit, Sport, Stadtplanung, aber auch Bildung, Integration oder Soziales auf allen Ebenen (Stadt, Land, Bund) beeinflusst.

Bezüglich der gebauten Umwelt, der sozioökonomischen Umwelt und der politischen Umwelt wurden viele generelle Statements abgegeben, die so zusammenzufassen sind, dass es in Wien sehr viele Ressourcen für Bewegung und Sport für Kinder gibt. Es finden sich naturgemäß größere Unterschiede bezüglich der zur Verfügung stehenden Grünflächen, besonders zwischen dem innerstädtischen Bereich und dem Stadtrand. An baulichen Ressourcen für Bewegung für die Gruppe der Volksschulkinder werden die schulischen Ressourcen genannt und stadtplanerische im außerschulischen Bereich.

Die bewegungsförderlichen baulichen Ressourcen im schulischen Bereich werden mit folgenden Beispielen skizziert:

- Gut ausgestattete Turnsäle und schuleigene Sportplätze
- Schulgärten, Spielplätze und Parkanlagen mit kindergerechten Bewegungsmöglichkeiten in Schulnähe
- Benutzen der Treppenhäuser und allen sich solcherart bietenden Gelegenheiten, körperlich aktiv zu sein

Im außerschulischen Bereich sind es folgende angeführte Beispiele:

- Die Möglichkeit, aktiv zur Schule zu kommen, und die Voraussetzungen dafür in Form von sicheren Geh- und Radwegen
- Leben am Stadtrand

Es wird auch darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit der körperlichen Aktivität bei Volksschulkindern auch vom sozioökonomischen Status der Eltern abhängt. Nicht alle Eltern können sich die Teilnahme ihrer Kinder an kostenpflichtigen Sportprojekten (z. B. Sportwochen) der Schulen leisten. Hier werden Möglichkeiten eingeräumt, wie solche sozialen Ungleichheiten etwas ausgeglichen werden können (z. B. Zuschuss vom Elternverein, Unterstützung durch das Jugendamt etc.).

Hindernisse dafür, mehr Bewegung in die Schule zu bringen und Bewegungsempfehlungen umzusetzen, werden vor allem für jene Bereiche berichtet, in denen es an den vorher angeführten Ressourcen mangelt.

An baulichen Mängeln im schulischen Bereich werden angeführt:

- Mangelnde sportliche Einrichtungen in der Schule wie schlecht ausgestattete Turnsäle
- Kein Angebot für Leichtathletik-Sportarten etc.
- Beton statt Wiese

An Hindernissen für Bewegung außerhalb der Schule werden angeführt:

- Das Leben in der Großstadt wird als eher bewegungsfeindlich empfunden, es werden Kinder aufgrund des Verkehrs nicht alleine auf die Straße gelassen, es gibt mehr Verbote der Eltern, und so wird der Bewegungsradius der Kinder eingeschränkt.
- Im innerstädtischen Bereich sind die Bewegungsräume für Kinder außerhalb der Schule wesentlich stärker begrenzt als im Vergleich zum Stadtrand.
- Es gibt teils unsichere Gehwege zur Schule, z. B. am Vormittag befahrene Fußgängerzonen.

Auch das Problem der sozialen Ungleichheit bezüglich des Zugangs zu Bewegungsangeboten wird angesprochen:

- Kinder, die aus sozioökonomisch schlechter situierten Familien kommen, machen weniger Bewegung, teils dadurch bedingt, dass die Eltern auch weniger Bewegung machen.
- Sozial mehr benachteiligte Kinder werden eher von Schwimmaktivitäten oder Eislaufaktivitäten ausgeschlossen, auch weil Eltern z. B. dem weniger Bedeutung beimessen.
- Bei „Bewegten Klassen“ muss von den Eltern ein extra Beitrag dafür geleistet werden, den sich sozioökonomisch schlechter situierte Eltern nicht leisten.

Ankerbeispiele:

Mutter: „Was da alles angeboten wird. Also wenn man ehrlich ist, Wien bietet schon wahnsinnig viel. Alleine wie viel Beachvolleyballplätze es gibt innerhalb von Wien, die man besuchen kann. Wieviel diese Trampolinplätze, wenn man mit offenen Augen durch die Stadt fährt, also es gibt schon ziemlich viel. Ich weiß nicht, wer dort hingehet. Ich weiß nicht, ob ich meine Kinder hinschicken würde. Keine Ahnung, ich habe es nicht beobachtet. Generell glaube ich schon, dass Wien viel bietet.“

Kind: „Ich gehe manchmal mit meinen Eltern wandern, weil es bei uns so viele schöne Wanderwege gibt, und fahre auch manchmal mit ihnen Rad und manchmal gehe ich auch zusammen laufen.“

DirektorIn: „Toll wäre es, hätten wir da unten keinen betonierten Hof, sondern Wiese z. B., das wäre natürlich ideal.“

Vater: „Das ist natürlich klar. Eine Schule, die jetzt in einem der Außenbezirke ist, wo die Grünflächen direkt in die Schule integriert sind, hat mehr Möglichkeiten, die Pausen zu gestalten. Das ist hier aufgrund der Innenstadtsituation nicht gegeben. Das wissen auch die Eltern, die ihre Kinder auch hier anmelden, und ich denke, soweit ich das überblicken kann, sind die meisten Eltern auch daran interessiert, das auch durch private Aktivitäten auszugleichen.“

7.3.4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Der vorliegende Bericht liefert die Ergebnisse einer qualitativen Inhaltsanalyse von Interviews mit DirektorInnen von Wiener Volksschulen und von Fokusgruppendifkussionen mit Volksschulkindern und Eltern. Qualitative Analysen geben einen Überblick über Themen, die bisher nur unzureichend wissenschaftlich analysiert sind, welches auf das Bewegungsverhalten von Wiener Volksschulkindern zutrifft. Aus diesen Analysen können Hypothesen abgeleitet werden, die in weiteren Folgestudien mit quantitativem Ansatz überprüft werden können. Aus der vorliegenden Studie können Aussagen zu Ressourcen und Barrieren für das Bewegungsverhalten von Volksschulkindern oder die Realisierung der Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung hergeleitet werden.

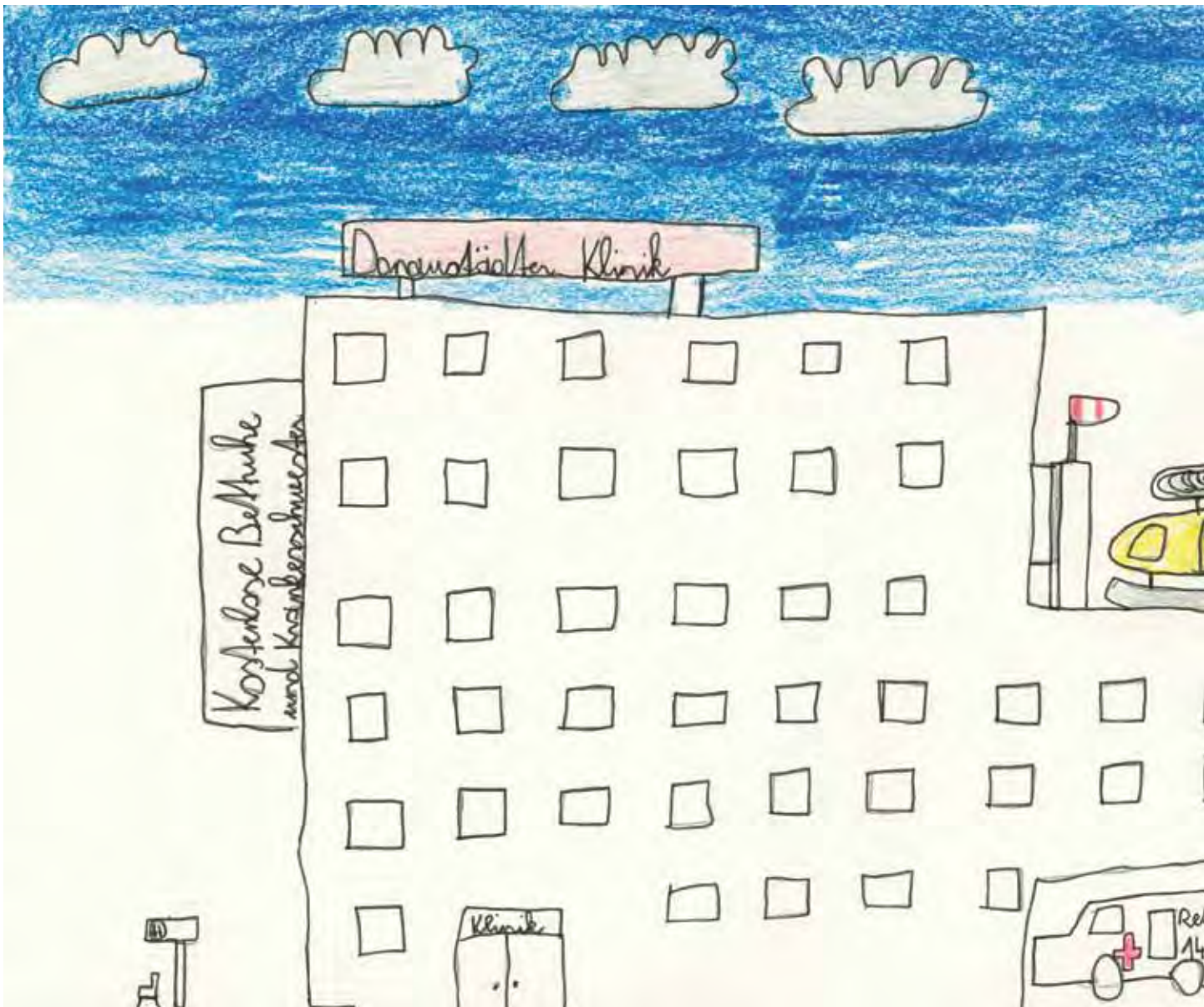
Qualitative Analysen erlauben allerdings keine quantitativen Schlussfolgerungen. Bezüglich der Realisierung der Österreichischen Bewegungsempfehlungen gilt es hier anzumerken, dass, wenn auch das empfohlene Ausmaß an Bewegung nach Meinung der befragten SchuldirektorInnen allein schon in der Schule leicht zu erfüllen ist, keine Aussagen getroffen werden können, dass ein bestimmter Prozentsatz der Wiener Volksschulkinder diese Bewegungsempfehlungen tatsächlich erfüllt.

Selbst wenn ein großer Anteil der Wiener Volksschulkinder sich gemäß der Bewegungsempfehlungen ausreichend bewegen würden, um einen Gesundheitseffekt zu erzielen, scheint es dennoch so zu sein, dass dieses Ausmaß nicht ausreicht, um alle Gesundheitsbeeinträchtigungen, bei denen ein Mangel an körperlicher Aktivität eine Rolle spielt, zu verhindern. Das trifft insbesondere im Hinblick auf die steigenden Trends von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter auch in Wien zu. Für diese Problematik muss auch das Ernährungsverhalten bei Kindern und die diesbezüglichen Trends analysiert werden.

Dadurch, dass bei diesem Projekt Kinder, Eltern und DirektorInnen ihre Erfahrungen mit Einstellungen und Meinungen zu körperlicher Aktivität, Bewegung und Sport bei Volksschulkindern artikulierten, können, basierend auf der Analyse dieser Aussagen, Maßnahmen abgeleitet werden, die das Bewegungsverhalten von Kindern fördern. Eine Hierarchie bezüglich Effektivität oder Effizienz dieser Maßnahmen ist nicht abzuleiten. Die Maßnahmen zur Förderung von Bewegung bei Volksschulkindern können als ein Set von Ideen verstanden werden, wie das Bewegungsverhalten von Kindern auf diversen Ebenen (Kinder selbst, deren Eltern, LehrerInnen bis hin zu politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger verschiedenster politischer Ressorts) positiv beeinflusst werden kann. Das inkludiert auch das häufig genannte Engagement der KlassenlehrerInnen, die die Umsetzung der Bewegungsförderung ermöglichen.

Es stellen sich allerdings auch Hindernisse für Bewegung dar. Diese inkludieren individuelle Einstellungen wie geringes Interesse an Bewegung der Kinder, aber auch sozioökonomische Ressourcen der Eltern und bauliche Gegebenheiten, sowohl im schulischen als auch im außerschulischen Bereich. Diese Hindernisse zeigen, dass es noch Verbesserungspotenzial gibt für eine Erhöhung des Bewegungsumfangs von Wiener Volksschulkindern. Eine häufig geäußerte Forderung, um Bewegung bei Kindern zu fördern, ist die nach mehr Unterrichtsstunden in Form von Bewegung und Sport. Eine Erhöhung der Turnunterrichtsstunden würde zwar dazu beitragen, den Gesamtumfang körperlicher Aktivität in der Schule zu erhöhen, dennoch ist zu bezweifeln, dass das die Lösung aller bewegungsassoziiierter Probleme wäre. Für bereits übergewichtige Kinder könnte der Turnunterricht inklusive Umziehen zu Diskriminierung und damit zum Negativerlebnis Sport beitragen. Aus diesen Überlegungen her ist es zu diskutieren, ob die Forderung nach mehr Bewegungs- und Sportstunden im Unterricht tatsächlich zum gewünschten Ziel – mehr Gesundheit für die Kinder – beiträgt oder ob es differenziertere Lösungsansätze dafür braucht.

Zusammenfassend zeigen die hier dargestellten qualitativen Analysen viele Möglichkeiten, das Bewegungsverhalten von Wiener Volksschulkindern positiv zu beeinflussen. Viele dieser Möglichkeiten werden bereits umgesetzt, bei anderen gibt es noch Verbesserungspotenzial. Auch Barrieren für körperliche Aktivität von Wiener Volksschulkindern werden aufgezeigt. Diese langfristig zu überwinden, ist auch wichtige Aufgabe der Gesellschaft.



gezeichnet von: Florian, 12 Jahre

Versorgungsstrukturen in Wien

Siegfried Finz, Daniela Thurner

8 Versorgungsstrukturen in Wien

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die medizinischen und sozialmedizinischen Einrichtungen Wiens, die speziell für Versorgung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen. Die Darstellung der sozialmedizinischen Beratungs- und Betreuungsstellen hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern stellt lediglich eine kleine Auswahl dar.

8.1 Niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde

FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde beschäftigen sich mit gesundheitlichen Fragen von Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren. Neben den niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, die ebenfalls Kinder und Jugendliche betreuen, sind diese ausschließlich für die medizinische Versorgung der jungen Bevölkerung zuständig und werden gemeinhin als die PraktikerInnen für junge Menschen angesehen.

Entsprechend diesem Selbstverständnis wird im Folgenden die strukturelle Versorgung mit niedergelassenen FachärztInnen innerhalb Wiens im Vergleich mit den anderen Bundesländern und im Vergleich mit anderen europäischen Großstädten mit ähnlicher Infrastruktur beleuchtet.

8.1.1 Kinderärztliche Praxen in Wien

Insgesamt gibt es in Wien 184 fachärztliche Ordinationen und 164 niedergelassene FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde. Die Differenz erklärt sich dadurch, dass manche ÄrztInnen mehr als eine Ordination leiten. Betrachtet man die Verteilung der fachärztlichen Ordinationen für Kinder- und Jugendheilkunde über das Wiener Stadtgebiet, so lässt sich eine lokale Konzentration rund um das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien, das St. Anna Kinderspital sowie im Umkreis des Krankenhauses Rudolfstiftung beobachten. Das AKH Wien beherbergt drei Universitätskliniken: für Kinder- und Jugendheilkunde, Kinderchirurgie und Kinderpsychiatrie. Das St. Anna Kinderspital ist vor allem auf die Behandlung von kindlichen

Abbildung 8.1: Verteilung kinderärztlicher Praxen über das Stadtgebiet



Quelle: MA 14 nach Meldungen der Wiener Ärztekammer per 30. 6. 2011.

Krebserkrankungen spezialisiert. In das Krankenhaus Rudolfstiftung wurde 1998 das Mautner-Markhof'sche Kinderspital integriert. Nicht signifikant ist die Konzentration an kinderärztlichen Praxen in der Nähe des Wilhelminenspitals, welches 1999 die Kinderklinik Glanzing integriert hat.

In Wien-Donaustadt befinden sich östlich des Einzugsgebietes der Wagramer Straße drei fachärztliche Praxen für Kinder- und Jugendheilkunde, zwei im Bezirksteil Aspern, eine im Bezirksteil Eßling. In den genannten Gebieten ist davon auszugehen, dass niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen größere Teile der extramuralen Versorgung von Kindern und Jugendlichen übernehmen. Bei der Interpretation der Daten ist auch die sehr gut ausgebaute Verkehrsinfrastruktur der Stadt zu berücksichtigen, die eine hohe Mobilität zwischen den Stadtteilen gewährleistet. Auch die Versorgung durch AllgemeinmedizinerInnen ist in den genannten Stadtteilen gegeben.

Bei der Versorgung mit kinderärztlichen Praxen, die über Verträge mit allen Kassen verfügen, steht der 9. Bezirk mit 50,1% über dem Schnitt Wiens an vorletzter Stelle vor dem 10. Bezirk mit 64,6% über dem Wienschnitt. Der 1. Bezirk, der 4., 5. und 6. Bezirk als Einheit sowie der 18. und der 19. Bezirk weisen eine im Schnitt um mindestens 20% bessere Versorgung auf. In ganz Wien sind rund 42% aller kinderärztlichen Praxen Wahlarztpraxen. Im 5., 6., 10. und 11. Bezirk befinden sich keine Wahlarztpraxen.

In ganz Wien sind rund 42% aller kinderärztlichen Praxen Wahlarztpraxen.

8.1.2 Öffnungszeiten der kinderärztlichen Praxen in Wien

Die in der folgenden Tabelle angeführten Öffnungszeiten wurden nach Angaben der Wiener Ärztekammer ausgewertet. In dieser Aufstellung fehlen jene ÄrztInnen, die keine fixen Öffnungszeiten haben, sondern nur nach vereinbarten Terminen praktizieren. Weiters ist zu berücksichtigen, dass ÄrztInnen zumeist über das angegebene Ende der Öffnungszeiten hinaus praktizieren. Bis zum Ende der Öffnungszeiten werden üblicherweise Anmeldungen entgegengenommen. Die meisten kinderärztlichen Praxen haben am Montag zwischen 9 und 12 Uhr geöffnet. Im Schnitt häufen sich die Öffnungszeiten von Montag bis Freitag zwischen 9 und 12 Uhr und Montag bis Donnerstag von 14 bis 17 Uhr. Freitags ab 14 Uhr haben im Vergleich zu Montag bis Donnerstag um ca. zwei Drittel weniger Praxen für Kinder- und Jugendheilkunde geöffnet. Das bedeutet für berufstätige Eltern, dass bei üblichen Arbeitszeiten eine Konsultation beim Kinderarzt bzw. bei der Kinderärztin nur Freitag nachmittags möglich ist, eingeschränkt auch in den Praxisstunden von 8 bis 9 Uhr.

Freitags ab 14 Uhr haben im Vergleich zu Montag bis Donnerstag um ca. zwei Drittel weniger Praxen für Kinder- und Jugendheilkunde geöffnet.

Tabelle 8.1: Anzahl geöffneter kinderärztlicher Praxen in Wien

| Uhrzeitintervall | 8-9 | 9-10 | 10-11 | 11-12 | 12-13 | 13-14 | 14-15 | 15-16 | 16-17 | 17-18 | 18-19 | 19-20 |
|------------------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Montag | 13,5* | 59,5 | 64 | 61,5 | 38 | 27,5 | 31 | 41 | 41 | 24,5 | 7 | 1 |
| Dienstag | 12 | 39 | 40 | 39 | 31 | 25 | 42,5 | 56 | 52,5 | 37,5 | 14,5 | 1 |
| Mittwoch | 10 | 36 | 37 | 34,5 | 26 | 19,5 | 35 | 41 | 45,5 | 29,5 | 11 | 1 |
| Donnerstag | 11,5 | 34 | 35 | 30 | 18 | 21,5 | 41 | 54 | 55 | 34,5 | 15,5 | 0 |
| Freitag | 14,5 | 51 | 53 | 44 | 20 | 9,5 | 14,5 | 18 | 16 | 10 | 2 | 0 |
| Samstag | 0 | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sonntag | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

* Lesebeispiel: 13 Ordinationen haben die volle Stunde zwischen 8 und 9 Uhr morgens geöffnet, 1 Ordination hat nur eine halbe Stunde in diesem Zeitraum Sprechstunde.

Quelle: Ärztekammer Wien, eigene Berechnungen, Stand August 2012

Am Wochenende haben laut Wiener Ärztekammer 3 Praxen geöffnet. Abgesehen von Notfällen, die eine Verstärkung der Rettungsdienste nach sich ziehen sollte, muss am Wochenende und in den Abend- und Nachtstunden im Krankheitsfall eine Spitalsambulanz bzw. der Ärztekundendienst in Anspruch genommen werden.

8.2 Krankenanstalten und Ambulanzen

8.2.1 Versorgung in Wien

Wien verfügt neben der Grundversorgung mit den Universitätskliniken im AKH Wien, im St. Anna Kinderspital, im SMZ Ost – Donauspital und im Wilhelminenspital über hochspezialisierte Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit österreichweitem Einzugsgebiet. Die Kinderklinik Glanzing ist vor allem auf Kinderinfektiologie, das Donauspital auf Perinatalmedizin und Kinderchirurgie spezialisiert. Bis auf das Orthopädische Spital Speising, das zur kirchlichen Vinzenz-Gruppe gehört, und das St. Anna Kinderspital, dessen Träger das Wiener Rote Kreuz ist, sind alle Spitäler mit pädiatrischen Abteilungen in Wien dem Krankenanstaltenverbund der Stadt Wien zuzuordnen. Das St. Anna Kinderspital ist in Bezug auf Forschung und Lehre seit 2010 eine Abteilung der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, woraus sich eine enge klinische Vernetzung ergibt. Die Hämato-Onkologische Abteilung des St. Anna Kinderspitals wird als klinische Abteilung der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH Wien geführt. Das ärztliche Personal der Universitätskliniken ist als Universitätspersonal dem Bund unterstellt.

Tabelle 8.2: Überblick bettenführender Kinderabteilungen in Wiener Krankenanstalten

| Krankenanstalt | Anzahl der Stationen |
|--|----------------------|
| St. Anna Kinderspital, 1090 Wien, Kinderspitalgasse 6 | |
| Hämato-Onkologie | 4 |
| Interne Stationen | 3 |
| HNO-Abteilung | 1 |
| Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik, 1030 Wien, Juchgasse 25 | |
| Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde mit Department für Neonatologie | 1 |
| Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus, 1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20 | |
| Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde | |
| Klin. Abteilung für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie | 9 |
| Klin. Abteilung für Pädiatrische Kardiologie | 1 |
| Klin. Abteilung für Pädiatrische Nephrologie und Gastroenterologie | 1 |
| Klin. Abteilung für Pädiatrische Pulmologie, Allergologie und Endokrinologie | 1 |
| Klin. Abteilung für Allgemeine Pädiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Pädiatrischen Hämato-Onkologie/ St. Anna-Kinderspital | |
| Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie | 2 |
| Universitätsklinik für Chirurgie Klin. Abteilung für Kinderchirurgie | 1 |
| „Gottfried von Preyer’sches Kinderspital (Sozialmedizinisches Zentrum Süd - Kaiser-Franz-Josef-Spital), 1100 Wien Schrankenberggasse 31“ | |
| Interne Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde | 5 |
| Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, 1130 Wien, Riedelgasse 5, Pav. C | |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und Behindertenpsychiatrie für Erwachsene mit Ambulanz des Neurologischen Zentrums - Rosenhügel | 3 |
| Orthopädisches Spital Speising, 1130 Wien, Speisinger Straße 109 | |
| Abteilung für Kinder- und Jugendorthopädie | 1 |
| Wilhelminenspital der Stadt Wien, 1160 Wien, Montleartstraße 37 | |
| Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde - Kinderklinik Glanzing, Pavillon 1,2,4,5,6,8,10,15,18 und 21 | 8 |
| Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital, 1220 Wien, Langobardenstraße 122 | |
| Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde | 4 |
| Abteilung für Kinder- und Jugendchirurgie | 3 |
| Summe der Krankenanstalten | 48 |

Quelle: K. Kux, Handbuch der Sanitätsberufe Österreichs Ausgabe 2010/11, KAV Intranet, Internetrecherche der MA 15

Bei der ambulanten Betreuung in Wien gibt es neben den Ambulanzen der bettenführenden pädiatrischen Abteilungen noch Ambulanzen im konfessionellen Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, im Sanatorium Hera der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien und im Orthopädischen Krankenhaus Gersthof des Wiener Krankenanstaltenverbundes. Diese Tabelle dient lediglich dazu, einen Überblick über alle möglichen ambulanten Einrichtungen Wiens zu vermitteln. Sie dient nicht dem Vergleich, da dies auch schon alleine wegen der unterschiedlich langen Öffnungszeiten der verschiedenen Spezialambulanzen nicht möglich ist.

Tabelle 8.3: **Überblick ambulante Versorgung in Wien**

| Ambulanzen in Krankenanstalten | Anzahl der Ambulanzen |
|---|-----------------------|
| St. Anna Kinderspital | 0 |
| St. Anna Interne Ambulanzen | 2 |
| Spezialambulanzen | 8 |
| St. Anna Hämato-Onkologische Ambulanzen | 4 |
| St. Anna HNO-Abteilung | 3 |
| Psychosoziales Team | 1 |
| Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik | 11 |
| Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien | 0 |
| Kinder- und Säuglingsultraschallambulanz | 1 |
| Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus | 0 |
| Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde | 2 |
| Klin. Abteilung für Neonatologie, Pädiatrische Intensivmedizin und Neuropädiatrie | 23 |
| Klin. Abteilung für Pädiatrische Kardiologie | 2 |
| Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie | 8 |
| Universitätsklinik für Chirurgie Klin. Abteilung für Kinderchirurgie | 4 |
| Universitätsklinik für Orthopädie Kinderambulanz | 1 |
| Universitätsklinik für Unfallchirurgie Ambulanz für Kindertraumatologie | 1 |
| Univ. Klinik für Urologie Kinderurologische Ambulanz inkl. Kindersprechstunde, kindliche Harninkontinenz und Enuresis | 1 |
| Sanatorium Hera Wien, 1090 Wien, Löblichgasse 14 | 0 |
| Spezialambulanz Kinder-Augenheilkunde | 1 |
| Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital | 0 |
| Ambulanzen der Kinder- und Jugendabteilung | 14 |
| Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel | 0 |
| Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Behindertenpsychiatrie für Erwachsene | 1 |
| Orthopädisches Spital Speising | 0 |
| Ambulanz der Abteilung für Kinder- und Jugendorthopädie | 1 |
| Wilhelminenspital | 0 |
| Kinderinfektion Aufnahme und Ambulanz | 6 |
| Psychosomatische Ambulanz für Kinder und Jugendliche | 1 |
| Orthopädisches Krankenhaus Gersthof | 0 |
| Orthopädische Ambulanz, Hüftultraschalluntersuchung bei Säuglingen | 1 |
| Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Donauspital | 0 |
| Ambulanz für Kinder- und Jugendheilkunde | 12 |
| Ambulanz für Kinder- und Jugendchirurgie | 8 |
| Summe der Ambulanzen in Krankenanstalten | 117 |

Quelle: Kux, Handbuch der Sanitätsberufe Österreichs Ausgabe 2010/11, Internetrecherche der MA 15

8.3 Sozialmedizinisches Beratungs- und Betreuungsangebot

Nachstehende Angebote dienen der Gesundheitsvorsorge von Kindern und sind Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Kooperation mit den Sozial- und Bildungseinrichtungen der Stadt Wien. Die Gesundheit und Entwicklung des Kindes wird in Zusammenhang mit dem sozialen und familiären Umfeld beurteilt.

Ziel ist es, durch Beratung die elterliche Kompetenz für eine entwicklungsförderliche Versorgung und Betreuung der Kinder zu stärken, den Gesundheitszustand der Kinder zu begutachten und die Kinder – falls erforderlich – einer geeigneten Behandlung zuzuweisen. Eine Steigerung der Durchimpfungsrate wird durch ein entsprechendes Impfangebot und eine Impfberatung erreicht.

Ärztlicher Dienst in Elternberatungsstellen

Leitung: Dr.ⁱⁿ Margarete Lässig

In Wien führt die MAG ELF – Amt für Jugend und Familie – in Zusammenarbeit mit der Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien derzeit 24 Elternberatungsstellen. Das Angebot gilt der gesundheitlichen, psychosozialen und psychohygienischen Prophylaxe. Neben sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen Schwerpunkten wird medizinische Beratung und Unterstützung im Sinn der Sozialpädiatrie und Gesundheitsvorsorge durch 27 teilbeschäftigte ÄrztInnen der Magistratsabteilung 15 bereitgestellt.

Zu den ärztlichen Aufgaben zählen:

- Medizinische Kontrollen
- Erheben des Gesundheitszustandes, des Gewichtes und des Impfstatus
- Beratung zu Themen der Interaktion, Pflege, Stillen und Ernährung, Infektionsprophylaxe, Zahnhygiene, Bewegung und Prävention
- Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und Impfungen nach dem Impfkonzept des Obersten Sanitätsrates auf Wunsch der Eltern
- Erkennen und Besprechen von Risiken und Verzögerungen im Bereich der Entwicklung und Interaktion sowie Zuweisung an die Entwicklungsdiagnostiken der Stadt Wien bzw. an Spezialambulanzen oder FachärztInnen
- Bei Gedeihstörungen, Zahnproblemen, Hautproblemen und anderen chronischen und akuten Erkrankungen wird an den betreuenden Kinderarzt bzw. die betreuende Kinderärztin weiterverwiesen; in Akutsituationen erfolgt auch eine sofortige Überweisung ins Spital.

Schwerpunkte sind die Durchführung medizinischer Untersuchungen bei vom Amt für Jugend und Familie zugewiesenen Familien zum Ausschluss von Misshandlung und Vernachlässigung sowie bei Familien, die unter erschwerten psychosozialen Bedingungen leben: z. B. AsylantInnen, MigrantInnen, Kinder von Müttern aus Frauenhäusern bzw. Mutter-Kind-Heimen, Kinder aus Trennungs-Scheidungsfamilien oder Kinder, die in Armutsverhältnissen leben.

Die Zusammenarbeit und Vernetzung mit SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen sowie gemeinsame Fallbesprechungen ermöglichen eine Einschätzung der Bedürfnisse des Kindes und der Familie aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Im Jahr 2010 erfolgten **26.160 ärztliche Beratungsgespräche** und **1.429 kostenlose Impfungen** im Rahmen des Impfkonzepts. Zielgruppen sind Eltern, Erziehungsberechtigte oder nahestehende Bezugspersonen von Säuglingen und Kleinkindern.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standorten:

www.wien.gv.at/menschen/magelf/service/elternberatungen.html

Wien verfügt über 24 Elternberatungsstellen.

Im Jahr 2010 erfolgten 26.160 ärztliche Beratungsgespräche und 1.429 kostenlose Impfungen im Rahmen des Impfkonzepts.

Ärztlicher Dienst in städtischen Kindergärten

Leitung: Dr.ⁱⁿ Margarete Lässig

In den 361 Kindergärten der Stadt Wien stehen FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde der Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten und dem pädagogischen Personal für medizinische Fragestellungen sowie für Fragen im Rahmen der Gesundheitsvorsorge und -beratung zur Verfügung.

Mit dem Einverständnis der Erziehungsberechtigten werden Reihenuntersuchungen der Krippen- und Kindergartenkinder durchgeführt, wird der Impfstatus der Kinder erhoben und erfolgt eine ärztliche Begutachtung/Beurteilung nach Zuweisung durch KindergartenpädagogInnen bei individuellen medizinischen Fragestellungen beispielsweise bei Infektionskrankheiten, zur kindlichen Entwicklung oder bei Verhaltensauffälligkeiten u.a.m.

Im Bereich der Integrations- und heilpädagogischen Gruppen kommen zudem noch eine kinderfachärztliche Untersuchung im Beisein der Eltern vor der Aufnahme, eine Beratung zu den Betreuungserfordernissen im Kindergarten aus medizinischer Sicht, Fallbesprechungen im Team und Besprechungen über den Einsatz von Hilfsmitteln sowie Vernetzungsarbeit hinzu.

Derzeit sind 10 ÄrztInnen insgesamt 147 Wochenstunden in den städtischen Kindergärten tätig.

Hör- und Sehtestung in allen Wiener Kindergärten

Leitung: Dr.ⁱⁿ Margarete Lässig

Die Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien bietet in allen 853 öffentlichen und privaten Wiener Kindergärten mit dem Einverständnis der Eltern bzw. der Erziehungsberechtigten ein kostenloses Screening für Kinder ab dem 4. Geburtstag an. Über auffällige Testergebnisse werden die Eltern bzw. die Erziehungsberechtigten schriftlich informiert und auf die Notwendigkeit einer fachärztlichen Abklärung hingewiesen. Bei den Hörtests wird die Wahrnehmung von Lautstärke und Tonfrequenz geprüft, bei den Sehtests die Sehschärfe und Augenstellung sowie das binokuläre Wahrnehmungsvermögen.

Derzeit sind 7 Ordinationsassistentinnen für die Durchführung der Hör- und Sehtests insgesamt 140 Wochenstunden tätig. Im Jahr 2010 wurden **15.297 Hörtests** und **13.228 Sehtests** durchgeführt.

Im Jahr 2010 wurden
15.297 Hörtests und
13.228 Sehtests
durchgeführt.

Schulärztlicher Dienst

Leitung: DD^{r.}ⁱⁿ Helga Schwarz

SchülerInnen öffentlicher Schulen sind gemäß Schulunterrichtsgesetz 1986 jährlich zu untersuchen. Für die Schulen der Stadt Wien – Volks-, Hauptschulen, Sonderpädagogische Zentren sowie Polytechnische Lehrgänge und Berufsschulen – stehen SchulärztInnen der Magistratsabteilung 15 zur Verfügung. SchulärztInnen beurteilen den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in jährlichen Reihenuntersuchungen, verständigen die Eltern im Falle einer notwendigen medizinischen Abklärung bzw. einer erforderlichen medizinischen Behandlung und untersuchen SchülerInnen vor Schwimmkursen, Schullandwochen, Schikursen und ähnlichen Veranstaltungen. Zu ihren Aufgaben zählen auch die Durchführung von Impfungen nach dem Österreichischen Impfplan, die Beratung zu Gesundheitsprojekten sowie die Beratung und Information von SchülerInnen, Eltern und LehrerInnen zu gesundheitsrelevanten

Themen. Es ist an jeder öffentlichen Schule Wiens eine Schulärztin bzw. ein Schularzt tätig, das Ausmaß der wöchentlichen Anwesenheit in der Schule richtet sich nach der Anzahl der SchülerInnen. Derzeit sind an den Wiener Pflichtschulen **73 ÄrztInnen** tätig.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standorten: www.wien.gv.at/ma15/schul.htm

Psychologischer Dienst

Leitung: Dr.ⁱⁿ Belinda Mikosz

Kindern und Jugendlichen – aber auch deren Eltern – wird seitens der Stadt Wien im Rahmen des Psychologischen Dienstes ein rascher, unbürokratischer und unentgeltlicher Zugang zu einer psychologischen Beratung ermöglicht. Derzeit sind 33 PsychologInnen (29 Dienstposten) mit unterschiedlichen Ausbildungs- und Arbeitsschwerpunkten für die Wiener Familien im Bereich des Sozialen Dienstes, der Gefährdungsabklärung, der Unterstützung der Erziehung, des Familiencoachings sowie für Kinder und Jugendliche in sozialpädagogischen Einrichtungen tätig. Das Aufgabenfeld der PsychologInnen reicht von der Internetberatung für Jugendliche (unter www.talkbox.at können Jugendliche ihre Fragen anonym an die Fachkräfte richten und mit einer raschen Antwort rechnen) über klinisch-psychologische Diagnostik, Risikoeinschätzung bei Verwahrlosung und Vernachlässigung, Beratung bei Erziehungsfragen, Feststellung des Psychotherapiebedarfs bis hin zum Erstellen von psychologischen Stellungnahmen und Fachexpertisen. 2010 wurden insgesamt **5.941 Kinder und Jugendliche** bei PsychologInnen der MAG ELF vorgestellt.

Bei der **Risikoeinschätzung** geht es um die Frage, ob eine erhebliche seelische oder körperliche Gefährdung eines Kindes oder Jugendlichen vorliegt, sei es durch Vernachlässigung bzw. durch ein schädliches Verhalten der Eltern oder anderer Bezugspersonen. PsychologInnen unterstützen die zuständigen SozialarbeiterInnen bei komplexen Fragestellungen und werden zur Entscheidungsfindung herangezogen. 2010 waren sie in **2.077** Fällen tätig.

Depressionen, Angststörungen, ADHS: Immer mehr Kinder und Jugendliche kommen aufgrund häufig erlebter Beziehungsabbrüche sowie negativer Erlebnisse im familiären Umfeld mit den Anforderungen des Alltags, insbesondere der schulischen, nicht mehr zurecht. Sie reagieren mit Ruhelosigkeit, Verweigerung und anderen Verhaltensauffälligkeiten. Sie benötigen eine professionelle psychologische Behandlung, deren Finanzierung von der Stadt Wien übernommen wird. **1.182 Kinder und Jugendliche** erhielten 2010 eine solche Unterstützung.

Die psychologische Tätigkeit in den sozialpädagogischen Wohngemeinschaften reicht von der Einzelbetreuung der häufig traumatisierten Kinder und Jugendlichen bis hin zur Teamberatung von SozialpädagogInnen. PsychologInnen stehen den Eltern und Kindern als GesprächspartnerInnen zur Verfügung und versuchen zur Stärkung der Selbsthilfekräfte in der Familie beizutragen. 2010 wurde das psychologische Angebot für Lehrlinge am Lindenhof erweitert. Insgesamt waren die PsychologInnen in sozialpädagogischen Einrichtungen der Stadt Wien mit **13.939** Fällen befasst.

Eltern wird ein Beratungsmodell angeboten, das ihnen dabei hilft, alltagstaugliche Konflikt- und Problemlösungen zu erkennen und im Zusammenleben mit ihren Kindern umzusetzen. Die häufigsten Fragestellungen in der psychologischen Beratung beziehen sich auf Erziehungsfragen im Zusammenhang mit dem Erziehungsverhalten der Eltern, Entwicklungsverzögerung von Vorschulkindern, Schulschwierigkeiten bzw. Verhaltensauffälligkeiten älterer

2010 finanzierte die Stadt Wien bei 1.132 Kinder und Jugendliche eine professionelle psychologische Behandlung.

Kinder. Zur Förderung einer positiven Elternschaft erscheint konstruktive Kritik gepaart mit Lösungsvorschlägen zielführend. Im Zuge von Trennung und Scheidung der Eltern wurden im Jahr 2010 8.701 psychologische Beratungen in Anspruch genommen.

Die psychologische Tätigkeit im Referat für Adoptiv- und Pflegefamilien ist mit komplexen Fragestellungen im Zusammenhang mit der Betreuung und Behandlung von Adoptiv- und Pflegekindern verbunden. Darüber hinaus bieten die PsychologInnen in diesem speziellen Bereich Erwachsenenbegutachtung im Hinblick auf ihre Erziehungskompetenz und (Video-) Interaktionsbeobachtung mit Kindern/Eltern/Pflegeeltern an. Ebenso werden Anforderungsprofile bei der Auswahl von geeigneten Pflegefamilien erstellt und prognostische fachliche Expertisen abgegeben. PsychologInnen der MAG ELF wirken bei Pflegeelternausbildungen mit, halten regelmäßig Fachvorträge und schreiben Fachartikel im „Pflegeelternmagazin“ der Stadt Wien.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standorten:
www.wien.gv.at/menschen/magelf/kinder/beratung.html

Institute für Erziehungshilfe

Leitung: Dr.ⁱⁿ Barbara Burian-Langegger

Das Institut für Erziehungshilfe mit seinen 5 Standorten in Wien ist eine ambulante Einrichtung für psychologische Diagnostik, psychosoziale Beratung und tiefenpsychologisch orientierte psychotherapeutische Behandlung von Kindern, Jugendlichen, ihren Eltern und anderen Betreuungspersonen. Das erste Institut wurde 1949 im Karl-Marx-Hof im 19. Wiener Gemeindebezirk gegründet. Dieser Tradition folgend stehen die nunmehr 5 Institute vor allem jenen Bevölkerungsschichten zur Verfügung, die sozial und ökonomisch eher zu den Randgruppen zählen. Jährlich werden ca. 600 Kinder und Jugendliche neu an den Instituten vorgestellt und untersucht, 500 Kinder und deren Familien sind in kontinuierlicher psychotherapeutischer Behandlung. In die Behandlung der Kinder werden die Eltern immer mit einbezogen. Die Probleme, mit denen sich die Familien an die Institute wenden, sind vielfältig. In den vergangenen Jahren hat die Zahl der schwer traumatisierten Kinder und Jugendlichen deutlich zugenommen. Die Familien leben oft am Existenzminimum. Prinzipiell stehen die Leistungen der Institute allen Bevölkerungsschichten offen, sie sind aber gerade für ärmere Bevölkerungsgruppen ein besonders wichtiges Versorgungsangebot. Die MitarbeiterInnen der Institute sind ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen, die alle eine vom Bundesministerium für Gesundheit anerkannte psychotherapeutische Ausbildung absolviert haben. Diese fachliche Kompetenz der MitarbeiterInnen und die Zusammenarbeit in Teams ermöglicht und garantiert eine Qualitätssicherung in diesem hochsensiblen gesellschaftlichen Bereich. Die Beratung, die diagnostischen Untersuchungen und die Behandlung sind kostenlos und werden von der MAG ELF oder von den jeweiligen Krankenkassen getragen.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standorten: www.erziehungshilfe.org/WIE.HTM

Jährlich werden ca. 600 Kinder und Jugendliche neu an den Instituten vorgestellt und untersucht, 500 Kinder und deren Familien sind in kontinuierlicher psychotherapeutischer Behandlung.

Kompetenzzentren für Entwicklungsförderung

Leitung: Mag.^a Cornelia Rhomberg

Die städtischen Kindergärten der MA 10 – Wiener Kindergärten verfügen mit den Kompetenzzentren für Entwicklungsförderung über einmalige Ressourcen, die Kindergartenkindern mit besonderem Entwicklungsbedarf zugutekommen. An den 13 verschiedenen Standorten in Wien erhalten rund **680 Mädchen und Buben**, neben der täglichen Förderung im Kindergartenalltag, regelmäßig individuelle Förderung in Form von spezifischer Sprach-, Einzel- oder Gruppenförderung durch besonders ausgebildete PädagogInnen. Weiters verfügen einzelne Zentren zusätzlich über besondere Schwerpunkte in verschiedenen Bereichen, wie z. B. im Bereich Hören oder Autismus. Die PsychologInnen der Magistratsabteilung 10 leiten diese Kompetenzzentren für Entwicklungsförderung und bieten zusätzlich neben intensiver Elternberatung auch eine Abklärung in Bezug auf Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten von Kindern im Vorschulalter an. So wurden 2010 beispielsweise rund **600 psychologische Testungen** durchgeführt. Für Eltern betroffener Kinder sind diese hoch professionellen Angebote der städtischen Kindergärten kostenlos (Infotelefon: 01/277 55 55).

Nähere Informationen zu Angeboten und Standorten:

www.wien.gv.at/bildung/kindergarten/abteilung/entwicklungsforderung.html

Kinderschutzzentrum Wien

Leitung: DSA Christina Radner

Das Kinderschutzzentrum Wien ist freier Träger der Jugendwohlfahrt und bietet seit 20 Jahren Beratung und Hilfestellung in Fällen von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Die Finanzierung der vom gemeinnützigen Verein „Unabhängiges Kinderschutzzentrum Wien“ getragenen Beratungsstelle erfolgt durch die MAG ELF – Amt für Jugend und Familie der Gemeinde Wien, dem Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend sowie anderen Sponsoren. Psychologische Diagnostik und Psychotherapie wird teilweise von der Wiener Gebietskrankenkasse finanziert. Das stabile Team zeichnet sich durch langjährige Erfahrung und Konstanz aus und besteht aus sechs PsychotherapeutInnen, einem klinischen Psychologen und einer Organisations- und Teamassistentin.

Zielgruppe des Beratungsangebotes sind von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern, aber auch LehrerInnen, KindergartenpädagogInnen, SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen, d. h. auch jene Personen, die beruflich mit diesem Themenkomplex konfrontiert sind.

Das Leistungsangebot umfasst Krisenintervention, klinisch-psychologische Diagnostik, telefonische und persönliche Beratung, Psychotherapie sowie Supervision. Darüber hinaus gibt es für Jugendliche auf der Webseite <http://www.kinderschutz-wien.at> die Möglichkeit, mit den MitarbeiterInnen via E-Mail oder im Chatforum unkompliziert in Kontakt zu treten. Alle Angebote sind kostenlos.

Es werden derzeit um die **400 Familien betreut**, ca. **300 Fälle** werden **jährlich neu** an das Kinderschutzzentrum Wien herangetragen. Im Jahr 2010 wurden als Eingangsprobleme in 37% der Fälle sexuelle, bei 32% körperliche, bei 22% seelische Misshandlung und in 8% der Fälle

An den 13 verschiedenen Standorten in Wien erhalten rund 680 Mädchen und Buben regelmäßig individuelle Förderung.

Ca. 300 Fälle werden jährlich neu an das Kinderschutzzentrum Wien herangetragen.

Vernachlässigung genannt. Knapp 70% der KlientInnen suchen von sich aus – ohne Vermittlung von Ämtern oder Behörden – im Kinderschutzzentrum Hilfe.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standorten: www.kinderschutz-wien.at

möwe Kinderschutzzentren

Leitung: Mag.^a Marika Vogelsinger

Die Hilfsangebote der möwe Wien beinhalten telefonische und persönliche Beratung mit den speziellen Schwerpunkten auf sexuellen Missbrauch und Gewalt, psychosoziale Prozessbegleitung sowie Psychotherapie, Eltern- und Angehörigenberatung und psychologische Diagnostik. Das möwe Kinderschutzzentrum Wien ist eines von fünf möwe Kinderschutzzentren. Es wird als gemeinnützige GmbH vom Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, Bundesministerium für Inneres, Bundesministerium für Finanzen, von der MAG ELF – Amt für Jugend und Familie, von unterschiedlichen Krankenkassen sowie durch Förderungen und Spendengelder finanziert.

Im möwe Kinderschutzzentrum Wien sind 7 MitarbeiterInnen aus den Bereichen klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie, Psychotherapie sowie Sozialarbeit tätig. Das Leistungsangebot des möwe Kinderschutzzentrums Wien ist vielfältig, für die KlientInnen unentgeltlich und kann auch anonym genutzt werden. Die möwe-Helpline 0800 80 80 88 bietet werktags von 9–19 Uhr telefonische Beratungen, Information und Krisenintervention an. Kinder, Jugendliche und deren Angehörige können im möwe Kinderschutzzentrum persönliche Beratung, Prozessbegleitung und bei Bedarf auch eine weitergehende Psychotherapie in Anspruch nehmen. Als besonders niederschwelliges Angebot gibt es die Onlineberatungen. Die möwe-MitarbeiterInnen führen auch Präventionsveranstaltungen durch: Zu verschiedenen Themen, wie z. B. sexuelle Gewalt, physische und psychische Gewalt und Mobbing, werden Workshops für SchülerInnen und PädagogInnen sowie Informationsabende für Eltern in Schulen abgehalten.

Einen weiteren Schwerpunkt der Kinderschutzarbeit stellt die institutionelle Zusammenarbeit mit Jugendwohlfahrtseinrichtungen, Fachorganisationen, Behörden, MedizinerInnen etc. dar. Diese umfasst unter anderem intensive Vernetzungsaktivitäten, insbesondere bei komplexen Fällen in der Kinderschutzarbeit, wenn mehrere Personen, Behörden, Täter bzw. Opfer involviert sind. Außerdem findet eine Fachtagung im Rahmen der Plattform gegen Gewalt statt und eine Veranstaltung für KindergartenpädagogInnen. Das Angebot des möwe Kinderschutzzentrums in Wien wurde im Jahr 2010 von 1.183 KlientInnen in Anspruch genommen.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standorten: www.die-moewe.at

Multiprofessionelle Entwicklungsdiagnostik, Förderung und Therapie

In Wien gibt es ein vielfältiges Angebot für Entwicklungsdiagnostik und frühe Förderung. Zu nennen sind institutionalisierte Einrichtungen, die vor allem in den Bereichen Medizin, Jugendwohlfahrt und Kindergartenpädagogik angesiedelt sind und durch öffentliche und private Kostenträger finanziert werden.

Das Angebot des möwe Kinderschutzzentrums in Wien wurde im Jahr 2010 von 1.183 KlientInnen in Anspruch genommen.

Zielsetzung ist, dass die einzelnen Angebote ineinandergreifen und sich ergänzen, aber nicht überschneiden. Fällt ein Kind etwa im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchung auf, so wird es von der Kinderfachärztin bzw. dem Kinderfacharzt in der Allgemeinpraxis an eine Stelle höherer Spezialisierung, etwa an ein Ambulatorium, überwiesen. Dort erfolgen eine multiprofessionelle Entwicklungsdiagnostik und gegebenenfalls eine Übernahme zur Therapie bzw. Überweisung an eine therapeutische Einrichtung. In bestimmten Fällen, wie z. B. bei beträchtlicher Entwicklungsgefährdung, kombinierter Entwicklungsstörung oder Behinderung, wird das Kind, solange es noch keinen Kindergarten besucht, zusätzlich zu einer mobilen Frühförderungsstelle überwiesen. Wenn dieses Kind in den Kindergarten eintritt, wird es gegebenenfalls bereits in ein spezielles Förderprogramm vor Ort integriert.

Bei Förderung und Therapie handelt es sich um Maßnahmen, die in unterschiedlichen Kontexten angeboten werden und ergänzend zu betrachten sind. Förderung ist ein Begriff, dessen Ursprung im pädagogischen Bereich liegt, Therapie kommt aus dem medizinischen Bereich.

Das Ziel von Förderung und Therapie liegt in der Unterstützung des Kindes in seiner individuell optimalen Entwicklung. Dabei geht es in keiner Weise um das isolierte Training von Einzel Fertigkeiten, sondern stets um die Gesamtpersönlichkeit des Kindes. Der zentrale Aufmerksamkeitsfokus liegt dabei neben der Förderung der motorischen sowie sprachlich-kognitiven Fähigkeiten in der Unterstützung der sozio-emotionalen Entwicklung des Kindes. Ziel ist es, dem Kind unter Beachtung seiner Einzelkompetenzen und Schwächen die Chance zu geben, sich zu einer emotional stabilen, sozial kompetenten Persönlichkeit zu entwickeln. Es soll als Erwachsener in der Lage sein, sich in der Gesellschaft, in der es lebt, eigenständig zurechtzufinden, den äußeren Anforderungen gerecht zu werden (z. B. arbeitsfähig zu sein) und ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu führen.

Entwicklungsdiagnostik

Leitung: Dr.ⁱⁿ Margarete Lässig

In den beiden Entwicklungsdiagnostikstellen der Stadt Wien werden Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren betreut, die über das Wiener Risikokinderprogramm zugewiesen oder wegen Verdacht auf Entwicklungsstörungen vorgestellt werden.

Das **Wiener Risikoprogramm** wird seit 1979 als selektives Screening betrieben. Das freiwillige und kostenlose Angebot richtet sich an die Eltern aller Neugeborenen Wiens, die Risikofaktoren vor, während oder nach der Schwangerschaft aufweisen. Solche Risikofaktoren können beispielsweise Lageanomalien, peripartale Komplikationen, geringes Geburtsgewicht, Frühgeburtlichkeit, mütterliche Diabetes, aber auch soziale Risiken sein. Die Auswahl der Risikokinder erfolgt durch die geburtshilflichen Abteilungen und Kinderabteilungen anhand eines Risikobogens. Unter Risikofaktoren werden Einflussgrößen verstanden, die durch ihre Folgen die Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen können. Nach epidemiologischen Erhebungen in Deutschland¹ (vgl. Straßburg et al. 2003) gelten bis zu 20% aller Kinder im Laufe ihrer Kindheit und Jugend als „entwicklungsgefährdet“. Je jünger das Kind ist, desto höher ist das Gefährdungspotenzial. Dieser Prozentsatz wächst bei Vorliegen von mehreren Risikofaktoren an. Die Zahlen aus dem Wiener Risikokinderprogramm bestätigen diese hohe Gefährdung der optimalen Entwicklung. Von den im Wiener Risikokinderprogramm untersuchten Kindern mit peripartalen Auffälligkeiten und/oder Problemen in der Gravidität ist bei mehr als 50%, das sind 585 Kinder, eine ärztliche oder therapeutische Intervention erforderlich.

Das Ziel von Förderung und Therapie liegt in der Unterstützung des Kindes in seiner individuell optimalen Entwicklung.

Von den im Wiener Risikokinderprogramm untersuchten Kindern ist bei mehr als 50%, das sind 585 Kinder, eine ärztliche oder therapeutische Intervention erforderlich.

1. Hans-Michael Straßburg, Winfried Dacheneder, Wolfram Kreß, 2003: Entwicklungsstörungen bei Kindern. 3. Auflage. München: Urban & Fischer

Die Ergebnisse der Untersuchungen der Entwicklungsdiagnostik zeigen bei 663 Kindern einen auffälligen Befund.

Beiden Stellen der Entwicklungsdiagnostik werden auch Kinder mit dem Verdacht bzw. bereits bestehenden Zeichen einer Entwicklungsstörung zugewiesen. Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen in knapp 80% der Fälle, 663 Kinder absolut, einen auffälligen Befund und erfordern intensive, mehrdimensionale und langfristige Förder- und Therapiemaßnahmen. Die Zuweisung erfolgt beispielsweise durch niedergelassene FachärztInnen, Kindergarten, Amt für Jugend und Familie oder Elternberatung.

Die Betreuung erfolgt im interdisziplinären, multiprofessionellen Team, bestehend aus derzeit 5 Fachärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde, 8 Psychologinnen, 5 PhysiotherapeutInnen, 4 ErgotherapeutInnen, 3 LogopädInnen, 1 Sonder- und Heilpädagogin und 1 Sozialarbeiterin. Das diagnostische und therapeutische Angebot ist kostenlos und kann ohne Überweisung oder Krankenschein in Anspruch genommen werden.

Seitens der Stadt Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse wurde 2012 ein umfassendes Paket geschnürt, um die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf den Ausbau der extramuralen Betreuung von entwicklungsgefährdeten oder -beeinträchtigten Kindern gelegt. Vorrangig war die Ausweitung der Kapazitäten für Betreuung und Therapie dieser Kinder und ein Anheben der Altersgrenze von 0–10 Jahre zu erreichen.

So werden die beiden Entwicklungsdiagnostikstellen der MA 15 in Ambulatorien umgewandelt und ab 1. März 2013 an neuen, erweiterten Standorten mit mehr Personal von der Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH betrieben. In den neuen Ambulatorien stehen fachärztliche und psychologische Diagnostik und Elternberatung, Psychotherapie, funktionelle Therapien Heilpädagogik und Sozialarbeit zur Verfügung.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standorten: www.wien.gv.at/ma15/ent-dia.htm

Zentrum für Entwicklungsförderung (ZEF) – Wiener Sozialdienste Förderung & Begleitung GmbH

Leitung: Prim. Dr. Friedrich Brandstetter

Das Zentrum für Entwicklungsförderung der Wiener Sozialdienste, Förderung & Begleitung GmbH ist ein Ambulatorium für Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren und deren Familien. Das ZEF ist in erster Linie für die regionale Versorgung des 2. und 22. Wiener Gemeindebezirks sowie das angrenzende Niederösterreich zuständig. Die im Rahmen des Zentrums geführte Sprechstunde für Schrei-, Schlaf- und Fütterprobleme steht hingegen Familien mit Kindern bis zu 3 Jahren aus ganz Wien und Niederösterreich zur Verfügung. Die 31 MitarbeiterInnen des Zentrums klären Fragen ab, die die Entwicklung und das Verhalten eines Kindes betreffen, und bieten bei Bedarf Beratung, Begleitung und/oder Behandlung an.

Das Angebot umfasst Entwicklungsneurologie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Kinderpsychiatrie, Logopädie, Musiktherapie, Physiotherapie, Psychologie- und Sozialberatung. Diagnostik und Behandlung sind mehrdimensional unter Berücksichtigung biologischer, medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Faktoren. Erforderlichenfalls erfolgen sie in Kooperation mit anderen Facheinrichtungen und externen ExpertInnen. Die Leistungen werden in der Regel ambulant erbracht, in einzelnen Fällen sind auch Hausbesuche möglich.

Die Angebote des ZEF sind für die Familien kostenlos, die Finanzierung erfolgt aus Mitteln der Stadt Wien – Fonds Soziales Wien, des Landes Niederösterreich und der gesetzlichen Krankenkassen. Für die Inanspruchnahme benötigen die Familien eine gültige e-card sowie eine telefonische Terminvereinbarung. Die Familien kommen aus Eigeninitiative, aufgrund von Empfehlungen von KindergartenpädagogInnen oder der Jugendwohlfahrt sowie durch Zuweisungen von KinderfachärztInnen oder Kliniken und Spitälern.

Das ZEF hat die Kapazität, pro Jahr etwa **670 Kinder und deren Familien** zu betreuen, davon sind etwa **320 Neuzugänge**. In einem Quartal beträgt die **Versorgungskapazität etwa 370 Kinder**. Zwei Drittel der vorgestellten Kinder sind Buben.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standorten: www.wiso.or.at/foebe/zentrum.php

Das ZEF betreut jährlich etwa 670 Kinder und deren Familien.

Ambulatorien der „Verantwortung und Kompetenz für besondere Kinder und Jugendliche“ (VKKJ)

Ärztliche Leitung: Prim. Dr. Klaus Vavrik (1100), Prim.^a Dr.ⁱⁿ Elisabeth Vodopiutz (1150), Dr. Alexander Artner (1170), Prim.^a Dr.ⁱⁿ Lenka Stejfova (1210)

Die VKKJ betreibt als privater, gemeinnütziger Verein in Wien und Niederösterreich insgesamt 9 Ambulatorien für die medizinisch-therapeutische Betreuung von Kindern und Jugendlichen. In den 4 Wiener Ambulatorien wurden 2010 insgesamt **3.581 PatientInnen** betreut.

In ihren Ambulatorien bietet die VKKJ medizinisch-therapeutische Diagnostik, Behandlung und Förderung durch multiprofessionelle Teams für entwicklungsgefährdete, entwicklungsverzögerte und behinderte Kinder und Jugendliche an. Durch die erweiterte Diagnostik und die interdisziplinäre Zusammenarbeit können – gemeinsam mit den Eltern – individuelle Therapieschwerpunkte erarbeitet werden, welche auf die Besonderheiten und Ressourcen jedes Kindes abgestimmt sind. Die VKKJ bietet ihre Leistungen auf e-card an.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standorten: www.vkkj.at/home

In den 4 Wiener Ambulatorien wurden 2010 insgesamt 3.581 PatientInnen betreut.

Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Leitung: Karin Kallner

Das Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie von SOS-Kinderdorf ist eine Versorgungseinrichtung für den extramuralen Bereich im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie im 21. Wiener Gemeindebezirk. Träger der Einrichtung ist der SOS-Kinderdorf. Das Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie im FamilienRAThaus wurde seit der Gründung durch einen Kassenvertrag mit der Wiener Gebietskrankenkasse mitfinanziert.

Im FamilienRAThaus, dem Begegnungs- und Beratungszentrum von SOS-Kinderdorf, sind außerdem das Café Floritz als Treffpunkt für Familien der Nachbarschaft, Gruppenräume für Workshops und Seminare, die Leitung von SOS-Kinderdorf Wien und ein Eltern-Kind-Zentrum der MAG ELF untergebracht. Wesentliches Kriterium und Qualitätsmerkmal ist der sozial-psychiatrische Arbeitsansatz. Ein Team, bestehend aus 3 FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2 klinischen PsychologInnen, 3 PsychotherapeutInnen, 2 ErgotherapeutInnen, 1 Physiotherapeutin, 1 Logopädin, 1 Sozialarbeiterin und 1 Erlebnispädagogin, arbeitet interdisziplinär zusammen und bezieht das gesamte psychosoziale Umfeld des Kindes mit ein. Zielgruppe des Ambulatoriums sind Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 18 Jahren mit

komplexen psychischen Störungen, die psychiatrische, psychologische, psychotherapeutische, psychosoziale intensivierete pädagogische und funktionelltherapeutische Behandlungen und Betreuungen benötigen.

Es werden nicht nur fachärztliche und klinisch psychologische Diagnostik, psychosoziale Beratung sowie medizinisch/therapeutische Behandlung für die Kinder und Jugendlichen angeboten, sondern unterschiedliche Hilfen für die Eltern bzw. nahe Bezugspersonen zur Verfügung gestellt. Das Angebot reicht von Erziehungsberatung, Einzel- und Gruppenangeboten, aufsuchender, nachgehender Sozialarbeit bis hin zu familientherapeutischen Maßnahmen. Im Jahr 2010 wurden insgesamt 330 Kinder und Jugendliche betreut.

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 330 Kinder und Jugendliche betreut.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standort:

www.sos-kinderdorf.at/Pages/default.aspx

Beratung und Diagnostik für Kinder und Jugendliche

Landesstellenleiterin: HRⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Andrea Schmon

Beratung und Diagnostik ist eine Außenstelle des Bundessozialamtes Wien und bietet für entwicklungsauffällige Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 19 Jahren sowie deren Familien niederschwellig zugängliche Abklärung, Information und Beratung an. Ziel ist eine fächerübergreifende Unterstützung, die eine bestmögliche Förderung und Betreuung dieser Kinder und Jugendlichen ermöglicht. Der Zugang ist kostenlos und ohne Krankenschein möglich. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit mit allen in der Region tätigen Institutionen wie Jugendamt, Kindergärten, Schulen, ÄrztInnen, Kinderabteilungen der Krankenhäuser etc. notwendig. Die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team ermöglicht es den Eltern, Fragen zur Entwicklung ihres Kindes in einer einzigen Einrichtung mit ExpertInnen verschiedener Fachrichtungen abzuklären. Dieses Team setzt sich aus jeweils einer Fachkraft aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Sozialarbeit, Sonder- und Heilpädagogik, Frühförderung, Ergotherapie und Physiotherapie zusammen. Im Rahmen der Frühförderung und Familienbegleitung werden zusätzlich zur ambulanten Frühförderung und Elternbegleitung auch Hausbesuche durchgeführt.

Im Jahr 2010 wurden 2.422 persönliche Beratungsgespräche durchgeführt.

Im Jahr 2010 wurden 2.422 persönliche Beratungsgespräche durchgeführt, die entweder einer diagnostischen Abklärung oder einer persönlichen Beratung bzw. Betreuung dienen. **Telefonische Auskünfte und Beratungen** sind zusätzlich Teil des Betreuungsangebots. **303 Kinder und Jugendliche** wurden 2010 zu einem Erstgespräch vorgestellt. Aus der Statistik ist ersichtlich, dass der größte Anteil der den Beratungsdienst aufsuchenden Kinder und Jugendlichen im Schulalter zwischen 6 und 15 Jahren alt ist.

Die Abteilung Beratung und Diagnostik – Wien ist aus Kapazitätsgründen für den 11. Wiener Gemeindebezirk konzipiert. Es werden aber auch Meldungen aus dem 3. und 10. Wiener Gemeindebezirk berücksichtigt.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standorten: www.bundessozialamt.gv.at

Angebote der Frühförderung

Wiener Sozialdienste Förderung und Begleitung GmbH Mobile Frühförderung

Leitung: Mag.^a Bettina Lukesch

Die Mobile Frühförderung betreut entwicklungsverzögerte, entwicklungsgefährdete und behinderte Kleinkinder und ihre Familien. Das Angebot können alle betroffenen Familien in Anspruch nehmen, die in Wien wohnen und ein Kind unter 6 Jahren haben. Voraussetzung ist, dass das Kind noch keinen Kindergarten besucht und keine mobile Frühförderung einer anderen Organisation erhält.

Die Betreuung findet in der Lebensumwelt des Kindes, in der Regel zu Hause, statt. Die Frühförderinnen bieten individuelle Förderung für das Kind und stellen das nötige Spiel- und Fördermaterial bereit. Beratung in Erziehungsfragen soll die Eigenkompetenz der Eltern stärken. Ein wichtiger Schwerpunkt liegt auf der Familienbegleitung und der Unterstützung der Bezugspersonen in der Auseinandersetzung mit der Behinderung ihres Kindes. Daneben werden aber auch konkrete Hilfen und Anleitungen zur Alltagsbewältigung geboten und Informationen über Methoden, Wirkungsweise und Ziele von Therapieangeboten gegeben. Ziel ist, allen Beteiligten mehr Sicherheit im Umgang mit ihrer speziellen Situation zu geben. Vernetzung und Kooperation mit anderen betreuenden Institutionen und TherapeutInnen ermöglichen eine ganzheitliche Versorgung. Schließlich ist es ein Anliegen der Frühförderung, den Übergang in eine weiterführende pädagogische Einrichtung (Kindergarten, Schule) zu sichern.

Fachliche Beratung und Hilfe bei Behördenkontakten bietet eine Sozialarbeiterin an. Zusätzlich organisiert die Mobile Frühförderung Spielkreise für die betreuten Familien.

Die Mobile Frühförderung arbeitet interdisziplinär. An zwei Standorten sind 26 mobile Frühförderinnen und Familienbegleiterinnen tätig, die im interdisziplinären Team mit 3 Sozialarbeiterinnen, 2 Psychotherapeutinnen und 5 ÄrztInnen zusammenarbeiten. Im Jahr 2010 wurden insgesamt **324 Familien** betreut. Die Betreuung erfolgt in der Regel einmal wöchentlich, jeweils für etwa eineinhalb Stunden.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standorten: www.wienersozialdienste.at

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 324 Familien betreut.

Contrast – Frühförderung für blinde, sehbehinderte und mehrfachbehindert sehgeschädigte Kinder

Leitung: Obfrau Hilde Mayer

Der Verein Contrast bietet seit 25 Jahren Frühförderung für sehbehinderte/blinde Kinder von 0 bis 6 Jahren an. Die Frühförderung umfasst die Begleitung und Beratung der Familie sowie die Förderung der Gesamtentwicklung des sehgeschädigten Kindes. Die Spezialisierung der Frühförderinnen ermöglicht es, die spezifischen Besonderheiten beim blinden bzw. sehbehinderten Kind zu erkennen und kindzentrierte Entwicklungsförderung anzubieten. Ausgangspunkt für alle pädagogischen Maßnahmen ist die aktuelle Lebenssituation des Kindes und seiner Familie. Die Frühförderung ist alltagsbezogen, wird auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes abgestimmt und beinhaltet ein spielerisches Angebot, das vom Kind lustvoll erlebt werden soll.

Derzeit werden rund 230 Familien in Wien, Niederösterreich und dem nördlichen Burgenland betreut.

Die Zusammenarbeit mit allen am Erziehungsprozess Beteiligten im Rahmen der Frühförderung beinhaltet sowohl die Beratung und Information zu diversen fachspezifischen Fragen (z. B. die Sehbehinderung betreffend) als auch die Begleitung und Beratung der Eltern mit dem Ziel, deren erzieherische Kompetenzen zu stärken und sie bei der Bewältigung und Akzeptanz der Behinderung ihres Kindes zu unterstützen.

Das Team besteht aus 21 Frühförderinnen, 1 klinischen Psychologin, 1 Augenärztin, 1 Orthopästin, 3 SupervisorInnen und 2 Sekretärinnen, zeichnet sich durch kontinuierliche Fortbildungsbereitschaft und damit einhergehender hoher Fachkompetenz in allen sehbehinderten- und blindenspezifischen Fragestellungen im Zusammenhang mit der Entwicklung des Kindes aus. Derzeit werden rund **230 Familien** in Wien, Niederösterreich und dem nördlichen Burgenland im Auftrag der jeweiligen Landesregierungen betreut.

Frühberatung und -förderung des ÖHTB – Österreichisches Hilfswerk für Taubblinde und hochgradig Hör- und Sehbehinderte

Leitung: Mag.^a Barbara Latzelsberger

Ein Hördefizit in frühester Kindheit bedeutet nicht nur den erschwerten oder gänzlichen Ausfall des Spracherwerbs, sondern kann die gesamte Entwicklung verzögern oder psychische wie auch soziale Probleme auslösen. Frühe medizinische Abklärung, eine Hörgeräteanpassung, individuelle Unterstützung und Beratung der Eltern sowie gezielte therapeutische Maßnahmen für das betroffene Kind können wesentlich dazu beitragen, dass sich die Sprach- und Hörfähigkeit dennoch gut entwickeln kann.

ÖHTB arbeitet nach der Methode der auditiv-verbale Therapie, die es dem Kind ermöglicht, sich – auch bei großem Hörverlust – an die Ausnutzung seiner Hörreste zu gewöhnen und sowohl auf seine Stimme als auch auf die anderer zu horchen, was zu einer natürlichen Stimmqualität und Sprachentwicklung führen kann. Dieser pädagogische Ansatz berücksichtigt die gesamte Entwicklung des Kindes mit Betonung der Förderung seiner Hör-, Sprach- und Wahrnehmungsfähigkeiten. Auch die Eltern werden intensiv eingebunden: Sie erlernen Techniken und Methoden, die sie im täglichen Leben gemeinsam mit ihrem Kind fortführen können. Auf Wunsch der Eltern kann auch die Gebärdensprache gelernt werden.

Das multiprofessionelle Team besteht aus 2 Sonder- und HeilpädagogInnen, 2 Hör- und FrühförderInnen sowie 1 Logopädin. Im Jahr 2010 betreute das Team **23 Kinder** mit rund **500 Frühfördereinheiten**. Das notwendige Anbahnungsgespräch mit den Eltern, ein Kennenlernen mit dem Kind ist ohne Berechnung möglich. Bei der Fördervereinbarung wird ein Kostenträger benötigt.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standorten: www.oehbt.at/das-oehbt

ÖHTB finanziert gemeinsam mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz eine Beratungsstelle für taubblinde und hörsehbehinderte Menschen, die 2007 gegründet worden ist. Die Leitung untersteht Frau Mag.^a Barbara Latzelsberger. Das Team besteht aus 2 erfahrenen Pädagoginnen, die in den Bereichen Taubblindenpädagogik, unterstützte Kommunikation und alternative Kommunikationsformen besonders geschult sind. Im Jahr 2010 wurden rund **70 Personen** aus ganz Österreich beratend unterstützt.

Nähere Informationen zu Angeboten und Standort: www.sinnesbehindert.at

Im Jahr 2010 betreute das Team 23 Kinder mit rund 500 Frühfördereinheiten.

Sonstige freie Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Die genaue Anzahl der in Wien bzw. in ganz Österreich beschäftigten LogopädInnen sowie Physio- und ErgotherapeutInnen ist nicht bekannt. Im Gegensatz zu den ÄrztInnen und Hebammen ist eine Registrierung bei diesen Berufen des medizinisch-technischen Dienstes² nicht vorgesehen. Diesbezüglich bestehen zwar seit vielen Jahren von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit Pläne, die jedoch bisher nicht umgesetzt worden sind. Da es keine verpflichtende Registrierung gibt, ist eine qualitätssichernde und gesundheitspolitische Planung nur erschwert möglich.

Die in Tabelle 8.4 aufgelisteten Zahlen stellen dar, wie viele Berufsangehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) die **beabsichtigte Aufnahme** einer freiberuflichen Tätigkeit bei der Behörde angezeigt haben (§ 7a Abs. 2 MTD-G). Ob und in welchem zeitlichen Umfang die in den meisten Fällen hauptberuflich in Institutionen des Gesundheitswesens angestellten Beschäftigten tatsächlich freiberuflich tätig sind und welches Klientel sie haben, ist der Behörde nicht bekannt. Weiters wird der Verpflichtung, örtliche Änderungen des Berufssitzes (§ 8 Abs. 3 MTD-G) bekanntzugeben, immer wieder nicht nachgekommen, da es im MTD-Gesetz diesbezüglich keine Strafbestimmung gibt.

2. Für weitere Informationen:
<http://www.mtd-austria.at/dachverband>

Tabelle 8.4: **Anzahl der freiberuflich gemeldeten Physio- und ErgotherapeutInnen sowie LogopädInnen nach Bezirken, Wien 2011**

| Bezirk | PT* | ET** | LOG*** | Bezirk | PT* | ET** | LOG*** |
|--------|-----|------|--------|--------------|-------------|------------|------------|
| 1. | 38 | 6 | 6 | 13. | 124 | 30 | 12 |
| 2. | 101 | 29 | 23 | 14. | 125 | 32 | 21 |
| 3. | 138 | 31 | 17 | 15. | 79 | 23 | 16 |
| 4. | 61 | 17 | 17 | 16. | 116 | 33 | 15 |
| 5. | 58 | 18 | 14 | 17. | 82 | 34 | 14 |
| 6. | 64 | 15 | 3 | 18. | 132 | 41 | 20 |
| 7. | 72 | 17 | 9 | 19. | 136 | 25 | 24 |
| 8. | 80 | 17 | 9 | 20. | 79 | 24 | 7 |
| 9. | 132 | 21 | 23 | 21. | 87 | 22 | 11 |
| 10. | 109 | 22 | 11 | 22. | 144 | 21 | 9 |
| 11. | 63 | 5 | 3 | 23. | 122 | 22 | 9 |
| 12. | 99 | 23 | 17 | Summe | 2241 | 528 | 310 |

* PhysiotherapeutInnen
 ** ErgotherapeutInnen
 *** LogopädInnen

Quelle: MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

8.4 Einsätze der MA 70 – Rettungs- und Krankentransportdienst der Stadt Wien bei Kindern und Jugendlichen

Dieter Sebald

Die durchschnittliche Wegzeit zum Einsatz dauert 12 Minuten.

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 13.419 Rettungseinsätze bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt.

1. National Advisory Committee for Aeronautics: Einsätze werden nach dem NACA-Schema eingeteilt, wonach die Schwere von Verletzungen, Erkrankungen oder Vergiftungen in der Notfallmedizin beschrieben werden.

Die Wiener Berufsrettung (Magistratsabteilung 70) ist als einzige Berufsrettung Österreichs an 365 Tagen im Jahr 24 Stunden rund um die Uhr für die präklinische Notfallversorgung der WienerInnen im Einsatz. Mehr als 750 MitarbeiterInnen tragen dazu bei, Erkrankungen und Verletzungen aller Art und Schweregrade rasch, effizient und nach dem letzten Stand der medizinischen Wissenschaft zu behandeln. Durch moderne Strategien hinsichtlich Notrufaufnahme bzw. Einsatzaufbereitung sind unsere Einsatzkräfte **deutlich schneller am Einsatzort als in vergleichbaren anderen europäischen Ländern**. In der Regel dauert es durchschnittlich 12 Minuten, bis ein für den jeweiligen Einsatz geeignetes Rettungsmittel vor Ort gezielte Maßnahmen setzen kann. Eine besondere Herausforderung in der notfallmedizinischen Versorgung stellen Kindernotfälle dar. Hier gilt es, neben umfassendem Wissen und Kompetenz auch das richtige Maß an Einfühlungsvermögen zu finden, um den kleinen PatientInnen optimal helfen zu können. Im Folgenden werden die **insgesamt 13.419 Rettungseinsätze** bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 14 Jahren aus dem Jahr 2011 dargestellt.

Tabelle 8.5: Auswertung der Rettungseinsätze nach NACA-Score¹, Wien 2011

| Einteilung nach NACA-Score | | Fälle |
|----------------------------|--|--------|
| NACA I | geringfügige Störung | 993 |
| NACA II | leichte bis mäßig schwere Störung | 10.016 |
| NACA III | mäßig bis schwere Störung ohne Lebensgefahr | 2.091 |
| NACA IV | schwere Störung und nicht anschließbare Lebensgefahr | 236 |
| NACA V | akute Lebensgefahr | 58 |
| NACA VI | Atem- und/oder Kreislaufstillstand | 15 |
| NACA VII | Tod als Enddiagnose | 10 |

Quelle: National Advisory Committee for Aeronautics

Tabelle 8.6: Auswertung der Rettungseinsätze nach NACA-Score mit Fokus auf Verletzungen, Wien 2011

| Einteilung nach NACA-Score | | Fälle |
|----------------------------|--|-------|
| NACA I | geringfügige Störung | 257 |
| NACA II | leichte bis mäßig schwere Störung | 4.563 |
| NACA III | mäßig bis schwere Störung ohne Lebensgefahr | 572 |
| NACA IV | schwere Störung und nicht anschließbare Lebensgefahr | 79 |
| NACA V | akute Lebensgefahr | 14 |
| NACA VI | Atem- und/oder Kreislaufstillstand | 0 |
| NACA VII | Tod als Enddiagnose | 0 |

Quelle: EEP/elektronisches Einsatzprotokoll der MA 70/Wiener Berufsrettung

Tabelle 8.7: Detaillierte Auswertung der Verletzungen nach Verletzungsmuster, Wien 2011

| | |
|---|---|
| 2.685 Prellungen, Blutergüsse, Schürfwunden | 131 Schädel-Hirn-Traumata (leicht bis mäßiggradiger Ausprägung) |
| 1.430 Rissquetschwunden | 25 offene Knochenbrüche |
| 559 geschlossene Knochenbrüche | 12 Amputationen |
| 313 Verrenkungen | 12 Schädel-Hirn-Traumata (mittelschwerer Ausprägung) |
| 262 Schnittverletzungen | 3 Schädel-Hirn-Traumata (schwerer Ausprägung) |

Quelle: EEP/elektronisches Einsatzprotokoll der MA 70 – Wiener Berufsrettung

Tabelle 8.8: Rettungseinsätze aufgrund von Erkrankungen, Wien 2011

| Fälle | Einsatzgründe | Fälle | Einsatzgründe |
|-------|---------------------------------------|-------|--|
| 1.354 | Fälle von Fieber | 112 | Fälle von allergischem Geschehen |
| 589 | grippale Infekte | 53 | Verbrennungen |
| 374 | Atemwegsinfekte | 52 | Fälle, in welchem Alkohol eine Rolle spielte** |
| 371 | Kollapse | 22 | Überzuckerungen |
| 352 | Krampfanfälle | 15 | Unterzuckerungen |
| 205 | Lungenentzündungen | 8 | Fälle von Beinahe-Ertrinken |
| 145 | Fälle von akutem Abdomen* | 1 | Fall von koronarer Herzerkrankung |
| 126 | akute psychische Belastungsreaktionen | 0 | Fälle, in welchen Drogen eine Rolle spielten |

Quelle: EEP/elektronisches Einsatzprotokoll der MA 70 – Wiener Berufsrettung

Kein relevantes Thema in dieser Altersgruppe waren im Jahr 2011 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (0,16%), Zuckerkrankheit (0,28%) sowie Schlaganfälle und flüchtiges neurologisches Geschehen (0,05%).

Zusammenfassung

Für das Jahr 2011 kann festgehalten werden, dass Rettungseinsätze in Wien in der Altersgruppe 0–14 Jahre vor allem aufgrund leichter bis mäßig schwerer Gesundheitsstörungen erforderlich wurden, etwa 20% der Interventionen erfolgten wegen Atemwegs- und grippalen Infekten. Erfreulich erscheint die Tatsache, dass das vielzitierte „Komatrinken“ in dieser Altersgruppe offenbar nur eine marginale Rolle spielt, 2011 war darüber hinaus auch kein einziger Drogenfall Grund eines Rettungseinsatzes. In jedem Fall steht die Wiener Berufsrettung als verlässliche Partnerin der WienerInnen auch in Zukunft Tag und Nacht bereit, um bei Notfällen aller Art schnell und kompetent zu helfen. Dies gelingt uns durch ein Höchstmaß an Qualität, aber nicht zuletzt auch durch Ihre Unterstützung und Mithilfe.



gezeichnet von: Alina, 5 Jahre



Resümee

Karin Spacek, Beate Wimmer-Puchinger

Handlungsschwerpunkte für die nächsten Jahre

Kindheit: Gesellschaftliche und soziale Rahmenbedingungen

„Wir müssen unsere Kinder für das Leben stark machen“, so die Empfehlung des international anerkannten Kinder- und Jugendforschers und Gesundheitswissenschaftlers Klaus Hurrelmann. Sie sind Basis und Zukunft unserer Gesellschaft, ihrer Potenziale und zukünftigen Werteorientierungen.

Betrachten wir zunächst die demografischen Kennzahlen für Kinder und Jugendliche für Wien, so können wir eine erfreuliche Bilanz der Bevölkerungsentwicklung ziehen und somit eine positive Bevölkerungsprognose stellen.

Angesichts dieser demografischen Entwicklung ist es naheliegend, auf die wesentlichen Elemente und Veränderungen der Kindheit heute einzugehen. Welche gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen finden Kinder und deren Eltern vor? Was sind die Herausforderungen und Chancen?

Als Kind in einer urbanen, pluralistischen Gesellschaft wie Wien aufzuwachsen, bedeutet unterschiedliche Lebenskonzepte, verschiedenste Familienstrukturen, Ethnien, Religionen und Sprachen zu erleben. Das bedeutet auch, mit unterschiedlichen Regeln, Normen und Wertvorstellungen konfrontiert zu sein. Je nach Herkunftsgesellschaft müssen sich Mädchen und Buben an unterschiedlichen Rollenerwartungen orientieren bzw. diesen gerecht werden. Die Aufgabenstellung für Eltern und PädagogInnen von Kinderkrippe bis Schule ist es daher, Kindern eine maximale Orientierungshilfe und Unterstützung zu bieten.

Kindheit heute heißt aber auch, in eine extreme Leistungsgesellschaft und deren Anforderungen hineingeboren zu werden. Kindern und Jugendlichen werden immer früher vielfältigste Leistungen abverlangt. Auch müssen sie sich in einer beschleunigten Lebenswelt zurechtfinden, in der sie deutlich mehr Stress und Belastungen ausgesetzt sind. Je nach Einkommens- und Bildungsgrad der Eltern kann das weite Spektrum an Bildungs- und Freizeitangeboten der Stadt dazu führen, dass es von der gutgemeinten Förderung, die wichtig und notwendig ist, auch zur Überforderung kommen kann.

Der Tagesablauf der Kinder ist zunehmend wie bei den Erwachsenen durchorganisiert bzw. muss sich dieser den Möglichkeiten der Eltern anpassen. Besonders ambitionierte Eltern wollen alle Möglichkeiten der Förderung ausschöpfen. Stress infolge übertrieben organisierter Freizeitgestaltung aus den Bereichen Sprachen, Sport und Musik, mit der Absicht, dem Kind eine optimale Förderung angeeignet zu lassen, können auch ihr Ziel verfehlen. Entspricht das Kind den Leistungsansprüchen der Eltern nicht oder ist es den Anforderungen nicht gewachsen, schlägt sich dies in einem erhöhten Erfolgs- und Leistungsdruck nieder. Es darf nicht überraschen, dass sich diese Belastungen negativ auf die psychische und physische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen auswirken. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Verhaltensauffälligkeiten, Essstörungen, Angstzustände oder Depressionen sind für Kinder Erscheinungsbilder, die zunehmend beobachtet werden.

Genauso notwendig und wichtig wie eine fest verankerte Struktur im Tagesablauf eines Kindes ist die unverplante freie Zeit im Alltag. Kinder sollen daher ihre Kreativität ausleben und sich vom Schul- und Freizeitstress erholen dürfen. In Anbetracht dieser Pädagogisierung der Kindheit scheint es notwendig, die Botschaft zu vermitteln, dass Spaß am Spiel bzw. Nichtstun-müssen für kindliche Entwicklung ebenso wertvoll ist.



Ein weiterer Gesichtspunkt ist der Ausbau einer geschlechtssensiblen Pädagogik, die die Handlungsspielräume der Kinder generell erweitert. So sollen Mädchen ermutigt werden, sich auch für „bubenaffine“ Interessen begeistern zu können und vice versa. Dies schafft die Basis für Gleichstellung und Chancengleichheit im weiteren Lebensverlauf.

Kindern aus bildungsferneren und einkommenschwächeren Familien stellt sich die Problematik konträr:

Entwicklungsfördernde Anreize, die aus finanziellem und zeitlichem Ressourcenmangel fehlen, stellen Weichen für zukünftige Benachteiligungen. Wir müssen daher alles daran setzen, dem Risiko einer auseinanderdriftenden Gesellschaft entgegenzuwirken. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist dabei die Unterstützung von sozial benachteiligten Eltern, um ihre Erziehungskompetenz zu fördern, die emotionalen und kognitiven Fähigkeiten ihrer Kinder anzuregen sowie für gesunde Lebensweise besser sorgen zu können. Gut evaluierte Maßnahmen finden sich in Deutschland, Skandinavien, USA. In Schweden gibt es beispielsweise die sogenannten Familienzentren, in denen Mütter, Väter, FamilienberaterInnen und TherapeutInnen unter einem Dach zur Unterstützung der Eltern zusammenarbeiten. Auch der „Offene Kindergarten“ ist ein erfolgreiches Konzept, das als Teil des allgemeinen Vorschulsystems fungiert und ein Treffpunkt für Eltern, ihre Babys bzw. Kinder im Krabbelalter darstellt. Dieser ist fast ganztägig geöffnet, kostenlos und bietet Eltern die Möglichkeit, andere Eltern und ihre Kinder kennenzulernen bzw. Fragen mit professionellen ErziehungsexpertInnen abzuklären.

Empowerment der Eltern ist auch in Bezug auf gewaltfreie Erziehung von großer Relevanz. Obwohl Österreich 1989 das Gewaltverbot in der Erziehung gesetzlich verankert hat, ist das Thema Gewalt in der Familie längst nicht ausgeräumt. Insbesondere, was die „leichte Ohrfeige“ betrifft, wird diese noch immer von vielen Eltern verharmlost und nicht als Gewalt wahrgenommen. So zeigen die Ergebnisse des Gewaltberichts 2011 des Österreichischen Instituts für Familienforschung, dass ca. 20% der befragten Frauen und 30% der befragten Männer meinen, dass eine Ohrfeige dem Kind nicht schadet. Resümierend lässt sich jedoch feststellen, dass eine Sensibilisierung der Bevölkerung stattgefunden hat und besonders Wien dazu erfolgreiche Präventionsarbeit leistet.

Kennzeichnend für die Kindheit heute ist auch, in einer ausgeprägten Konsumgesellschaft zu leben, in der das Kind gezielt als Konsument adressiert wird. Mode-, Werbe-, Spielzeug- und Nahrungsmittelindustrie stimmen ihre Angebotsstrategien exakt auf die kindlichen Bedürfnisse ab. Aktuelle Studienergebnisse zeigen, dass wir täglich 6.000 Werbekontakten ausgesetzt sind. Die Problematik dabei ist, dass Kinder nachweislich besonders positiv auf Werbung ansprechen. Studienergebnisse weisen nach, dass in Bezug auf Kindergesundheit die Bewerbung von Lebensmitteln mit einem hohen Anteil an Zucker, Fett und Salz zu einem erhöhten Konsum dieser Produkte führt.

Kindergesundheit von Anfang an

Die Basis für einen gesunden Start ins Leben liegt in einer gesunden, positiv erlebbaren Schwangerschaft. Maßnahmen der Gesundheitsförderung von Kindern müssen daher in dieser Entwicklungsphase bei Schwangeren und werdenden Eltern ansetzen. Wien verfügt über eine engmaschige und hochwertige Schwangerenbetreuung, die auch die psychosozialen

Lebensbedingungen in Bedacht nimmt. Wie auch internationale Daten zeigen, sind in Wien rund ein Viertel der Schwangeren psychisch belastet. Zur Früherkennung und frühen Unterstützung hat Wien ein erfolgreiches Versorgungsnetzwerk etabliert. So hat sich sehr bewährt, dass beispielsweise im Wilhelminenspital eine mehrsprachige Elternambulanz eingerichtet wurde. Auch stehen in jeder Schwangerenambulanz des Wiener Krankenanstaltenverbundes sowohl eine SozialarbeiterIn als auch eine klinische Psychologin sowie muttersprachliche BeraterInnen für Frauen in Krisensituationen zur Verfügung. Ein dichtes Netz von Geburtsvorbereitungsangeboten auch für Paare sowie spezielle Hebammenbetreuung vor und nach der Geburt sind weitere wichtige Unterstützungsmaßnahmen in dieser sensiblen Lebensphase. Obwohl an den positiven Effekten der Geburtsvorbereitung sowohl für die Geburt, insbesondere aber auch für die Bindung zwischen Mutter, Vater und Kind kein Zweifel besteht, wird diese von sozial benachteiligten Eltern kaum in Anspruch genommen. In England, Holland und in den skandinavischen Ländern ist eine flächendeckende Nutzung die Regel. Förderlich wären nachdrückliche Empfehlungen seitens des geburtshilflichen Personals.

Da Stillen die besten Voraussetzungen für das Kind darstellt, ist Stillförderung in allen geburtshilflichen Abteilungen ein großes Anliegen. Obwohl Wien zusätzlich seit 2011 über 3 „Babyfriendly Hospitals“ verfügt, entsprechen die Stillraten noch nicht den Empfehlungen der WHO (6 Monate).

Die Einbindung der Väter von Anfang an unterstützt die Bindung zum Kind und ist ein wesentlicher Schritt für eine gendergerechte Gesellschaft. Ein Blick auf die skandinavischen Länder ist zukunftsweisend. Nicht nur sind dies die Länder mit der höchsten Geburtenrate bei gerechter Aufteilung der Elternarbeit, sondern auch einem positiven Image von engagierten, aktiven Vätern. 90% der Väter in Schweden nutzen die Papamonate. Auch in Deutschland steigt die Inanspruchnahme an und liegt derzeit bei 20%.

In Österreich, so auch in Wien, ist die Rate jener Väter, die die Vaterkarenz beanspruchen, wesentlich niedriger. Die Kampagne „Echte Väter gehen in Karenz“ der Frauenministerin Gabriele Heinisch-Hosek unterstützt ein positives Image und Rollenbild. Positiv ist anzumerken, dass immer mehr Väter Interesse hätten, allerdings scheitert es an ungleichen finanziellen Rahmenbedingungen zwischen Männern und Frauen.

Kindergesundheit: Status quo

Die derzeitige Datenlage zu akuten und chronischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in Österreich weist Schwächen in den exakten Aussagen auf, was z. B. Daten über ambulante Behandlungen, personenbezogene Spitalsentlassungsstatistiken oder Diagnosen von niedergelassenen ÄrztInnen betrifft.

Dennoch lassen sich aus den Erkenntnissen zur physischen und psychischen Gesundheit Trends ablesen. So muss die Zunahme von chronischen Erkrankungen bei Erwachsenen in allen Industrieländern leider auch für Kinder und Jugendliche festgestellt werden. Ein ernstzunehmendes Problem ist der Anstieg von Allergien, wobei Buben häufiger betroffen sind. Der Typ-1-Diabetes nimmt mit einer jährlichen Rate von 3% bei Kindern unter 14 Jahren zu. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen, die eine dauerhafte Behandlung erfordern, ist der Therapieerfolg erst dann sichergestellt, wenn eine hohe Compliance durch die PatientInnen/Angehörigen/relevante Bezugspersonen gegeben ist. Die Befolgung der ärztlichen Anweisungen von jungen DiabetespatientInnen gilt seit jeher als eine Herausforderung. Eine

Compliancesteigerung ist in dieser Altersgruppe besonders notwendig, um die Erfolgswahrscheinlichkeit der Therapie zu erhöhen und somit Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein übergewichtiges Kind auch im Erwachsenenalter an Übergewicht leidet, ist hoch. Ist ein Kind übergewichtig, bedeutet dies nicht nur ein erhöhtes Risiko für Diabetes, erhöhten Blutdruck oder kardiovaskuläre Erkrankungen. In dem Zusammenhang ist auch die psychische Gesundheit durch Abwertung, Mobbing, Ausgrenzung etc. gefährdet. Schon im Volksschulalter werden Kinder von ihren Eltern und ohne professionelle Begleitung auf Diät gesetzt. Nachgewiesenermaßen können Diäten einen Einstieg in Essstörung sowie die damit zusammenhängenden Folgeerkrankungen bedeuten. Die kritische Wahrnehmung des eigenen Körperbildes insbesondere der Mädchen ist ein Risikofaktor für psychische Gesundheit. Die HBSC-Studie stellt fest, dass sich bereits 52% der befragten 15-jährigen Mädchen zu dick fühlen. Tatsächlich betrifft dies nur 14%. Die Stadt Wien hat vielfältigste niederschwellige Maßnahmen zur Steigerung eines positiven Selbstwertgefühls und Früherkennung von Essstörungen aufgebaut. Hinsichtlich Übergewicht braucht es flächendeckende, präventive Maßnahmen, um diesem Trend gegensteuern zu können. Erfreulicherweise haben sich dieser Problematik nun viele relevante Organisationen angenommen. Dies gilt auch für die in orthopädischen Reihenuntersuchungen festgestellten Schädigungen des Bewegungs- und Stützapparates im Volksschulalter.

Hinsichtlich der Förderung von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen und Unterstützung deren Eltern ist es der Stadt Wien in Kooperation mit der Wiener Gebietskrankenkasse gelungen, das Leistungsangebot entscheidend zu verbessern. Der „Masterplan Frühförderung“ umfasst die Errichtung bzw. den Ausbau von 3 Therapiezentren für Kinder mit Entwicklungsstörungen für die Altersgruppe 0 bis 10 Jahre. Durch die Verdoppelung der bereits bestehenden Betreuungskapazitäten im Bereich Ergotherapie, Logotherapie, Physiotherapie und psychologische Begleitung kann diesen Kindern schneller ein Therapieplatz auf höchstem Niveau vermittelt werden. Davon profitieren insbesondere auch deren Eltern. Durch eine schrittweise Erhöhung der finanziellen Mittel der ambulanten Versorgung und der Erhöhung von FachärztInnenstellen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird dem ansteigenden Bedarf entsprochen. Eine zentrale Servicestelle sowie eine Datenbank ermöglicht eine bessere Steuerung vorhandener Angebote.

Wie schon einleitend betont, bedeutet Kindheit und Jugendalter heute, sich in immer komplexer werdenden Lebenszusammenhängen zurechtzufinden. Dies kann zu Überforderung, sozialem und familiärem Rückzug und Einsamkeit führen, wenn die notwendige empathische Zuwendung und Verständnis durch soziale Umwelt und Familie fehlen. In Deutschland wurde in einer großangelegten repräsentativen Kinderstudie (KiGGS, BELLA-Studie) festgestellt, dass rund 20% der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Störungen (Depression, ADHS, Ängste, Störungen des Sozialverhaltens) zeigen. Alarmierend ist der Anstieg von Psychopharmakaverschreibungen, insbesondere auch der Medikamente bei der Diagnose ADHS (Steigerung der Verordnungszahl um 65% seit 2006). Auffällig ist, dass Buben 6-mal so häufig ein Medikament verordnet wird. Unklare Diagnosestellung, mangelndes Wissen, überforderte Eltern und PädagogInnen sind Faktoren, auf die dieser rapide Anstieg der Verordnungen zurückzuführen ist.

Für den Erhalt und die Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Kindergesundheitsdialog gestartet. In den Prozess waren auch Wiener ExpertInnen aus Wissenschaft, Praxis und öffentlicher Verwaltung sehr stark eingebunden. Ergebnis dieses Dialogs ist die „Kindergesundheitsstrategie“, die sich bereits in der Phase der Umsetzung befindet. Des Weiteren wurden Leitlinien zum Schulbuffet entwickelt. Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Ernährung bzw. des Nationalen Aktionsplans Bewegung wurden Empfehlungen ausgearbeitet und Maßnahmen entwickelt. Das bestehende System wird somit kontinuierlich verbessert und ausgebaut, um den kommenden Anforderungen gerecht zu werden. Mit diesen Strategien wurde ein gutes Instrumentarium für weitere zukünftige Initiativen geschaffen.

Ein wesentliches Planungs- und Steuerungsinstrument ist die Entwicklung von Gesundheitszielen. Neben den beschlossenen österreichischen Rahmengesundheitszielen hat auch Wien, koordiniert durch die Landessanitätsdirektion Wien, einen Gesundheitszieleprozess eingeleitet. Die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen insbesondere in Hinblick auf Chancengerechtigkeit ist darin als erstes Ziel fest verankert.

Kindergesundheit steht nun im Fokus von gemeinsamen Bemühungen und Initiativen. Der Erhalt der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag und eine gewinnbringende Investition in die Zukunft unserer Gesellschaft.

Die Basis aller Bemühungen ist ein kinderfreundliches Klima. Österreich liegt in einer aktuellen Studie zur Einschätzung der Kinderfreundlichkeit im unteren Mittelfeld. Gaben 90% der Befragten in Dänemark an, dass ihr Land kinderfreundlich ist, waren es in Österreich nur 31%. Besonderer Handlungsbedarf besteht in diesem Zusammenhang auch noch bei der durchgängigen Beachtung der Kinderrechte sowie das Er-Leben einer gewaltfreien Erziehung.

Wien ist diesbezüglich mit einem Netz von Kinderschutzgruppen in den Krankenanstalten sowie 4 Frauenhäusern, in denen Kinder mitbetreut werden, gut aufgestellt. Freilich ist es nach wie vor eine große Herausforderung, überlastete Eltern, insbesondere jene, die selber Gewalt erfahren haben und daher im gewaltfreien Umgang mit Erziehungskrisen vorbelastet sind, rechtzeitig zu erreichen und zu unterstützen. Längst ist es in verschiedenen Ländern, insbesondere in den skandinavischen Ländern, wie z. B. Schweden, gelungen, diesem Problem durch niederschwellige Eltern-Empowerment-Programme zu begegnen.

Wien hat durch die Initiative eines verpflichtenden Kindergartenjahres sowie einem dichten Netz an Kinderbetreuungsangeboten wichtige Weichenstellungen vorgenommen, die zum einen Kinder vor allem aus sozial benachteiligten Familien früh fördern und somit zur Chancengleichheit dieser Kinder beitragen. Zum anderen schafft sie wesentliche Entlastungen für Eltern, insbesondere für Frauen, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie leben zu können.

Tabellenverzeichnis

2 ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE

Tabelle 2.1: Motorische Entwicklung

3 SOZIODEMOGRAFISCHE TRENDS UND PERSPEKTIVEN IN WIEN

Tabelle 3.1: Bevölkerungsentwicklung in Wien

Tabelle 3.2: Geburten und Sterbefälle in Wien

Tabelle 3.3: Außen- und Binnenwanderung in Wien

Tabelle 3.4 : Altersstruktur in Wien

Tabelle 3.5: In Kinderbetreuungseinrichtungen betreute Kinder in Wien

Tabelle 3.6: SchülerInnen in Wien nach Schultyp

Tabelle 3.7: Bevölkerung nach Gemeindebezirken seit 2004 (Anhang)

Tabelle 3.8: Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Geschlecht und Gemeindebezirken 2012

Tabelle 3.9: Bevölkerung nach Altersgruppen und Gemeindebezirken 2012

Tabelle 3.10: Natürliche Bevölkerungsbewegung für Wien nach Migrationshintergrund und Gemeindebezirken 2011

Tabelle 3.11: Kinder in Kinderbetreuungseinrichtungen nach Gemeindebezirken 2011/12

Tabelle 3.12: SchülerInnen in allgemein bildenden Pflichtschulen nach Gemeindebezirken 2010/11

Tabelle 3.13: SchülerInnen in AHS und Statutschulen nach Gemeindebezirken 2010/11

4 EPIDEMIOLOGIE

Tabelle 4.1: Geburtsgewicht von Lebendgeborenen in Wien in den Jahren 2001 und 2010

Tabelle 4.2: Fehlbildungen in Österreich 2009 auf 1.000 Lebendgeborene

Tabelle 4.3: Lebendgeborene Kinder von Frauen unter 20 Jahren in Wien

Tabelle 4.4: Inanspruchnahme der Versorgungsangebote von YoungMom

Tabelle 4.5: Spitalsentlassungen aus Wiener Akutkrankenanstalten, Absolutzahlen nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien 2010

Tabelle 4.6: Spitalsentlassungen aus Wiener Akutkrankenanstalten: Altersspezifische Raten nach Geschlecht und Altersgruppen, Wien 2010

Tabelle 4.7: Gemeldete Erkrankungsfälle an Masern 2002–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre

Tabelle 4.8: Gemeldete Erkrankungsfälle an Hepatitis A 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre

Tabelle 4.9: Gemeldete Erkrankungsfälle an Hepatitis B 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre

Tabelle 4.10: Gemeldete Erkrankungsfälle an Hepatitis C 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre

Tabelle 4.11: Gemeldete Erkrankungsfälle an Meningokokken-Meningitis/-Sepsis 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre

Tabelle 4.12: Gemeldete Erkrankungsfälle an Pneumokokken-Meningitis/-Sepsis 2001–2010 und in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre

Tabelle 4.13: Gemeldete Erkrankungsfälle an *Hämophilus influenzae* – Meningitis 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre

Tabelle 4.14: Gemeldete Salmonellosen 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre

Tabelle 4.15: Gemeldete kindliche Erkrankungsfälle an bakteriellen Lebensmittelvergiftungen nach Altersgruppen 2008–2010 in Wien

Tabelle 4.16: Gemeldete Erkrankungsfälle an Pertussis 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre

Tabelle 4.17: Gemeldete Erkrankungsfälle an Scharlach 2001–2010 in Österreich gesamt, in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre

Tabelle 4.18: Neue Betreuungsfälle an aktiver Tuberkulose 2001–2010 in Wien gesamt und in der Altersgruppe 0–15 Jahre

Tabelle 4.19: Krebsneuerkrankungen 2008 bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren nach Alter und Geschlecht

Tabelle 4.20: Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenzraten/100.000 Personenjahren für Gesamtösterreich zwischen 1989 und 2008

Tabelle 4.21: Jährliche Manifestationszahlen (2000–2009) an Diabetes mellitus im Kindesalter in Wien nach Alter und Geschlecht

Tabelle 4.22: Strukturell-personeller Bedarf für die Betreuung von je 100 PatientInnen mit Diabetes mellitus (Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Diabetologie – APEDÖ)

Tabelle 4.23: Prävalenz der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – Studienergebnisse

Tabelle 4.24: Ergebnisse des ersten Kursdurchgangs („rundum gesund“)

Tabelle 4.25: Herzchirurgische Eingriffe bei Kindern am Kinderherzzentrum Wien

Tabelle 4.26: Herzkatheteruntersuchungen am Kinderherzzentrum Wien

Tabelle 4.27: PatientInnenaufkommen nach Alter in der Herzambulanz am Kinderherzzentrum Wien

Tabelle 4.28: Herzultraschall- und EKG-Diagnostik am Kinderherzzentrum Wien

Tabelle 4.29: Allergien nach Angabe der Eltern bei Wiener Buben bis 15 Jahren

Tabelle 4.30: Allergien nach Angabe der Eltern bei Wiener Mädchen bis 15 Jahren

Tabelle 4.31: Prävalenz von Asthma, Heuschnupfen und atopischem Ekzem bei oberösterreichischen Schulkindern im Alter von 6 bis 7 Jahren

Tabelle 4.32: Prävalenz von Asthma, Heuschnupfen und atopischem Ekzem bei oberösterreichischen Schulkindern im Alter von 12 bis 14 Jahren

Tabelle 4.33: Totgeborene und späte Fetalsterblichkeit seit 2000

Tabelle 4.34: Totgeborene 2010 nach Altersgruppen der Mutter und Geschlecht

Tabelle 4.35: Säuglingssterblichkeit seit 2000 nach Lebensdauer

Tabelle 4.36: Säuglingssterblichkeit seit 2000 nach Todesursache

Tabelle 4.37: Säuglingssterbefälle und Totgeborene 2010 nach ausgewählten Merkmalen

Tabelle 4.38: Lebendgeborene seit 2002 nach erkennbaren Fehlbildungen

Tabelle 4.39: Kindersterblichkeit seit 2000 nach Alter und Geschlecht

Tabelle 4.40: Gestorbene 2010 nach Todesursachen, Alter und Geschlecht

5 PSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT

Tabelle 5.1: Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung

Tabelle 5.2: Leistungszahlen der Entwicklungsdiagnostiken, Wien 2008–2010

Tabelle 5.3: Untersuchungsergebnisse der MA 15 – Entwicklungsdiagnostiken

Tabelle 5.4: Essstörungen nach ausgewählten Hauptdiagnosen der Spitalsentlassungsstatistik bei Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht im Alter von 0 bis 15 Jahren, Wien und Österreich 2001–2010

Tabelle 5.5: Anzahl der PatientInnen, die medikamentös gegen ADHS mit dem Wirkstoff Methylphenidat (Ritalin, Ritalin LA, Concerta, Medikinet) und Atomoxetin (Strattera) behandelt werden, nach Alter und Geschlecht, Wien 2006 bis 2010

Tabelle 5.6: Folgen von Gewalt gegen Mädchen und Frauen

Tabelle 5.7: Entwicklung der Gefährdungsabklärungen mit Blick auf die Gefährdungsgründe in den Jahren 2004–2011, absolut und in %

6 HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN

Tabelle 6.1: Vergleich HBSC-Sample mit Schulstatistik 2009/10, nach Alter

Tabelle 6.2: Vergleich HBSC-Sample mit Schulstatistik 2009/10, nach Geschlecht

Tabelle 6.3: Subjektive Gesundheit, Vergleich Wien – Österreich

Tabelle 6.4: Durchschnittliche Lebenszufriedenheit, Vergleich Wien – Österreich

Tabelle 6.5: Durchschnittliche Beschwerdelast, Vergleich Wien – Österreich

Tabelle 6.6: Obst- und Gemüsekonsum, Vergleich Wien – Österreich

Tabelle 6.7: Süßigkeiten- und Limonadenkonsum, Vergleich Wien – Österreich

Tabelle 6.8: Tage mit moderater bis intensiver körperlicher Aktivität, Vergleich Wien – Österreich

Tabelle 6.9: Häufigkeit des Tabakkonsums, Vergleich Wien – Österreich

Tabelle 6.10: Häufigkeit des Alkoholkonsums, Vergleich Wien – Österreich

Tabelle 6.11: Erfahrungen mit Cannabis: Vergleich Wien – Österreich

Tabelle 6.12: Verhütungsmethoden, Vergleich Wien – Österreich

Tabelle 6.13: Assoziationsstärken zwischen Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr und drei intervallskalierten Variablen

Tabelle 6.14: Assoziationsstärken zwischen Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr und sechs nominalskalierten Variablen

Tabelle 6.15: Assoziationsstärken zwischen dem Alter, Geschlecht, Erhebungsjahr und fünf ordinalskalierten Variablen

Tabelle 6.16: Familienwohlstand und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Tabelle 6.17: Familienwohlstand und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Tabelle 6.18: Psychosoziale Familiensituation und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Tabelle 6.19: Psychosoziale Familiensituation und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Tabelle 6.20: Schulverhältnisse und subjektive Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Tabelle 6.21: Schulverhältnisse und Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Tabelle 6.22: Effektstärken der Gesundheitsdeterminanten auf die Gesundheit und das Gesundheits- und Risikoverhalten der Wiener SchülerInnen

8 VERSORGUNGSSTRUKTUREN

Tabelle 8.1: Anzahl geöffneter kinderärztlicher Praxen in Wien

Tabelle 8.2: Überblick bettenführender Kinderabteilungen in Wiener Krankenanstalten

Tabelle 8.3: Überblick ambulante Versorgung in Wien

Tabelle 8.4: Anzahl der freiberuflich gemeldeten Physio- und ErgotherapeutInnen sowie LogopädInnen nach Bezirken, Wien 2011

Tabelle 8.5: Auswertung der Rettungseinsätze nach NACA-Score, Wien 2011

Tabelle 8.6: Auswertung der Rettungseinsätze nach NACA-Score mit Fokus auf Verletzungen, Wien 2011

Tabelle 8.7: Detaillierte Auswertung der Verletzungen nach Verletzungsmuster, Wien 2011

Tabelle 8.8: Rettungseinsätze aufgrund von Erkrankungen, Wien 2011

3 SOZIODEMOGRAFISCHE TRENDS UND PERSPEKTIVEN IN WIEN

Abbildung 3.1: Haushaltsstruktur in Wien 2010

Abbildung 3.2: Beschäftigungsverhältnisse in Wien 2002 und 2010

4 EPIDEMIOLOGIE

Abbildung 4.1: Stillraten in Österreich

Abbildung 4.2: Spitalsentlassungen aus Wiener Krankenanstalten – die 10 häufigsten Diagnosegruppen – Gesamt

Abbildung 4.3: Spitalsentlassungen aus Wiener Krankenanstalten – die 10 häufigsten Diagnosegruppen – Männlich

Abbildung 4.4: Spitalsentlassungen aus Wiener Krankenanstalten – die 10 häufigsten Diagnosegruppen – Weiblich

Abbildung 4.5: Gemeldete Erkrankungsfälle an Masern 2002–2010 in Wien nach Geschlecht und Altersgruppen

Abbildung 4.6: Daten des Wiener Grippemeldedienstes Saison 2009/10, Altersverteilung im Vergleich zur Gesamtzahl

Abbildung 4.7: Gemeldete Erkrankungsfälle an Influenza A/H1N1 (2009), April 2009 – März 2010 in Wien, nach Geschlecht und Altersgruppen

Abbildung 4.8: Gemeldete Erkrankungsfälle an Meningokokken-Meningitis/-Sepsis 2001–2010 in Wien, nach Geschlecht und Altersgruppen

Abbildung 4.9: Gemeldete Erkrankungsfälle an Pneumokokken-Meningitis/-Sepsis 2001–2010 in Wien, nach dem Geschlecht und Altersgruppen

Abbildung 4.10: Gemeldete Salmonellosen 2001–2010 in Wien nach Geschlecht und Altersgruppen

Abbildung 4.11: Gemeldete Erkrankungsfälle an Scharlach 2001–2010 in Wien nach Geschlecht und Altersgruppen

Abbildung 4.12: Tuberkuloseerkrankungen in der Altersgruppe 0–15 Jahre nach Geschlecht und Altersgruppe; Wien 2001–2010

Abbildung 4.13: Jährliche Anzahl autochthoner Fälle von invasiver Meningokokken-Erkrankung nach Serogruppen (Sg B, C, W135 und Y), 1995–2010, Österreich

Abbildung 4.14: Jahresdurchschnittliche altersgruppenspezifische Inzidenzrate der Sg-B- und Sg-C-Erkrankung und der Erkrankung durch andere Serogruppen, 2001–2010, Bevölkerung Wien (in Englisch)

Abbildung 4.15: Altersstandardisierte, bundeslandspezifische jahresdurchschnittliche Inzidenz der zwei 4-Jahres-Zeiträume 1995–1998 und 1999–2002

Abbildung 4.16: Altersstandardisierte, bundeslandspezifische jahresdurchschnittliche Inzidenz der zwei 4-Jahres-Zeiträume 2003–2006 und 2007–2010

Abbildung 4.17: 1-Jahres-Inzidenz der IME (alle Serogruppen) bei den 0- bis 18-Jährigen (blaue Linie) und modellierter Langzeittrend (rote Linie) mit 95% KI (punktierte rote Linien), 1995–2010, Österreich (in Englisch)

Abbildung 4.18: 1-Jahres Inzidenz der Sg-B- und Sg-C-IME bei 0- bis 18-Jährigen (rote, blaue Linie) und modellierter Langzeittrend (orange, grüne Linie); modellierter zyklischer Trend für die 1-Jahres-Inzidenz der Sg-C-IME (hellblaue Linie) mit 95% KI (punktierte graue Linien), 1995–2010, Österreich (in Englisch)

Abbildung 4.19: 1-Jahres-Inzidenz der IMD (alle Serogruppen, graue Linie) und der Sg-B- und Sg-C-Erkrankung (rote, grüne Linie) und modellierte Langzeittrends (violette, grüne Linie), 1995–2010, Bevölkerung Wien (in Englisch)

Abbildung 4.20: Altersgruppenspezifische 1-Jahres-Inzidenz der Sg-B-Erkrankung und Sg-C-Erkrankung (für die Altersgruppen <1, 1–4, 5–9, 10–14, 15–19), 2000–2010, Bevölkerung Wien (in Englisch)

- Abbildung 4.21: Monatliche Inzidenz der Sg-C-Erkrankungen bei 0- bis 10-Jährigen (schwarze Linie) und modellierter saisonaler Trend (rote Linie) mit 95% KI (violette, grüne Linien) und Langzeittrend (gelbe Linie), 1995–2010, Österreich (in Englisch)
- Abbildung 4.22: Monatliche Inzidenz der IME aller Serogruppen (schwarze Linie) und der Sg-B-Erkrankungen (rote Linie) für die Bevölkerung Wien (alle Altersgruppen) und modellierter Langzeittrend für Sg-B-Erkrankung (gelbe Linie), 1995–2010 (in Englisch)
- Abbildung 4.23: Jährliche Anzahl der Fälle von IME und Fallsterblichkeit, 1995–2010, Bevölkerung Wien
- Abbildung 4.24: Jahresdurchschnittliche Fallsterblichkeit der invasiven Meningokokken-Erkrankung (alle Serogruppen) sowie der Sg-B- und Sg-C-Erkrankungen bei 0- bis 18-Jährigen der Bevölkerung Wien, 1995–2010
- Abbildung 4.25: Krebsneuerkrankungen 1983–2008 bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, bösartige Neubildungen insgesamt (C00-C43, C45-C97)
- Abbildung 4.26: Krebssterblichkeit 1983–2008 bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren, bösartige Neubildungen insgesamt (C00-C43, C45-C97)
- Abbildung 4.27: Die häufigsten Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren in Wien 2008
- Abbildung 4.28: Kumulativ im Dokumentationsinstitut der St. Anna Kinderkrebsforschung (S²IRP) registrierte PatientInnen (ohne HirntumorpatientInnen), Überlebensrate
- Abbildung 4.29: Standardisierte Inzidenzraten Typ 1 Diabetes mellitus nach WHO Standard für Österreich, NÖ und Wien zwischen 1989–2009
- Abbildung 4.30: Übergewicht und Adipositas bei Mädchen und Knaben nach Altersgruppen in %, Wien
- Abbildung 4.31: Adipositas als haupt- oder therapierelevante Nebendiagnose bei stationär aufgenommenen Kindern und Jugendlichen insgesamt im KAV
- Abbildung 4.32: Veränderung der Bewegungsmotivation („rundum gesund“)
- Abbildung 4.33: Anzahl der am WieNGS teilnehmenden Schulen (Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen)
- Abbildung 4.34: Anteil der Kinder mit Wirbelsäulenanomalien, Fuß- und Beinveränderungen sowie aspektmäßigem Übergewicht auf 100 untersuchte Kinder, Schuljahr 1986/87 bis 2010/11, Wien
- Abbildung 4.35: Karieswerte in Prozent nach Geschlecht in der 4. Klasse der Programm- und Nicht-Programmschulen (Tiptopp-Kariesstop)

5 PSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT

- Abbildung 5.1: Essstörungen als Hauptdiagnose der Spitalsentlassungsstatistik bei Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht im Alter von 0 bis 15 Jahren, Wien 2001–2010
- Abbildung 5.2: Maßnahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit gegen Essstörungen und Körpernormen
- Abbildung 5.3: Das multiaxiale Klassifikationsschema nach ICD-10 als Würfel
- Abbildung 5.4: Begonnene Befassungen in den Jahren 2004–2011
- Abbildung 5.5: Gewaltdelikte von Kindern und Jugendlichen aufgrund von Körperverletzungen
- Abbildung 5.6: Strafbare Handlungen gegen die Sittlichkeit
- Abbildung 5.7: Betreute Personen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN), nach Anzahl der eigenen Kinder 2010
- Abbildung 5.8: Unterbringungssituation der Kinder von betreuten Personen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN), 2010

6 HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN

- Abbildung 6.1: Ausgezeichnete subjektive Gesundheit der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17, nach Alter und Geschlecht
- Abbildung 6.2: Subjektive Gesundheit der Wiener Schülerinnen, nach Alter, in % der Altersgruppen
- Abbildung 6.3: Lebenszufriedenheit bei Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17, nach Alter und Geschlecht
- Abbildung 6.4: Körperliche und psychische Beschwerdelast bei den Wiener SchülerInnen nach Alter und Geschlecht
- Abbildung 6.5: Obst- und/oder Gemüsekonsum der Wiener SchülerInnen, nach Alter, Geschlecht und Häufigkeit, in % einer Altersgruppe
- Abbildung 6.6: Süßigkeiten- und Limonadenkonsum der Wiener SchülerInnen, nach Alter, Geschlecht und Häufigkeit, in % einer Altersgruppe
- Abbildung 6.7: Anzahl der Tage pro Woche, an denen die 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen mindestens 60 Minuten körperlich aktiv waren
- Abbildung 6.8: Anzahl der Stunden pro Tag, die Wiener SchülerInnen mit sitzenden Tätigkeiten verbringen
- Abbildung 6.9: Häufigkeit des Tabakkonsums der Wiener SchülerInnen, nach Alter, Geschlecht und Häufigkeit, in % einer Altersgruppe
- Abbildung 6.10: Alkoholkonsum bei Wiener SchülerInnen, nach Alter, Geschlecht und Häufigkeit, in % einer Altersgruppe
- Abbildung 6.11: Erfahrungen mit Cannabis bei 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht, in % einer Altersgruppe
- Abbildung 6.12: Durchschnittliche Beschwerdelast der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15, Entwicklung 1998–2010
- Abbildung 6.13: Anteil der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15, die mindestens einmal am Tag Süßigkeiten und/oder Limonade konsumieren, Entwicklung 2002–2010
- Abbildung 6.14: Anteil der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15, die mindestens einmal am Tag Obst und/oder Gemüse konsumieren, Entwicklung 2002–2010
- Abbildung 6.15: Anteil der Wiener SchülerInnen im Alter von 11, 13 und 15, die ihre subjektive Gesundheit als „ausgezeichnet“ oder „gut“ einschätzen, Entwicklung 2002–2010
- Abbildung 6.16: Familienwohlstand bei 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht
- Abbildung 6.17: Familienwohlstand und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen
- Abbildung 6.18: Familienwohlstand und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15-, und 17-jährigen Wiener SchülerInnen
- Abbildung 6.19: Familienwohlstand und Bewegungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen
- Abbildung 6.20: Familienwohlstand und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen
- Abbildung 6.21: Familienwohlstand und besuchter Schultyp der 11- und 13-jährigen Wiener SchülerInnen
- Abbildung 6.22: Familienwohlstand und besuchter Schultyp der 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen
- Abbildung 6.23: Empathische Zuwendung durch die Mutter der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht
- Abbildung 6.24: Empathische Zuwendung durch den Vater der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

Abbildung 6.25: Kommunikation mit der Mutter der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

Abbildung 6.26: Kommunikation mit dem Vater der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

Abbildung 6.27: Psychosoziale Familiensituation und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Abbildung 6.28: Psychosoziale Familiensituation und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Abbildung 6.29: Psychosoziale Familiensituation und Bewegungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Abbildung 6.30: Psychosoziale Familiensituation und sitzendes Freizeitverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Abbildung 6.31: Schulzufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

Abbildung 6.32: Belastung durch die Schule bei den 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

Abbildung 6.33: Schulleistungen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

Abbildung 6.34: SchülerInnen-SchülerInnen-Beziehungen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen, nach Alter und Geschlecht

Abbildung 6.35: Schulverhältnisse und Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Abbildung 6.36: Schulverhältnisse und Lebenszufriedenheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Abbildung 6.37: Schulverhältnisse und Bewegungsverhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

Abbildung 6.38: Schulverhältnisse und sitzendes Verhalten der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Wiener SchülerInnen

8 VERSORGUNGSSTRUKTUREN

Abbildung 8.1: Verteilung kinderärztlicher Praxen über das Stadtgebiet

Abkürzungsverzeichnis

AKH Wien | Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus
FEM | Frauengesundheitszentrum
KAV | Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund
KA Rudolfstiftung | Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik
Kinderklinik Glanzing | Kinderklinik Glanzing mit Neonatologie und Psychosomatik im
Wilhelminenspital
MUW | Medizinische Universität Wien
NZ Rosenhügel | Krankenhaus Hietzing mit Neurologischen Zentrum Rosenhügel
Otto Wagner Spital | Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto Wagner Spital
und Pflegezentrum
Preyer'sches Kinderspital | Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit
Gottfried von Preyer'schem Kinderspital und Geriatriezentrum Favoriten
PSD | Psychosozialer Dienst
SMZ Ost – Donauspital | Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital

