

## 5 GESUNDHEITLICHE SITUATION VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

### 5.1 Geburtenstatistik

#### Zusammenfassung

In Wien wurden 1999 92,7 Prozent der Säuglinge reif (> 2.500 Gramm) geboren. 5,9 Prozent waren frühgeborene Säuglinge mit einem Geburtsgewicht zwischen 1.500 und 2.500 Gramm und 1,4 Prozent waren extrem frühgeborene Kinder mit weniger als 1.500 Gramm. Die Säuglingssterblichkeitsrate betrug 1999 für Wien 5,1 (im ersten Lebensjahr gestorbene Kinder von 1.000 lebendgeborenen Säuglingen). Insgesamt starben 77 Säuglinge, davon 42 männlichen und 35 weiblichen Geschlechts. Die häufigste Todesursache bei Säuglingen waren auch 1999 kongenitale Anomalien des Herzens und des Kreislaufsystems.

#### Summary: Birth statistics

*In 1999, 92.7 percent of newborns in Vienna were mature (weight of birth above 2,500 grams). 5.9 percent were premature births (weight between 1,500 and 2,500 grams) and 1.4 percent were extremely premature children weighing less than 1,500 grams. The infant mortality rate for Vienna was 5.1 children that died in the first year of life per 1,000 viable births. In total, 77 children died in that year. The main causes of death for infants in 1999 as in the years before were congenital anomalies of the heart and circulatory system.*

#### 5.1.1 Geburtsgewicht

Das durchschnittliche Geburtsgewicht wird für Mädchen allgemein mit 3.200 Gramm und für Jungen mit 3.400 Gramm angegeben. Rund 91 Prozent der lebend geborenen Säuglinge in Wien weisen ein „normales“ Geburtsgewicht zwischen 2.500 und 4.500 Gramm auf. Etwa sieben Prozent der Säuglinge sind mit weniger als 2.500 Gramm (Frühgeborene), wobei Säuglinge unter 1.500 Gramm als sehr frühgeboren gelten und besonderen Risiken ausgesetzt sind. Etwas mehr als ein Prozent der lebend geborenen Säuglinge kommen mit mehr als 4.500 Gramm auf die Welt.

#### 5.1.2 Säuglingssterblichkeit – Lebensdauer und Geburtsgewicht

Das Sterberisiko der unter Einjährigen steht in Zusammenhang mit dem Lebensalter des Kindes. In den ersten Lebensstunden und Tagen sind Säuglinge viel gefährdeter als in den späteren Lebensjahren. Neben etwa bestimmen endogene Faktoren, z. B. die Frühgeburt des Kindes oder angeborene Krankheiten, ist das Sterblichkeitsgeschehen unmittelbar nach der Geburt. Exogene Faktoren, z. B. Infektionen, plötzlicher Kindstod (SIDS)<sup>57</sup> oder Unfälle sind hingegen für die meisten Todesfälle nach dem ersten Lebensmonat verantwortlich. Die bedeutendsten singulären Einflussfaktoren für die Säuglingssterblichkeit sind jedoch das Geburtsgewicht bzw. die Dauer der Schwangerschaft.<sup>58</sup>

<sup>56</sup> Der „Wiener Kindergesundheitsbericht 2000“ (Hrsg. MA-L/Dezernat für Gesundheitsplanung) bietet eine umfassende Darstellung der gesundheitlichen Lage der Wiener Kinder.

<sup>57</sup> Vgl. dazu: Wiener Kindergesundheitsbericht 2000, Kapitel 4.1.2.1.1: SIDS – Plötzlicher Kindstod und die Kampagne „Sicheres Schlafen für Babys“.

<sup>58</sup> Vgl. dazu: KYTIR, J.; KÖCK, Ch.: Säuglingssterblichkeit in Wien. Eine gesamtbevölkerungsbezogene Untersuchung der demologischen Ursachen der überdurchschnittlichen Sterblichkeit der Wiener Kinder im ersten Lebensjahr 1995.

**Tabelle 1:** Lebendgeborene nach dem Geburtsgewicht, Wien 1999

Geburtsgewicht in Gramm	Lebendgeborene					
	weiblich		männlich		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
unter 1.000	36	0,5	38	0,5	74	0,5
1.000 bis unter 1.500	73	1,0	66	0,9	139	1,0
1.500 – unter 1.700	30	0,4	32	0,4	62	0,4
1.700 – unter 1.900	58	0,8	48	0,6	106	0,8
1.900 – unter 2.100	75	1,0	57	0,7	132	1,0
2.100 – unter 2.300	133	1,8	95	1,2	228	1,8
2.300 – unter 2.500	211	2,8	148	1,9	359	2,8
2.500 – unter 2.700	328	4,4	261	3,4	589	4,4
2.700 – unter 2.900	587	7,8	485	6,3	1.072	7,8
2.900 – unter 3.100	965	12,9	774	10,1	1.739	12,9
3.100 – unter 3.300	1.208	16,1	1.049	13,7	2.257	16,1
3.300 – unter 3.500	1.270	17,0	1.255	16,3	2.525	17,0
3.500 – unter 3.700	1.017	13,6	1.184	15,4	2.201	13,6
3.700 – unter 3.900	707	9,5	956	12,5	1.663	9,5
3.900 – unter 4.100	434	5,8	595	7,8	1.029	5,8
4.100 – unter 4.300	203	2,7	335	4,4	538	2,7
4.300 – unter 4.500	77	1,0	173	2,3	250	1,0
4.500 – unter 5.000	61	0,8	109	1,4	170	0,8
5.000 und mehr	7	0,1	17	0,2	24	0,1
insgesamt	7.480	100,0	7.677	100,0	15.157	100,0

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

**Tabelle 2:** Geborene nach Lebensfähigkeit und Geburtsgewicht (Reifegrad), 1999

Geborene	Geschlecht				insgesamt	
	männlich		weiblich		absolut	relativ
	absolut	relativ	absolut	relativ		
Totgeborene <sup>1)</sup>	44	5,7	38	5,1	82	0,5
Lebendgeborene <sup>1)</sup>	7.677	994,3	7.480	994,9	15.157	99,5
davon:						
unter 2.500 g (Frühgeborene) <sup>2)</sup>	484	6,3	616	8,2	1.100	7,3
2.500 g und mehr (Reifgeborene) <sup>2)</sup>	7.193	93,7	6.864	91,8	14.057	92,7
Geborene	Legitimität				insgesamt	
	ehelich		unehelich		absolut	relativ
	absolut	relativ	absolut	relativ		
Totgeborene <sup>1)</sup>	54	4,8	28	7,1	82	0,5
Lebendgeborene <sup>1)</sup>	11.238	995,2	3.919	992,9	15.157	99,5
davon:						
unter 2.500 g (Frühgeborene) <sup>2)</sup>	758	6,7	342	8,7	1.100	7,3
2.500 g und mehr (Reifgeborene) <sup>2)</sup>	10.480	93,3	3.577	91,3	14.057	92,7

1) Relativ = in Promille.

2) Relativ = in Prozent.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

## 5 GESUNDHEITLICHE SITUATION VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

### 5.1 Geburtenstatistik

#### Zusammenfassung

In Wien wurden 1999 92,7 Prozent der Säuglinge reif (> 2.500 Gramm) geboren. 5,9 Prozent waren frühgeborene Säuglinge mit einem Geburtsgewicht zwischen 1.500 und 2.500 Gramm und 1,4 Prozent waren extrem frühgeborene Kinder mit weniger als 1.500 Gramm. Die Säuglingssterblichkeitsrate betrug 1999 für Wien 5,1 (im ersten Lebensjahr gestorbene Kinder von 1.000 lebendgeborenen Säuglingen). Insgesamt starben 77 Säuglinge, davon 42 männlichen und 35 weiblichen Geschlechts. Die häufigste Todesursache bei Säuglingen waren auch 1999 kongenitale Anomalien des Herzens und des Kreislaufsystems.

#### Summary: Birth statistics

*In 1999, 92.7 percent of newborns in Vienna were mature (weight of birth above 2,500 grams). 5.9 percent were premature births (weight between 1,500 and 2,500 grams) and 1.4 percent were extremely premature children weighing less than 1,500 grams. The infant mortality rate for Vienna was 5.1 children that died in the first year of life per 1,000 viable births. In total, 77 children died in that year. The main causes of death for infants in 1999 as in the years before were congenital anomalies of the heart and circulatory system.*

#### 5.1.1 Geburtsgewicht

Das durchschnittliche Geburtsgewicht wird für Mädchen allgemein mit 3.200 Gramm und für Jungen mit 3.400 Gramm angegeben. Rund 91 Prozent der lebend geborenen Säuglinge in Wien weisen ein „normales“ Geburtsgewicht zwischen 2.500 und 4.500 Gramm auf. Etwa sieben Prozent der Säuglinge sind mit weniger als 2.500 Gramm (Frühgeborene), wobei Säuglinge unter 1.500 Gramm als sehr frühgeboren gelten und besonderen Risiken ausgesetzt sind. Etwas mehr als ein Prozent der lebend geborenen Säuglinge kommen mit mehr als 4.500 Gramm auf die Welt.

#### 5.1.2 Säuglingssterblichkeit – Lebensdauer und Geburtsgewicht

Das Sterberisiko der unter Einjährigen steht in Zusammenhang mit dem Lebensalter des Kindes. In den ersten Lebensstunden und Tagen sind Säuglinge viel gefährdeter als in den späteren Lebensjahren. Neben etwa bestimmen endogene Faktoren, z. B. die Frühgeburt des Kindes oder angeborene Krankheiten, ist das Sterblichkeitsgeschehen unmittelbar nach der Geburt. Exogene Faktoren, z. B. Infektionen, plötzlicher Kindstod (SIDS)<sup>57</sup> oder Unfälle sind hingegen für die meisten Todesfälle nach dem ersten Lebensmonat verantwortlich. Die bedeutendsten singulären Einflussfaktoren für die Säuglingssterblichkeit sind jedoch das Geburtsgewicht bzw. die Dauer der Schwangerschaft.<sup>58</sup>

<sup>56</sup> Der „Wiener Kindergesundheitsbericht 2000“ (Hrsg. MA-L/Dezernat für Gesundheitsplanung) bietet eine umfassende Darstellung der gesundheitlichen Lage der Wiener Kinder.

<sup>57</sup> Vgl. dazu: Wiener Kindergesundheitsbericht 2000, Kapitel 4.1.2.1.1: SIDS – Plötzlicher Kindstod und die Kampagne „Sicheres Schlafen für Babys“.

<sup>58</sup> Vgl. dazu: KYTIR, J.; KÖCK, Ch.: Säuglingssterblichkeit in Wien. Eine gesamtbevölkerungsbezogene Untersuchung der demologischen Ursachen der überdurchschnittlichen Sterblichkeit der Wiener Kinder im ersten Lebensjahr 1995.

In Wien starben 1999 insgesamt 5,1 von 1.000 lebendgeborenen Säuglingen. Bei den Säuglingen (über 2.500 Gramm) beträgt die Sterblichkeitsrate 2,3 von 1.000 Geborenen in dieser Altersgruppe; bei den frühgeborenen Säuglingen (unter 2.500 Gramm) erreicht sie 40,0 gegenüber 1998 allerdings einen Rückgang der Säuglingssterblichkeit bei den Frühgeborenen pro 1.000.

**Tabelle 3:** Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer und Geburtsgewicht (Reifegrad), 1999

Lebensdauer der gestorbenen Säuglinge	Reifegrad				insgesamt
	Frühgeborene (unter 2.500 g)		Reifgeborene (über 2.500 g)		
	absolut	auf 1.000 <sup>1)</sup>	absolut	auf 1.000 <sup>1)</sup>	
unter 7 Tagen	21	19,1	6	0,4	27
7 – unter 28 Tage	10	9,1	9	0,6	19
28 Tage – unter 1 Jahr	13	11,8	18	1,3	31
insgesamt	44	40,0	33	2,3	77

1) Auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Gewichts.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

### 5.1.3 Todesursachen bei Säuglingen

In Wien starben 1999 insgesamt 77 Säuglinge, davon 42 männlichen und 35 weiblichen Geschlechts. Die Mortalitätsrate (auf 1.000 Lebendgeborene) beträgt somit für das Jahr 1999 rund 5,1. Dies ist etwas unter dem Durchschnittswert der letzten Jahre und deutlich unter dem erhöhten Wert des Jahres 1998 (siehe auch Kapitel 2.2.1.2.3 Säuglingssterblichkeit).

Die häufigsten Todesursachen bei Säuglingen waren auch 1999 kongenitale Anomalien des Kreislaufsystems. An zweiter und dritter Stelle folgten Schädigungen des Fetus oder durch Plazenta, Nabelschnur und Eihäute sowie andere Affektionen mit Ursprung in der Perinatalperiode.

**Tabelle 4:** Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer, Geschlecht und Legitimität, 1998

Lebensdauer der gestorbenen Säuglinge	Geschlecht				Legitimität				insgesamt	
	männlich		weiblich		ehelich		unehelich		absolut	auf 1.000 <sup>1)</sup>
	absolut	auf 1.000 <sup>1)</sup>	absolut	auf 1.000 <sup>1)</sup>	absolut	auf 1.000 <sup>1)</sup>	absolut	auf 1.000 <sup>1)</sup>		
unter 7 Tagen	15	2,0	12	1,6	20	1,8	7	1,8	27	1,8
7 – unter 28 Tage	9	1,2	10	1,3	12	1,1	7	1,8	19	1,3
28 Tage – unter 1 Jahr	18	2,3	13	1,7	21	1,9	10	2,6	31	2,0
insgesamt	42	5,5	35	4,7	53	4,7	24	6,1	77	5,1

1) Auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Merkmals.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

**Tabelle 5:** Säuglingssterblichkeit nach Geburtsgewicht, Geschlecht und Legitimität, 1999

Geburtsgewicht der gestorbenen Säuglinge	Geschlecht				Legitimität				insgesamt	
	männlich		weiblich		ehelich		unehelich		absolut	auf 1.000 <sup>1)</sup>
	absolut	auf 1.000 <sup>1)</sup>	absolut	auf 1.000 <sup>1)</sup>	absolut	auf 1.000 <sup>1)</sup>	absolut	auf 1.000 <sup>1)</sup>		
unter 2.500 g (Frühgeburt)	24	49,6	20	32,5	29	38,3	15	43,9	44	40,0
2.500 g und mehr (Reifegeburt)	18	2,5	15	2,2	24	2,3	9	2,5	33	2,3
insgesamt	42	5,5	35	4,7	53	4,7	24	6,1	77	5,1

1) Auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Merkmals.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

**Tabelle 6:** Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Legitimität und Geburtsgewicht, 1999

Geburts- gewicht in Gramm	männlich ehelich			männlich unehelich			weiblich ehelich			weiblich unehelich			insgesamt		
	Lebend- geborene	gestorb. Säuglinge	Säuglings- sterbl. <sup>1)</sup>	Lebend- geborene	gestorb. Säuglinge	Säuglings- sterbl. <sup>1)</sup>	Lebend- geborene	gestorb. Säuglinge	Säuglings- sterbl. <sup>1)</sup>	Lebend- geborene	gestorb. Säuglinge	Säuglings- sterbl. <sup>1)</sup>	Lebend- geborene	gestorb. Säuglinge	Säuglings- sterbl. <sup>1)</sup>
unter 500	5	3	600,0	1	1	1.000,0	4	4	1.000,0	-	-	-	10	8	800,0
500 – unter 600	2	2	1.000,0	1	1	1.000,0	3	2	666,7	1	1	1.000,0	7	6	857,1
600 – unter 700	1	-	0,0	3	1	333,3	4	3	750,0	2	2	0,0	10	6	600,0
700 – unter 800	3	2	666,7	1	-	0,0	5	1	200,0	2	-	1.000,0	11	3	272,7
800 – unter 900	6	-	0,0	2	-	0,0	6	-	0,0	1	1	500,0	15	1	66,7
900 – unter 1.000	11	2	181,8	2	-	0,0	6	1	166,7	2	1	83,3	21	4	190,5
1.000 – u. 1.200	15	1	66,7	8	1	125,0	17	1	58,8	12	1	0,0	52	4	76,9
1.200 – u. 1.500	28	-	0,0	15	2	133,3	35	1	28,6	9	-	0,0	87	3	34,5
1.500 – u. 2.000	71	1	14,1	34	2	58,8	81	-	0,0	36	-	0,0	222	3	13,5
2.000 – u. 2.500	186	4	21,5	89	1	11,2	269	1	3,7	121	-	2,3	665	6	9,0
2.500 – u. 3.000	764	5	6,5	314	-	0,0	934	8	8,6	430	1	5,2	2.442	14	5,7
3.000 – u. 3.500	1.989	6	3,0	757	1	1,3	2.226	1	0,4	768	4	0,0	5.740	12	2,1
3.500 – u. 4.000	1.907	2	1,0	589	3	5,1	1.538	1	0,7	432	-	0,0	4.466	6	1,3
4.000 – u. 4.500	585	-	0,0	162	-	0,0	375	-	0,0	93	-	0,0	1.215	-	0,0
4.500 – u. 5.000	92	-	0,0	17	-	0,0	51	-	0,0	10	-	0,0	170	-	0,0
5.000 u. mehr	14	1	71,4	3	-	0,0	5	-	0,0	2	-	0,0	24	1	41,7
unter 1.000	28	9	321,4	10	3	300,0	28	11	392,9	8	5	625,0	74	28	378,4
unter 1.500	71	10	140,8	33	6	181,8	80	13	162,5	29	6	206,9	213	35	164,3
unter 2.500	328	15	45,7	156	9	57,7	430	14	32,6	186	6	32,3	1.100	44	40,0
2.500 und mehr	5.351	14	2,6	1.842	4	2,2	5.129	10	1,9	1.735	5	2,9	14.057	33	2,3
Insgesamt	5.679	29	5,1	1.998	13	6,5	5.559	24	4,3	1.921	11	5,7	15.157	77	5,1

1) In Promille.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien; Statistik Österreich (Bevölkerungsstatistik)

**Tabelle 7:** Todesursachen der verstorbenen Säuglinge, Wien 1999

Diagnose	Anzahl der verstorbenen Säuglinge	Mortalitätsrate auf 1 Lebendgeborene dess Kalenderjahres	
	1999	Ø 1996–1998	1999
Infektionskrankheiten	1	0,00	0
kongenitale Anomalien des Herzens und des Kreislaufsystems	12	0,74	0
Chromosomenanomalien	7	0,30	0
andere kongenitale Anomalien	7	0,72	0
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen durch Krankheit der Mutter	2	0,19	0
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen durch Schwangerschaftskomplikationen	3	0,32	0
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen durch Komplikationen der Plazenta, Nabelschnur und Eihäute	9	0,36	0
Unreife, Frühgeburt (Geburtsgewicht unter 2.500 g)	3	0,98	0
Schädigung des Fetus oder Neugeborenen durch sonstige Komplikationen bei der Entbindung	4	0,13	0
respiratorische Affektionen des Fetus oder Neugeborenen	3	0,30	0
hämolytische Krankheiten des Fetus oder Neugeborenen	1	0,00	0
andere Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	9	0,36	0
Syndrom des plötzlichen Todes im Kindesalter (SIDS)	5	0,81	0
Unfälle (Vergiftungen und Verletzungen)	0	0,00	0
Mord, Totschlag	0	0,09	0
alle sonstigen Todesursachen	11	0,32	0
insgesamt	77	5,62	5

1) Anzahl der Lebendgeborenen 1999: 15.157.

Quelle: Statistisches Amt der Stadt Wien

## 5.2 Haltungstörungen<sup>59</sup>

### Zusammenfassung

Eine orthopädische Untersuchung an Wiener PflichtschülerInnen im Alter von 6–10 Jahren zeigte, dass 46 Prozent der untersuchten Kinder Haltungsverfälschungen aufweisen. Bei 38 Prozent der untersuchten Kinder wurde Haltungsturnen entweder neu veranlasst oder eine Fortsetzung empfohlen.

29 von 100 untersuchten Kindern weisen Wirbelsäulanomalien und 22 von 100 Kindern Bein- und Fußanomalien auf. Die häufigsten Wirbelsäulanomalien sind Hohlrücken (Hohlkreuz), Rundrücken und so genannte Flügelschultern.

Bereits bei Schuleintritt weisen 21,8 Prozent der Kinder Haltungstörungen (Haltungsschwächen und Fehlformen der Wirbelsäule) auf, in der 4. Schulstufe sind es bereits 23,5 und in der 8. Schulstufe 27,9 Prozent. Bei den 19-Jährigen klagen 40 Prozent über Wirbelsäulenschmerzen.

Besonders kritische Phasen für den Hal- tungs- und Bewegungsapparat sind der Schuleintritt sowie die Phase des pubertären Wachstumsschubs, welcher bei Mädchen im Alter von 10–12 Jahren, bei Knaben etwas später im Alter von 12–15 Jahren stattfindet.

### Summary: Postural damages

46 percent of Viennese school children aged 6 to 10 years who underwent orthopaedic examinations were found to have faulty posture. 38 percent of those examined were told to take up posture therapy, similar recommendations had been made before, to continue postural gymnastics as a remedy.

29 out of 100 children examined showed anomalies of the spine, 22 out of 100 were diagnosed with anomalies of the legs and feet. The most frequent anomalies of the spine are hollow back and so-called wing shoulders.

At the time of school entry, 21.8 percent of children suffer from postural deficiencies (postural deficiencies or malformations of the spine), by grade 4 this percentage is found to be 23.5, at grade 8 27.9 percent. 40 percent of all 19-year-olds complain of spinal pains.

The most crucial phases of development for the postural and locomotor system are school entry and the pubertal growth spurt which girls experience between 10 and 12, boys between 12 and 15 years.

Ein falscher Umgang mit Bewegungsapparat und Wirbelsäule tritt in unserer Gesellschaft schon frühzeitig auf. Bereits im Schulalter führen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats zu den Gesundheitsstörungen an.

**Haltungstörungen** (Haltungsschwäche und Fehlformen der Wirbelsäule) sind nach den schulärztlichen Untersuchungen zu Schuleintritt bei etwa 21,8 Prozent der Kinder festzustellen. In der 4. Schulstufe bei etwa 23,5 Prozent und in der 8. Schulstufe bei 27,9 Prozent der Kinder (SchulärztInnen, Eltern, LehrerInnen und ÄrztInnen müssen sich daher mit dem Problem Haltungstörung auseinandersetzen).

Erstmals seit dem Schuljahr 1994/95 wurden im Berichtsjahr im Auftrag der MA-L/Dezernat für Gesundheitsplanung wieder die Untersuchungen der SchulärztInnen für Wien (Gesundheitsblätter) durchgeführt. Die Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Mutter-Kind-Pass können leider nicht ausgewertet werden. Damit geht wichtiges Informationsmaterial verloren.

<sup>59</sup> Vgl. dazu auch das ausführlichere Kapitel zum Thema Haltungstörungen von Univ.-Prof. Dr. Franz GRILL im Berichtsjahr 1997 (S. 197 ff.) bzw. Kapitel 4.2.6.2.2 im „Wiener Kindergesundheitsbericht 2000“.



Im Schuljahr 1999/00 wiesen nach den schulärztlichen Untersuchungen in Wien bereits in der 1. Schulstufe 20,5 Prozent der untersuchten Kinder eine auffällige **Haltungsschwäche der Wirbelsäule** auf. In der 4. Schulstufe waren es 21,2 Prozent und in der 8. Schulstufe bereits 24,5 Prozent. In der 12. Schulstufe wurden im Schuljahr 1993/94 bei 28,3 Prozent der Jugendlichen Haltungsanomalien der Wirbelsäule diagnostiziert (Vergleichsergebnisse der 12. Schulstufe im Schuljahr 1999/00 liegen leider nicht vor). Während es in der 1. Schulstufe kaum Unterschiede zwischen Buben und Mädchen in der Häufigkeit des Auftretens von Haltungsschwächen und Fehlformen der Wirbelsäule gibt, nimmt dieser Unterschied mit zunehmendem Alter zugunsten der Mädchen zu.

Tatsächliche **Fehlformen der Wirbelsäule** und des Brustkorbes treten deutlich seltener auf und zwar in der 1. Schulstufe bei 1,3 Prozent der untersuchten Kinder, in der 4. Schulstufe bei 2,3 Prozent und in der 8. Schulstufe bei 2,5 Prozent zu beobachten.

**Fehlformen der Beine und Füße** (ohne Funktionsbehinderung) nehmen im Lauf der Schuljahre ab. In der 1. Schulstufe mit 28,8 Prozent der untersuchten Kinder auf 21,4 Prozent in der 4. Schulstufe und auf 17,6 Prozent in der 8. Schulstufe kontinuierlich ab.

**Tabelle 8:** Untersuchungsbefunde der schulärztlichen Untersuchungen, Wien, Schuljahr 1995/6 und 1999/2000, Häufigkeiten in Prozent

Untersuchungsbefunde	Schuljahr 1995/96						Schuljahr 1999/00							
	1. Schulstufe			4. Schulstufe			1. Schulstufe			4. Schulstufe			8. Schulstufe	
	M <sup>1)</sup>	B <sup>1)</sup>	i <sup>1)</sup>	M	B	i	M	B	i	M	B	i	M	B
Wirbelsäule, Brustkorb														
Haltungsschwäche	17,8	15,3	16,5	21,4	23,2	22,4	21,2	21,3	20,5	19,9	21,3	21,2	20,7	28,3
Fehlform	1,6	1,5	1,4	1,7	1,6	1,6	1,8	0,9	1,3	2,5	2,2	2,3	2,5	2,5
Beine, Füße														
Fehlform ohne Funktionsbehinderung	21,9	25,2	24,4	19,7	27,8	24,4	24,1	32,5	28,5	21,5	21,3	21,3	17,6	19,9
Fehlform mit Funktionsbehinderung	0,6	0,5	0,6	0,2	0,4	0,4	0,5	0,8	0,6	0,4	0,6	0,5	0,4	0,4

1) M = Mädchen, B = Buben, i = insgesamt

Quelle: MA 15 – Gesundheitswesen, eigene Berechnungen

Eine orthopädische Untersuchung an Wiener PflichtschülerInnen im Alter von 6–10 Jahren im Schuljahr 1999/00 konnte zeigen, dass knapp 30 Prozent der untersuchten Kinder haltungsgefährdet sind (Vernachlässigung von Haltungsturnen). 29 von 100 untersuchten Kindern weisen **Wirbelsäulenanomalien** auf. Von 100 Kindern **Bein- und Fußanomalien** auf. Die häufigsten Wirbelsäulenanomalien sind Hohlrücken (Hohlkreuz), Rundrücken und Flügelschultern.

Die Häufigkeit von Haltungsfehlern, Fußanomalien und Übergewicht (zehn von 100 Kindern) ist bei den untersuchten SchülerInnen vielfach nicht isoliert, sondern bei den betroffenen SchülerInnen meist kombiniert auf.

Bei knapp 30 Prozent der untersuchten Kinder<sup>60</sup> wurde **Haltungsturnen** neu veranlasst, wobei die meisten Veranlassungen (61 Prozent) bereits in der 1. Klasse Volksschule (also bei 6- bis 7-Jährigen) stattfanden. Bei weiteren knapp neun Prozent aller Kinder<sup>61</sup> wurde empfohlen, das Haltungsturnen fortzusetzen. Bei rund neun Prozent erfolgte eine Einlagenverordnung. – Das heißt, etwa die Hälfte aller Kinder hat Probleme mit der Haltung. Bei 53,6 Prozent der untersuchten Kinder wurde im Schuljahr 1999/00 ein Haltungsfehler diagnostiziert (1998/99: 48 Prozent).

<sup>60</sup> Schuljahr 1999/00: 29,2 %; Schuljahr 1998/99: 30,5 %; Schuljahr 1997/98: 32,4 %.

<sup>61</sup> Schuljahr 1999/00: 8,6 %; Schuljahr 1998/99: 9,6 %; Schuljahr 1997/98: 7,3 %.

**Tabelle 9:** Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen<sup>1)</sup> in den Schuljahren 1998/99 und 1999/00

festgestellte Haltungsfehler	Anzahl der PflichtschülerInnen mit orthopädischen Auffälligkeiten		
	Schuljahr 1998/99		Schuljahr 1999/00
	absolut	auf 100 untersuchte Kinder	absolut
<b>Wirbelsäulenanomalien insgesamt</b>	<b>2.921</b>	<b>36,2</b>	<b>2.881</b>
davon:			
Beckenschiefstand	37	0,5	45
schlafte oder unbestimmte Haltung	14	0,2	17
Flügel Schultern (Scapulae alatae)	545	6,8	528
Flachrücken	548	6,8	361
Hohlrücken (Hohlkreuz)	455	5,6	662
Hohlrundrücken	159	2,0	168
Rundrücken	539	6,7	540
Skoliose	505	6,3	449
sonstiges	119	1,5	111
<b>Fußanomalien insgesamt</b>	<b>2.446</b>	<b>30,3</b>	<b>1.881</b>
davon:			
Bein- und Fußdeformitäten	2.442	30,3	1.868
idiopathische Beinverkürzungen	4	0,0	13
<b>Adipositas</b>	<b>721</b>	<b>8,9</b>	<b>859</b>
orthopädische Auffälligkeiten insgesamt <sup>2)</sup>	6.088	–	5.621
untersuchte Kinder insgesamt	8.066	–	8.517

1) Ohne Sonderschulen für Körperbehinderte.

2) Mehrfachnennungen möglich.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat VI/3; eigene Berechnungen

**Tabelle 10:** Haltungsturnen und Einlagenverordnungen, Wien 1998/99 und 1999/00

Haltungsturnen und Einlagenverordnungen	Veranlassungen		
	Schuljahr 1998/99		Schuljahr 1999/00
	absolut	in %	absolut
Haltungsturnen neu veranlasst	2.459	30,5	2.490
Haltungsturnen weiterhin fortgesetzt	776	9,6	732
kein Haltungsfehler, daher kein Haltungsturnen veranlasst	3.870	48,0	4.561
nur Einlagenverordnung	925	11,5	734
untersuchte Kinder insgesamt	8.066	100,0	8.517

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat VI/3; eigene Berechnungen

**Tabelle 11:** Veranlassungen von Haltungsturnen nach Alter, Wien 1998/99 und 1999/00

Klasse (Volksschule)	Schuljahr 1998/99				Schuljahr 1999/00		
	Mädchen	Buben	insg.	in %	Mädchen	Buben	insg.
1. Klasse (6–7 J.)	848	860	1.708	69,5	789	740	1.529
2. Klasse (7–8 J.)	84	91	175	7,1	73	61	134
3. Klasse (8–9 J.)	201	256	457	18,6	288	297	585
4. Klasse (9–10 J.)	63	56	119	4,8	118	124	242
insgesamt	1.196	1.263	2.459	100,0	1.253	1.201	2.454

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat VI/3; eigene Berechnungen

**Tabelle 12:** Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen<sup>1)</sup>, Schuljahr 1986/87 – 1999/00

Schuljahr	untersuchte Schulen	durchgeführte Untersuchungen	festgestellte haltungsgefährdete Kinder <sup>1)</sup>		Wirbelsäulenveränderungen und Skoliosen		Bein- und Fußdeformitäten		Adipositas	
			absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
1986/87	131	9.800	4.690	47,9	3.170	32,3	2.700	27,6	1.060	10,8
1987/88	117	9.640	4.318	44,8	2.650	27,5	2.300	23,9	1.200	12,4
1988/89	117	10.423	4.633	44,4	3.775	36,2	2.120	20,3	1.240	11,9
1989/90	93	9.854	4.000	40,6	3.765	38,2	1.405	14,3	1.160	11,8
1990/91	78	8.330	3.800	45,6	3.750	45,0	1.633	19,6	965	11,6
1991/92	81	8.960	3.272	36,5	4.044	45,1	1.917	21,4	1.028	11,5
1992/93	75	7.064	3.160	44,7	3.282	46,5	1.597	22,6	982	13,9
1993/94	72	6.390	2.950	46,2	3.338	52,2	1.665	26,1	1.215	19,0
1994/95	72	6.397	2.726	42,6	3.365	52,6	1.355	21,2	644	10,1
1995/96	58	4.791	2.120	44,2	2.306	48,1	1.324	27,6	523	10,9
1996/97	54	5.391	2.640	49,0	2.658	49,3	1.157	21,5	635	11,8
1997/98	73	8.352	2.710	32,4	3.313	39,7	2.155	25,8	754	9,0
1998/99	78	8.066	2.459	30,5	2.921	36,2	2.446	30,3	721	8,9
1999/00	82	8.517	2.490	29,2	2.881	33,8	1.881	22,1	859	10,1

1) Haltungsturnen neu veranlasst. Nicht berücksichtigt in dieser Zahl sind jene Kinder, bei denen Haltungsturnen weiterhin fortgesetzt wurde.

Quelle: Magistratsabteilung 15 – Referat VI/3 (Körperbehindertenbetreuung, orthopädische Angelegenheiten); eigene Berechnungen

### 5.3 Gesundheit und Gesundheitsverhalten im internationalen Vergleich

#### Zusammenfassung

Im Großen und Ganzen fühlen sich die Kinder und Jugendlichen der verschiedenen Länder gesund. Die Mädchen schätzen ihren Gesundheitszustand durchwegs schlechter ein als die Burschen. Die österreichischen Jugendlichen fallen darin auf, dass sie am seltensten angeben, sich bedrückt oder traurig zu fühlen. Dennoch weisen gerade die österreichischen Burschen die dritthöchste Suizidrate im Ländervergleich auf.

Symptome wie Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen nennen die österreichischen Kinder und Jugendlichen eher selten. Von Kreuzschmerzen sind allerdings etwa 20 Prozent betroffen. Bei der Häufigkeit des Rauchens führen die 15-jährigen ÖsterreicherInnen im Ländervergleich, insbesondere die Mädchen. Auch der Alkoholkonsum der österreichischen Jugendlichen – besonders bei den Burschen – ist verglichen mit den anderen Ländern sehr hoch.

#### Summary: Health and health behaviour in a cross-national comparison

*In most countries the majority of children and young adults consider themselves healthy. Girls tend to feel more negatively about their state of health than boys. Young adults in Austria are no exception inasmuch as they admit to feeling stressed or sad far less frequently than those in other countries. Yet Austria has the highest suicide rate of all countries found among boys in Austria.*

*Austrian children and young adults report state symptoms like headaches, migraines, and lower back pain. 20 percent claim to have experienced lower back pain. 15 year old girls in particular, are leaders in alcohol consumption. Alcohol consumption among Austrian young adults is notably high compared to other countries.*

Österreich ist seit 1983/84 an der internationalen Forschungsstudie „Health Behaviour in School Children“ (HBSC) beteiligt, deren Ziel es ist, neue Einsichten in und Erkenntnisse über das Gesundheitsverhalten, über Lebensstile und Lebensumwelt von Jugendlichen zu gewinnen. Die österreichische Stichprobe bestand 1998 aus 4.316 Kindern und Jugendlichen (2.086 Buben und 2.230 Mädchen). Verteilt sind die Kinder und Jugendlichen folgendermaßen: 1.422 11-Jährige, 1.518 13-Jährige, 1.376 15-Jährige.

Die Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes, Selbstvertrauen und Lebenszufriedenheit werden als Gradmesser für Stress und Angst, welche die Jugendlichen erfahren, betrachtet werden.

#### 5.3.1 Allgemeine Gesundheit und Wohlbefinden

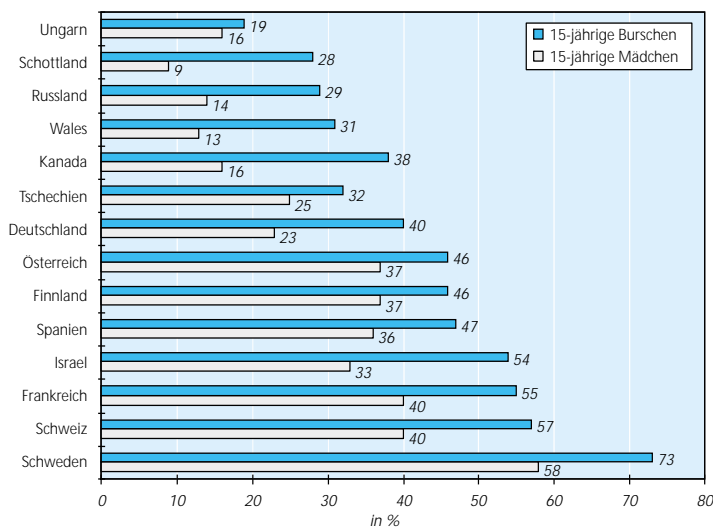
Die Periode der Pubertät und Adoleszenz ist für die Jugendlichen eine Zeit mit erhöhtem Bewusstsein und verstärkter Aufmerksamkeit für den physiologischen Zustand und das Wohlbefinden. Traditionell wird das Jugendalter als die Lebensspanne mit einem nahezu optimalen Gesundheitszustand betrachtet. Heute ist die Gesundheit der Jugendliche gerade auch in dieser Zeit durch Depression, Suizid, psychische Erkrankungen, Sucht, AIDS, etc. bedroht.

Mehr als 90 Prozent der Jugendlichen aller an der Untersuchung beteiligten Länder (1997) schätzen sich im Allgemeinen **gesund**. Durchwegs schätzen die Mädchen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als die Burschen.

<sup>62</sup> CURRIE, C.; HURRELMANN, K.; SETTERTOBULTE, W.; SMITH, R.; TODD, J. (2000): Health and Health Behaviour in School-aged Children. Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC), International Report.

die Burschen. Dieser Geschlechtsunterschied nimmt mit dem Alter noch zu. Am häufigsten betonen sich die Jugendlichen in Schweden als sehr gesund, gefolgt von der Schweiz und Frankreich. Österreich nimmt im Ländervergleich einen mittleren Rang ein (Grafik 1).

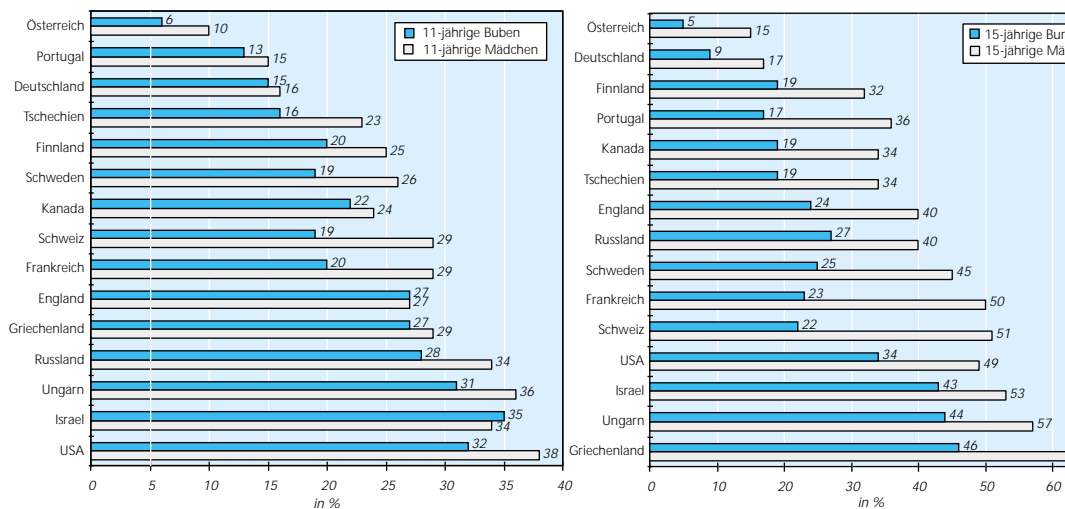
**Grafik 1:** Anteil der 15-jährigen SchülerInnen, die sich als „sehr gesund“ einschätzen (in %)



Quelle: KING et al. (1996): *The Health of Youth. A Cross-national Survey*. In: WHO – Regional Office for Europe (Ed.) (1999) *and Health in Adolescence*.

Die meisten Jugendlichen schätzen sich als **glücklich** ein; die Burschen antworten auch auf diese Frage etwas positiver als die Mädchen. Trotz dieser positiven Ergebnisse gibt ein relativ großer Anteil der SchülerInnen (insgesamt etwa 25 Prozent) an, sich mindestens einmal in der Woche **bedrückt** zu fühlen. Negative Stimmungszustände betreffen in allen Altersgruppen häufiger die Mädchen als die Burschen und steigen mit zunehmendem Alter der Mädchen noch weiter an. Bei den Burschen hingegen bleibt dieser Anteil in den drei Altersgruppen annähernd konstant. Die höchsten Raten von negativen Stimmungszuständen sind in Griechenland, Israel, Ungarn und in den USA zu beobachten. Die **österreichischen Jugendlichen** weisen die niedrigsten Raten auf (Grafik 2).

**Grafik 2:** Anteil der 11- und 15-jährigen SchülerInnen, die sich mindestens einmal in der Woche bedrückt fühlen (innerhalb des letzten halben Jahres)



Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

### 5.3.2 Beschwerden und Symptome

Die rasanten körperlichen und psychischen Veränderungen in der Adoleszenz werden von einer erhöhten Sensitivität und Aufmerksamkeit für körperliche Symptome begleitet. Eine steigende Sensibilität für Symptomen, die keine ernsthaften körperlichen Erkrankungen darstellen, können ein Ungleichgewicht in der psychosozialen Umwelt der Jugendlichen anzeigen. Depression im Jugendalter kann sich durch häufigere Kopfschmerzen manifestieren; verstärkte körperliche Symptome können Hinweis auf Depression, Angst und instabile psychosoziale Verhältnisse sein.

#### Kopfschmerzen

Kopfschmerzen sind die am häufigsten von den Jugendlichen genannten Symptome. Mädel klagen häufiger als Buben an, dass sie in der letzten Woche Kopfschmerzen hatten, mit zunehmendem Alter steigt der Anteil noch weiter an (33–43 Prozent). Buben klagen weniger über Kopfweh, der Anteil bleibt in den drei Altersgruppen annähernd konstant (24 Prozent).

In allen Altersgruppen leiden die israelischen Jugendlichen am häufigsten unter Kopfschmerzen, ÖsterreicherInnen gehören zu den am wenigsten von diesen Symptomen betroffenen Jugendlichen.

#### Bauchschmerzen

Bauch- oder Magenschmerzen in wöchentlicher Regelmäßigkeit sind zwar nicht so häufig wie Kopfschmerzen, dennoch weit verbreitet. Es zeigt sich dasselbe geschlechtsspezifische Muster wie bei den Kopfschmerzen: Mädchen klagen häufiger über Schmerzen in diesem Bereich als Buben. Bei den 11- bis 15-Jährigen sind Bauchschmerzen am stärksten ausgeprägt.

#### Kreuzschmerzen

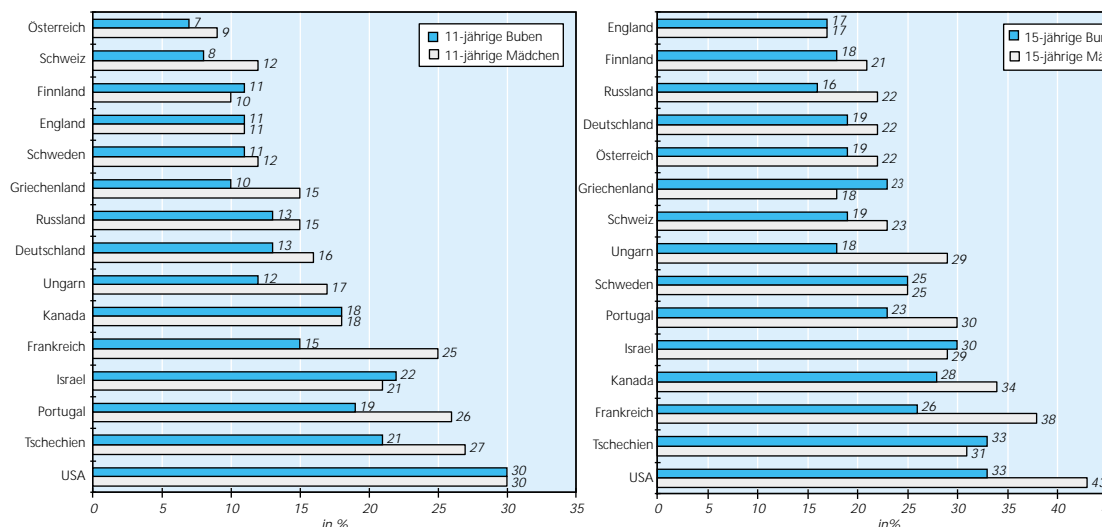
Insgesamt berichten die Jugendlichen weniger von Kreuzschmerzen als von Bauch- oder Magenschmerzen. In den meisten Ländern werden von den Mädchen etwas häufiger Kreuzschmerzen gemeldet als von den Buben. Bei beiden Geschlechtern ist eine Zunahme der Häufigkeit mit dem Alter zu beobachten (14 Prozent bzw. 16 Prozent für 11-jährige Buben und Mädchen; auf 22 Prozent bzw. 25 Prozent für 15-Jährigen).

SchülerInnen aus den USA geben am häufigsten an, unter Kreuzschmerzen zu leiden, gefolgt von den tschechischen Jugendlichen. Auch in Portugal, Israel und Frankreich sind Kreuzschmerzen bei Jugendlichen sehr verbreitet. Bei den 11-jährigen ÖsterreicherInnen kommen Rückenleiden im Vergleich zu den anderen Ländern am wenigsten oft vor (sieben Prozent bei Mädchen und neun Prozent bei den Buben). Bei den 15-Jährigen allerdings ist etwa ein Fünftel der österreichischen Jugendlichen betroffen (Grafik 3).

### 5.3.3 Zahnpflege

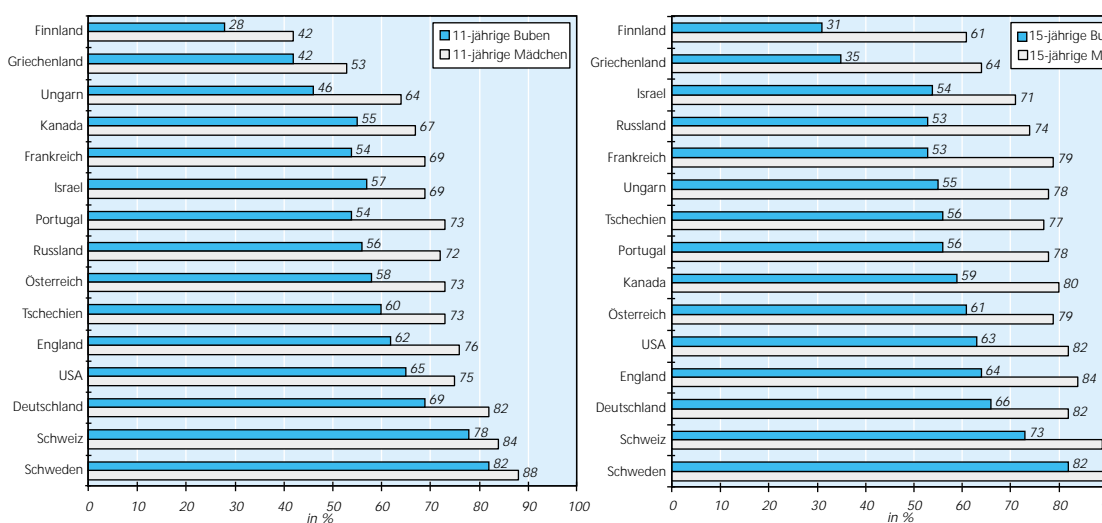
Die Tatsache, dass der Großteil der befragten Kinder und Jugendlichen aller Länder täglich Süßigkeiten isst, unterstreicht die Bedeutung der täglichen Zahnpflege. Insgesamt mehr als die Hälfte der SchülerInnen in Schweden und in der Schweiz putzen sich mehrmals täglich die Zähne. Im Gegensatz dazu putzt sich in Finnland und Griechenland weniger als die Hälfte der Jugendlichen mehr als einmal am Tag. Für alle Länder und Altersgruppen gilt, dass die Mädchen die Zähne häufiger putzen als die Buben, dieser Unterschied steigt noch mit dem Alter. Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich bei den 15-jährigen FinnInnen (30 Prozent) und GriechInnen (25 Prozent). In allen Ländern sowohl bei den Mädchen als auch bei den Buben steigt mit dem Alter der Anteil jener, die sich mehr als einmal am Tag die Zähne putzen (Grafik 4).

**Grafik 3:** Anteil der SchülerInnen, die mindestens einmal in der Woche unter Kreuzschmerzen leiden



Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

**Grafik 4:** Anteil der SchülerInnen, die sich öfter als einmal am Tag die Zähne putzen (in %)



Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

### 5.3.4 Rauchen

Obwohl Risikoverhalten wie Substanzgebrauch und Rauchen kurzfristig und langfristig in Zusammenhang mit sowohl Morbidität als auch Mortalität steht, ist auch es ein wichtiger Indikator für Wohlbefinden und soziale Beziehungen. Auf der Suche nach Identität und Autonomie, die notwendig und charakteristisch für die Adoleszenz ist, kommt Risikoverhalten oft ins Spiel, wenn Jugendliche mit Grenzen experimentieren und Kapazitäten ausreizen.

Auf die Frage, ob sie jemals eine Zigarette versucht haben, antworten in allen Ländern weniger als ein Drittel der 11-jährigen Kinder mit ja. Dieser Anteil steigt auf 40–50 Prozent bei den 13-Jährigen und erreicht 60–70 Prozent bei den 15-jährigen Jugendlichen.

Einige schulbezogene Faktoren, wie Schule schwänzen und ungern in die Schule gehen, Vater und Geschlecht hinweg einen stabilen Zusammenhang mit dem Tabak-Experimentieren bei Kindern und Jugendlichen auf. Das Gefühl, durch die Schule unter Druck zu geraten, erschließt sich nur bei den Jüngeren als bedeutender Faktor. Je mehr Zeit nach der Schule mit den Freunden verbracht wird, umso eher werden auch Zigaretten ausprobiert. Die Anzahl der engeren Freunde ist allerdings in keinem Zusammenhang damit. Die subjektive Gesundheit ist nur bei den älteren Jugendlichen eine wesentliche Variable. Die Beziehung zu den Eltern weist geschlechtsspezifische Zusammenhänge auf. Bei den Burschen scheint das Experimentierverhalten mit dem Rauchen mit der Beziehung zu beiden Elternteilern in Zusammenhang zu stehen; bei den Mädchen hingegen nur mit der Beziehung zur Mutter. Der prägnante Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum illustriert anschaulich die Häufung von Risikofaktoren (Tabelle 13).

**Tabelle 13:** Faktoren, die mit dem Rauch-Experimentierverhalten zusammenhängen

Jugendliche, die mit Tabak experimentieren ...	Stärke des statistischen Zusammenhangs (Phi-Koeffizient) <sup>1)</sup>				
	11-Jährige		13-Jährige		15-Jährige
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
fühlen sich öfters einsam	kein <sup>1)</sup>	mittel <sup>1)</sup>			
fühlen sich weniger glücklich					
fühlen sich weniger gesund					
haben mehr Probleme mit der Mutter zu sprechen					
haben mehr Probleme mit dem Vater zu sprechen					
empfinden sich als gut aussehend					
empfinden sich als dick					
verbringen nach der Schule mehr Zeit mit FreundInnen				stark <sup>1)</sup>	
verbringen mehr Abende mit FreundInnen					
haben mehr enge FreundInnen					
schwänzen öfters die Schule					
mögen die Schule nicht					
fühlen sich durch die Schule unter Druck gesetzt					
haben einen alkoholischen Drink konsumiert					
trinken häufiger Bier					
sind häufiger betrunken					

1) kein Zusammenhang:  $\phi > 0,1$ ; mittel:  $0,1 < \phi < 0,25$ ; stark:  $\phi > 0,25$

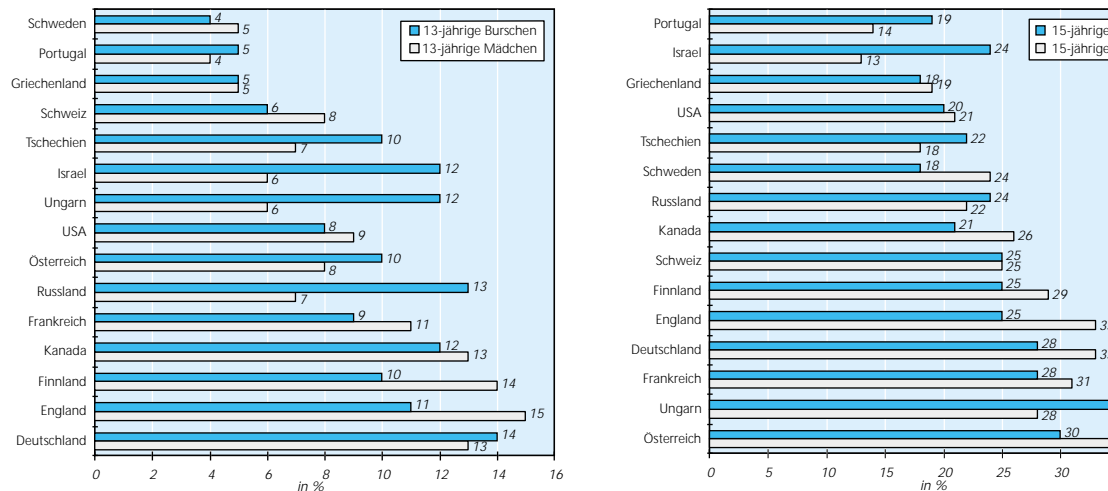
Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

Die Rate der zumindest einmal wöchentlich rauchenden Jugendlichen nimmt über die Altersgruppen hinweg zu. Insgesamt reichen diese Raten von unter fünf Prozent bei den 11-Jährigen, bis unter 10 Prozent bei den 13-Jährigen und unter 40 Prozent bei den 15-Jährigen. In den meisten Ländern zeigen sich in den Altersgruppen 13 und 15 Jahre zu einem sprunghaften Anstieg. Bei den österreichischen Jugendlichen etwa rauchen im Alter von 13 Jahren durchschnittlich neun Prozent, im Alter von 15 Jahren springt der Anteil bereits auf 33 Prozent.

Die Länder unterscheiden sich beträchtlich hinsichtlich des Raucheranteils bei Jugendlichen. Bei den 11-Jährigen platziert sich Österreich in den Ländern mit den niedrigsten Raucheranteilen. Bei den 13-Jährigen hingegen weist Österreich die höchste Raucherquote auf, gefolgt von Ungarn, Frankreich und Deutschland. Ein entgegengesetztes Muster ist in Israel zu beobachten, das sich vom zweithöchsten Raucheranteil bei den 11-Jährigen zu einem der niedrigsten Ränge bei den 15-Jährigen bewegt. In den zentral-europäischen Ländern (z. B. Tschechien, Ungarn, Russland) weisen die Burschen höhere Raucheranteile als die Mädchen. Dieses Muster zeigt sich aber auch in Portugal und Israel. In Österreich geben 36 Prozent der 15-Jährigen mehr Mädchen (36 Prozent) an, mindestens einmal in der Woche zu rauchen als Burschen (30 Prozent; Grafik 5).



**Grafik 5:** Anteil der SchülerInnen, die mindestens einmal in der Woche rauchen (in %)



Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

### 5.3.5 Alkoholkonsum

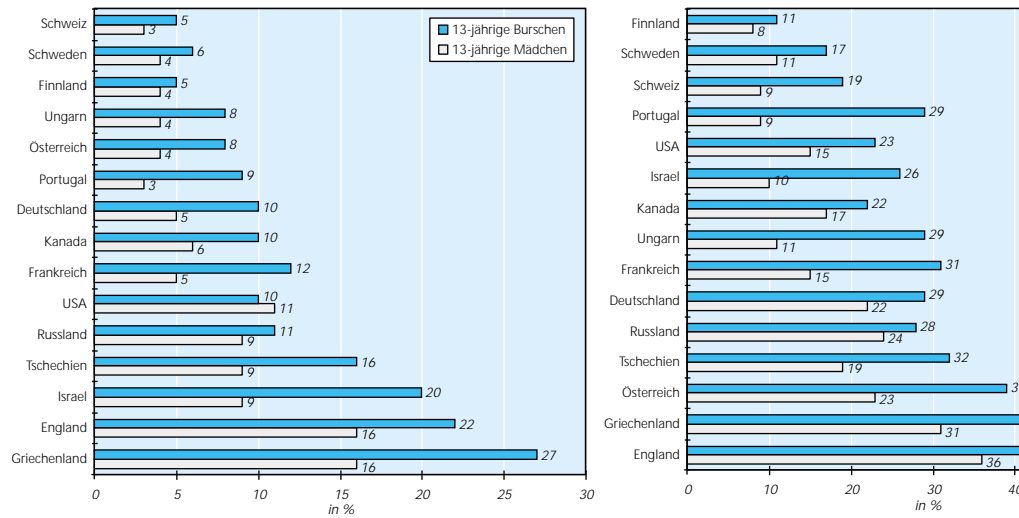
Der regelmäßige wöchentliche Konsum von Bier, Wein oder Spirituosen steigt mit dem Alter: Während bei den 11-Jährigen höchstens etwa zehn Prozent angeben, mindestens einmal in der Woche alkoholische Getränke zu sich zu nehmen, sind es bei den 15-jährigen SchülerInnen bereits etwa 40 Prozent. Zwischen den Altersgruppen 13 und 15 Jahre ist ein sprunghafter Anstieg zu beobachten.

Es können auch eindeutige **Unterschiede zwischen den Ländern** festgestellt werden. Die niedrigsten Raten des regelmäßigen Alkoholkonsums weisen die Jugendlichen in Finnland, Schweden und der Schweiz auf; die höchsten Griechenland und England. Einige Länder, z. B. **Österreich**, wechseln ihre relative Position bei den drei Altersgruppen: So platzieren sich die 13-jährigen ÖsterreicherInnen auf der fünftletzten Stelle; die 15-Jährigen hingegen nehmen den dritten Platz ein und gehören damit zu den am häufigsten alkoholische Getränke konsumierenden (Grafik 6).

**Geschlechtsspezifische Unterschiede** werden dahingehend sichtbar, dass bei den Burschen ein regelmäßiger Konsum von Alkohol wahrscheinlicher als bei den Mädchen ist. Bei den 15-Jährigen unterscheiden sich diese Unterschiede in den meisten Ländern zehn Prozentpunkte, in Österreich, Griechenland, Ungarn und Portugal sogar 20 Prozentpunkte.

Von den Faktoren, die mit der Häufigkeit des Alkohol-Trinkens korreliert sein dürften, ist bei den SchülerInnen besonders die Zeit, die mit Gleichaltrigen verbracht wird, relevant; nicht hingegen die Anzahl der engen FreundInnen. Schulbezogene Faktoren sind besonders für Burschen und ältere Mädchen von Bedeutung. Die Häufigkeit des Rauchens und das Experimentieren mit Tabak sind ebenfalls relevante Faktoren (Tabelle 14).

**Grafik 6:** Anteil der SchülerInnen, die zumindest einmal in der Woche Bier, Wein oder Spirituosen trinken (in %)



Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

**Tabelle 14:** Faktoren, die mit dem häufigeren Trinken von alkoholischen Getränken zusammenhängen

Jugendliche, die häufiger Alkohol trinken ...	Stärke des statistischen Zusammenhangs (Spearman's-Rho) <sup>1)</sup>			
	11-Jährige		13-Jährige	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
fühlen sich öfters einsam	kein <sup>1)</sup>			
fühlen sich weniger glücklich				
fühlen sich weniger gesund				
haben mehr Probleme mit der Mutter zu sprechen				
haben mehr Probleme mit dem Vater zu sprechen				
empfinden sich als gut aussehend				
sind unglücklich mit ihrer Figur				
verbringen nach der Schule mehr Zeit mit FreundInnen				
verbringen mehr Abende mit FreundInnen				
haben mehr enge FreundInnen				
schwänzen öfters die Schule				
mögen die Schule nicht				
fühlen sich durch die Schule unter Druck gesetzt				
haben schon einmal eine Zigarette probiert				
rauchen häufiger				

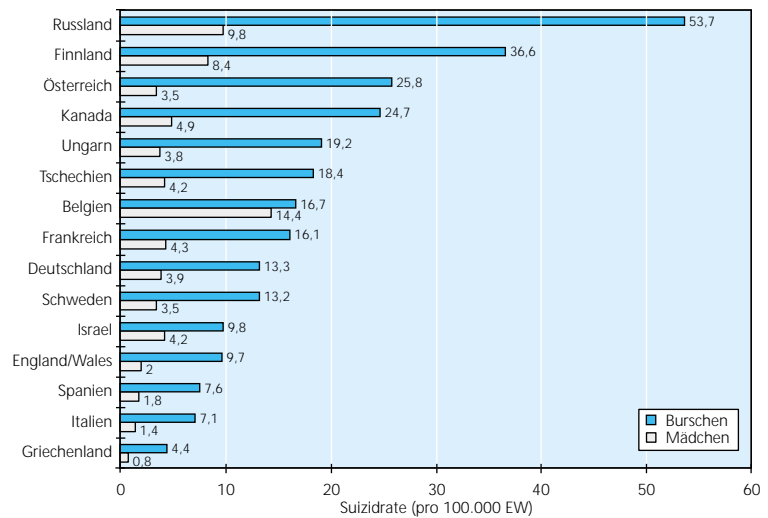
1) kein Zusammenhang:  $p > 0,1$ ; mittel:  $0,1 < p < 0,25$ ; stark:  $p > 0,25$

Quelle: HBSC-Survey, 1997/1998

### 5.3.6 Suizid

In der Suizidrate von Jugendlichen spiegelt sich ein eindeutiger geschlechtsspezifischer Unterschied ab, beginnend mit der Pubertät, der tendenziell gegenwärtig ist, dass in den meisten Ländern die Suizidrate der Burschen um ein Vielfaches über jener der Mädchen liegt. Mit Abstand die höchste Rate mit 54 Suiziden pro 100.000 EinwohnerInnen ist bei den Burschen in Russland festzustellen. Aber auch Finnland weist eine sehr hohe Suizidrate bei den Burschen auf. Österreich folgt bereits an dritter Stelle. Die höchste Suizidrate bei den Mädchen ist in Belgien zu beobachten, gefolgt von Russland. Griechenland hat insgesamt die niedrigste Rate.

**Grafik 7:** Suizidrate bei Jugendlichen (pro 100.000 EinwohnerInnen)



Quelle: WHO, World Health Statistics Annual, 1996

### 5.4 Stellungsuntersuchungen 1999

#### Zusammenfassung

Rund 80 Prozent der Wiener Jungmänner wurden bei den Stellungsuntersuchungen 1999 für tauglich befunden. Allerdings wurde bei 80 Prozent aller Untersuchten mindestens eine Störung bzw. Erkrankung diagnostiziert. Die meisten Befunde betrafen die Bereiche „Skelett, Muskeln und Bindegewebe“ und „Augen“. Auch Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten waren sehr häufig.

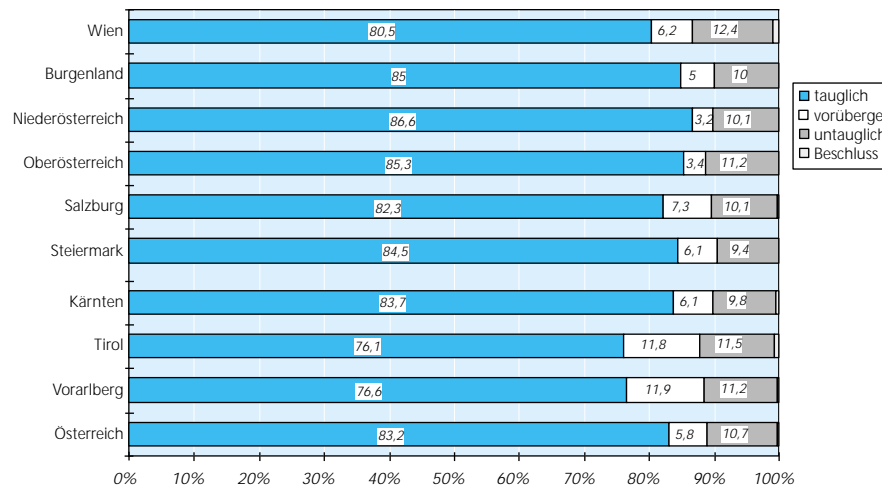
#### Summary: Aptitude tests for military service in 1999

In 1999, 80 percent of the young men examined in Vienna were found to be fit for military service. However, 80 percent of the boys examined were diagnosed with one or more disorders or diseases, the majority of these being disorders of the skeleton, the muscles, connective tissue and the eyes. Nutritional and metabolic disorders are also quite common in the population.

Die Stellungsuntersuchungen des Bundesheeres im Heereskommando Wien erfolgten im Jahr 1999 an 1000 Männern des Geburtsjahrganges 1981. Aus militärischen Gründen wird die Anzahl der Untersuchten nicht bekannt gegeben, alle Angaben über Untersuchungsbefunde sind Prozentwerte. Wichtig ist auch, dass der Zweck der Stellungsuntersuchung primär die Feststellung der Diensttauglichkeit und nicht die Erhebung eines allgemeinen Gesundheitszustandes ist.

Die Tauglichkeitsrate ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich und liegt in Wien bei 80,5 Prozent, 80 Prozent unter dem österreichischen Durchschnitt von etwas mehr als 83 Prozent. Die niedrigsten Tauglichkeitsraten weisen übrigens Niederösterreich und Oberösterreich auf, die niedrigsten in Vorarlberg.

**Grafik 8:** Tauglichkeit nach Bundesländern, 1999 (Geburtsjahrgang 1981)



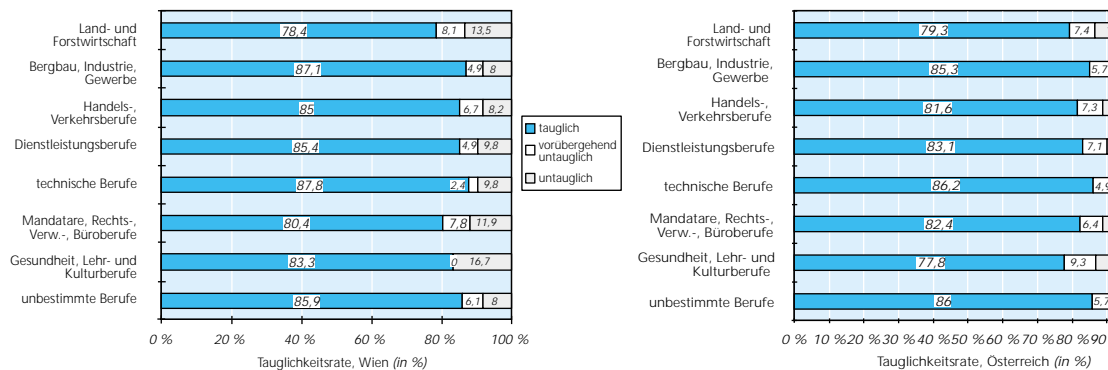
Quelle: Bundesministerium für Landesverteidigung – Sanitätswesen

Die Feststellung der Tauglichkeit nach **Berufsgruppen** zeigt, dass die Berufsausübenden in den Gruppen „Technische Berufe“, „Bergbau, Industrie und Gewerbe“ und so genannte „unbesetzte Berufe“ die höchsten Tauglichkeitsraten aufweisen, während sich die niedrigsten Raten (österreichweit) bei den Angehörigen von „Gesundheit, Lehr- und Kulturberufen“ sowie (in Wien) bei den Angehörigen von „Wirtschaftsberufen“ finden.

Die als untauglich eingestuftten Jungmänner werden entweder als vorübergehend untauglich oder als wirklich untauglich registriert. Der mit Abstand höchste Anteil an „Untauglichen“ kommt aus den Gruppen „Technische Berufe“.

dem Bereich „Gesundheit, Lehr- und Kulturberufe“. Österreichweit betrachtet fällt der höchste Anteil „Untauglichen“ in den Bereich „Land und Forstwirtschaft“.

**Grafik 9:** Tauglichkeit nach Berufsgruppen (Geburtsjahrgang 1981), Wien und Österreich 1999



Quelle: Bundesministerium für Landesverteidigung – Sanitätswesen

Der **Gesundheitsstatus** der Untersuchten sieht wie folgt aus: Ohne Diagnose (also vollkommen gesund“) waren 19,5 Prozent der untersuchten Jungmänner.

Bei etwa 80 Prozent aller Untersuchten wurde eine Störung/Erkrankung diagnostiziert. Der größte Anteil (26,7 Prozent) entfällt dabei auf die Kategorie „Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten“, weils etwa 15 Prozent der Befunde betreffen den Bereich „Skelett, Muskeln und Bindegewebe“ und etwa 15 Prozent den Bereich „Augen und deren Anhangsgebilde“. Zehn Prozent der Untersuchten mit einer diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigung weisen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten auf. Bei knapp 10 Prozent der Untersuchten wurden seelische Störungen angegeben. Beschwerden im Bereich der Verdauungsorgane wurden bei ebenfalls fast sieben Prozent konstatiert.

Von den Untersuchten mit diagnostizierten „Krankheiten“ verteilen sich die Hauptgruppen wie folgt:

**Tabelle 15:** Befunde der Stellungsuntersuchung des Geburtsjahrganges 1981, Wien 1999

Diagnose	Anteil in %
Atmungsorgane	6,7
seelische Störungen	6,9
Augen und deren Anhangsgebilde	15,4
Ohren, Gehör, Warzenfortsatz	1,4
angeborene Missbildungen	1,9
Nervensystem (zentral und peripher)	1,3
Verdauungstrakt, Verdauungsorgane	1,2
endokrines System, Stoffwechsel, Ernährung	10,1
Neubildungen – Tumore	0,5
Skelett, Muskeln und Bindegewebe	15,7
Kreislaufsystem	3,8
Verletzungen und Vergiftungen	5,1
Haut- und Unterhautzellgewebe	2,1
Harn- und Geschlechtsorgane	0,8
Blut und Blut bildende Organe	0,1
Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten	26,7
infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,2
Mundhöhle, Speicheldrüsen, Kiefer	0,1
Pränatalzeit – Affektionen	0,0
insgesamt (Summe der diagnostizierten Hauptgruppen)	100,0

Quelle: Bundesministerium für Landesverteidigung – Sanitätswesen

VI.  
GESUNDHEIT  
SITUATION  
ÄLTERER ME

*STATE OF H  
OF THE ELD*

### 6 SCHWERPUNKT: GESUNDHEITLICHE SITUATION ÄLTERER MENSCHEN

#### 6.1 Subjektive Gesundheit der Wiener SeniorInnen

6.1.1 Subjektive Gesundheit der SeniorInnen im regionalen Vergleich

#### 6.2 Demenz – die krankhafte Form des Alterns des Gehirns

6.2.1 Zur Epidemiologie der Demenz

6.2.2 Zur Diagnose der Demenz

6.2.3 Depression und Demenz

6.2.4 Zur Prävention und Therapie der Demenz

6.2.5 Zum Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind

#### 6.3 Osteoporose

6.3.1 Definition der Osteoporose

6.3.2 Ursachen von Osteoporose und Risikofaktoren

6.3.3 Epidemiologie der Osteoporose

6.3.4 Folgen von Osteoporose

6.3.5 Prävention und Früherkennung der Osteoporose

6.3.6 Therapie der Osteoporose

6.3.7 Einrichtungen und Leistungen

6.3.8 Gesundheitspolitische Relevanz

#### 6.4 Harninkontinenz

6.4.1 Ursachen und Formen von Harninkontinenz

6.4.2 Prävalenz der Harninkontinenz im Wiener Raum

6.4.3 Methodik

6.4.3.1 Ergebnisse

Prävalenz der Harninkontinenz bei beiden Geschlechtern

Einfluss der Harninkontinenz auf Lebensqualität und Sexualleben

Risikofaktoren für das Auftreten einer Harninkontinenz