

7 KINDER UND JUGENDLICHE

7.1 Geburtenstatistik

Zusammenfassung

91,8 Prozent der 2002 lebend geborenen Säuglinge in Wien hatten ein normales Geburtsgewicht zwischen 2.500 und 4.500 Gramm. 7,1 Prozent der Säuglinge wogen weniger als 2.500 Gramm (Frühgeburten). 1,3 Prozent der Säuglinge wogen bei der Geburt unter 1.500 Gramm und waren dadurch besonderen Risiken ausgesetzt.

Von 1.000 lebend geborenen Säuglingen verstarben 2002 im ersten Lebensjahr 5,7 Kinder. Die Mortalitätsrate betrug also 5,7 Promille. Dieser Wert lag in etwa im Schnitt der vorangegangenen Jahre. Unreife bzw. Frühgeburt, angeborene Fehlbildungen und plötzlicher Kindstod stellten die häufigsten Todesursachen bei Säuglingen dar.

Summary: Birth Statistics

91.8 percent of all live births in Vienna in 2002 had a normal birth weight, i.e. between 2,500 and 4,500 grams. 7.1% of all infants weighed less than 2,500 grams (premature infants). 1.3% of all neonates had a birth weight of less than 1,500 grams and were therefore especially at risk.

5.7 in 1,000 live births died during their first year of life in 2002. This mortality rate of 5.7 per 1,000 was near the average of the previous years. The most frequent causes of death in infants were immaturity and premature birth, congenital malformations, and cot death.

Geburtsgewicht

91,8 Prozent der lebend geborenen Säuglinge in Wien hatten 2002 ein normales Geburtsgewicht zwischen 2.500 und 4.500 Gramm. 7,1 Prozent der Säuglinge wogen weniger als 2.500 Gramm (Frühgeburten). 1,3 Pro-

zent der Säuglinge wiegen bei der Geburt unter 1.500 Gramm und sind besonderen Risiken ausgesetzt. 1,1 Prozent der lebend geborenen Kinder erreichen ein Geburtsgewicht von über 4,5 Kilogramm. Generell weisen Mädchen im Schnitt ein etwas geringeres Geburtsgewicht auf als Knaben.

Tabelle 7.1: Lebendgeborene nach dem Geburtsgewicht, Wien 2002

Geburtsgewicht in Gramm	Lebendgeborene					
	männlich		weiblich		insgesamt	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
unter 500	5	0,1	5	0,1	10	0,1
500 bis unter 600	9	0,1	11	0,1	20	0,1
600 bis unter 700	8	0,1	12	0,1	20	0,1
700 bis unter 800	10	0,1	6	0,1	16	0,1
800 bis unter 900	11	0,1	9	0,1	20	0,1
900 bis unter 1.000	13	0,2	7	0,1	20	0,1
1.000 bis unter 1.200	19	0,2	20	0,2	39	0,2
1.200 bis unter 1.500	27	0,3	36	0,4	63	0,4
1.500 bis unter 2.000	115	1,4	125	1,5	240	1,5
2.000 bis unter 2.500	314	3,8	400	4,9	714	4,3
2.500 bis unter 3.000	1.161	14,0	1.651	20,3	2.812	17,1
3.000 bis unter 3.500	3.026	36,4	3.314	40,8	6.340	38,6
3.500 bis unter 4.000	2.625	31,6	2.003	24,7	4.628	28,2
4.000 bis unter 4.500	833	10,0	470	5,8	1.303	7,9
4.500 bis unter 5.000	126	1,5	46	0,6	172	1,0
5.000 und mehr	9	0,1	2	0,0	11	0,1
unter 1.000	56	0,7	50	0,6	106	0,6
unter 1.500	102	1,2	106	1,3	208	1,3
unter 2.500	531	6,4	631	7,8	1.162	7,1
2.500 und mehr	7.780	93,6	7.486	92,2	15.266	92,9
insgesamt	8.311	100,0	8.117	100,0	16.428	100,0

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

Säuglingssterblichkeit – Lebensdauer und Geburtsgewicht

Geburtsgewicht und Dauer der Schwangerschaft sind die wichtigsten Faktoren für die Sterblichkeit im ersten Monat nach der Geburt. Später spielen äußere Einflüsse wie Infektionskrankheiten und Unfälle die größ-

te Rolle für die Sterblichkeit von Säuglingen. Auf 1.000 geborene Kinder in Wien kamen 2002 5,7 Totgeborene und 994,3 Lebendgeborene. In Relation dazu hatten von 1.000 Kindern im Schnitt 71 ein Geburtsgewicht von unter 2.500 g und waren damit einer erhöhten Sterblichkeitsgefahr im ersten Lebensmonat ausgesetzt.

Tabelle 7.2: Geborene nach Lebensfähigkeit und Geburtsgewicht (Reifegrad), 2002

Geborene	Geschlecht				insgesamt	
	männlich		weiblich			
	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ
Totgeborene*	50	6,0	44	5,4	94	5,7
Lebendgeborene*	8.311	994,0	8.117	994,6	16.428	994,3
davon:						
unter 2.500g (Frühgeborene)**	531	6,4	631	7,8	1.162	7,1
2.500 g und mehr (Reifgeborene)**	7.780	93,6	7.486	92,2	15.266	92,9

Geborene	Legitimität				insgesamt	
	ehelich		unehelich			
	absolut	relativ	absolut	relativ	absolut	relativ
Totgeborene*	69	5,9	25	5,2	94	5,7
Lebendgeborene*	11.690	994,1	4.738	994,8	16.428	994,3
davon:						
unter 2.500g (Frühgeborene)**	750	6,4	412	8,7	1162	7,1
2.500 g und mehr (Reifgeborene)**	10.940	93,6	4.326	91,3	15.266	92,9

* Relativ = in Promille.

** Relativ = in Prozent.

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

Unter den 94 totgeborenen Säuglingen im Jahr 2002 befanden sich 70 Kinder, die ein Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm aufwiesen. Über die Hälfte dieser Säuglinge verstarb in der ersten Lebenswoche. Relativ betrachtet bedeutet dies, dass auf 1.000 Frühgeborene 60,2 Todesfälle kamen. 24 Kinder verstarben im ersten Lebensjahr, obwohl sie ein Geburtsgewicht von über

2.500 Gramm auf die Waage brachten. Gesundheitliche Vorfälle nach dem ersten Lebensmonat hatten für diese Gruppe eine vergleichsweise größere Bedeutung. Relativ betrachtet ergibt sich daraus für die Gruppe der Reifgeborenen ein Verhältnis von 1,6 Todesfällen auf 1.000 Kinder.

Tabelle 7.3: Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer und Geburtsgewicht (Reifegrad), 2002

Lebensdauer der gestorbenen Säuglinge	Reifegrad				insgesamt	
	Frühgeborene (unter 2.500 g)		Reifgeborene (über 2.500 g)		absolut	auf 1.000*
	absolut	auf 1.000 ¹⁾	absolut	auf 1.000*		
unter 7 Tage	37	31,8	5	0,3	42	2,6
7 – unter 28 Tage	16	13,8	5	0,3	21	1,3
28 Tage – unter 1 Jahr	17	14,6	14	0,9	31	1,9
insgesamt	70	60,2	24	1,6	94	5,7

* Auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Gewichts.

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

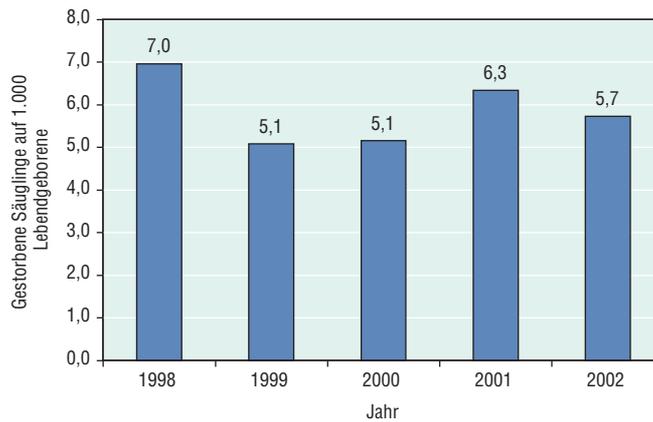
Todesursachen bei Säuglingen

Von 1.000 lebend geborenen Kindern verstarben 2002 im ersten Lebensjahr 5,7 Kinder. Die Mortalitätsrate betrug also 5,7 Promille. Dieser Wert lag in etwa im Schnitt der vorangegangenen Jahre. Die relativ hohen Werte der Jahre 1998 (Mortalitätsrate: 7,0) und 2001 (Mortalitätsrate: 6,3) konnten damit deutlich unterschritten werden. Die vergleichsweise niedrigen Werte von 1999 und 2000 (Mortalitätsrate jeweils 5,1) konn-

ten jedoch nicht erreicht werden, wie die folgende Grafik zeigt.

Unreife bzw. Frühgeburt stellten die bei weitem häufigste Todesursache bei Säuglingen dar. Abgesehen davon führten vor allem angeborene Fehlbildungen zum Tod der Säuglinge. Plötzlicher Kindstod sowie Schädigungen des Säuglings oder Fötus durch Komplikationen der Nabelschnur, Plazenta oder Eihäute stellten ebenfalls signifikante Todesursachen dar.

Grafik 7.1: Säuglingsterblichkeit/Mortalitätsrate im zeitlichen Vergleich



Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

Tabelle 7.4: Säuglingssterblichkeit nach Lebensdauer, Geschlecht und Legitimität, 2002

Lebensdauer der gestorbenen Säuglinge	Geschlecht				Legitimität				insgesamt	
	männlich		weiblich		ehelich		unehelich			
	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*
unter 7 Tagen	19	2,3	23	2,8	30	2,6	12	2,5	42	2,6
7 bis unter 28 Tage	12	1,4	9	1,1	14	1,2	7	1,5	21	1,3
28 Tage bis unter 1 Jahr	19	2,3	12	1,5	25	2,1	6	1,3	31	1,9
insgesamt	50	6,0	44	5,4	69	5,9	25	5,3	94	5,7

* Auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Merkmals.

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

Tabelle 7.5: Säuglingssterblichkeit nach Geburtsgewicht, Geschlecht und Legitimität, 2002

Lebensdauer der gestorbenen Säuglinge	Geschlecht				Legitimität				insgesamt	
	männlich		weiblich		ehelich		unehelich			
	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*	absolut	auf 1.000*
unter 2.500 g (Frühgeburt)	35	65,9	35	55,5	52	69,3	18	43,7	70	60,2
2.500 und mehr (Reifegeburt)	15	1,9	9	1,2	17	1,6	7	1,6	24	1,6
insgesamt	50	6,0	44	5,4	69	5,9	25	5,3	94	5,7

* Auf 1.000 Lebendgeborene gleichen Merkmals.

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

Tabelle 7.6: Säuglingssterblichkeit nach Geburtsgewicht, Legitimität und Geschlecht, 2002

Geburtsgewicht in Gramm	männlich ehelich			männlich unehelich			weiblich ehelich			weiblich unehelich			insgesamt		
	Lebend-geborene	gestorbene Säuglinge	Säuglingssterbl. in ‰	Lebend-geborene	gestorbene Säuglinge	Säuglingssterbl. in ‰	Lebend-geborene	gestorbene Säuglinge	Säuglingssterbl. in ‰	Lebend-geborene	gestorbene Säuglinge	Säuglingssterbl. in ‰	Lebend-geborene	gestorbene Säuglinge	Säuglingssterbl. in ‰
unter 500	4	4	1.000,0	1	1	1.000,0	2	2	1.000,0	3	3	1.000,0	10	10	1.000,0
500 bis unter 600	5	5	1.000,0	4	4	1.000,0	6	6	1.000,0	5	4	800,0	20	19	950,0
600 bis unter 700	8	3	375,0	-	-	-	7	5	714,3	5	1	200,0	20	9	450,0
700 bis unter 800	6	4	666,7	4	1	250,0	3	-	-	3	1	333,3	16	6	375,0
800 bis unter 900	6	1	166,7	5	2	285,7	7	2	285,7	2	2	-	20	3	150,0
900 bis unter 1.000	7	1	142,9	6	-	-	4	1	250,0	3	-	-	20	2	100,0
1.000 bis unter 1.200	14	3	214,3	5	-	-	16	1	62,5	4	-	-	39	4	102,6
1.200 bis unter 1.500	18	-	-	9	-	-	23	-	-	13	-	-	63	-	-
1.500 bis unter 2.000	68	2	29,4	47	1	21,3	80	4	50,0	45	1	22,2	240	8	33,3
2.000 bis unter 2.500	213	4	18,8	101	1	9,9	253	4	15,8	147	-	-	714	9	12,6
2.500 bis unter 3.000	776	4	5,2	385	2	5,2	1.093	3	2,7	558	1	1,8	2.812	10	3,6
3.000 bis unter 3.500	2.159	3	1,4	867	1	1,2	2.320	1	0,4	994	1	1,0	6.340	6	0,9
3.500 bis unter 4.000	1.972	3	1,5	653	1	1,5	1.502	1	0,7	501	1	2,0	4.628	6	1,3
4.000 bis unter 4.500	631	1	1,6	202	-	-	347	1	2,9	123	-	-	1.303	2	1,5
4.500 bis unter 5.000	95	-	-	31	-	-	35	-	-	11	-	-	172	-	-
5.000 und mehr	9	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	11	-	-
unter 1.000	36	18	500,0	20	6	300,0	29	16	551,7	30	9	300,0	106	49	462,3
unter 1.500	68	21	308,8	34	6	176,5	68	17	250,0	38	9	236,8	208	53	254,8
unter 2.500	349	27	77,4	182	8	44,0	401	25	62,3	230	10	43,5	1.162	70	60,2
2.500 und mehr	5.642	11	1,9	2.138	4	1,9	5.298	6	1,1	2.188	3	1,4	15.266	24	1,6
insgesamt	5.991	38	6,3	2.320	12	5,2	5.699	31	5,4	2.418	13	5,4	16.428	94	5,7

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

Tabelle 7.7: Todesursachen der verstorbenen Säuglinge, Wien 2002

Todesursachen	gestorbene Säuglinge			Mortalitätsrate auf 1.000 Lebendgeborene desselben Kalenderjahres
	zusammen	Geschlecht		
		männlich	weiblich	
Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	0	0	0	0,00
Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems	11	6	5	0,67
Chromosomenanomalien	2	1	1	0,12
Andere angeborene Fehlbildungen	7	3	4	0,43
Schädigung des Feten oder Neugeborenen durch Krankheit der Mutter	0	0	0	0,00
Schädigung des Feten oder Neugeborenen durch Schwangerschaftskomplikationen	1	0	1	0,06
Schädigung des Feten oder Neugeborenen durch Komplikationen der Plazenta, Nabelschnur u. Eihäute	3	0	3	0,18
Unreife, Frühgeburt	50	29	21	3,04
Schädigung des Feten u. Neugeborenen durch sonstige Komplikationen bei der Entbindung	0	0	0	0,00
Krankheiten des Atmungs- u. Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind	2	1	1	0,12
Hämorrhagische u. hämatologische Krankheiten beim Feten und Neugeborenen	0	0	0	0,00
Andere Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	1	0	1	0,06
Plötzlicher Kindstod (SIDS)	8	7	1	0,49
Unfälle (Vergiftungen u. Verletzungen)	1	1	0	0,06
Tätlicher Angriff	0	0	0	0,00
Alle sonstigen Todesursachen	8	2	6	0,49
insgesamt	94	50	44	5,72

Quelle: Statistik Austria; Statistisches Amt der Stadt Wien, 2002.

7.2 Haltungsstörungen

Zusammenfassung

Die orthopädische Untersuchung an Wiener PflichtschülerInnen im Alter von 6 bis 10 Jahren im Schuljahr 2002/03 zeigt, dass 47 Prozent der untersuchten Kinder **Haltungsfehler** aufweisen (Empfehlung von Haltungsturnen).

47 von 100 untersuchten Kindern weisen **Wirbelsäulenanomalien** und 26 von 100 Kindern **Bein- und Fußanomalien** auf. Die häufigsten Wirbelsäulenanomalien sind Hohlrücken (Hohlkreuz), Rundrücken und so genannte Flügelschultern.

Im Rahmen dieser Untersuchungen wurde zudem bei rund 15 Prozent der Kinder **Übergewicht** festgestellt.

Summary: Postural Damage

*The yearly orthopaedic examination conducted on school children aged 6 to 10 in Vienna in the school year 2002/03 showed that 47 percent of all children had a **poor posture** and were therefore recommended to participate in corrective exercise classes.*

*47 in 100 children had a type of **spinal curvature** and 26 in 100 had **abnormalities of the feet or legs**. The most frequent spinal anomalies are lordosis (hollow back), kyphosis and scapular winging.*

*These examinations also showed that approximately 15 percent of children were **overweight**.*

Ein falscher Umgang mit Bewegungsapparat und Wirbelsäule tritt in unserer Gesellschaft schon sehr frühzeitig auf. Bereits im Schulalter führen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates die „Hitliste“ der Gesundheitsstörungen an.

Wenngleich es sich um keine flächendeckenden Reihenuntersuchungen handelt, so konnten doch die bisherigen orthopädischen Untersuchungen an Wiener PflichtschülerInnen auf bedeutende orthopädische Auffälligkeiten hinweisen. Ab dem Schuljahr 2002/2003 wurden auch diese Reihenuntersuchungen an den öffentlichen Volksschulen nur mehr auf Ersuchen der jeweiligen Schuldirektionen durchgeführt, wodurch eine Abnahme der Anzahl der Untersuchungen um rund ein Drittel erfolgte.

Die Häufigkeit von Haltungsfehlern, Fußanomalien und Übergewicht ist beträchtlich. Die Ergebnisse der Untersuchungen im Schuljahr 2002/03 zeigten, dass 47 Prozent der untersuchten Kinder haltungsgefährdet

sind (Haltungsturnen empfohlen). Orthopädische Auffälligkeiten treten vielfach nicht isoliert, sondern bei den betroffenen SchülerInnen meist kombiniert auf. 47 von 100 untersuchten Kindern weisen **Wirbelsäulenanomalien** und 26 von 100 Kindern **Bein- und Fußanomalien** auf. Die häufigsten Wirbelsäulenanomalien sind Hohlrücken (Hohlkreuz), Rundrücken und Flügelschultern. **Übergewicht** wurde in diesem Schuljahr schon bei 15 Prozent der Kinder festgestellt. In den Jahren davor war dies jedoch nur bei etwa 10 Prozent der VolksschülerInnen der Fall.²³⁹

Bei 32 Prozent der untersuchten Kinder wurde **Haltungsturnen** neu empfohlen, wobei die meisten Empfehlungen (58 Prozent) bereits in der 1. Klasse Volksschule (also bei 6- bis 7-Jährigen) stattfanden. Bei weiteren 15 Prozent der Kinder wurde empfohlen, das Haltungsturnen fortzusetzen. Bei rund 10 Prozent erfolgte eine Einlagenempfehlung. Werden die Einlageempfehlungen eingerechnet, hat mehr als die Hälfte aller Kinder Haltungsprobleme (57 Prozent).

²³⁹ Siehe dazu auch Kapitel Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen – Adipositas bei Kindern und Jugendlichen.

Tabelle 7.8: Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen* in den Schuljahren 2001/02 und 2002/03

festgestellte Haltungsfehler	Anzahl der PflichtschülerInnen mit orthopädischen Auffälligkeiten			
	Schuljahr 2001/02		Schuljahr 2002/03	
	absolut	auf 100 untersuchte Kinder	absolut	auf 100 untersuchte Kinder
Wirbelsäulenanomalien insgesamt	2.281	31,3	2.321	47,0
davon:				
Beckenschiefstand	39	0,5	35	0,7
Flügel Schultern (Scapulae alatae)	301	4,2	403	8,2
Flachrücken	273	3,7	317	6,4
Hohlrücken (Hohlkreuz)	509	7,0	546	11,0
Hohlrundrücken	143	2,0	196	4,0
Rundrücken	455	6,2	404	8,2
Skoliose	434	6,0	354	7,2
Sonstiges	79	1,0	66	1,3
Fußanomalien insgesamt	1.740	23,9	1.264	26,0
Adipositas	689	9,5	735	15,0
orthopädische Auffälligkeiten insgesamt**	4.710	–	4.320	–
untersuchte Kinder insgesamt	7.283	–	4.935	–

* Ohne Sonderschulen für Körperbehinderte.

** Mehrfachnennungen möglich.

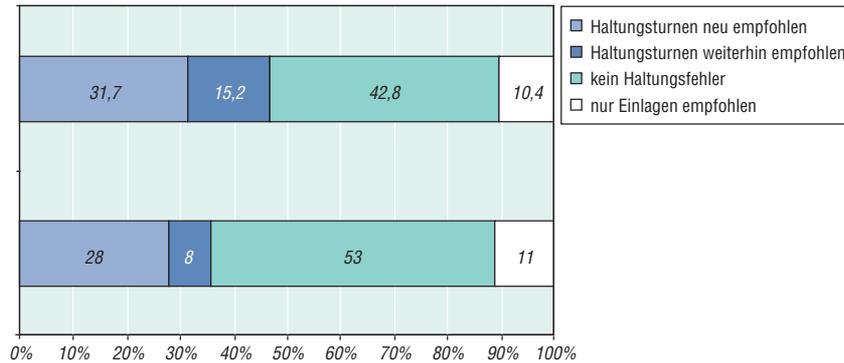
Quelle: Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat VI/3 – Orthopädische Angelegenheiten.

Tabelle 7.9: Haltungsturnen und Einlagenempfehlungen, Wien 2001/02 und 2002/03

Empfehlungen	Schuljahr 2001/02		Schuljahr 2002/03	
	absolut	in %	absolut	in %
Haltungsturnen neu empfohlen	2.050	28,0	1.562	31,7
Haltungsturnen weiterhin empfohlen	618	8,0	752	15,2
kein Haltungsfehler, daher kein Haltungsturnen erforderlich	3.834	53,0	2.110	42,8
nur Einlagen empfohlen	781	11,0	511	10,4
untersuchte Kinder insgesamt	7.283	100,0	4.935	100,0

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

Grafik 7.2: Haltungsstörungen bei Wiener PflichtschülerInnen, Schuljahr 2001/02 und 2002/03



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

Tabelle 7.10: Empfehlungen für Haltungsturnen nach Alter, Wien 2001/02 und 2002/03

Klasse (Volksschule)	Schuljahr 2001/02				Schuljahr 2002/03			
	Mädchen	Buben	zusammen	in %	Mädchen	Buben	zusammen	in %
1. Klasse (6–7 J)	483	521	1.004	49,0	452	446	898	57,5
2. Klasse (7–8 J)	362	340	702	34,2	140	133	273	17,5
3. Klasse (8–9 J)	121	127	248	12,1	160	190	350	22,4
4. Klasse (9–10J)	40	56	96	4,7	25	16	41	2,6
insgesamt	1.006	1.044	2.050	100,0	777	785	1.562	100,0

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

Tabelle 7.11: Ergebnisse der orthopädischen Untersuchungen an Wiener Pflichtschulen (Schuljahr 1986/87–2002/03)

Schuljahr	untersuchte Schulen	durchgeführte Untersuchungen	festgestellte haltungsgefährdete Kinder*		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
2000/01	95	8.093	2.346	32,0	2.668	33,0	2.363	29,2	772	9,5
2001/02	85	7.283	2.050	28,0	2.281	31,3	1.740	23,9	689	9,5
2002/03	92	4.935	1.562	31,7	2.321	47,0	1.264	26,0	735	15,0

* Haltungsturnen neu empfohlen. Nicht berücksichtigt in dieser Zahl sind jene Kinder, bei denen Haltungsturnen weiterhin fortgesetzt wurde.

Quelle: Magistratsabteilung 15 - Referat VI/3 – Orthopädische Angelegenheiten.

Zahngesundheitsförderung in Wien

Seit dem Sommersemester 2000 wird in Wien Zahngesundheitsförderung in Kindergärten und Volksschulen betrieben. Diese Aktion wird finanziert von der Stadt Wien und der Wiener Gebietskrankenkasse. Im April 2001 wurde die Verlängerung des Projekts beschlossen und von ursprünglich zwei auf vier Bezirke mit besonders hoher Kariesprävalenz ausgeweitet (das sind der 2., 10., 16. und 20. Bezirk).

Ab dem Sommersemester 2004 wird das Projekt auf ganz Wien ausgeweitet: Jene Schulen mit der höchsten Kariesprävalenz in Wien werden intensiv zahnpädagogisch betreut. Sie werden zweimal pro Schuljahr von einer Zahngesundheitserzieherin besucht. Dadurch können so wie bisher 23.500 Kinder erreicht werden, wobei die Zielgenauigkeit erhöht wird.

Alle anderen Schulen sollen während des vierjährigen Projektzeitraums zumindest einmal durch ein „Zahntheater“ erreicht werden.

Alle Wiener Schulen werden zahnmedizinisch betreut, d. h. die Kinder aller 1. und 4. Klassen werden zahnärztlich untersucht. In jenen Schulen mit besonders hoher Kariesprävalenz werden in Zukunft auch die 2. und 3. Klassen untersucht.

Das Projekt Zahngesundheitsförderung soll das Bewusstsein für die Bedeutung gesunder Zähne fördern, Kindern, Eltern und Betreuungspersonen Handlungsanweisungen geben und damit zu einer Verbesserung der Zahngesundheit der Wiener Kinder beitragen. Darüber hinaus dient es der Erhebung wichtiger statistischer Daten über den Zahnstatus.

7.3 Zahngesundheit

Zusammenfassung

Im Schuljahr 2001/02 hatten 42,5 Prozent der Wiener VolksschülerInnen einen oder mehrere kariöse Zähne.

Die Kariesprävalenz ist jedoch in den Wiener Bezirken ungleich verteilt: eine besonders niedrige Kariesprävalenz weisen die Bezirke 1, 13, 6, 7 und 22 auf, eine überdurchschnittlich hohe Prävalenz die Bezirke 5, 4, 2, 17 und 12.

Auch gibt es zwischen den einzelnen Schulen große Schwankungen in der Karieshäufigkeit. Von den 206 erfassten Volksschulen weisen 25 eine sehr hohe Kariesprävalenz auf (59 Prozent bis 80 Prozent), in etwa gleich vielen Schulen zeigen sich relativ gute Ergebnisse (Kariesanteil: 14 Prozent bis 29 Prozent).

Summary: Dental Health

In the school year 2001/02, 42.5% of Viennese elementary school children had one or more cavities.

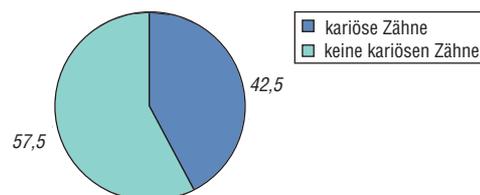
The prevalence of caries, however, varies strongly across the municipal districts of Vienna. The districts 1, 13, 6, 7 and 22 have an especially low prevalence, while in the districts 5, 4, 2, 17 and 12 it is above average.

There are also some differences in prevalence between individual schools. Of the 206 primary schools examined, 25 had a very high prevalence of caries (59 to 80 percent), while a similar number of schools with relatively had good results (14 to 29 percent).

Im Schuljahr 2001/02 wurde bei einem Drittel der Wiener VolksschülerInnen eine Reihenuntersuchung über die Karieshäufigkeit durchgeführt, wobei sich die untersuchten Kinder in der ersten und vierten Klasse Volksschule befanden. Die Untersuchungen erfolgten durch ZahnärztInnen der Jugendzahnklinik der Stadt Wien. Mit den bei dieser Untersuchung erzielten Ergebnissen können – neben individueller Beratung – sowohl Aussagen über die Karieshäufigkeit in einzelnen Schulen als auch in einzelnen Wiener Bezirken gemacht werden.

Von den 22.700 in **Wien** untersuchten SchülerInnen hatten 9.578 einen oder mehrere kariöse Zähne. Dies entspricht einem prozentuellen Anteil von 42,5 Prozent. Da der für Wien ermittelte Wert weit über der Vorgabe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) liegt, nach welcher im Jahr 2010 90 Prozent der Sechsjährigen kariesfrei sein sollten, bedarf es intensiver Bemühungen, sich diesem Ziel anzunähern.

Grafik 7.3: Karieshäufigkeit der Wiener VolksschülerInnen (in Prozent), Schuljahr 2001/02

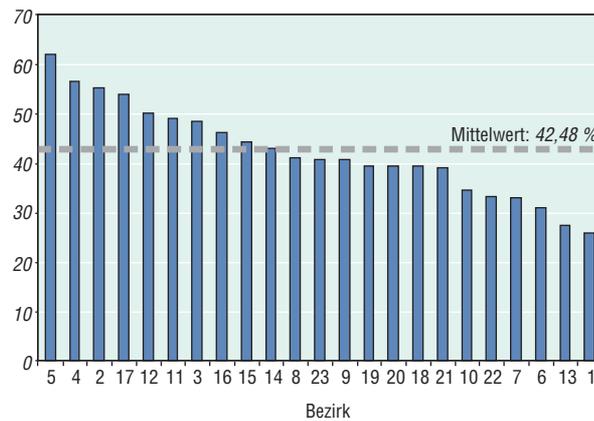


Quelle: Magistratsabteilung 15 – Jugendzahnkliniken.

Wird die Karieshäufigkeit der einzelnen **Bezirke** verglichen, lassen sich relativ große Schwankungen erkennen. So beträgt der Unterschied zwischen dem 1. Bezirk (Innere Stadt) und dem 5. Bezirk (Margareten) mehr als 100 Prozent. Die niedrigsten Anteile an Karies weisen die Bezirke 1, 13, 6, 7 und 22 auf, die höchsten die

Bezirke 5, 4, 2, 17 und 12. Die aufgrund der epidemiologischen Untersuchungen erwartete hohe Karieshäufigkeit in Bezirken mit hohen Anteilen von nichtösterreichischen SchülerInnen scheint mit dieser Untersuchung bestätigt.

Grafik 7.4: Karieshäufigkeit der Wiener VolksschülerInnen nach Rangreihung der Bezirke (in Prozent), Schuljahr 2001/02

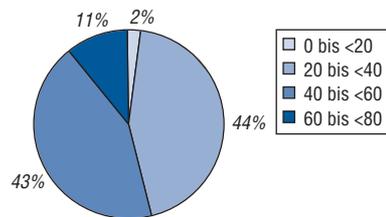


Quelle: Magistratsabteilung 15 – Jugendzahnkliniken.

Von den 206 erfassten **Volksschulen** weisen 25 eine sehr hohe Karieshäufigkeit auf: 59 bis 80 Prozent der Kinder haben kariöse Zähne. Etwa gleich viele Schulen zeigen mit einem Kariesanteil von 14 bis 29 Prozent relativ gute Ergebnisse; von diesen haben fünf Schulen ei-

ne Kariesprävalenz von weniger als 20 Prozent. Die anderen Schulen befinden sich im Mittelfeld. Die Erfassung der Kariesanteile nach Schulen ermöglicht eine zielgenaue Intervention im Bereich Zahngesundheitsförderung.

Grafik 7.5: Verteilung der Kariesprävalenz in Wiener Schulen, Schuljahr 2001/02



Quelle: Magistratsabteilung 15 – Jugendzahnkliniken; eigene Berechnungen.

7.4 Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Dr. Wolfgang DÜR & Dr. Kristina FÜRTH, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie

Zusammenfassung

Laut einer 2002/03 durchgeführten Untersuchung sind 25 Prozent der 10- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen in Wien übergewichtig, davon ist fast ein Drittel (8 Prozent aller Untersuchten) als adipös zu bezeichnen. Die Prävalenz erreicht bei den 11-Jährigen ihren Höhepunkt: mit 11 Jahren ist jedes dritte Kind in Wien übergewichtig oder adipös. Buben sind dabei weitaus häufiger von Übergewicht betroffen als Mädchen.

In den westlichen Industriestaaten ist in den letzten Jahrzehnten die Prävalenz an Übergewicht und Adipositas ganz allgemein gestiegen, was sich auch bei Kindern und Jugendlichen zeigt. Interessant sind dabei Unterschiede nach sozioökonomischer Schichtzugehörigkeit: dicke Kinder (insbesondere Mädchen) stammen signifikant häufiger aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status.

Prävention muss hier sehr allgemein und großflächig arbeiten. Bewusstseinsbildung in Hinblick auf Ernährung und Lebensstil kann bereits sehr früh in Kindergärten und Schulen einsetzen.

Summary: Overweight and Obesity in Children and Adolescents

A study conducted in 2002/2003 shows that 25 percent of children and adolescents in the 10 to 15 age group are overweight, and nearly one in three of them (8 percent of all participants in the study) were obese. The prevalence is highest among 11 year-olds: one in three 11 year-olds in Vienna is overweight or obese. The prevalence is much higher among boys than among girls.

In the western industrialised countries the prevalence of overweight and obesity has increased overall over the last decades, and this also shows in children and adolescents. There is an interesting correlation with the socioeconomic status: overweight children (girls in particular) are to a significant percentage from families with a low socioeconomic status.

Very general and extensive prevention measures are required. Information and health consciousness with regard to nutrition and life style can begin at an early age, in kindergarten and at school.

Einleitung

Adipositas (Fettleibigkeit, Fettsucht) wird auch schon im Kindes- und Jugendalter als eine chronische Krankheit bewertet, die eine nachhaltige Behandlung erfordert.²⁴⁰ Eine Adipositas liegt bei Kindern wie bei Erwachsenen dann vor, wenn der Körperfettanteil an der Gesamtkörpermasse eines Menschen pathologisch erhöht ist, was weitere Krankheiten nach sich zieht. Diese medizinischen Folgekrankheiten können in Bezug auf die erwachsene Bevölkerung als ausreichend erforscht angesehen

werden. Bei Kindern und Jugendlichen ist das nur bedingt der Fall, obwohl es Hinweise auf Folgekrankheiten gibt: Bereits bei adipösen Kindern lassen sich Störungen im Fett- und Glukosestoffwechsel, orthopädische Störungen oder ein erhöhter Blutdruck feststellen. Darüber hinaus geht man davon aus, dass in der Kindheit angelegtes Übergewicht in den meisten Fällen zu Gewichtsproblemen im Erwachsenenalter führt.²⁴¹ Gut belegt ist, dass adipöse Kinder und Jugendliche eine hohe Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen entwickeln und unter der Stigmatisierung durch andere leiden.²⁴² Das

²⁴⁰ WHO (2000).

²⁴¹ MUST, A. (1996).

²⁴² TURNBULL, J. (2000).

abwertende Verhalten ihrer Umwelt behindert bei adipösen Kindern und Jugendlichen häufig die Ausbildung eines positiven Selbstwertgefühls und gefährdet ihre psychosoziale Entwicklung insgesamt.²⁴³

7.4.1 Übergewicht und Adipositas messen und interpretieren

Messmethode

Da sich der Fettanteil des Körpers nur mit aufwendigen und kostspieligen Methoden exakt messen lässt, hat sich die Verwendung des Body Mass Index [BMI = Körpergewicht/Körpergröße² (kg/m²)] zur Abschätzung des Körperfettanteils bei Erwachsenen international etabliert. Obwohl er nicht *direkt* den Fettanteil misst, gilt der BMI als das geeignetste Maß für die Gesamt-Körperfett-Masse, da er eine hohe Genauigkeit mit einer hohen Praktikabilität verbindet.²⁴⁴ Er wird daher auch sowohl von der *Childhood Group der International Obesity Task Force (IOTF)* als auch von der *European Childhood Obesity Group (ECOG)* zur Diagnose von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter empfohlen.²⁴⁵

Zur Interpretation des BMI müssen Grenzwerte bestimmt werden, die einen problematischen, weil mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Folgekrankheiten verbundenen Körperfettanteil anzeigen. Für alle Erwachsenen wurden einheitliche Grenzwerte zur Definition von Übergewicht und Adipositas festgesetzt, die auf epidemiologischen Studien beruhen. Diese Grenzwerte liegen bei BMI > 25 kg/m² für Übergewicht, bei BMI > 30 kg/m² für Adipositas sowie bei BMI > 40 kg/m² für schwere Adipositas. Diese Grenzwerte sind mittlerweile international anerkannt.

Anders als bei den Erwachsenen, müssen bei Kindern und Jugendlichen die Schwankungen des Körperfettanteils im Zuge des physiologischen Wachstums berücksichtigt werden, in dessen Verlauf der durchschnittli-

che BMI, der in allen Altersgruppen deutlich unter dem der Erwachsenen liegt, ab dem 6. Lebensjahr stetig ansteigt. Zusätzlich zu diesem Alterseffekt weist der Körperfettanteil bei Kindern und Jugendlichen geschlechtsspezifische Besonderheiten – also Unterschiede zwischen Knaben und Mädchen – auf. Es ist daher verständlich, dass eine einfache Übertragung der Grenzwerte für Erwachsene auf Kinder und Jugendliche zu einer krassen *Unterschätzung* der Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas und zu einer krassen *Überschätzung* der Prävalenz des Untergewichts in diesen Altersgruppen führen würde.

Festlegung von Grenzwerten bei Kindern und Jugendlichen

Für die Bestimmung von Grenzwerten im Kindes- und Jugendalter haben erst vor wenigen Jahren COLE et al.²⁴⁶ im Auftrag einer Arbeitsgruppe der WHO eine sehr komplexe, aber anerkannte Methode entwickelt, die es erlaubt, Übergewicht am 90. BMI-Perzentil, Adipositas am 97. BMI-Perzentil und schwere Adipositas am 99. BMI-Perzentil festzusetzen, und zwar für alle Jahrgangsgruppen unter 18 Jahren und für die beiden Geschlechter jeweils getrennt. COLE et al. gehen dabei von der plausiblen, wenn auch epidemiologisch unbestätigten Annahme aus, dass die für Erwachsene gültigen Grenzwerte von 25 kg/m² und von 30 kg/m² auch für die jungen Menschen ab 18 Jahren medizinische Relevanz und damit Gültigkeit beanspruchen können. So ist ein kontinuierlicher Übergang von der Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter zur Definition im Erwachsenenalter hergestellt. Methodisch werden dazu die charakteristischen BMI-Verlaufskurven der ersten 18 Lebensjahre nach dem Alter mit einem statistischen Verfahren (LMS-Methode) so transformiert, dass sie bei 18 Jahren durch die Cut-off-Punkte 25 und 30 gehen. Daraus können dann die BMI-Werte an den entsprechenden Perzentilen 90, 97 und 99 für die einzelnen Altersstufen und pro Geschlechtsgruppe ermittelt werden.²⁴⁷

²⁴³ DIETZ, W.H. (1998).

²⁴⁴ BENECKE, A. & VOGEL, H. (2003).

²⁴⁵ BELLIZZI, M.C. & DIETZ, W.H. (1999).

²⁴⁶ COLE, T.J. et al. (2000).

²⁴⁷ Das Verfahren untersucht also, welchen durchschnittlichen BMI eine alters- und geschlechtsspezifisch definierte Population am 90. und 97. Perzentil aufweist; das ist der durchschnittliche BMI der oberen, also dicksten 10 Prozent bzw. 3 Prozent dieser Population. 90 Prozent bzw. 97 Prozent dieser Population haben einen geringeren BMI. Daraus wird auch verständlich, dass der ermittelte BMI-Wert am 90. Perzentil von den realen Körpermaßen der untersuchten Population abhängt: er kann also auch zwischen den 11-jährigen Knaben in Deutschland und den 11-jährigen Knaben in Österreich schwanken.

Welche BMI-Werte nun aber tatsächlich am 90., 97. und 99. Perzentil jeder Alters- und Geschlechtsgruppe zu finden sind, hängt selbstverständlich von der Qualität der Referenzdaten ab. COLE et al.²⁴⁸ haben Daten aus sechs verschiedenen Ländern – Brasilien, Großbritannien, Hongkong, Niederlande, Singapur, USA – kombiniert und daraus BMI-Grenzwerte ermittelt, die als international brauchbar angeboten wurden.

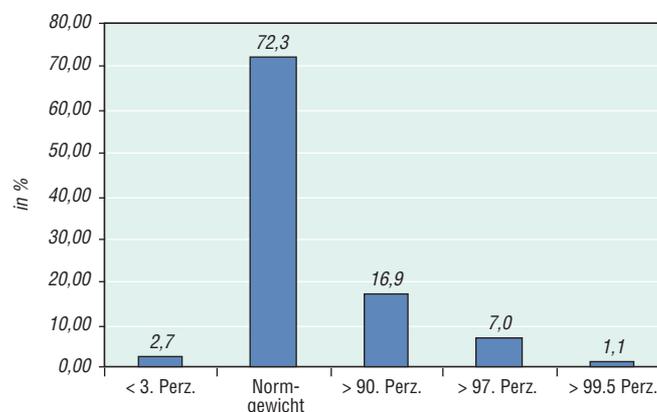
Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) in Deutschland hat sich wohl der Methode von COLE et al., nicht aber ihren Werten angeschlossen, sondern entschieden, Übergewicht und Adipositas zwar mithilfe des 90. bzw. 97. Perzentils zu definieren, die entsprechenden BMI-Werte aber aus deutschen Stichproben zu ermitteln.²⁴⁹ Dies haben KROMEYER-HAUSCHILD et al.²⁵⁰ unter Heranziehung der Daten von 17 Untersuchungen aus verschiedenen Regionen Deutschlands bewerkstelligt. Aufgrund der verschiedenen Referenzdaten gelangen KROMEYER-HAUSCHILD et al. auch zu anderen Grenzwerten als COLE et al. Die deutschen Werte sind weniger „streng“ beim Übergewicht, aber „strenger“ bei der Definition von Adipositas. Die hier präsentierten Daten verwenden jedenfalls die BMI-Grenzwerte der AGA nach KROMEYER-HAUSCHILD et al.²⁵¹

7.4.2 Adipositas-Prävalenzen in Wien und Österreich

Verfügbare Daten für Wien nach AGA

WIDHALM & DIETRICH von der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde in Wien haben 1.537 Wiener Kinder und Jugendliche, davon 785 männlich und 752 weiblich, im Alter von 10,1 bis 15,1 Jahren in dem Erhebungszeitraum zwischen Juni 2002 und März 2003 durch Messungen von SchulärztInnen oder KlinikärztInnen an den Schulen untersucht und nach AGA-Richtlinien ausgewertet. Über die Auswahl der Schulen bzw. deren Repräsentativität für alle Wiener Schulen liegen leider keine Informationen vor. Diesen Daten zufolge sind 25 Prozent der 10- bis 15-jährigen Kinder und Jugendlichen in Wien übergewichtig. Über 8 Prozent davon sind als adipös zu bezeichnen. Diesen stehen 2,7 Prozent untergewichtige SchülerInnen gegenüber, so dass zusammen genommen ca. 28 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Wien kein Normalgewicht aufweisen. In *Grafik 7.6* sind diese Ergebnisse detailliert dargestellt.

Grafik 7.6: Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht, Adipositas und extremer Adipositas bei 10- bis 15-Jährigen in Wien



Quelle: WIDHALM & DIETRICH, Forschungsbericht (2004).

²⁴⁸ COLE, T.J. et al. (2000).

²⁴⁹ Leitlinien der DGfKJ (2002).

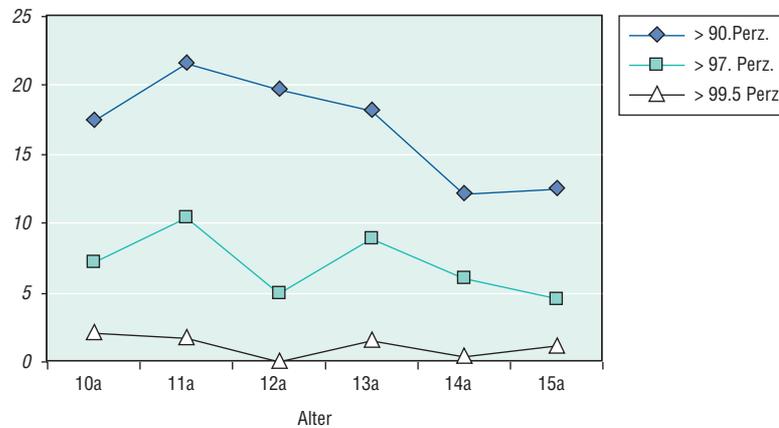
²⁵⁰ KROMEYER-HAUSCHILD, K. et al. (2001).

²⁵¹ KROMEYER-HAUSCHILD, K. et al. (2001).

Die Prävalenzdaten erreichen bei den 11-Jährigen einen Gipfel und nehmen dann insgesamt betrachtet

leicht ab. Mit 11 Jahren ist noch jedes dritte Kind in Wien übergewichtig oder adipös.

Grafik 7.7: Prävalenz von Übergewicht, Adipositas und extreme Adipositas bei 10- bis 15-Jährigen nach Altersgruppen bei Wiener SchülerInnen (2004)

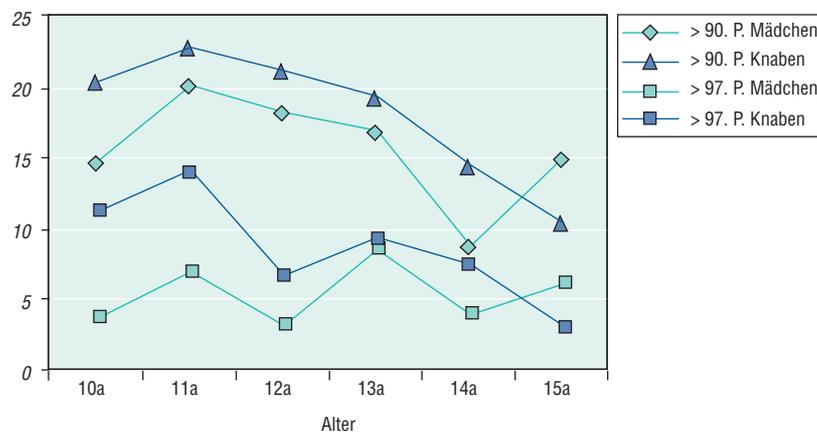


Quelle: WIDHALM & DIETRICH, Forschungsbericht (2004).

Die 10- bis 14-jährigen Knaben sind weitaus übergewichtiger als die Mädchen. Dies könnte mit dem Umstand zusammenhängen, dass Mädchen deutlich offensiver mit dem gängigen Schlankheitsideal und der perfekten „Traumfigur“ konfrontiert werden als Knaben und mehr investieren, um diesem Ideal zu entsprechen. Dies scheint sich erst nach dem 14. Lebens-

jahr zu verändern: Während die Prävalenz bei den Buben mit zunehmendem Alter abnimmt, steigt die Prävalenz bei den Mädchen nach dem 14. Lebensjahr erneut an. Diese Veränderungen in den Prävalenzkurven dürften mit den großen körperlichen (hormonellen) Veränderungen in der Pubertät zusammenhängen (vgl. Grafik 7.8).

Grafik 7.8: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 10- bis 15-jährigen Knaben und Mädchen in Wien



Quelle: WIDHALM & DIETRICH, Forschungsbericht (2004).

Vergleich der Prävalenzen in Wien und Österreich

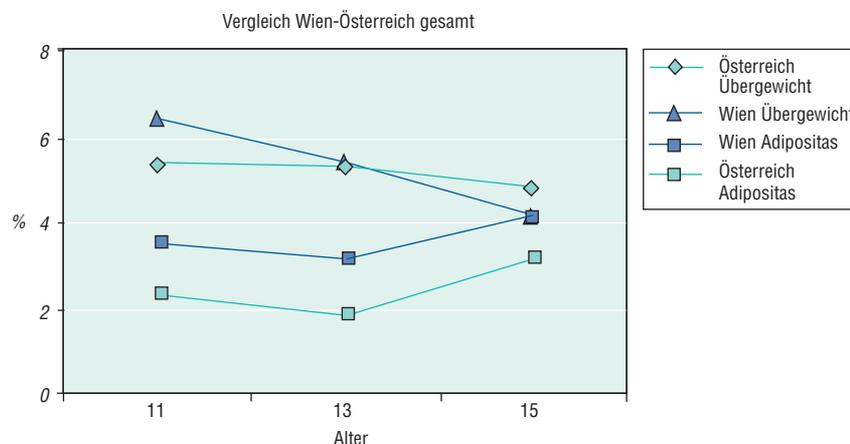
Für Gesamtösterreich liegen keine repräsentativen Daten zu Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter vor. Wohl aber können die selbst berichteten Fragebogen-Daten des internationalen Projektes *Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC)*²⁵² für eine Einschätzung und eine vergleichende Verortung Wiens im Österreich-Durchschnitt verwendet werden.²⁵³

Im Unterschied zu der Studie von WIDHALM & DIETRICH, sind die Daten der HBSC-Studie von den Kindern und Jugendlichen in einem Fragebogen selbst be-

richtet. Das hat Auswirkungen auf die Prävalenzen, die niedriger ausfallen, da Kinder und Jugendliche bei Befragungen ihre Größe leicht über-, ihr Gewicht hingegen leicht unterschätzen. So sind auf Basis der selbst berichteten HBSC-Daten „nur“ 6,4 Prozent aller 11-Jährigen in Wien übergewichtig und etwa 3,5 Prozent adipös.

Von Interesse ist daher nur der interne Vergleich der HBSC-Daten von Kindern aus Wien und aus den anderen Teilen Österreichs, der zeigt, dass die Wiener Kinder durchschnittlich leicht übergewichtiger sind als die Kinder in den anderen Bundesländern, vor allem was die Adipositas betrifft.

Grafik 7.9: Vergleich der Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas in Wien und Österreich (ohne Wien)



Quelle: HBSC 2002, selbst berichtete Daten für Österreich u. Wien; Grenzwerte nach AGA (2001).

Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas im Trend

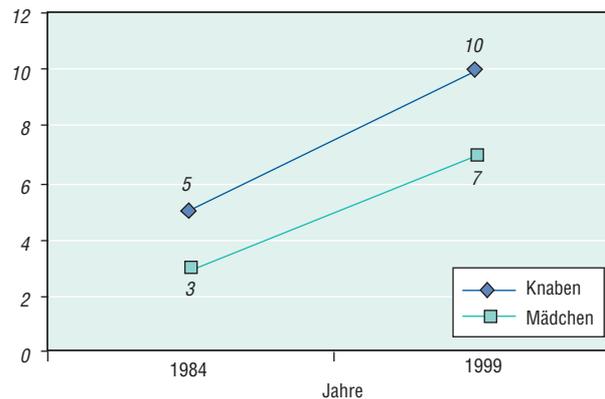
In den letzten Jahrzehnten sind die Prävalenzdaten von Übergewicht und Adipositas in den westlichen Industrienationen in einem Maße gestiegen, das Anlass zur Sorge gibt. Diese Zunahme ist auch deutlich

bei Kindern und Jugendlichen erkennbar und zeigt sich darüber hinaus in einem Anstieg der Adipositas und dementsprechend in der wachsenden Zahl extrem Adipöser.²⁵⁴ In *Grafik 7.10* ist exemplarisch ein solcher Trend für die Schulkinder des Landes Baden-Württemberg dargestellt: In 15 Jahren hat sich der Anteil der adipösen Knaben verdoppelt.

²⁵² Siehe <www.hbsc.org>.

²⁵³ DÜR, W. et al. (2003); CURRIE, C. et al. (2004). Siehe auch Kapitel 7.5, Gesundheitsverhalten von Schulkindern: Resultate der HBSC-Studie für Wien.

²⁵⁴ Leitlinien der DGfKJ (2002).

Grafik 7.10: Adipositas bei 6- bis 10-jährigen Schulkindern im Trend von 1984–1999

Quelle: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.) (2002).

7.4.3 Übergewicht, Schicht und Lebensstile in Österreich

Übergewicht und soziale Schicht

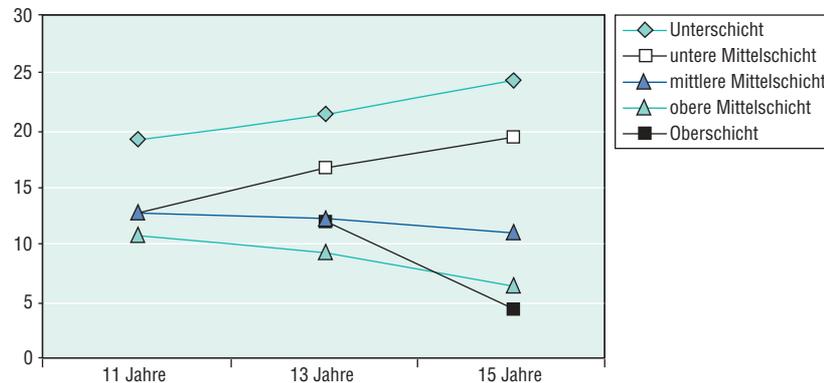
Wie bei vielen anderen Diagnosen und bei der Morbidität der Bevölkerung insgesamt sind die sozialen Unterschiede und die damit verbundenen ungleichen Gesundheitschancen auch hier ein bedeutsamer Kausalfaktor.²⁵⁵ In Österreich wie in allen westlichen Industrienationen stammen dicke Kinder signifikant häufiger aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status. Insbesondere Mädchen in sozial benachteiligten Familien haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Übergewicht. Für Wien gilt, dass der Anteil der übergewichtigen Mädchen in der Unterschicht und in der unteren Mittelschicht mit 13 Prozent und 18 Prozent am höchsten ist (vgl. Grafik 7.11). Das liegt einerseits an den besseren finanziellen Mitteln der Familien aus der Mittel-

und Oberschicht für qualitativ hochwertige Nahrungsmittel, andererseits an deren durchschnittlich höherem Bildungsstand und daraus folgend an einer gesünderen Ernährungsweise.

Interessanterweise wird der Unterschied zwischen den sozialen Schichten, der im Alter von 11 Jahren noch nicht sehr groß ist, aufgrund gegensätzlicher Entwicklungen immer dramatischer: Während bei den 15-jährigen Mädchen aus der untersten Sozialschicht eine *Zunahme* der Übergewichtigen auf 25 Prozent stattfindet, *verringert* sich dieser Anteil bei den 15-jährigen Mädchen aus den beiden oberen Sozialschichten auf 5 Prozent und 7 Prozent. Dieser Unterschied deutet darauf hin, dass die Pubertät bei Mädchen schichtspezifisch verschiedenartige Verläufe zeitigt. Das Verhältnis zu den gängigen Schönheitsidealen und zum Schlanksein dürfte dabei ebenso eine Rolle spielen wie die Familiensituation und das Angebot regelmäßiger Mahlzeiten.

²⁵⁵ ROLLAND-CACHERA, M.F. & BELLISTLE, F. (1986); SOBAL, J. & STUNKARD, A. (1989).

Grafik 7.11: Anteil der 11- bis 15-jährigen übergewichtigen Mädchen (BMI > 90. Perzentil nach AGA) in Österreich nach Alter und sozialer Schicht; Angaben in Prozent; Unterschicht = 17 Prozent ärmste Familien, Oberschicht = 5 Prozent reichste Familien



Quelle: HBSC (2002); DÜR W. et al. (2003).

Übergewicht und Ernährungsverhalten

Der stetig anwachsende Markt der Fast-Food-Industrie bietet vor allem den unter Zeitdruck, Mehrfachbelastung und Geldknappheit stehenden Menschen schnell verfügbares, aber auch kalorienreiches und qualitativ minderwertiges Essen. Dem entspricht auch die sinkende Fertigkeit der Eltern in der Küche: Es mangelt immer öfter am Wissen über die richtige Lagerung und Zubereitung von Lebensmitteln. Die Lebensumstände, die Bedingungen von Arbeit und Schule verhindern häufig die Einnahme von regelmäßigen Mahlzeiten. Idealerweise sollten drei Hauptmahlzeiten und zwischendurch zwei gesunde Jausen gegessen werden (vorzugsweise Obst).

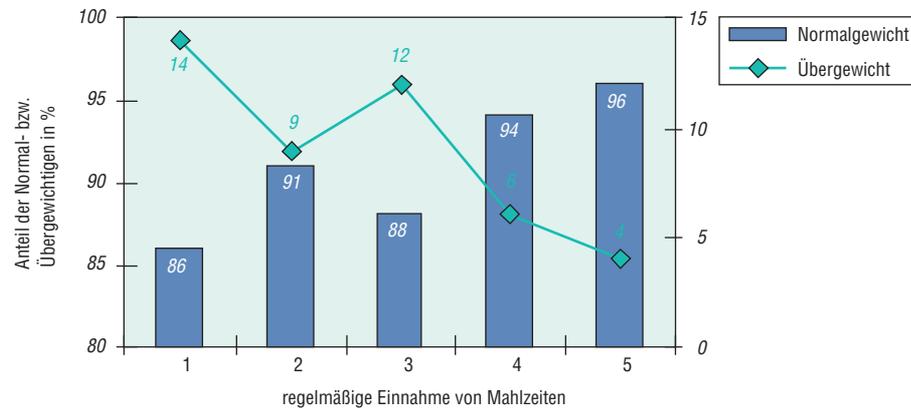
Davon ausgehend muss anhand der Wiener HBSC-Daten für 23 Prozent der 11- bis 15-jährigen Mädchen eine unzureichende und für 33 Prozent eine problematische Ernährungsweise konstatiert werden. Letzteres gilt für jene 18 Prozent, die nur eine Mahlzeit pro Tag (Frühstück, Mittag- oder Abendessen) einnehmen und für jene 15 Prozent, die an manchen Wochentagen gänzlich auf jegliche Hauptmahlzeit verzichten. Diese Anteile nehmen vom 11. zum 15. Lebensjahr kontinuierlich zu. Diese Anteile sind für die Knaben nur unwesentlich geringer, von denen 23 Prozent eine unregelmäßige und

24 Prozent eine problematische Ernährungsweise praktizieren.

Es besteht ein signifikanter, in seiner Richtung allerdings überraschender Zusammenhang zwischen der Regelmäßigkeit von Mahlzeiten und dem Übergewicht, denn paradoxerweise nimmt der Anteil der übergewichtigen Mädchen mit der Unregelmäßigkeit von Mahlzeiten deutlich zu: Je mehr Mahlzeiten sie *auslassen*, desto *übergewichtiger* werden sie. Bei drei Hauptmahlzeiten täglich sind nur 4 Prozent übergewichtig, bei weniger als einer Mahlzeit täglich sind es jedoch 14 Prozent. Gleichzeitig nimmt der Anteil der normalgewichtigen Mädchen mit der Regelmäßigkeit von täglichen Mahlzeiten in der Woche deutlich zu (vgl. Grafik 7.12). Der gleiche Zusammenhang lässt sich auch bei den Knaben beobachten.

Zum einen liegt das daran, dass Kinder, die auf Hauptmahlzeiten verzichten, häufiger zu Zwischenmahlzeiten greifen, die zucker- und/oder fettreich sind. Außerdem reduziert der Körper nach zu geringer Energiezufuhr (nach Hungerphasen) seinen Grundumsatz und schaltet auf Sparflamme. Kehren die Mädchen später wieder zu ihren normalen Essgewohnheiten zurück, kommt es durch den so genannten Jo-Jo-Effekt zu Gewichtszunahmen.

Grafik 7.12: Übergewicht und regelmäßige Ernährung: Anteil der Normal- und Übergewichtigen bei den 11- bis 15-jährigen SchülerInnen in Wien nach der Häufigkeit von Mahlzeiten pro Woche (Grenzwerte nach AGA)



- 1 weniger als 1 Mahlzeit/Tag
- 2 höchstens 1 Mahlzeit/Tag
- 3 mind. 1 Mahlzeit/Tag + tgl. Frühstück

- 4 1 Mahlzeit/Tag + mind. 3 Mahlzeiten/Woche + tgl. Frühstück
- 5 2 Mahlzeiten/Tag + tgl. Frühstück an 6 Tagen

Quelle: HBSC 2002; Dür et al. (2003).

Übergewicht, körperliche Aktivität und TV-Konsum

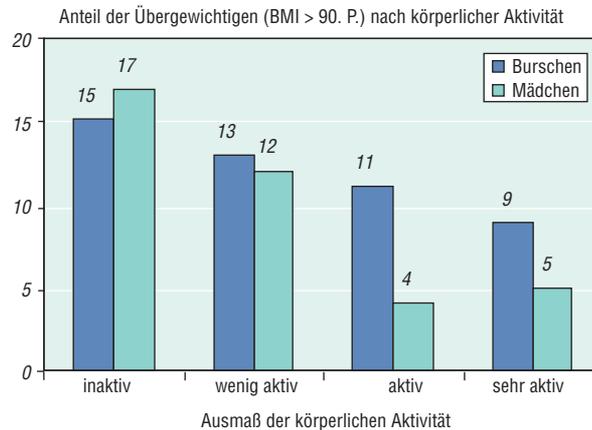
Bewegungsmangel ist eine Hauptursache für Übergewicht und Adipositas. Viele Kinder und Jugendliche haben oft bereits einen ähnlich sitzenden Lebensstil wie die Erwachsenen. Das beginnt am Morgen mit der Schule, setzt sich nachmittags bei der Durchführung der Hausaufgaben fort und endet vor TV und PC. Kinder sitzen oder liegen häufig neun, zehn Stunden am Tag und mehr.²⁵⁶ Auch kurze Wege werden mit Straßenbahn, Bus oder Auto zurückgelegt. 17 Prozent der

Mädchen und 15 Prozent der Knaben in Wien, die außerhalb der Schule nur an einem Tag in der Woche oder nie ausreichend Bewegung machen, sind übergewichtig. Diese Zahlen sinken auf 9 Prozent bei den Knaben und 5 Prozent bei den Mädchen, wenn die SchülerInnen körperlich aktiv sind und sich an mindestens fünf Tagen in der Woche für mindestens eine Stunde körperlich stark bewegen (vgl. Grafik 7.13).

Im Umkehrschluss wirkt sich der TV-Konsum als Beispiel für das sitzende Verhalten negativ auf das Übergewicht aus (vgl. Grafik 9).

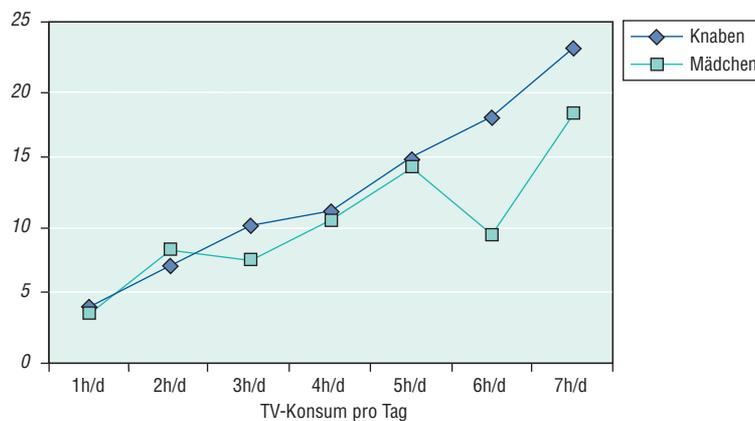
²⁵⁶ OLTERSDORF, U. et al. (2002).

Grafik 7.13: Übergewicht und körperliche Aktivität bei den 11- bis 15-jährigen Schüler/innen in Wien (Grenzwerte nach AGA)



Quelle: HBSC 2002; DÜR, W. et al. (2003).

Grafik 7.14: Übergewicht und TV-Konsum



Quelle: HBSC 2002; DÜR, W. et al. (2003).

7.4.4 Prävention und Behandlung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Die beste Prävention ist immer eine, die so früh einsetzt, dass ein angezieltes Problem erst gar nicht entsteht. Geeignete Maßnahmen müssen aber naturgemäß sehr allgemein und großflächig operieren und können nicht spezifisch und zielgruppenorientiert sein. Die allgemeine Förderung des Bewusstseins für gesunde Ernährung und eines gesunden Lebensstils kann über Erziehung und In-

formation der Kinder und Jugendlichen bereits in den Kindergärten und Schulen erfolgen. Die gesundheitliche Aufklärung sollte sich dabei vorrangig auf die Volks- und Hauptschulen konzentrieren, da hier die Kinder aus den unteren Sozialschichten erreicht werden können. Die bloße Weitergabe von kognitivem Wissen genügt jedoch nicht. Praxisorientierte Maßnahmen wie gemeinsames Kochen und Essen haben zusätzlich einen motivierenden Effekt. Durch ein entsprechendes Nahrungsmittelangebot bei der Schulspeisung, am Schulbüfett kann beispielhaft gesunde Ernährung vorgelebt werden.

Gezielte, an gefährdete oder schon betroffene Kinder und Jugendliche gerichtete Maßnahmen setzen eine Erhebung des Bedarfs auf der einen Seite voraus, eine Bestandsaufnahme der möglichen intervenierenden Organisationen auf der anderen. Das geschieht häufig im Kontext der Einschulungsuntersuchungen, durch Befragung von ansässigen KinderärztInnen und/oder AllgemeinmedizinerInnen, in Zusammenarbeit mit Schulen, Kindertagesstätten und Stätten der Jugendarbeit. Da in Österreich insgesamt und auch in Wien noch immer eine große repräsentative epidemiologische Studie fehlt, muss an dieser Stelle auf dieses Manko hingewiesen werden.

Die Interventionen, die zu einem möglichst frühen Zeitpunkt beginnen sollen, verfolgen aufgrund der vielschichtigen Ursachen von Übergewicht zumeist einen ganzheitlichen Ansatz, indem sie auf drei Ebenen arbeiten und die Ernährung mit dem Bewegungsverhalten und anderen Lebensstilfragen verbinden sowie die Eltern in das Programm integrieren. Das langfristige Ziel ist die Gewichtsreduktion, aber auch Gewichtskonstanz, Stärkung des Körperempfindens und des Selbstbewusstseins sowie die Vermittlung von sozialen Kompetenzen. Da Übergewicht zumeist lebenslanges Management erfordert, sollten die Programme idealerweise Nachbetreuungen anbieten.

Wie sich in der Praxis immer wieder herausstellt, ist die Einbindung der Eltern langfristig sehr schwierig. Eß-, Bewegungs- und Lebensgewohnheiten betreffen die ganze Familie, adipöse Kinder haben oft mindestens einen adipösen Elternteil. Im Regelfall sollten die Programme daher nicht nur das Kind als Klienten sehen. Adipositas geht häufig mit einem Scham-/Schuldgefühl der Eltern einher, das z. B. im Rahmen von Selbsthilfegruppen zu Sprache gebracht werden kann. Familientaugliche Programme regen zu Aktivitäten an, die im Familienverband stattfinden können.

In Deutschland existieren verschiedene Interventionsprogramme, die mit positivem Ergebnis evaluiert worden sind. Die Präventionsstudien in Kiel und Sachsen belegen eindrucksvoll, dass frühzeitig eingesetzte Schulungen eine Veränderung im Ernährungs- und Bewegungsverhalten hervorrufen kann. Beispielhaft seien die Kieler Adipositas Präventionsstudie (KOPS)²⁵⁷ und das vom Forschungsverbund Public Health Sachsen durchgeführte Programm „Ernährungserziehung bei Kindern“ erwähnt.²⁵⁸

Schließlich ist für die Behandlung von Adipositas eine geeignete Infrastruktur (Ambulanzen, Praxen, etc.) mit entsprechenden multidisziplinären Teams (Arzt/Ärztin, DiätassistentIn, PsychologIn, SporttherapeutIn) notwendig, in der die Etablierung von evaluierten Therapieverfahren garantiert wird.

²⁵⁷ MÜLLER, M.J. et al. (1997).

²⁵⁸ KRESS, B. & MANZ, R. (1999).

Der Anteil der SchülerInnen, die nie Alkohol trinken, ist in Wien höher als im Bundesdurchschnitt. Dafür ist der Anteil der Kinder, die körperlich eher wenig aktiv sind, in Wien höher als in Österreich insgesamt.

The proportion of school-aged children who never drink alcohol is higher in Vienna than in Austria overall. On the other hand, the proportion of Viennese children who exhibit mainly sedentary behaviour is above the Austrian average.

Österreich beteiligt sich seit 1983/84 an der von der Weltgesundheitsorganisation WHO durchgeführten internationalen Studie über das Gesundheitsverhalten von 10- bis 15-jährigen Schulkindern (englische Kurzbezeichnung: HBSC = *Health Behaviour of School-Aged Children*). Die letzten für Österreich bzw. Wien verfügbaren Daten beziehen sich auf das Jahr 2001.²⁵⁹ 595 Kinder und Jugendliche aus Wien wurden bei der Untersuchung befragt. 293 davon waren Mädchen, 302 waren Buben.²⁶⁰ Der Schwerpunkt lag bei Kindern im Alter von 10, 12 und 14 Jahren.

Von den physiologischen Voraussetzungen her bieten Kindheit und Jugendalter eine sehr gute Grundlage für Gesundheit und Wohlbefinden. Dennoch zeigen sich bereits bei Schulkindern deutliche gesundheitliche Unterschiede, die systematisch mit gesundheitsrelevanten Faktoren in Beziehung stehen. Ungesunde, durch Familie und Freunde geprägte Lebensgewohnheiten sowie die Inkaufnahme von gesundheitlichen Gefährdungen wie zum Beispiel Rauchen spielen eine wesentliche Rolle. Mit der Pubertät einhergehende psychische und soziale Veränderungen bei jungen Menschen können gesteigerte gesundheitliche Risiken mit sich bringen. Juvenile Depression, Suizid, Sucht oder AIDS stellen etwa solche Risiken dar.

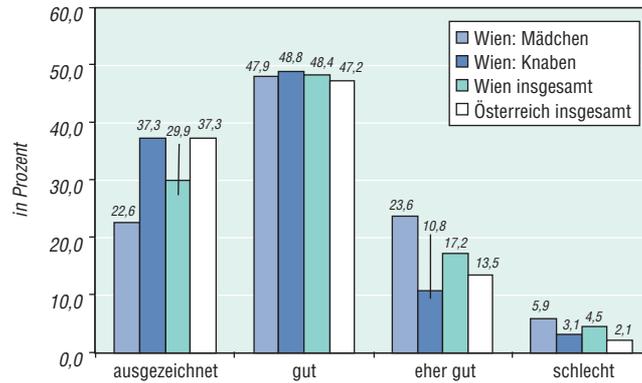
7.5.1 Subjektive Einschätzung der Gesundheit

Einheitlich über alle Gruppen hinweg befindet knapp die Hälfte der befragten SchülerInnen ihren Gesundheitszustand für gut. Während Wiener Knaben wesentlich dem Bundestrend folgen, ergeben sich größere Unterschiede bei den weiblichen Befragten. 29,9 Prozent der Wiener Schülerinnen bezeichnen ihren Gesundheitszustand als hervorragend, jedoch 37,3 Prozent der Schülerinnen und Schüler österreichweit. Daraus resultiert ein deutlicher Unterschied beim Vergleich der Gesamtgrößen für Wien und Österreich. Knapp 30 Prozent der Wiener Kinder und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren bezeichnen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet, für Österreich liegt der entsprechende Wert mit 37,3 Prozent jedoch klar darüber. Umgekehrt halten fast 30 Prozent der Wiener Schülerinnen und knapp 14 Prozent der Wiener Schüler ihren Gesundheitszustand für bloß eher gut bis schlecht. Der für beide Geschlechter errechnete Wert von 21,7 Prozent liegt damit deutlich über dem für ganz Österreich errechneten Wert von 15,6 Prozent (*siehe Grafik 7.15*).

²⁵⁹ Siehe den Bericht „Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen“ des Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, April 2002. [DÜR, W.; MRÄV-LAG, K. (2003); DÜR, W. et al. (2004)]

²⁶⁰ Die Altersverteilung unter den Wiener Kindern setzte sich folgendermaßen zusammen: 10 Jahre: 23,7 Prozent; 11 Jahre: 5,55 Prozent; 12 Jahre: 26,55 Prozent; 13 Jahre: 10,25 Prozent; 14 Jahre: 25,71 Prozent; 15 Jahre: 8,24 Prozent.

Grafik 7.15: Subjektiver Gesundheitszustand der befragten Kinder und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren

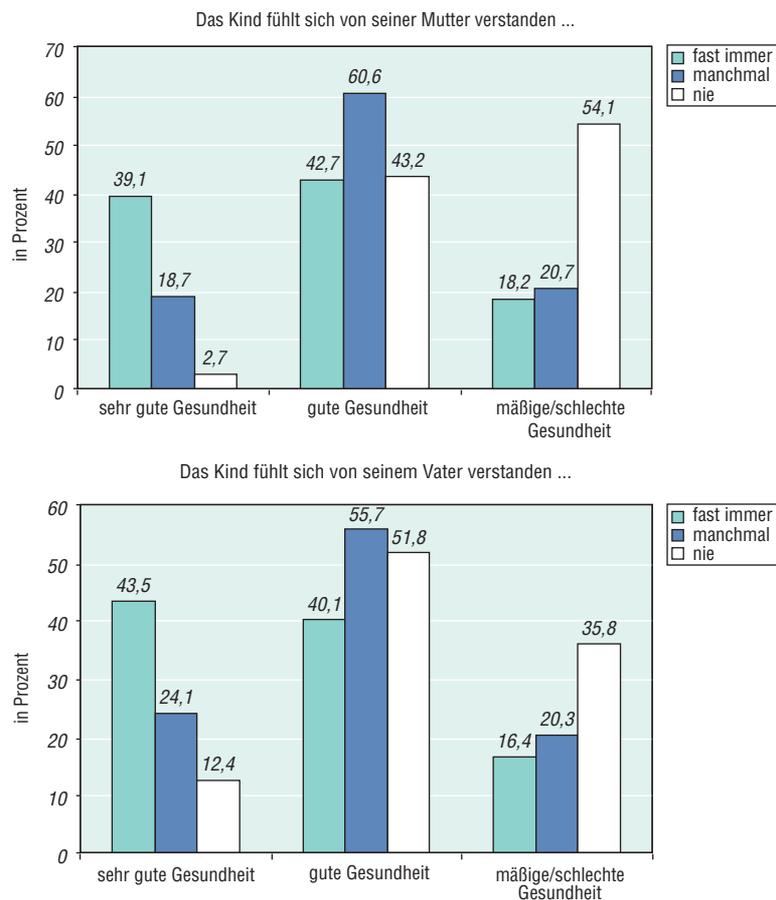


Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

7.5.2 Einfluss von Familie und Schule

Familie, Freunde, Schule und Freizeit stellen zentrale Lebensbereiche dar, die entscheidend die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern mit beeinflussen und erhebliche Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben. Beispielsweise hat das Ausmaß, in dem Kinder sich von ihren Eltern verstanden fühlen, einen erheblichen Einfluss auf das subjektive Gesundheitsempfinden der Kinder. Mehr als 39 Prozent der Kinder, die sich von ihrer Mutter fast immer verstanden fühlen, weisen einen sehr guten subjektiven Gesundheitszustand auf. In Bezug auf das Verstandenfühlen von Vätern liegt dieser Wert mit 43,5 Prozent noch darüber. Hingegen schätzen nur knapp 3 Prozent der Kinder, die sich von ihrer Mutter nie verstanden fühlen, ihre Gesundheit

als sehr gut ein. Bei jenen, die auf Unverständnis bei den Vätern stoßen, sind es sogar mehr als 12 Prozent. Umgekehrt bezeichnen über 54 Prozent der Kinder, die sich von ihrer Mutter nie verstanden fühlen, ihren Gesundheitszustand als mäßig bis schlecht, während dies für etwa 18 Prozent der Kinder gilt, die fast immer Verständnis bei ihrer Mutter finden (siehe Grafik 7.16). Bei diesen großen Zahlenunterschieden ist zu bedenken, dass das Verständnis der Eltern auch stellvertretend für andere, die Lebenssituation der Kinder beeinflussende Faktoren stehen kann. Somit könnte der gesundheitliche Einfluss des elterlichen Verständnisses etwas überzeichnet sein. Dennoch ist insgesamt die familiäre Situation der Kinder als wesentliche Bestimmungsgröße ihres subjektiven Gesundheitsgefühls zu betrachten.

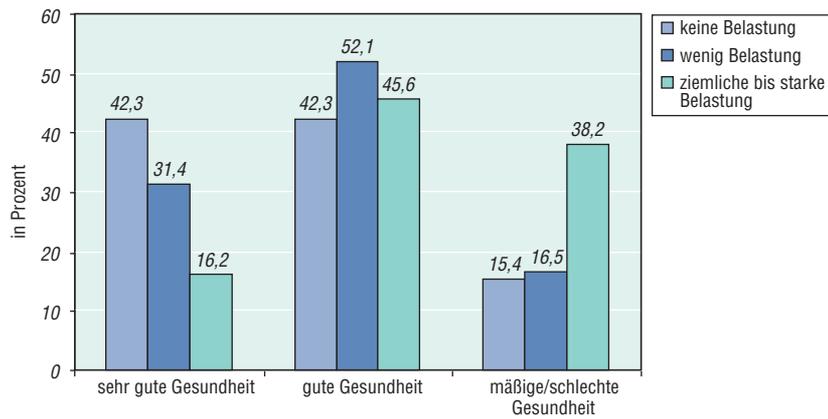
Grafik 7.16: Subjektiver Gesundheitszustand und Verständnis der Eltern für ihre Kinder in Wien

Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

Die Schule stellt einen weiteren Lebensbereich dar, der für Kinder einen hohen Stellenwert hat und sich dementsprechend auf ihre Gesundheit auswirken kann. Unter jenen Kindern, die sich keinen Belastungen durch die Schule ausgesetzt sehen, geben mehr als 42 Prozent an, sich sehr gesund zu fühlen. Im Vergleich dazu teilen diese positive Einschätzung ihrer Gesundheit nur etwas über 16 Prozent der Kinder, die sich durch die Schule ziemlich bis stark belastet fühlen. Umgekehrt weisen mehr als 38 Prozent der durch die Schule erheblich be-

lasteten Kinder eine mäßige bis schlechte Gesundheitseinschätzung auf, während dies nur für etwas über 15 Prozent der schulisch nicht belasteten Kinder zutrifft (vgl. Grafik 7.17). Druck in der Schule ergibt sich aus einer Fülle von personellen, familiären und schulischen sowie sozialen Einzelfaktoren, die sich zu einer Gesamtbelastung verdichten und sich deutlich in der subjektiven Gesundheitseinschätzung der Kinder niederschlagen.

Grafik 7.17: Subjektiver Gesundheitszustand und Belastung durch die Schule in Wien



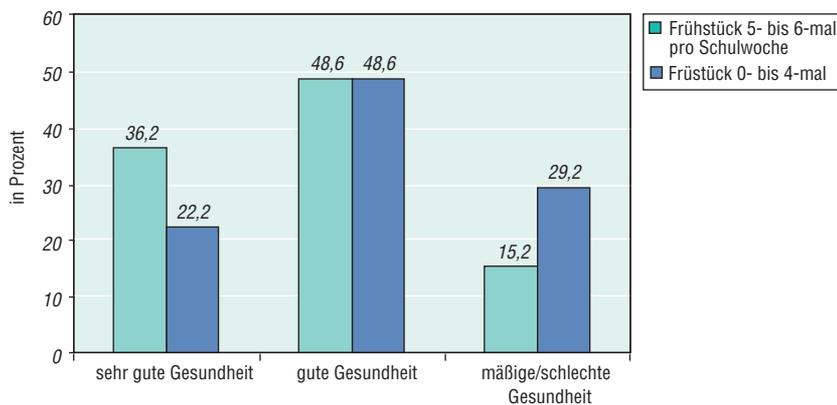
Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

7.5.3 Ernährungsverhalten

So wie in der Gesamtbevölkerung weist auch das durchschnittliche Ernährungsverhalten von Schulkindern deutlich Defizite auf. Mehr als 36 Prozent der Schulkinder, die praktisch jeden Tag vor der Schule frühstücken, fühlen sich sehr gesund. Hingegen trifft dies nur für rund 22 Prozent der Schulkinder zu, die

seltener oder nie vor der Schule frühstücken. Diese Gruppe weist auch einen fast doppelt so hohen Anteil unter jenen auf, die ihre Gesundheit als mäßig oder schlecht einschätzen, als bei Kindern, die regelmäßig frühstücken. Fast 38 Prozent der Schulkinder gehen überhaupt ohne Frühstück oder maximal einmal pro Woche mit Frühstück vor der Schule aus dem Haus.²⁶¹

Grafik 7.18: Subjektiver Gesundheitszustand und Anzahl von Tagen mit Frühstück vor der Schule in Wien



Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

²⁶¹ HBSC Survey, 2001/2002.

Die Ernährungsgewohnheiten von Wiener Schulkindern beim Verzehr von Früchten und Gemüse variieren etwas stärker im Vergleich zum gesamtösterreichischen Durchschnitt. Es gibt einerseits eine etwas größere Gruppe von Kindern, die sich gesünder ernähren. So essen fast 21 Prozent der Kinder in Wien mehrmals täglich Früchte verglichen mit 18,4 Prozent in Österreich insgesamt. 7,5 Prozent der Wiener Kinder essen mehrmals täglich Gemüse, hingegen nur 5,2 Prozent der Kinder im österreichischen Durchschnitt. Andererseits nehmen Wiener Kinder deutlich mehr zuckerhaltige Nahrungsmittel zu sich. So konsumieren mehr als 12 Prozent der Wiener Schulkinder, jedoch nur knapp 10

Prozent der österreichischen Schulkinder mehrmals täglich Süßigkeiten. Fast 19 Prozent der Wiener Schulkinder konsumieren mehrmals täglich süße Limonaden; unter den österreichischen Kindern insgesamt sind es nur knapp 12 Prozent. Bedenklich scheint, dass über 17 Prozent der Wiener Schulkinder zwischen 10 und 15 Jahren maximal einmal pro Woche Früchte zu sich nehmen, bei Gemüse beträgt dieser Wert sogar mehr als ein Drittel (vgl. Tabelle 7.12). Zusammen mit dem übermäßigen Konsum von zuckerhaltigen Nahrungsmitteln und Getränken ergibt dies für einen erheblichen Anteil der Wiener Schulkinder ein sehr ungünstiges Bild der Ernährungsgewohnheiten.

Tabelle 7.12: Ernährungsgewohnheiten von Schulkindern im Alter von 10 bis 15 Jahren

Konsum von	nie	seltener als 1x pro Woche	1x pro Woche	2- bis 4-mal pro Woche	5- bis 6-mal pro Woche	1-mal pro Tag	mehrmals täglich
Früchten							
<i>in %</i>							
Österreich	1,8	6,1	9,8	29,3	14,9	19,7	18,4
Wien	1,5	6,8	8,8	31,6	13,2	17,2	20,9
Gemüse							
Österreich	7,5	12,4	16,2	32,3	15,3	11,2	5,2
Wien	8,7	11,6	15,7	29,2	16,9	10,4	7,5
Süßigkeiten							
Österreich	5,2	13,5	14,9	29,1	15,9	11,5	9,9
Wien	3,9	12,5	13,1	29,7	15,5	13,1	12,1
süßen Limonaden							
Österreich	10,4	23,9	13,6	19,9	11,8	8,5	11,9
Wien	7,8	19,6	10,0	19,2	12,6	11,9	18,9

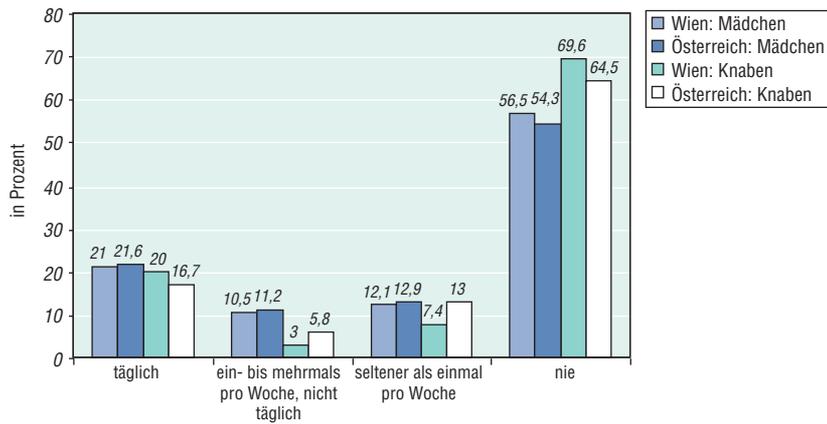
Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

7.5.4 Rauchgewohnheiten

21 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Buben, also ein Fünftel aller 14- bis 15-jährigen Schulkinder in Wien, rauchen täglich. Diese Werte liegen bei Mädchen etwas unter dem österreichischen Durchschnitt, bei Buben etwas darüber. Mädchen sind deutlich häufiger

als Buben GelegenheitsraucherInnen. Immerhin sind aber auch mehr als die Hälfte aller SchülerInnen Nicht-raucherInnen, bei den Mädchen allerdings weniger (56,5 Prozent) als bei den Buben (69,6 Prozent). Für Österreich liegen die entsprechenden Zahlen bei Mädchen mit 54,3 Prozent und bei Buben mit 64,5 Prozent deutlich darunter (vgl. Grafik 7.19).

Grafik 7.19: Häufigkeit des Rauchens bei 14- bis 15-jährigen SchülerInnen

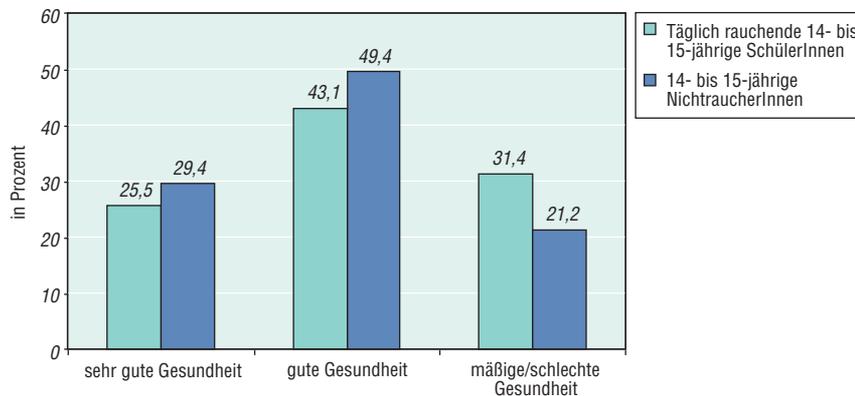


Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

Rauchen hat typischerweise negative Langzeitwirkungen, die sich bei Kindern noch nicht im gleichen Maße zeigen wie bei Erwachsenen. Dennoch lassen sich bereits im Alter zwischen 14 und 15 Jahren deutliche gesundheitliche Beeinträchtigungen bei regelmäßigen RaucherInnen im Vergleich zu NichtraucherInnen feststellen. Aufschlussreich ist hierbei die Analyse des Zusammenhangs zwischen Rauchen und subjektivem Ge-

sundheitsgefühl. 31,4 Prozent der täglich rauchenden SchülerInnen, jedoch nur 21,2 Prozent der nicht rauchenden SchülerInnen geben an, einen mäßig guten bis schlechten Gesundheitszustand zu besitzen (vgl. Grafik 7.20). Da jedoch beim Rauchverhalten auch andere, teilweise bereits erwähnte Einflussfaktoren mitspielen, muss es sich hier nicht um einen Kausalzusammenhang handeln.

Grafik 7.20: Rauchen und subjektive Gesundheit bei 14- bis 15-jährigen SchülerInnen in Wien



Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

7.5.5 Alkoholkonsum

Beim Konsum alkoholischer Getränke schneiden Wiener Schulkinder zwischen 14 und 15 Jahren besser ab als ihre AlterskollegInnen in Österreich insgesamt. Der Anteil der alkoholabstinenten Kinder, die nie Bier, Wein, Sekt, Schnaps, Likör oder alkoholische Mischgetränke zu sich nehmen, ist in Wien in allen Fällen höher als in Österreich. Von allen Alkoholika scheinen die oft sehr hochprozentigen und teilweise sogar gesundheits-schädlichen Mischgetränke mit Alkohol (z. B. Red Bull mit Alkohol) am beliebtesten zu sein. Fast 17 Prozent der Wiener und 25 Prozent der österreichischen Schul-

kinder dieses Alters konsumieren alkoholische Mischgetränke mindestens einmal pro Woche. Nur knapp die Hälfte der Wiener und nur rund ein Drittel der österreichischen 14- bis 15-Jährigen konsumieren niemals alkoholische Mischgetränke (vgl. Tabelle 7.13).

Wenngleich aber insgesamt der Alkoholkonsum bei 14- bis 15-jährigen Wiener Schulkindern ein weniger stark ausgeprägtes Problem darstellt als bei österreichischen Schulkindern, so gibt es dennoch auch hier einen signifikanten Anteil an Kindern, die regelmäßig Alkohol zu sich nehmen und sich dadurch den gesundheitlichen Risiken des Alkoholkonsums aussetzen.

Tabelle 7.13: Alkoholkonsum von 14- bis 15-jährigen SchülerInnen, Wien 2001/2002

	täglich	jede Woche	jedes Monat	seltener als einmal im Monat	nie
Bier					
	<i>in %</i>				
Wien	1,6	7,9	7,1	15,9	67,5
Österreich	1,0	14,1	10,0	19,5	55,5
Wein, G'spritzer, Sekt					
Wien	0,8	4,4	6,0	31,5	57,4
Österreich	1,1	8,7	12,3	31,3	46,6
Schnaps/Likör					
Wien	1,2	6,9	4,1	20,4	67,4
Österreich	0,8	6,8	9,7	22,8	59,9
Mischgetränke mit Alkohol					
Wien	1,6	15,1	11,6	22,7	49,0
Österreich	1,2	23,8	17,1	23,0	34,9

Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

7.5.6 Körperliche Aktivität

Fast 16 Prozent der Mädchen in Wien und knapp 15 Prozent der Mädchen in Österreich zwischen 10 und 15 Jahren sind in einer typischen Woche mindestens eine Stunde körperlich aktiv. Bei den Buben liegen die entsprechenden Werte deutlich darüber, und zwar für Wien bei 23 Prozent und für Gesamtösterreich bei 23,6 Prozent. Körperlich völlig inaktiv sind 3,5 Prozent der

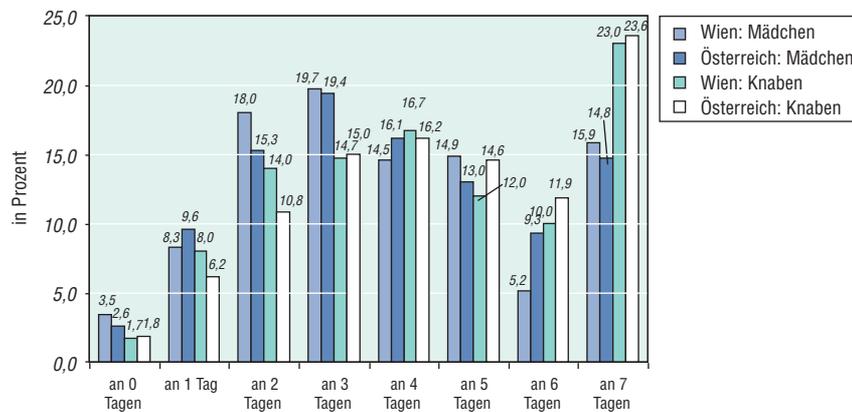
Mädchen in Wien (Österreich: 2,6 Prozent) und 1,7 Prozent der Buben (Österreich: 1,8 Prozent).

Im Schnitt sind Wiener Mädchen genauso körperlich aktiv wie Mädchen in ganz Österreich, nämlich an mindestens 3,8 Tagen pro Woche. Allerdings liegen sie damit deutlich hinter den Buben, für die der entsprechende Wert in Wien bei 4,3 Tagen, in Österreich bei 4,5 Tagen liegt.

Hinter diesen ähnlichen Durchschnittswerten zwischen Wien und Österreich bleibt verborgen, dass es im Bereich von zwei bis drei Tagen pro Woche relativ mehr körperlich aktive Wiener Kinder gibt, im Bereich von sechs Tagen pro Woche relativ mehr aktive

Kinder in Österreich insgesamt (vgl. Grafik 7.21). Generell sind Buben körperlich aktiver als Mädchen. Diese Zahlen sind von besonderer Bedeutung, da Gesundheit und Bewegung in enger Beziehung zueinander stehen.

Grafik 7.21: Anzahl der Tage innerhalb einer typischen Woche mit mindestens einer Stunde körperlicher Aktivität

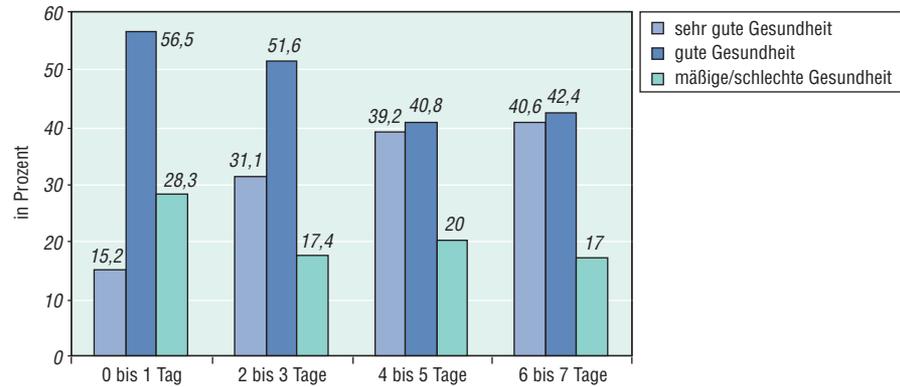


Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

Über 28 Prozent der Wiener Kinder zwischen 10 und 15 Jahren, die im Schnitt maximal einen Tag pro Woche mindestens eine Stunde körperlich aktiv sind, bezeichnen ihre Gesundheit als mäßig gut bis schlecht. Für alle anderen Gruppen liegt dieser Wert mit 17 bis 20 Prozent deutlich darunter. Bereits ein moderates Niveau an körperlicher Aktivität von mindestens einer Stunde an zwei bis drei Tagen pro Woche dürfte also zu einer deutlichen Verbesserung der subjektiven Gesundheit führen. Zu bedenken ist allerdings, dass die Verursachung der körperlichen Inaktivität teilweise auch in die andere Richtung laufen kann, dass also kränklliche Kinder vermutlich auch weniger Sport betreiben.

Unterschiede bestehen jedoch auch im subjektiven Gesundheitsempfinden zwischen Kindern, die sehr aktiv sind und jenen Kindern, die mäßig aktiv sind. Rund 40 Prozent der Kinder, die praktisch jeden Tag mindestens eine Stunde lang physische Aktivitäten setzen, fühlen sich sehr gesund. Bei Kindern, die zwei bis drei Tage pro Woche körperlich aktiv sind, liegt dieser Wert mit rund 31 Prozent deutlich darunter. Körperliche Aktivitäten, die über fünf Tage pro Woche hinausgehen, verbessern kaum mehr das subjektive Gesundheitsempfinden (vgl. Grafik 7.22).

Grafik 7.22: Anzahl der Tage innerhalb einer typischen Woche mit mindestens einer Stunde körperlicher Aktivität und subjektive Gesundheit, Wien 2001/2002



Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

Ein deutlicher zeitlicher Kontrast besteht zwischen physischen Aktivitäten und anderen Aktivitäten, welche die Kinder außerhalb der Schulzeit setzen. Im Schnitt verbringen die 10- bis 15-jährigen Schulkinder in Wien an Schultagen etwa 2,6 Stunden vor dem Fern-

sehapparat (einschließlich Videos; Österreich: 2 Stunden). Rund 1,7 Stunden nehmen im Schnitt die Hausaufgaben in Anspruch (Österreich: 1,4 Stunden). Vor dem Computer werden rund 1,6 Stunden an Schultagen verbracht (Österreich: 1,1 Stunden).²⁶²

²⁶² HBSC Survey, 2001/2002.

7.5.5 Alkoholkonsum

Beim Konsum alkoholischer Getränke schneiden Wiener Schulkinder zwischen 14 und 15 Jahren besser ab als ihre AlterskollegInnen in Österreich insgesamt. Der Anteil der alkoholabstinenten Kinder, die nie Bier, Wein, Sekt, Schnaps, Likör oder alkoholische Mischgetränke zu sich nehmen, ist in Wien in allen Fällen höher als in Österreich. Von allen Alkoholika scheinen die oft sehr hochprozentigen und teilweise sogar gesundheits-schädlichen Mischgetränke mit Alkohol (z. B. Red Bull mit Alkohol) am beliebtesten zu sein. Fast 17 Prozent der Wiener und 25 Prozent der österreichischen Schul-

kinder dieses Alters konsumieren alkoholische Mischgetränke mindestens einmal pro Woche. Nur knapp die Hälfte der Wiener und nur rund ein Drittel der österreichischen 14- bis 15-Jährigen konsumieren niemals alkoholische Mischgetränke (vgl. Tabelle 7.13).

Wenngleich aber insgesamt der Alkoholkonsum bei 14- bis 15-jährigen Wiener Schulkindern ein weniger stark ausgeprägtes Problem darstellt als bei österreichischen Schulkindern, so gibt es dennoch auch hier einen signifikanten Anteil an Kindern, die regelmäßig Alkohol zu sich nehmen und sich dadurch den gesundheitlichen Risiken des Alkoholkonsums aussetzen.

Tabelle 7.13: Alkoholkonsum von 14- bis 15-jährigen SchülerInnen, Wien 2001/2002

	täglich	jede Woche	jedes Monat	seltener als einmal im Monat	nie
Bier					
	<i>in %</i>				
Wien	1,6	7,9	7,1	15,9	67,5
Österreich	1,0	14,1	10,0	19,5	55,5
Wein, G'spritzer, Sekt					
Wien	0,8	4,4	6,0	31,5	57,4
Österreich	1,1	8,7	12,3	31,3	46,6
Schnaps/Likör					
Wien	1,2	6,9	4,1	20,4	67,4
Österreich	0,8	6,8	9,7	22,8	59,9
Mischgetränke mit Alkohol					
Wien	1,6	15,1	11,6	22,7	49,0
Österreich	1,2	23,8	17,1	23,0	34,9

Quelle: HBSC Survey, 2001/2002.

7.5.6 Körperliche Aktivität

Fast 16 Prozent der Mädchen in Wien und knapp 15 Prozent der Mädchen in Österreich zwischen 10 und 15 Jahren sind in einer typischen Woche mindestens eine Stunde körperlich aktiv. Bei den Buben liegen die entsprechenden Werte deutlich darüber, und zwar für Wien bei 23 Prozent und für Gesamtösterreich bei 23,6 Prozent. Körperlich völlig inaktiv sind 3,5 Prozent der

Mädchen in Wien (Österreich: 2,6 Prozent) und 1,7 Prozent der Buben (Österreich: 1,8 Prozent).

Im Schnitt sind Wiener Mädchen genauso körperlich aktiv wie Mädchen in ganz Österreich, nämlich an mindestens 3,8 Tagen pro Woche. Allerdings liegen sie damit deutlich hinter den Buben, für die der entsprechende Wert in Wien bei 4,3 Tagen, in Österreich bei 4,5 Tagen liegt.

7.5 Gesundheitsverhalten von Schulkindern: Resultate der HBSC-Studie für Wien

Zusammenfassung

Die Daten der im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation WHO durchgeführten internationalen Vergleichsstudie über das Gesundheitsverhalten von Schulkindern (HBSC-Studie) im Alter von 10 bis 15 Jahren aus dem Jahr 2001 zeigen, dass sich Wiener Schulkinder subjektiv weniger gesund fühlen als Schulkinder in Österreich insgesamt. Nur knapp 30 Prozent der Wiener Kinder und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren bezeichnen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet, jedoch 37,3 Prozent der Kinder in Österreich. Umgekehrt schätzen fast 22 Prozent der Wiener SchülerInnen ihren Gesundheitszustand als bloß eher gut bis schlecht ein. Im österreichischen Durchschnitt liegt dieser Wert bei unter 16 Prozent.

Die familiäre und schulische Situation beeinflusst wesentlich die subjektive Gesundheit der Kinder. Unter jenen Kindern, die sich keinen Belastungen durch die Schule ausgesetzt sehen, geben mehr als 42 Prozent an, sich sehr gesund zu fühlen. Im Vergleich trifft dies nur auf etwas über 16 Prozent der Kinder zu, die durch die Schule ziemlich bis stark belastet sind.

Über 17 Prozent der Wiener Schulkinder nehmen maximal einmal pro Woche Früchte zu sich, bei Gemüse beträgt dieser Wert sogar mehr als ein Drittel. Zusammen mit dem übermäßigen Konsum von zuckerhaltigen Nahrungsmitteln und Getränken ergibt dies für einen erheblichen Anteil der Wiener Schulkinder ein bedenkliches Bild der Ernährungsgewohnheiten.

Bei den Rauchgewohnheiten schneidet Wien geringfügig besser ab als Gesamtösterreich. Wenngleich die Zahlen bei den RaucherInnen unter Kindern alarmierend hoch sind, so sind doch 56,5 Prozent der Wiener Schülerinnen (Österreich: 54,3 Prozent) sowie knapp 70 Prozent der Wiener Schüler (Österreich: 64,5 Prozent) NichtraucherInnen.

Summary: Health Behaviour in School-Aged Children: Results of the HBSC Study for Vienna

The results of the cross-national survey supported by the WHO on health behaviour in school-aged children (HBSC) conducted among children aged 10 to 15 in 2001 show that school-aged children in Vienna feel subjectively less healthy than school-aged children in Austria overall. Only just under 30 percent of Viennese children and adolescents aged 10 to 15 described their state of health as excellent, while the overall figure for Austria was 37.3 percent. Nearly 22 percent of Viennese school-aged children perceived their state of health as only relatively good or even bad. The Austrian average was below 16 percent.

The family situation and school environment have a decisive influence on the subjective state of health of children. Of those children who do not feel pressured by schoolwork, 42 percent reported feeling very healthy. Of the children who perceive some or a lot of school pressure, only some 16 percent said this.

More than 17 percent of Viennese school-aged children eat fruit once a week or less, and for vegetables this figure is more than one third. Considering the excessive consumption of sweets and soft-drinks, the overall dietary behaviour of a large part of Viennese school-aged children is quite worrying.

Regarding tobacco smoking, the situation in Vienna was slightly better than the Austrian average. Although the rates of school-aged children who smoke are alarmingly high, 56.5 percent of Viennese school-aged girls (Austria: 54.3 percent) and approximately 70 percent of Viennese school-aged boys (Austria: 64.5 percent) are non-smokers.

7.6 Stellungsuntersuchungen 2002

Zusammenfassung

77 Prozent der Wiener Jungmänner wurden 2002 bei den Stellungsuntersuchungen des Bundesheeres für tauglich befunden.

Allerdings wurden bei etwa zwei Drittel aller Untersuchten mindestens eine Störung bzw. Erkrankung diagnostiziert. Die meisten Befunde betrafen die Bereiche „Skelett, Muskeln und Bindegewebe“ (18 Prozent), „Erkrankungen der Augen und deren Anhangsgebilde“ (17 Prozent) sowie „seelische Störungen“ (15 Prozent). Von „Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ waren 10 Prozent der Jungmänner betroffen. Auch „Erkrankungen der Atmungsorgane“ wurden relativ häufig festgestellt (7 Prozent).

Die Stellungsuntersuchungen des Bundesheeres im Heereskommando Wien erfolgten 2002 an jungen Männern des Geburtsjahrganges 1984. Aus militärischen Gründen wird die Anzahl der untersuchten Männer nicht bekannt gegeben; alle Angaben über Untersuchungsbefunde sind Prozentwerte. Zu bedenken ist auch, dass der Zweck der Stellungsuntersuchung primär die Feststellung der Diensttauglichkeit und nicht die Erhebung eines allgemeinen Gesundheitszustandes ist.

Summary: Medical Examinations at Military Registration 2002

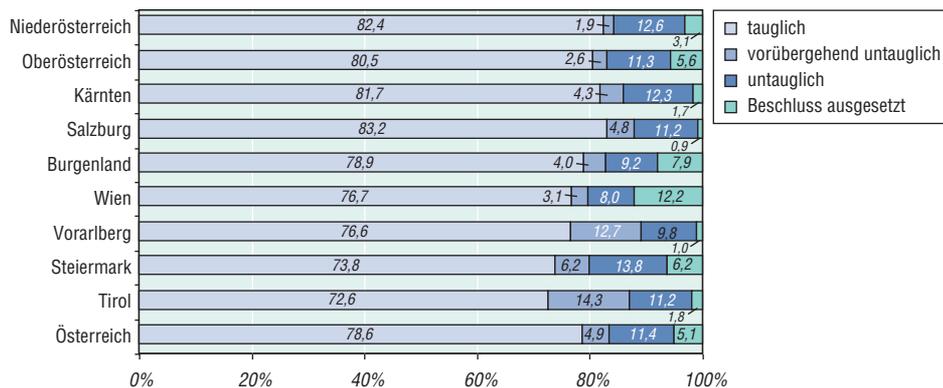
77 percent of young Viennese males liable for enlistment were found fit for military service in the medical and psychological examinations conducted by the registration commission 2002.

However, at least one disorder or illness was diagnosed in approximately two thirds of the young men examined. The most frequent areas of diagnosis were “diseases of the skeleton, muscles and connective tissue” (18 percent), “diseases of the eyes and the adnexa” (17 percent), and “emotional disorders” (15 percent). 10 percent had “nutritional or metabolic disorders”. “Diseases of the respiratory organs” were also relatively common (7 percent).

Die Tauglichkeitsrate ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich hoch und liegt in Wien mit 77 Prozent etwas unter dem österreichischen Durchschnitt von rund 79 Prozent. Die höchsten Tauglichkeitsraten weisen die Bundesländer Salzburg, Niederösterreich und Kärnten auf, die niedrigsten – wie in den vorhergehenden Jahren – Tirol, Steiermark und Vorarlberg.

Die als untauglich eingestuften Jungmänner werden entweder als vorübergehend untauglich oder als wirklich untauglich registriert.

Grafik 7.23: Tauglichkeit nach Bundesländern, 2002 (Geburtsjahrgang 1984)

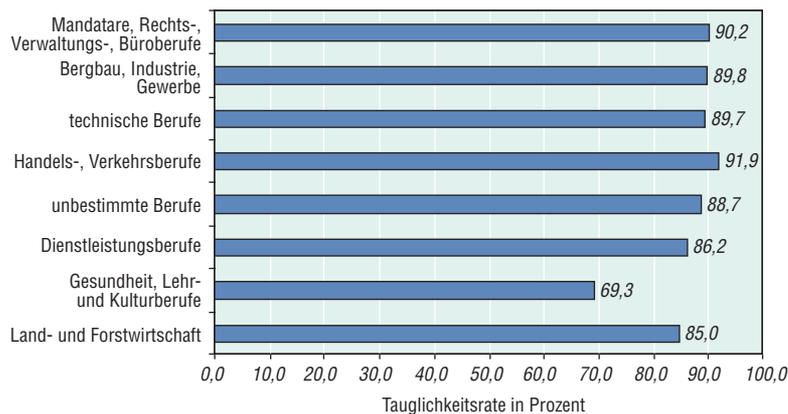


Quelle: BMLV/Kdo EU/Abt milGesW.

Die Feststellung der Tauglichkeit nach **Berufsgruppen** zeigt für Wien, dass im Untersuchungsjahr 2002 die Ausübenden der Berufsgruppen „Handel und Verkehr“, „Recht und Verwaltung“ und „Bergbau, Indus-

trie, Gewerbe“ die höchsten Tauglichkeitsraten aufweisen. Die mit Abstand niedrigste Rate findet sich beim Jahrgang 1984 bei Berufsausübenden aus dem Bereich „Gesundheits-, Lehr- und Kulturberufe“.

Grafik 7.24: Tauglichkeit nach Berufsgruppen, Wien 2002 (Geburtsjahrgang 1984)



Quelle: BMLV/Kdo EU/Abt milGesW.

Der **Gesundheitsstatus** der in Wien Untersuchten sieht wie folgt aus: Ohne Diagnose (also vollkommen „gesund“) waren im Untersuchungsjahr nur 27 Prozent der untersuchten Jungmänner. Bei rund 64 Prozent wurden eine oder mehrere der unten genannten Störungen oder Erkrankungen diagnostiziert. Fast 10 Prozent wurden zwecks genauerer Abklärung zu einem Facharzt verwiesen.

Der größte Anteil der diagnostizierten Störungen oder Krankheiten entfällt dabei auf die Kategorie „Skelett, Muskeln und Bindegewebe“ (18 Prozent). Fast ebenso oft (17 Prozent) wurden Erkrankungen der Augen und deren Anhangsgebilde festgestellt. Rund 16 Prozent der Untersuchten mit einer diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigung weisen „Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten“ auf, nahezu gleich oft wurde die Diagnose „seelische Störungen“ gestellt (15

Prozent). 10 Prozent der Befunde betreffen den Bereich „Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ und etwa 7 Prozent die Krankheitsgruppe „Erkrankungen der Atmungsorgane“.

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

Tabelle 7.14: Befunde der Stellungsuntersuchung nach Diagnosehauptgruppen, alle Jahrgänge, Wien 2002

Diagnose	Anteil in %
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,3
Neubildungen – Tumore	0,5
Endokrines System, Stoffwechsel, Ernährung	10,0
Blut und Blut bildende Organe	0,1
Seelische Störungen	15,1
Nervensystem (zentral und peripher)	1,1
Augen und deren Anhangsgebilde	16,6
Ohren, Gehör, Warzenfortsatz	0,7
Kreislaufsystem	3,8
Atmungsorgane	6,5
Mundhöhle, Speicheldrüsen, Kiefer	0,2
Verdauungstrakt, Verdauungsorgane	1,1
Harn- und Geschlechtsorgane	0,6
Haut- und Unterhautzellgewebe	2,2
Skelett, Muskeln und Bindegewebe	17,5
angeborene Missbildungen	2,3
Perinatalzeit – Affektionen	0,0
Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten	15,8
Verletzungen und Vergiftungen	4,7
insgesamt (Summe der diagnostizierten Hauptgruppen)	100,0

Quelle: BMLV/Kdo EU/Abt milGesW.

**VIII.
GESUNDHEIT IM ALTER**

HEALTH AT OLD AGE

