

Die individuellen Determinanten werden gemäß dem Public Health Monitoring Framework (s. Abschnitt 1.2) in drei Bereiche untergliedert:

- ▶ *Körperliche Faktoren* wie Übergewicht, Adipositas und Bluthochdruck
- ▶ *Psychische Faktoren* wie Gesundheitskompetenz, gesundheitsrelevante Einstellungen und Überzeugungen (z. B. Selbstwirksamkeitserwartung, problematische Körperwahrnehmung)
- ▶ *Gesundheitsverhalten* wie Ernährung, Bewegung, Rauchen, Konsum von Alkohol und illegalen Substanzen

Im folgenden Kapitel werden die Indikatoren für körperliche Faktoren und das Gesundheitsverhalten dargestellt. Im Bereich der psychischen Faktoren gibt es in Österreich große Datendefizite: Verlässliche Daten in Hinblick auf die Gesundheitskompetenz liegen derzeit nur auf Bundesebene vor, jedoch nicht für die Bundesländer. Daten bezüglich Selbstwirksamkeitserwartung und Körperwahrnehmung stehen derzeit nur für ausgewählte Bundesländer zur Verfügung.

## 4.1 Körperliche Faktoren

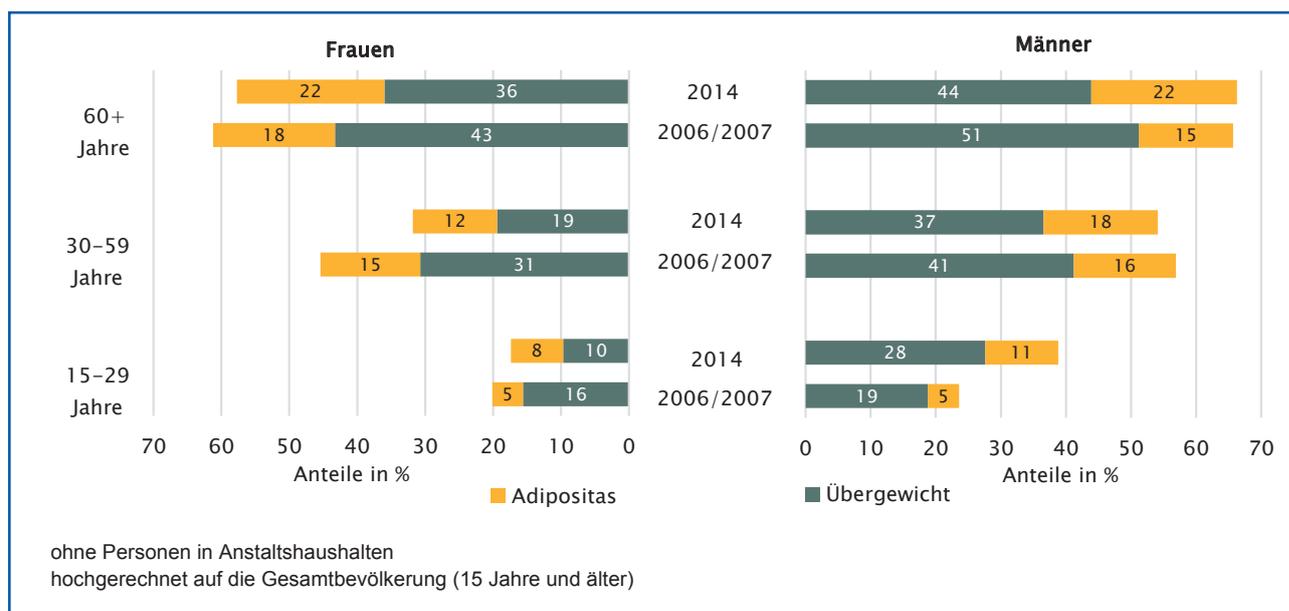
### 4.1.1 Adipositas und Übergewicht

Adipositas und Übergewicht steigen weltweit an. Adipositas und Übergewicht gelten als Risikofaktoren für zahlreiche Gesundheitsprobleme wie Bluthochdruck, hohes Cholesterin, Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen und bestimmte Krebsarten (OECD 2014). Darüber hinaus stehen Adipositas und Übergewicht mit einer Reihe psychosozialer Belastungen in Zusammenhang (z. B. Diskriminierung, Ausgrenzung, verminderte Selbstachtung), die zu einer verminderten Lebensqualität sowie zu einem erhöhten Depressionsrisiko führen können (Flodmark et al. 2004).

Den Grenzwerten der WHO zufolge (s. Definitionen und Daten) sind – laut ATHIS – rund 28 Prozent der Wiener Bevölkerung übergewichtig (rund 425.000 Personen; BL-Bandbreite: 28–38 %), weitere 15 Prozent adipös (rund 229.000 Personen; BL-Bandbreite: 10–19 %). Männer zwischen 15 und 59 Jahren sind davon deutlich häufiger betroffen als Frauen dieser Altersgruppen. Der Anteil übergewichtiger und adipöser WienerInnen nimmt bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu (s. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1:

Übergewicht und Adipositas in Wien nach Altersgruppen und Geschlecht, 2006/2007 und 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

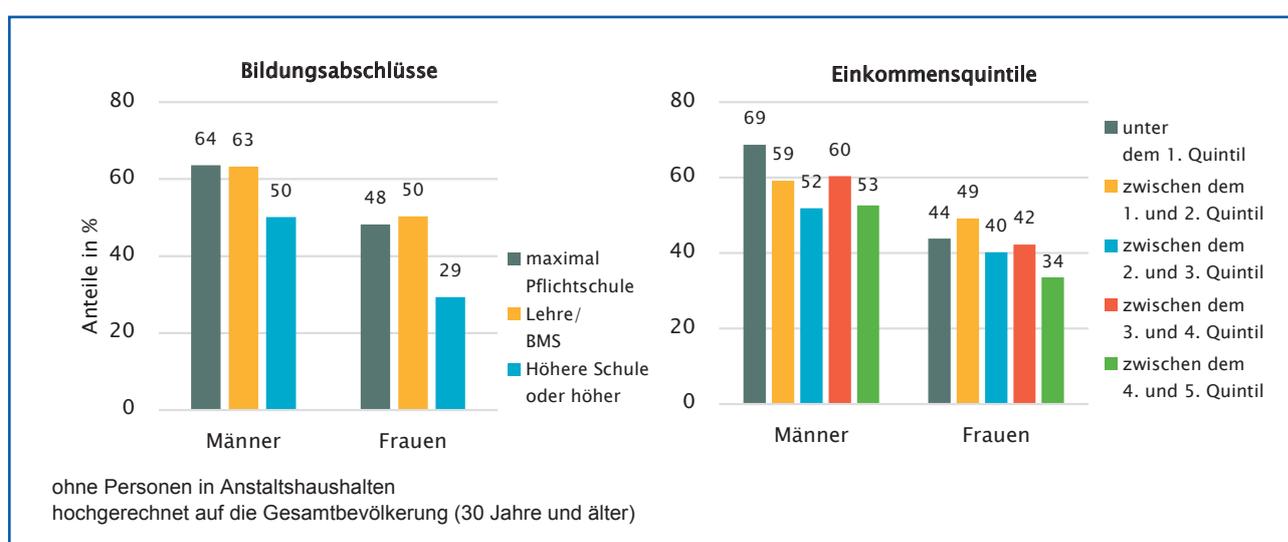
Seit 2006/2007 hat der Anteil adipöser Männer sowohl bei den 15- bis 29-Jährigen als auch bei den ab 60-Jährigen zugenommen. Darüber hinaus kam es bei den 15- bis 29-jährigen Männern auch zu einem Anstieg bei den Übergewichtigen. Der Anteil übergewichtiger und adipöser Frauen hat hingegen seit 2006/2007 in allen Altersgruppen abgenommen, am deutlichsten bei den 30- bis 59-Jährigen. Lediglich bei den 15- bis 29-jährigen Wienerinnen stieg der Anteil der Adipösen etwas an (s. Abbildung 4.1).

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Wienerinnen und Wiener (30 Jahre und älter), die zumindest Matura haben, sind seltener übergewichtig oder adipös als WienerInnen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss. Zudem steigt der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen (30 Jahre und älter) – tendenziell – mit einem sinkenden Haushaltseinkommen (s. Abbildung 4.2, folgende Seite), Zusammenhänge die auch für Österreich insgesamt gelten.

Abbildung 4.2:

### Übergewicht und Adipositas in Wien nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Personen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) sind häufiger übergewichtig oder adipös als Personen mit Migrationshintergrund (46 vs. 38 %). Dies gilt insbesondere für die weibliche Bevölkerung (41 vs. 26 %) und hängt mit dem Altersunterschied der Vergleichsgruppen zusammen: WienerInnen ohne Migrationshintergrund sind älter als WienerInnen mit Migrationshintergrund.

## Definitionen und Daten

Der *Body-Mass-Index* (kurz BMI) ist das gebräuchlichste Maß zur Klassifikation von Unter-, Normal- und Übergewicht. Er berechnet sich aus dem Quotienten des Körpergewichts (in Kilogramm) und der quadrierten Körpergröße (in Metern). Während die Messung des Körperfettanteils verlässlichere Aussagen in Richtung Übergewicht und Adipositas ermöglicht, ist der BMI kosteneffizienter und einfacher zu erheben. Zudem besteht zwischen BMI und Körperfettanteil ein enger Zusammenhang (Falaschetti E 2010).

Bei Personen ab 18 Jahren wird der BMI üblicherweise nach den Grenzwerten der WHO klassifiziert (WHO 2000). Personen mit einem BMI < 18,50 werden geschlechtsunabhängig als untergewichtig, mit einem BMI zwischen 18,51 und 24,99 als normalgewichtig und ab einem BMI von 25,00 als übergewichtig eingestuft. Personen mit einem BMI zw. 25,00 und 29,99 gelten als prä-adipös, mit Werten  $\geq 30$  als adipös. Bei Kindern und Jugendlichen gelten andere Grenzwerte.

Die Ergebnisse zu Adipositas und Übergewicht werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben. Ein Vergleich der ab 15-jährigen mit der ab 18-jährigen Bevölkerung hat gezeigt, dass es – hinsichtlich der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas – keine signifikanten Unterschiede gibt. Um den Aufwand zu reduzieren, werden deshalb die Ergebnisse für die Bevölkerung ab 15 Jahren berichtet.

### 4.1.2 Bluthochdruck

Bluthochdruck (Hypertonie) ist der häufigste und wichtigste Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Schlaganfälle und Erkrankungen der Herzkranzgefäße) und Niereninsuffizienz. Er zählt deshalb (vor allem in den Industrienationen) zu den weltweit wichtigsten Gesundheitsrisiken. Auch mit Übergewicht und Adipositas besteht ein enger Zusammenhang (WHO 2003). Bluthochdruck ist über den Lebensstil (ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung, Vermeidung von Übergewicht und Stress) präventiv gut beeinflussbar und kann, einmal erhöht, durch eine Änderung des Lebensstils und korrekte Medikation wieder gesenkt werden (Neuhauser et al. 2014).

Im Jahr 2014 waren – laut ATHIS – 20 Prozent der Wienerinnen und Wiener (rund 302.000 Personen) von Bluthochdruck betroffen (BL-Bandbreite: 17–28 %). In der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen betrifft dies mehr Männer als Frauen (19 vs. 15 %). Im Vergleich zum ATHIS 2006/2007 blieb die Prävalenz von Bluthochdruck damit unverändert.

Menschen unter 30 Jahren sind von Bluthochdruck nicht oder äußerst selten betroffen. Mit zunehmendem Alter steigt jedoch die Prävalenz von 17 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen auf 47 Prozent bei den ab 60-Jährigen.

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

WienerInnen mit einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter; Matura oder höher) sind seltener von Bluthochdruck betroffen als WienerInnen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss. Zudem sinkt die Bluthochdruck-Prävalenz mit steigendem Haushaltseinkommen, Zusammenhänge, die auch in Gesamtösterreich zu beobachten sind. Letzteres gilt in Wien allerdings nur für die weibliche Bevölkerung (s. Abbildung 4.3).

Personen ohne Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) sind häufiger von Bluthochdruck betroffen als Personen mit Migrationshintergrund (22 vs. 16 %). Ein Muster, das auch für Übergewicht und Adipositas gilt und mit der unterschiedlichen Altersstruktur der Vergleichsgruppen zusammenhängt: WienerInnen ohne Migrationshintergrund sind älter als WienerInnen mit Migrationshintergrund.

Entscheidungsfreiheit und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenz, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anwenden zu können (Kickbusch 2006; Sørensen et al. 2012). Die individuelle Kompetenz ist dabei immer in Relation zu den gesellschaftlichen Anforderungen zu sehen (Brach et al. 2012; Parker 2009).

*Verhaltensbezogene Einstellungen und Überzeugungen* informieren über Grundhaltungen und Werte, die sowohl normkonform als auch normabweichend sein können. Sie verweisen auf die Priorität und Dringlichkeit gesundheitsrelevanter Themen und geben Auskunft über die zugrunde liegende Motivlage und über das zur Verfügung stehende Wissen (Conner/Norman 2005).

Ebenfalls zu den psychischen Faktoren zählen die *Einstellung und Haltung gegenüber dem eigenen Körper*. Beides beeinflusst sowohl das Verhalten als auch die psychische Gesundheit (Dür/Griebler 2007; Kurth/Ellert 2008).

Trotz ihrer Wichtigkeit liegen hinsichtlich psychischer Einflussgrößen (mehrheitlich) weder für Wien noch für Österreich insgesamt entsprechende Routinedaten vor. Ein Monitoring dieser Gesundheitsdeterminanten ist somit (vor allem in Bezug auf das Gesundheitsverhalten und die psychische Gesundheit) nur eingeschränkt möglich.

#### 4.2.1 Problematische Körperwahrnehmung

Die Körperwahrnehmung gibt Auskunft darüber, wie Personen ihren Körper sehen und empfinden (Holmqvist/Frisén 2010). Sie ist besonders problematisch, wenn unter- bzw. normalgewichtige Personen sich als zu dick empfinden.

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers wird von physischen wie psychischen Faktoren bestimmt (z. B. durch den Gewichtsstatus) sowie von sozialen und kulturellen Faktoren (z. B. durch Medien, Gleichaltrige, Eltern etc.; Holmqvist/Frisén 2010; Seock/Merritt 2013). Sie beeinflusst sowohl das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Personen als auch ihr psychisches Wohlbefinden bzw. ihre psychische Gesundheit (Dür/Griebler 2007; Kurth/Ellert 2008). Gesundheitlich ist vor allem ein negatives Körperbild relevant, weil es mit ungesunden Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (z. B. mit Fasten, extremen Diäten, übermäßigem Sport), Essstörungen, dem Konsum von Substanzen (z. B. Tabak), einem geringen Selbstwertgefühl und eingeschränkter psychischer Gesundheit einhergeht (Bucchianeri et al. 2013; Currie et al. 2012; Holmqvist/Frisén 2010).

Aussagen zum Körperbild können in Wien auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study 2014 getroffen werden. Dieser zufolge empfinden rund 56 bzw. 54 Prozent der 11-jährigen Burschen bzw. Mädchen sowie 44 bzw. 80 Prozent der 15-jährigen Burschen bzw. Mädchen ihren Körper als zu dick, obwohl sie laut ihrem BMI unter- oder normalgewichtig sind. Bei den 15-Jährigen zeigt sich damit ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Ein Vergleich der letzten Erhebungsjahre eröffnet, dass kein eindeutiger Trend auszumachen ist.

#### Definitionen und Daten

Aussagen zu einem problematischen *Körperbild* werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2002, 2006 und 2010 verglichen (Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Daten beziehen sich auf Personen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

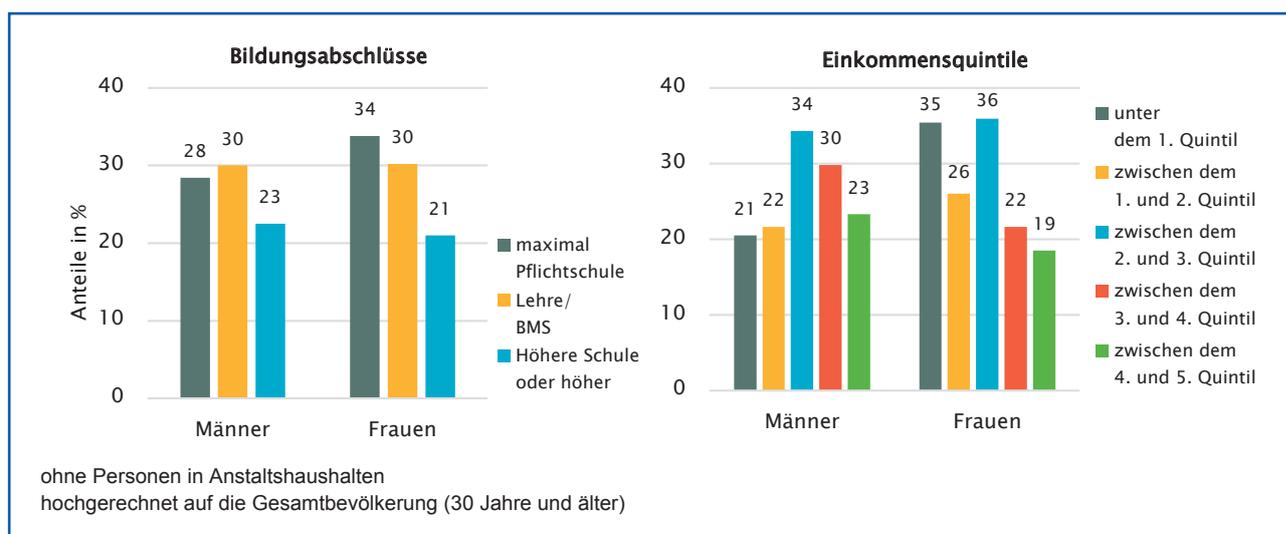
## 4.3 Gesundheitsverhalten

#### 4.3.1 Ernährung

Das Ernährungsverhalten ist ein maßgeblicher Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden und kann langfristig zur Gesundheitserhaltung beitragen (Pirouznia 2001; te Velde et al. 2007). Ein unausgewogenes Verhältnis zwischen wenig gesundheitsförderlichen (z. B. Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke, Fleisch) und gesundheitsförderlichen Lebensmitteln (z. B. Gemüse, Fisch, Milch- und Vollkornprodukte) kann kurz- bis mittelfristig zu Gesundheitsproblemen wie Übergewicht und Karies führen. Langfristig werden dadurch Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Abbildung 4.3:

## WienerInnen mit Bluthochdruck nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

### Definitionen und Daten

Liegt der Blutdruck regelmäßig über den definierten Normwerten, spricht man von *Bluthochdruck (Hypertonie)*. Bluthochdruck wird bezüglich seiner Ursachen in zwei Gruppen unterteilt: Die primäre (essenzielle) Hypertonie entsteht durch Wechselwirkung von Erbanlagen, Alter, Geschlecht und ungünstigem Lebensstil. Die deutlich seltenere sekundäre Hypertonie ist eine Folge bereits bestehender Erkrankungen, z. B. der Niere.

Die Ergebnisse bezüglich Bluthochdruck werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen des ATHIS 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

## 4.2 Psychische Faktoren

Psychische Faktoren – wobei damit Grundhaltungen (Einstellungen, Überzeugungen, Erwartungshaltungen), Kompetenzen (z. B. Gesundheitskompetenz) und Persönlichkeitseigenschaften angesprochen sind – determinieren nachweislich das Gesundheitsverhalten, das körperliche und psychische Stressniveau und damit die Gesundheit (Conner/Norman 2005; Griebler/Dür 2009; Lazarus 1999).

Besonders von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die sogenannten *Meta- bzw. Zugangs-Ressourcen*, z. B. die Selbstwirksamkeit (Bandura 1977; Bandura 1997), das Hardiness-Konzept<sup>4</sup> (Kobasa 1979; Kobasa 1982) oder Antonovsky's „Sense of Coherence“<sup>5</sup> (Antonovsky 1979; Antonovsky 1997; Antonovsky/Sagy 1986). Sie sind für die Nutzung/Aktivierung innerer und äußerer Ressourcen bedeutsam, geben Auskunft über die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) von Personen und entscheiden, wie mit biografischen und gesellschaftlichen Veränderungen umgegangen wird.

*Gesundheitskompetenz* bezeichnet die Fähigkeit, im alltäglichen Leben gesundheitsförderliche, präventive sowie die Krankenbehandlung betreffende Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Sie stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und

<sup>4</sup> Hardiness ist die Fähigkeit, belastende Situationen als Herausforderung bzw. als steuer- und bewältigbar zu betrachten.

<sup>5</sup> Sense of Coherence (Kohärenzgefühl) ist „eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky 1997, S. 36) Das Kohärenzgefühl ist demnach durch Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit gekennzeichnet.

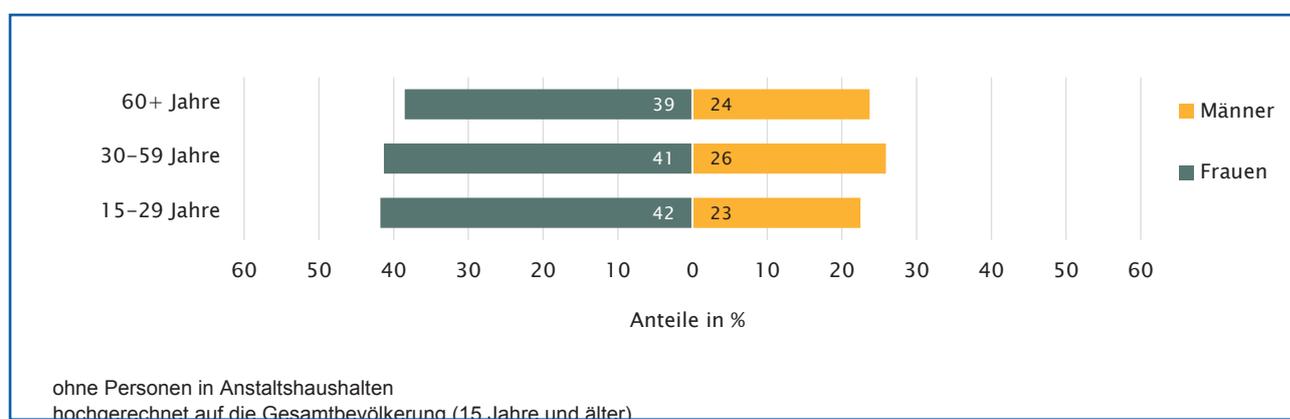
oder bestimmte Krebserkrankungen begünstigt (Bowman/Vinyard 2004; Malik et al. 2010; Vartanian et al. 2007). Bei Kindern und Jugendlichen kann sich ein ungünstiges Ernährungsverhalten auch negativ auf die kognitive Entwicklung auswirken. All diesen Gesundheitsproblemen und schwerwiegenden Krankheiten kann bereits im Kindes- und Jugendalter durch ein gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten präventiv entgegengewirkt werden (Dauchet et al. 2006).

Als besonders wichtig (zur Vermeidung chronischer Krankheiten bzw. zur Steigerung der Lebenserwartung) erweist sich der regelmäßige Konsum von Obst und Gemüse (Hartley et al. 2013; Li et al. 2014; Wang et al. 2014). Die Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) empfiehlt deshalb täglichen Obst- und Gemüsekonsum (s. [www.oege.at](http://www.oege.at)).

33 Prozent der WienerInnen essen – laut ATHIS 2014 – täglich sowohl Obst als auch Gemüse (BL-Bandbreite: 29–42 %), Frauen aller Altersgruppen deutlich häufiger als Männer (41 vs. 25 %). Weitere 19 Prozent essen täglich Obst (aber kein Gemüse), weitere 11 Prozent täglich Gemüse (aber kein Obst). 37 Prozent essen auf einer täglichen Basis weder Obst noch Gemüse. Das Alter der WienerInnen spielt für den Obst- und Gemüsekonsum keine bedeutende Rolle (s. Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4:

#### Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

#### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Je höher der Bildungsabschluss und je höher das Haushaltseinkommen, desto häufiger essen Wiener Männer (30 Jahre und älter) täglich Obst und Gemüse. Bei der weiblichen Bevölkerung konsumieren Frauen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss häufiger täglich Obst und Gemüse als Frauen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen (53 vs. 32–35 %). Ein linearer Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen findet sich bei den Wienerinnen nicht (s. Abbildung 4.5).

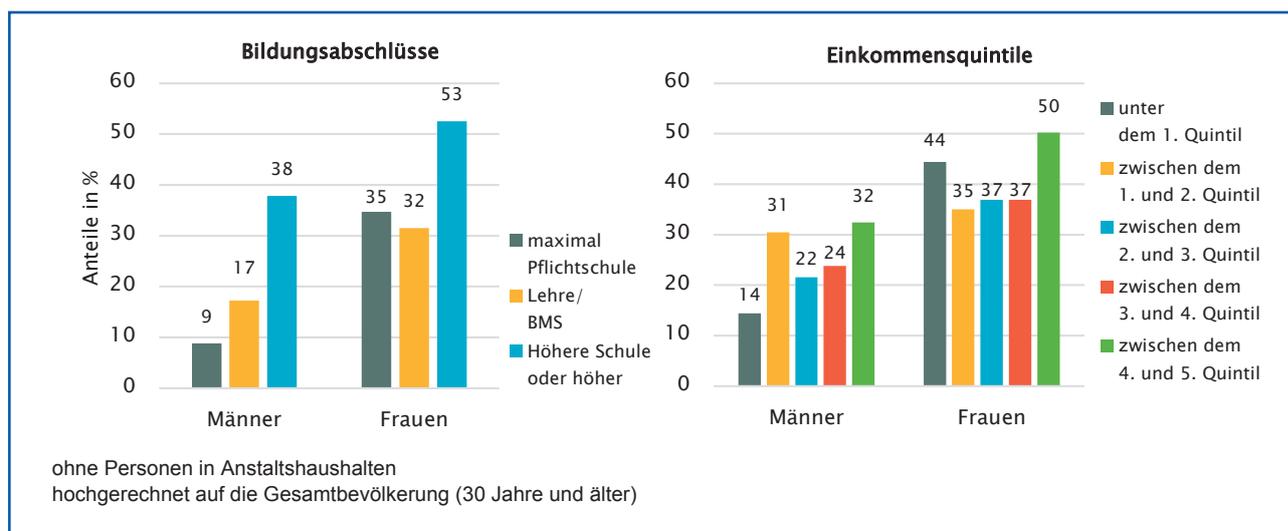
Bei Männern und Frauen mit Migrationshintergrund gehört der Verzehr von Obst und Gemüse häufiger zum täglichen Speiseplan als bei Männern und Frauen ohne Migrationshintergrund (41 vs. 28 %). Dies hängt einerseits mit der unterschiedlichen Altersstruktur der Vergleichsgruppen, andererseits mit unterschiedlichen Ernährungsgewohnheiten zusammen.

#### Obst- und Gemüsekonsum bei Kindern und Jugendlichen

Aussagen zum Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen können in Wien auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study 2014 getroffen werden. Dieser zufolge essen rund 23 bzw. 39 Prozent der 11-jährigen Burschen bzw. Mädchen sowie 23 bzw. 21 Prozent der 15-jährigen Burschen bzw. Mädchen täglich Obst und Gemüse (s. Abbildung 4.6). Während es demnach bei den 11-jährigen WienerInnen noch einen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern gibt, ist dieser bei den 15-Jährigen nicht mehr erkennbar und scheint erst später wieder an Akzentuierung zu gewinnen (s. Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5:

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014

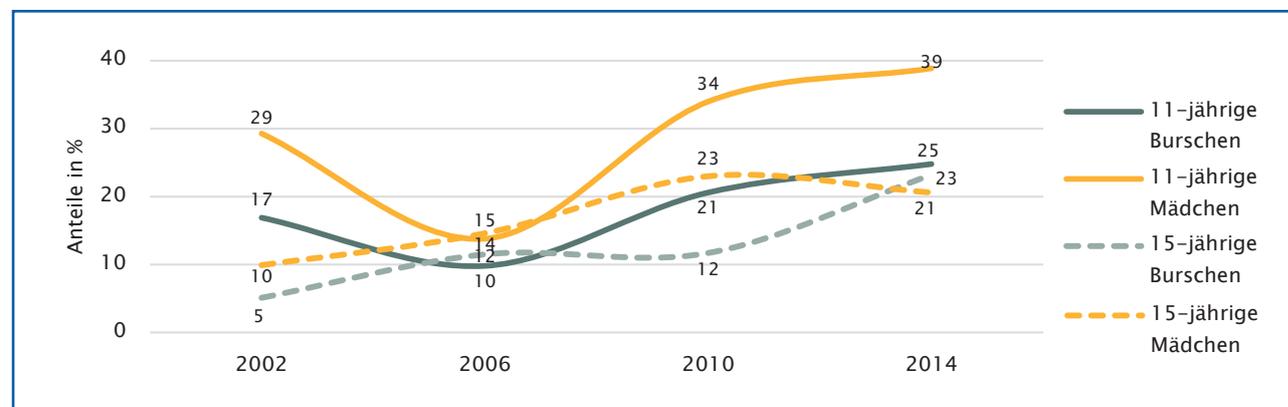


Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Trendbeobachtungen verdeutlichen, dass es bei den 11- und 15-Jährigen (in Wien wie in Österreich) zu einem vermehrten Konsum von Obst und Gemüse gekommen ist. Lediglich bei den 15-jährigen Mädchen ist zwischen 2010 und 2014 keine nennenswerter Anstieg zu verzeichnen (s. Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6:

Täglicher Obst- und Gemüsekonsum bei 11- und 15-Jährigen in Wien, 2002–2014



Quelle: BMGF/IFGP HBSC 2002, 2006, 2010 und 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

Die Ergebnisse in Betreff des Ernährungsverhaltens werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen zum täglichen Obst- und Gemüsekonsum werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2002, 2006 und 2010 verglichen (Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Daten beziehen sich auf Personen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

Entscheidungsfreiheit und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenz, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anwenden zu können (Kickbusch 2006; Sørensen et al. 2012). Die individuelle Kompetenz ist dabei immer in Relation zu den gesellschaftlichen Anforderungen zu sehen (Brach et al. 2012; Parker 2009).

*Verhaltensbezogene Einstellungen und Überzeugungen* informieren über Grundhaltungen und Werte, die sowohl normkonform als auch normabweichend sein können. Sie verweisen auf die Priorität und Dringlichkeit gesundheitsrelevanter Themen und geben Auskunft über die zugrunde liegende Motivlage und über das zur Verfügung stehende Wissen (Conner/Norman 2005).

Ebenfalls zu den psychischen Faktoren zählen die *Einstellung und Haltung gegenüber dem eigenen Körper*. Beides beeinflusst sowohl das Verhalten als auch die psychische Gesundheit (Dür/Griebler 2007; Kurth/Ellert 2008).

Trotz ihrer Wichtigkeit liegen hinsichtlich psychischer Einflussgrößen (mehrheitlich) weder für Wien noch für Österreich insgesamt entsprechende Routinedaten vor. Ein Monitoring dieser Gesundheitsdeterminanten ist somit (vor allem in Bezug auf das Gesundheitsverhalten und die psychische Gesundheit) nur eingeschränkt möglich.

#### 4.2.1 Problematische Körperwahrnehmung

Die Körperwahrnehmung gibt Auskunft darüber, wie Personen ihren Körper sehen und empfinden (Holmqvist/Frisén 2010). Sie ist besonders problematisch, wenn unter- bzw. normalgewichtige Personen sich als zu dick empfinden.

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers wird von physischen wie psychischen Faktoren bestimmt (z. B. durch den Gewichtsstatus) sowie von sozialen und kulturellen Faktoren (z. B. durch Medien, Gleichaltrige, Eltern etc.; Holmqvist/Frisén 2010; Seock/Merritt 2013). Sie beeinflusst sowohl das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Personen als auch ihr psychisches Wohlbefinden bzw. ihre psychische Gesundheit (Dür/Griebler 2007; Kurth/Ellert 2008). Gesundheitlich ist vor allem ein negatives Körperbild relevant, weil es mit ungesunden Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (z. B. mit Fasten, extremen Diäten, übermäßigem Sport), Essstörungen, dem Konsum von Substanzen (z. B. Tabak), einem geringen Selbstwertgefühl und eingeschränkter psychischer Gesundheit einhergeht (Bucchianeri et al. 2013; Currie et al. 2012; Holmqvist/Frisén 2010).

Aussagen zum Körperbild können in Wien auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study 2014 getroffen werden. Dieser zufolge empfinden rund 56 bzw. 54 Prozent der 11-jährigen Burschen bzw. Mädchen sowie 44 bzw. 80 Prozent der 15-jährigen Burschen bzw. Mädchen ihren Körper als zu dick, obwohl sie laut ihrem BMI unter- oder normalgewichtig sind. Bei den 15-Jährigen zeigt sich damit ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Ein Vergleich der letzten Erhebungsjahre eröffnet, dass kein eindeutiger Trend auszumachen ist.

#### Definitionen und Daten

Aussagen zu einem problematischen *Körperbild* werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2002, 2006 und 2010 verglichen (Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Daten beziehen sich auf Personen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

## 4.3 Gesundheitsverhalten

#### 4.3.1 Ernährung

Das Ernährungsverhalten ist ein maßgeblicher Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden und kann langfristig zur Gesundheitserhaltung beitragen (Pirouznia 2001; te Velde et al. 2007). Ein unausgewogenes Verhältnis zwischen wenig gesundheitsförderlichen (z. B. Süßigkeiten, zuckerhaltige Getränke, Fleisch) und gesundheitsförderlichen Lebensmitteln (z. B. Gemüse, Fisch, Milch- und Vollkornprodukte) kann kurz- bis mittelfristig zu Gesundheitsproblemen wie Übergewicht und Karies führen. Langfristig werden dadurch Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen

## 4.3.2 Gesundheitswirksame Bewegung

Das Ausmaß körperlicher Bewegung zählt (neben Ernährungsverhalten und Tabakkonsum) zu den bedeutendsten Lebensstilfaktoren zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Die gesundheitlichen Effekte regelmäßiger Bewegung sind wissenschaftlich gut belegt: Bewegung verringert das Risiko von Adipositas, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ-2-Diabetes, das Risiko bestimmter Krebserkrankungen und von Demenz und trägt zu einer höheren Lebensqualität wie Lebenserwartung bei (Titze et al. 2010). Das Bewegungsverhalten wird einerseits von individuellen Faktoren (Selbstwirksamkeit, Bewegungskompetenz), andererseits von der physischen Umwelt und seiner Gestaltung beeinflusst (BMLVS 2013).

Die österreichischen Bewegungsempfehlungen sehen für Erwachsene (Personen ab 18 Jahren)

- ▶ ein wöchentliches Ausmaß von mindestens 150 Minuten mäßig intensiver körperlicher Bewegung und
- ▶ muskelkräftigende Übungen an mindestens zwei Tagen pro Woche vor (Titze et al. 2010).

Ergänzend dazu wird eine vermehrte Bewegung im Alltag propagiert.

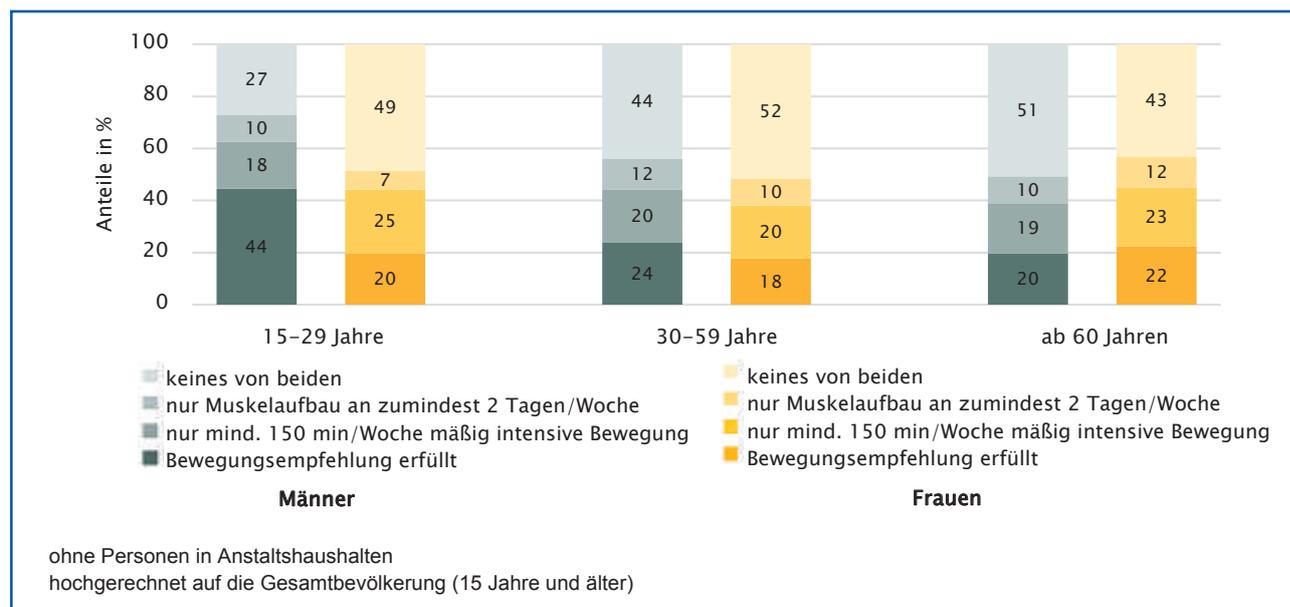
Die österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (Punkt 1 und 2) erfüllen – laut ATHIS 2014 – 24 Prozent der WienerInnen ab 15 Jahren (BL-Bandbreite: 21–30 %), Burschen und Männer häufiger als Mädchen und Frauen (29 vs. 20 %). Während knapp die Hälfte der 15- bis 29-jährigen Männer die Bewegungsempfehlungen erfüllt, sinkt der Anteil bei den ab 30-Jährigen unter ein Viertel. Bei den Frauen erfüllen in allen Altersgruppen etwa 20 Prozent das empfohlene Bewegungsausmaß (s. Abbildung 4.7).

Etwa 45 Prozent der Wiener Bevölkerung bewegen sich mindestens 150 Minuten pro Woche (Punkt 1 der Bewegungsempfehlungen; BL-Bandbreite: 45–60 %), Frauen seltener als Männer (42 vs. 48 %). 15- bis 29-jährige WienerInnen erfüllen den ersten Teil der Bewegungsempfehlung häufiger als Personen über 30 Jahre (53 % vs. 41–43 %).

Der zweite Teil der Bewegungsempfehlung, an mindestens zwei Tagen pro Woche muskelkräftigende Übungen durchzuführen, erfüllen etwa 34 Prozent der ab 15-jährigen WienerInnen (BL-Bandbreite: 29–39 %), Männer häufiger als Frauen (40 vs. 29 %), WienerInnen zwischen 15 und 29 Jahren öfter als WienerInnen ab 30 Jahre (40 vs. 32 %).

Abbildung 4.7:

### Bewegungsverhalten der Wiener Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2014

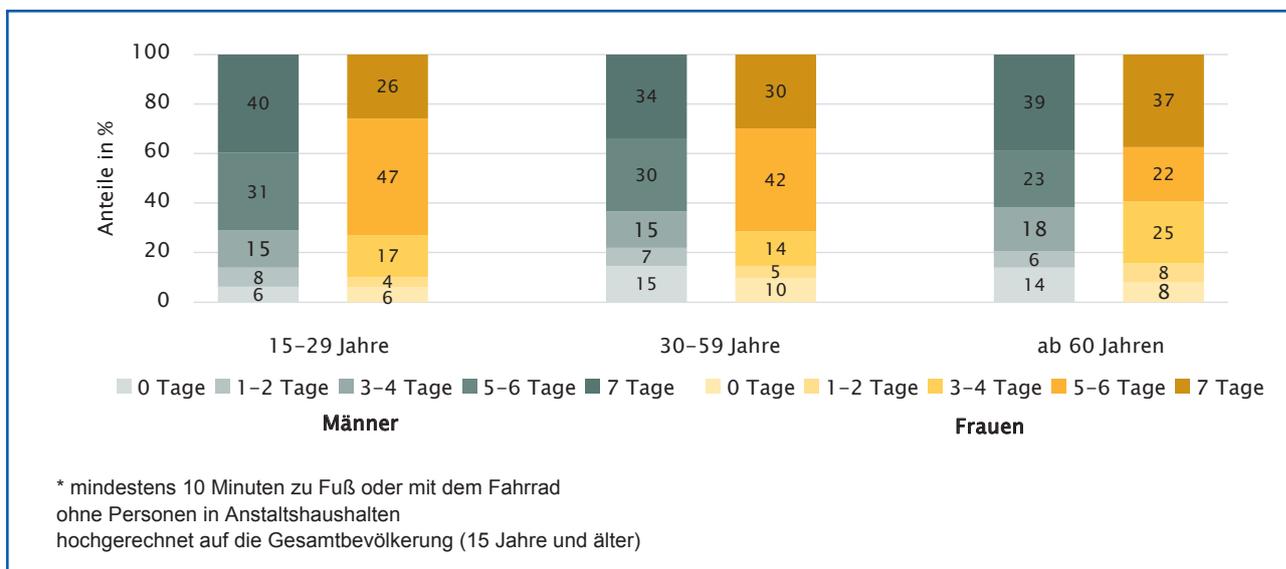


Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Alltagswege von mindestens 10 Minuten (ohne Unterbrechung) legt die Wiener Bevölkerung an rund 4,8 Tagen pro Woche zu Fuß und/oder mit dem Fahrrad zurück, die männliche Bevölkerung ab 15 Jahren etwa genauso häufig wie Frauen (BL-Bandbreite: 3,6–4,8 Tage pro Woche). Mit durchschnittlich 5 Tagen pro Woche legen WienerInnen zwischen 15 und 29 Jahren häufiger Alltagswege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück als WienerInnen im Alter von 30 oder mehr Jahren (4,7–4,8 Tage pro Woche). 10 Prozent der WienerInnen bewältigen ihre Alltagswege nie zu Fuß oder mit dem Fahrrad (BL-Bandbreite: 10–25 %), 34 Prozent hingegen täglich (BL-Bandbreite: 20–34 %; s. Abbildung 4.8).

Abbildung 4.8:

## Bewegungsverhalten im Alltag\* nach Altersgruppen und Geschlecht, Wien 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

WienerInnen mit einem höheren Bildungsabschluss (30 Jahre und älter; Matura oder höher) erfüllen häufiger die österreichischen Bewegungsempfehlungen als Personen mit einem niedrigen Bildungsgrad (27 vs. 13 %). Sie legen auch häufiger Alltagswege zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück (an 4,9 vs. 4,0 Tagen pro Woche). Auch das Haushaltseinkommen korreliert deutlich mit der Erfüllung der Bewegungsempfehlung: WienerInnen der obersten Einkommensquintile erfüllen die Bewegungsempfehlungen mehr als doppelt so häufig wie Personen aus dem untersten Quintil (26–27 % vs. 11 %; für Männer und Frauen s. Abbildung 4.9 auf folgender Seite), Zusammenhänge, die auch für Österreich insgesamt gelten.

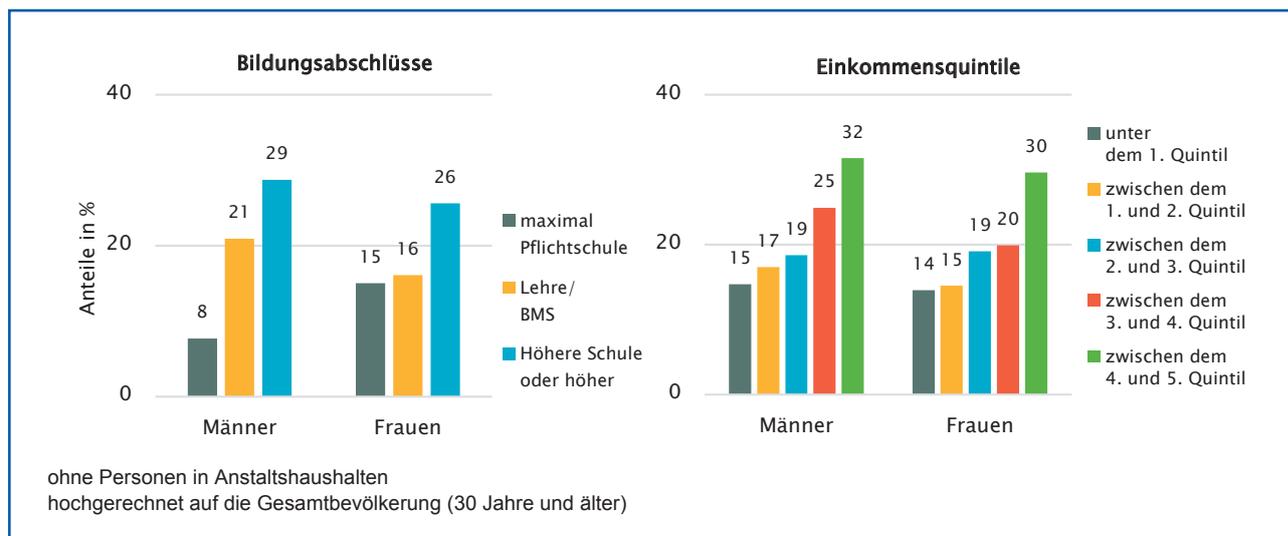
In Wien erfüllen Männer mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) häufiger die Bewegungsempfehlungen als Männer ohne Migrationshintergrund (34 vs. 26 %), während bei Frauen das Gegenteil der Fall ist (15 vs. 22 %), ein Effekt, der bei den Wienern mit der unterschiedlichen Altersstruktur der Vergleichsgruppen zu tun hat (Wiener mit Migrationshintergrund sind jünger als Wiener ohne Migrationshintergrund) und – bei den Wienerinnen – mit unterschiedlichen Rollenbildern zu tun haben könnte.

## Bewegungsverhalten von 11-, 13- und 15-Jährigen

Aussagen zum Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen können für Wien auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children (2014) Study getroffen werden. Ihr zufolge sind 11-jährige Burschen bzw. Mädchen an 4,8 bzw. 5,0 Tagen pro Woche für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv, 15-jährige Burschen bzw. Mädchen an 4,7 bzw. 3,3 Tagen. Damit zeigt sich, dass das Ausmaß körperlicher Bewegung bei den Mädchen mit dem Alter abnimmt und dass es zu einem Auseinanderdriften der Geschlechter kommt (s. Abbildung 4.10).

Abbildung 4.9:

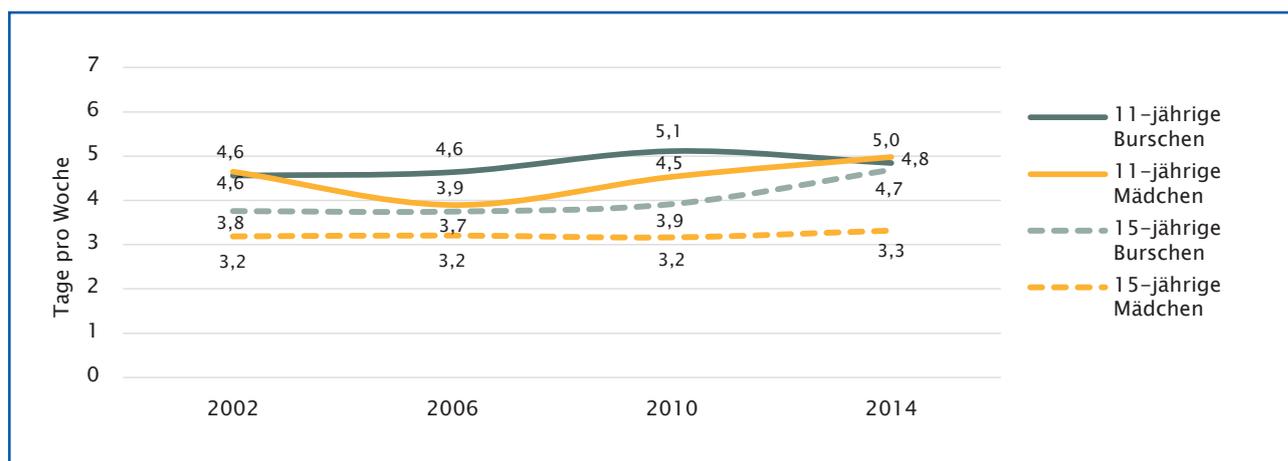
Ausmaß körperlicher Bewegung nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 4.10:

Körperliche Bewegung bei 11- und 15-Jährigen in Wien, Mittelwerte, 2002–2014



Quelle: BMGF/IFGP HBSC 2002, 2006, 2010, 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Empfehlung, täglich für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv zu sein, erfüllen 36 bzw. 31 Prozent der 11-jährigen Burschen bzw. Mädchen und – im Vergleich – nur 26 bzw. 8 Prozent der 15-jährigen Burschen bzw. Mädchen.

Trendbeobachtungen verdeutlichen, dass sich das Ausmaß körperlicher Bewegung (in Wien wie in Österreich) seit 2006 erhöht hat (s. Abbildung 4.10). Dies gilt für die 11-jährigen Mädchen sowie für die 15-jährige Bevölkerung. Besonders auffällig ist der starke Anstieg bei den 15-jährigen Burschen sowie bei den 11-jährigen Mädchen.

## Definitionen und Daten

*Körperliche Aktivität* wird definiert als „jede Bewegung des Körpers, die mit einer Kontraktion der Muskulatur einhergeht und den Energieverbrauch über den normalen Ruheenergiebedarf hinaus steigert“ (Europäische Kommission 2008). Sie sollte zumindest zu einem leichten Anstieg der Atem- oder Herzfrequenz führen.

Als *muskelkräftigende Übungen* werden Krafttraining oder Kräftigungsübungen mit Gewichten, Thera-Band oder mit dem eigenen Körpergewicht (unter anderem Kniebeugen, Liegestütze) bezeichnet. (Klimont/Baldaszi 2015).

Die Ergebnisse in Hinblick auf das Bewegungsverhalten werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen zum Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2002, 2006 und 2010 verglichen (Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Daten beziehen sich auf Personen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

### 4.3.3 Tabakkonsum

Der – aktive oder passive – Konsum von Tabak verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten und gilt deshalb als eines der bedeutendsten Gesundheitsrisiken (Robert Koch Institut 2008). Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall (s. dazu auch Punkt 3.3.1), Atemwegserkrankungen wie COPD, chronische Bronchitis oder Asthma (s. ebenda) und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011).

33 Prozent der WienerInnen ab 15 Jahren rauchen – laut ATHIS 2014 – täglich (BL Bandbreite: 21–33 %), 6 Prozent gelegentlich (BL-Bandbreite: 4–7 %). 41 Prozent der WienerInnen haben noch nie (täglich) geraucht. Seit dem ATHIS 2006/2007 hat der Anteil täglich rauchender WienerInnen um 8 Prozentpunkte zugenommen: um 3 Prozentpunkte bei den Männern (von 30 auf 33 %) und um 12 Prozentpunkte bei den Frauen (von 20 auf 32 %). Ein völlig anderes Ergebnis liefert diesbezüglich das Suchtmittel-Monitoring der Stadt Wien. Es handelt sich dabei um eine kleinere Stichprobenerhebung (n = 600 vs. n = 1.700), die – bezogen auf die Jahre 2007 bis 2015 – eine Abnahme täglich rauchender WienerInnen (ab 15 Jahren) konstatiert (IFES 2015).

In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen rauchen – laut ATHIS – Frauen häufiger täglich als Männer (37 vs. 33 %), in der Altersgruppe der 30- bis 59-jährigen Männer häufiger als Frauen (41 vs. 38 %; s. Abbildung 4.11).

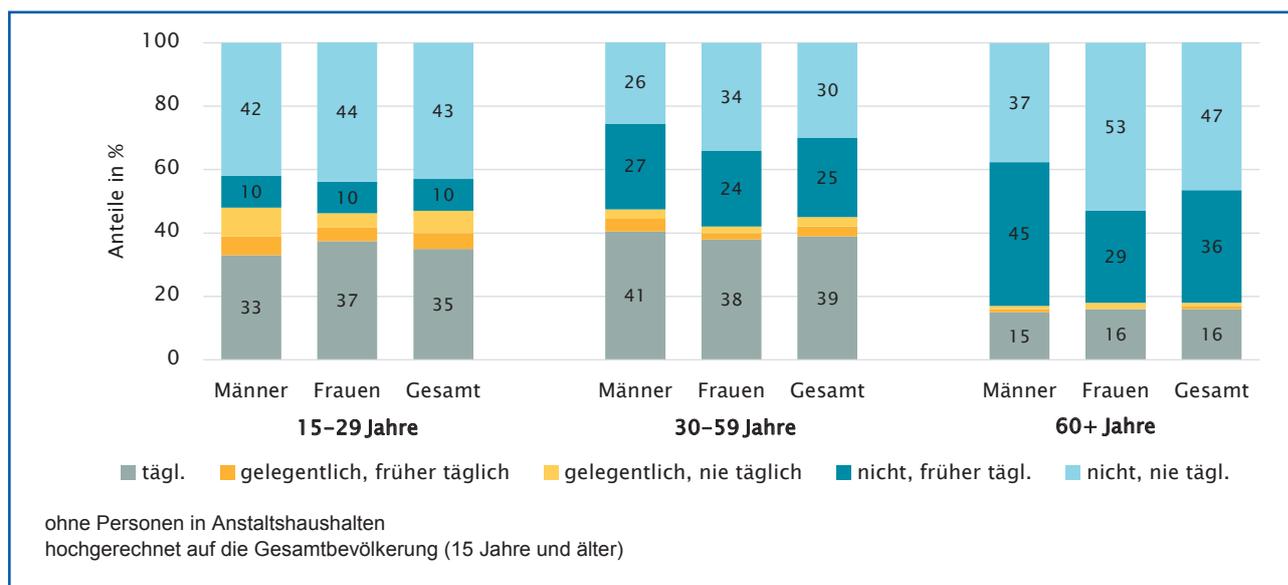
Der Anteil der täglich Rauchenden ist bei den 30- bis 59-Jährigen am höchsten (39 %), gefolgt von den 15- bis 29-Jährigen (35 %). Am geringsten ist der Anteil bei den ab 60-Jährigen (16 %). Der Anteil der GelegenheitsraucherInnen nimmt mit dem Alter ab (s. Abbildung 4.11 auf folgender Seite).

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Je niedriger der formale Bildungsabschluss der WienerInnen (30 Jahre und älter), desto höher der Anteil täglich rauchender Personen. Zudem liegt der Anteil täglich rauchender WienerInnen bei Personen mit niedrigem bis mittlerem Haushaltseinkommen (30 Jahre und älter) höher als bei Personen mit einem hohem Haushaltseinkommen (s. Abbildung 4.12), Zusammenhänge, die in ähnlicher Weise auch für Gesamtösterreich gelten.

Abbildung 4.11:

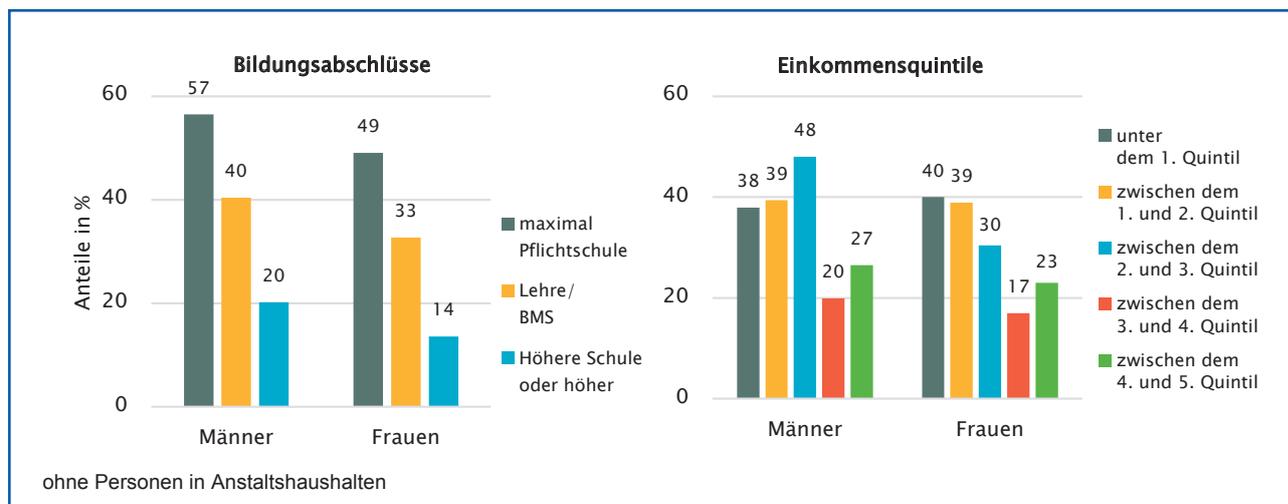
Raucherstatus der WienerInnen nach Alter und Geschlecht, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 4.12:

Täglich rauchende WienerInnen nach Bildung und Haushaltseinkommen, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

WienerInnen mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) rauchen häufiger täglich als WienerInnen ohne Migrationshintergrund (40 vs. 29 %).

### Tabakkonsum von Jugendlichen

Aussagen zum Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen können auf Basis der Health Behaviour in School-aged Children (2014) Study getroffen werden. Dieser zufolge rauchen in Wien 10 Prozent der 15-jährigen SchülerInnen täglich<sup>6</sup>, 6 Prozent wöchentlich und 5 Prozent seltener als einmal pro Woche. 79 Prozent der 15-Jährigen rauchen nicht. Während es bei den täglichen RaucherInnen keinen

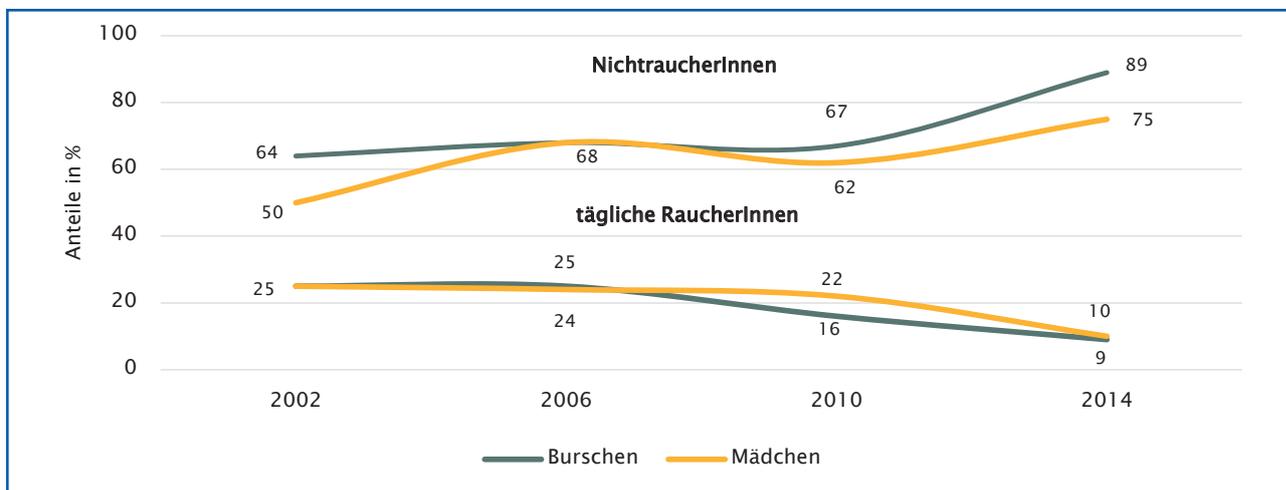
<sup>6</sup> In der ESPAD-Befragung 2015 (Strizek et al. 2016) geben 15 Prozent der 15-jährigen SchülerInnen Wiens an, täglich zu rauchen (Burschen: 14 %, Mädchen: 16 %) (Quelle: BMG/GÖG ESPAD 2015, Berechnungen: GÖG).

signifikanten Unterschied zwischen Burschen und Mädchen gibt, greifen die 15-jährigen Mädchen häufiger wöchentlich (8 vs. 2 %) bzw. seltener als einmal pro Woche (7 vs. 0 %) zur Zigarette.

Der Anteil der täglich rauchenden Jugendlichen hat sich laut HBSC zwischen 2006 und 2014 – in Wien wie in Österreich – mehr als halbiert.<sup>7</sup> Der Anteil der NichtraucherInnen ist dementsprechend gestiegen (s. Abbildung 4.13).

Abbildung 4.13:

Rauchverhalten 15-jähriger WienerInnen und Wiener, 2002–2014



Quellen: BMGF/IFGP HBSC 2002, 2006, 2010, 2014  
Berechnung und Darstellung: GÖG

## Definitionen und Daten

Die Ergebnisse in Sachen Tabakkonsum und Passivrauchen werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2006/2007 verglichen (Klimont et al. 2007; Klimont/Baldaszi 2015). Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen zum Rauchverhalten Jugendlicher werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2002, 2006 und 2010 verglichen (Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Daten beziehen sich auf Personen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

### 4.3.4 Alkoholkonsum

Übermäßiger Alkoholkonsum kann langfristig zu einer Reihe gesundheitlicher Probleme führen. Zu den möglichen Folgen zählen u. a. Alkoholabhängigkeit, Krebserkrankungen, Leberzirrhose, alkoholinduzierte Pankreatitis, neurologische Störungen, kardiovaskuläre Erkrankungen sowie weitere Erkrankungen des Verdauungstraktes (Feuerlein 1979; Singer et al. 2011).

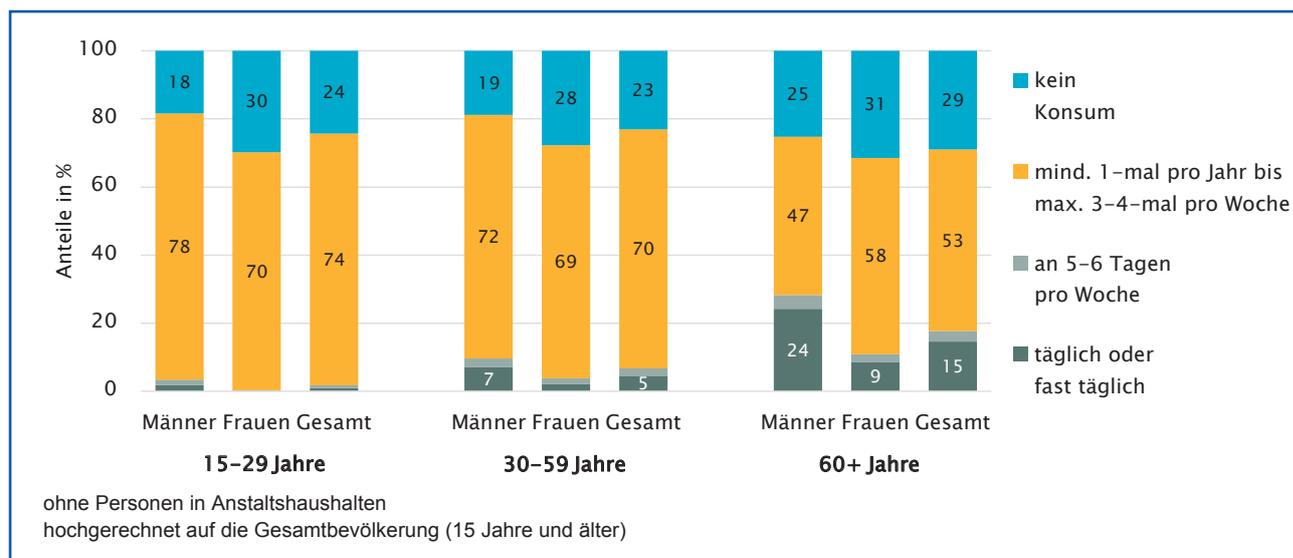
6 Prozent der ab 15-jährigen WienerInnen trinken – laut ATHIS 2014 – täglich oder fast täglich Alkohol (BL-Bandbreite: 5–7 %), weitere 2 Prozent an 5 bis 6 Tagen pro Woche (Männer häufiger als Frauen). 25 Prozent trinken gar keinen Alkohol (BL-Bandbreite: 15–25 %; s. Abbildung 4.14). Grundsätzlich kann jedoch von einer Unterschätzung des Alkoholkonsums ausgegangen werden (s. Definitionen und Daten).

Der Anteil der täglich oder fast täglich Alkohol Konsumierenden nimmt mit dem Alter deutlich zu (von 1 % bei den 15- bis 29-Jährigen auf 15 % bei den ab 60-Jährigen). Zugleich ist der Anteil der Alkoholabstinenten bei den ab 60-Jährigen (29 %) höher als bei den unter 60-Jährigen (23–24 %; s. Abbildung 4.14).

<sup>7</sup> In der ESPAD-Befragung 2015 (Strizek et al. 2016) geben 15 Prozent der 15-jährigen SchülerInnen Wiens an, täglich zu Den Ergebnissen der ESPAD-Erhebungsreihe zufolge hat sich der Anteil der täglich rauchenden 15-jährigen SchülerInnen Wiens zwischen den letzten beiden Erhebungszeitpunkten 2007 und 2015 ebenfalls reduziert (gesamt: 17 vs. 15 %, Burschen: 15 vs. 14 %, Mädchen: 20 vs. 16 %) (Quelle: BMG / LBISucht / ISG ESPAD 2007, Berechnungen: GÖG), allerdings nicht so stark wie in Österreich gesamt (lt. ESPAD) bzw. wie in Wien (laut den Ergebnissen der HBSC-Erhebungen).

Abbildung 4.14:

## Alkoholkonsum von Wienerinnen und Wienern nach Altersgruppen und Geschlecht, 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014

Darstellung: GÖG

### Problematischer Alkoholkonsum

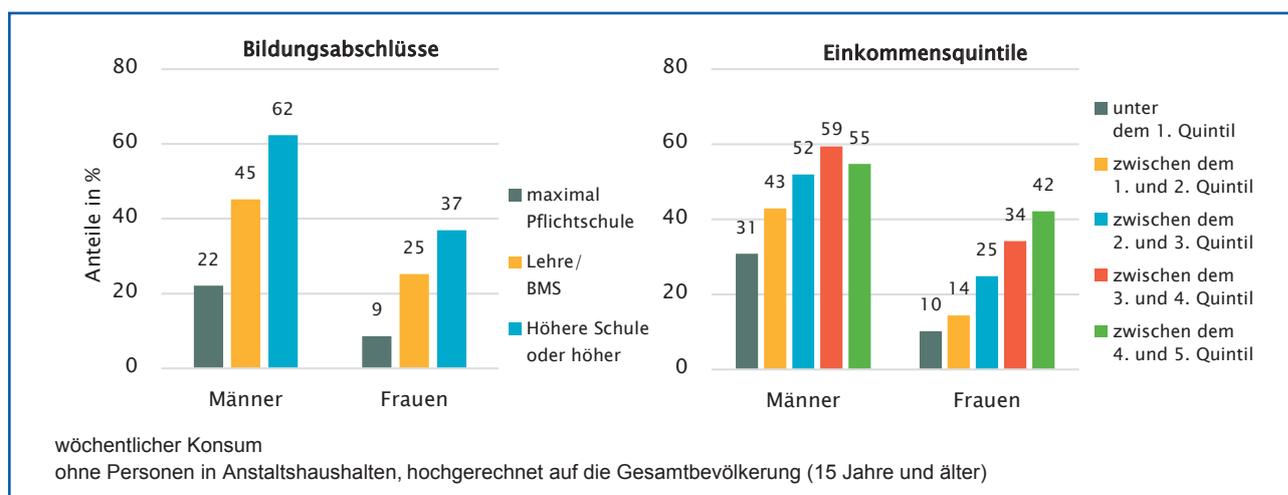
Einen problematischen Alkoholkonsum (wöchentlicher Konsum von im Durchschnitt 20 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen bzw. von im Durchschnitt 40 g Reinalkohol pro Tag bei Männern) pflegen – laut ATHIS 2014 – rund 6 Prozent der ab 15-jährigen WienerInnen (BL-Bandbreite: 3–6 %). Er kommt bei Männern häufiger vor als bei Frauen (7 vs. 4 %) und betrifft stärker die 15- bis 29-Jährigen (7 %) sowie die ab 60-Jährigen (6 %) als die Bevölkerung mittleren Alters (4 %).

### Unterschiede nach Bildung, Einkommen und Migrationshintergrund

Die Wiener Bevölkerung mit Migrationshintergrund (15 Jahre und älter) trinkt seltener an 5 Tagen pro Woche oder öfter Alkohol (4 vs. 11 %) und konsumiert seltener in einem riskanten Ausmaß Alkohol (4 vs. 7 %). Zugleich ist der Anteil abstinenter WienerInnen bei Personen mit Migrationshintergrund doppelt so hoch wie bei Personen ohne Migrationshintergrund (38 vs. 17 %).

Abbildung 4.15:

## Alkoholkonsum nach Bildung und Haushaltseinkommen, Wien 2014



Quelle: Statistik Austria – Österreichische Gesundheitsbefragung 2014

Berechnung und Darstellung: GÖG

Je höher das Haushaltseinkommen, desto häufiger konsumieren WienerInnen mindestens einmal pro Woche Alkohol (unterstes Quintil: 19 %, oberstes Quintil: 49 %). Hingegen steigt bei Männern der problematische Alkoholkonsum mit sinkendem Einkommen (unterstes Quintil: 8 %, oberstes Quintil: 4 %). Mit steigender Bildung ist – in Wien wie in Österreich – ein steigender Alkoholkonsum zu erkennen (mind. wöchentlicher Konsum: Pflichtschule: 13 %, Lehre oder BMS: 35 %, Matura: 50 %). Auch der problematische Alkoholkonsum nimmt mit steigender Bildung zu (Pflichtschule: 3 %, Lehre oder BMS: 4 %, Matura: 7 %).

## Alkoholkonsum von Jugendlichen

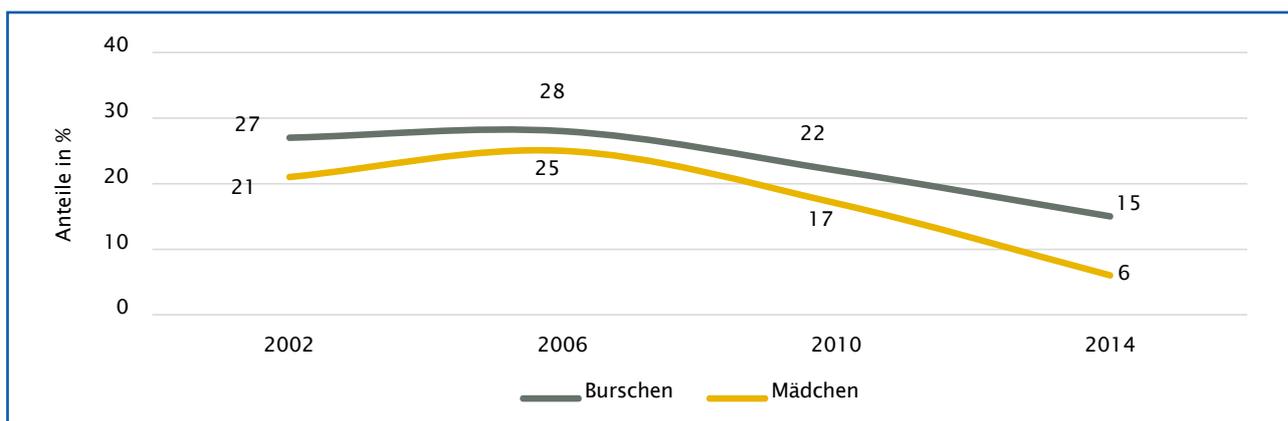
Laut HBSC-Studie tranken im Jahr 2014 rund 9 Prozent der 15-jährigen WienerInnen wöchentlich (mind. einmal pro Woche) bis täglich Alkohol. Dies gilt für Burschen häufiger als für Mädchen (15 vs. 6 %).

10 Prozent der 15-Jährigen waren in den 30 Tagen vor der Befragung mindestens einmal betrunken, 3 Prozent sogar zweimal oder öfter. Auch dies trifft auf die 15-jährigen Burschen etwas häufiger zu als auf die gleichaltrigen Mädchen (11 vs. 9 % bzw. 4 vs. 2,4 %).<sup>8</sup>

Zwischen 2006 und 2014 zeigte sich sowohl bei den 15-jährigen Mädchen als auch bei den 15-jährigen Burschen (in Wien wie in Österreich) ein abnehmender Trend im Konsum alkoholischer Getränke (s. Abbildung 4.16). Auch Trunkenheitserfahrungen haben (bezogen auf die 30 Tage vor der Befragung) seit 2010 deutlich abgenommen (bei den Burschen von 21 auf 11 %; bei den Mädchen von 21 auf 9 %).

Abbildung 4.16:

Wöchentlicher Alkoholkonsum bei 15-Jährigen in Wien, 2002–2014



Quellen: BMGF/IFGP HBSC 2002, 2006, 2010, 2014  
Darstellung: GÖG

### 4.3.5 Konsum illegaler Drogen

Unter einem risikoreichen Drogenkonsum wird ein „wiederholter Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden (EMCDDA 2013).

Im Bereich des risikoreichen Konsums illegaler Drogen spielt in Österreich der polytoxikomane Drogenkonsum (Konsum mehrerer Drogen oder Drogenarten) mit Beteiligung von Opiaten (häufig intravenös konsumiert) die zentralste Rolle (Busch et al. 2015b).

In den Jahren 2012 und 2013 gab es in Wien geschätzt zwischen 12.000 und 13.000 Personen mit einem risikoreichen Opiatkonsum – in den meisten Fällen in Form von polytoxikomane Konsum. Das entspricht einer rohen Rate von 1.002 bzw. 1.082 Personen pro 100.000 EW im Alter von 15 bis 64 Jahren (BL Bandbreite: 157/312–1.002/1.082). Wien als Österreichs einzige Metropole ist vom Drogenproblem

<sup>8</sup> In der ESPAD-Befragung 2015 (Strizek et al. 2016) geben 8 Prozent der 15-jährigen SchülerInnen Wiens an, in den letzten 30 Tagen betrunken gewesen zu sein (Burschen: 10 %, Mädchen: 7 %).

am stärksten betroffen, da Drogenprobleme nach wie vor häufiger in Ballungszentren als in ländlichen Gebieten auftreten (Busch et al. 2015b). Der Konsum anderer Substanzen kommt im Vergleich dazu in einem deutlich geringeren Umfang vor (IFES 2015).

## Definitionen und Daten

Unter *problematischem Alkoholkonsum* wird ein wöchentlicher Konsum von im Durchschnitt 20 g Reinalkohol pro Tag bei Frauen bzw. von im Durchschnitt 40 g Reinalkohol pro Tag bei Männern verstanden (wöchentliche Konsummenge durch 7 dividiert). 20 g Reinalkohol sind beispielsweise in einem halben Liter Bier, einem Viertelliter Wein oder drei Gläsern Schnaps (zu je 20 ml) enthalten. Unter Expertinnen und Experten gibt es unterschiedliche Vorstellungen, ab wann der Konsum von Alkohol ein erhöhtes Gesundheitsrisiko darstellt (Uhl et al. 2009, 121f.). Auch die Grenze zum „problematischen Alkoholkonsum“ wird unterschiedlich angesetzt.

Die Ergebnisse in puncto Alkoholkonsum in der Gesamtbevölkerung (15+) werden auf Basis des ATHIS 2014 berichtet (Klimont/Baldaszi 2015). Vergleiche mit dem ATHIS 2006/2007 (Klimont et al. 2007) sind nicht möglich. Alle Daten beziehen sich auf Personen in Privathaushalten und beruhen auf Selbstangaben.

Aussagen zum Alkoholkonsum bei Jugendlichen werden auf Basis der HBSC-Erhebung 2014 berichtet und mit Ergebnissen von 2002, 2006 und 2010 verglichen (Dür/Mravlag 2002; Dür/Griebler 2007; Ramelow et al. 2011; Ramelow et al. 2015). Die Daten beziehen sich auf Personen, die eine Schule besuchen (AHS, BMS/BHS, HS, NMS, PTS), und beruhen auf Selbstangaben.

Befragungen in der erwachsenen Bevölkerung führen zu einer Unterschätzung des Pro-Kopf-Konsums von Alkohol. Sie erfassen nur etwa 40 Prozent der tatsächlich konsumierten Alkoholmenge. Gründe für die Unterschätzung sind die Unterrepräsentanz von AlkoholikerInnen, ein „Underreporting“ im Sinne sozialer Erwünschtheit sowie das Vergessen von Konsumereignissen aufgrund ihrer Belanglosigkeit in unserer Gesellschaft (Uhl et al. 2009). Eine österreichweite Befragung bezüglich des Substanzgebrauchs in der Bevölkerung von 15 Jahren und älter im Jahr 2015, bei der die Unterschätzung des Alkoholkonsums durch Korrekturverfahren ausgeglichen wird, errechnet für 14 Prozent der ÖsterreicherInnen einen Konsum über der „Gefährdungsgrenze“ (Frauen durchschnittlich 40 g/Tag, Männer 60 g/Tag). Darin enthalten sind bereits die für Österreich geschätzten 5 Prozent AlkoholikerInnen (Strizek/Uhl 2016). Aufgrund zu geringer Fallzahlen gibt es bei dieser Erhebung keine Auswertung auf Bundeslandebene.

Schätzungen auf Basis unterschiedlicher Datenquellen für Gesamtösterreich zeigen, dass die Gruppe der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten etwa zu einem Viertel weiblich und zu drei Vierteln männlich ist. Der Anteil der unter 25-Jährigen wird für das Jahr 2015 auf nur mehr 10 Prozent geschätzt. Im Jahr 2004 waren es noch 40 Prozent, d. h. dass es inzwischen weniger EinsteigerInnen gibt und sich die Altersstruktur der Personengruppe mit risikoreichem Opiatkonsum in Richtung „Alterung“ verändert hat (Busch et al. 2016)

## Definitionen und Daten

Die Daten über den risikoreichen Opiatkonsum beruhen auf Prävalenzschätzungen mittels Capture-Recapture-Methode auf Basis pseudonymisierter Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und Anzeigen wegen Opioiden (ein von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht empfohlenes komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung).

Die Prävalenzschätzungen auf Bundeslandebene sind mit Unschärfen behaftet und daher nur als Richtwerte zu verstehen. Für detailliertere Informationen bezüglich der einzelnen Datenquellen sei auch auf den Bericht zur Drogensituation 2015 (Weigl et al. 2015) sowie auf den Epidemiologiebericht Drogen (Busch et al. 2015a; Busch et al. 2015b) verwiesen.

## **Kapitel 5**



